

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde
Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde

Nayara Carolina Mendes

**VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS: perspectivas e desafios de
profissionais e gestores da saúde e da assistência social**

Belo Horizonte

2021

Nayara Carolina Mendes

**VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS: perspectivas e desafios de
profissionais e gestores da saúde e da assistência social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora: Profa. Dra. Doane Martins da Silva

Belo Horizonte

2021

Mendes, Nayara Carolina.
M538v Violência contra as pessoas idosas [manuscrito]: perspectivas e desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social. / Nayara Carolina Mendes. - - Belo Horizonte: 2021.
148f.: il.
Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Coorientador (a): Doane Martins da Silva.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Dinâmica Populacional. 2. Abuso de Idosos. 3. Adaptação Psicológica. 4. Colaboração Intersetorial. 5. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Silva, Doane Martins da. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 356



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 34 (TRINTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA NAYARA CAROLINA MENDES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de maio de dois mil e vinte e um, às 16:30 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS: perspectivas e desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social", da aluna *Nayara Carolina Mendes*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes doutoras: Mirela Castro Santos Camargos, Doane Martins da Silva, Karla Cristina Giacomini e Vanessa de Almeida Guerra, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO;
- APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 25 de maio de 2021.

Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos
Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Doane Martins da Silva
Coorientadora (UFMG)

Drª. Karla Cristina Giacomini
Membro Titular (PBH)

Profª. Drª. Vanessa de Almeida Guerra
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior, em 26/05/2021, às 09:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Doane Martins da Silva, Professora do Magistério Superior, em 27/05/2021, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Karla Cristina Giacomini, Usuário Externo, em 31/05/2021, às 21:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Vanessa de Almeida Guerra, Membro, em 08/06/2021, às 14:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a), em 08/06/2021, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0745878 e o código CRC 64AF0F45.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida, por me conceder saúde e sabedoria para que eu realizasse meu sonho. À Nossa Senhora Aparecida, que há dois anos intercedeu por minha aprovação no mestrado, iluminou a minha caminhada, permitindo celebrar esta vitória!

Aos meus pais, Tânia e Geraldo, pela dedicação e zelo e a minha irmã, Letícia, pelo apoio e encorajamento diante de todas dificuldades. Ao meu amor, Erik, por caminhar ao meu lado com afeto, carinho e atenção. Vocês são essenciais em todas as minhas conquistas! Gratidão e amor eternos!

Agradeço especialmente à Profa. Dra. Mirela Santos, minha orientadora, e Profa. Dra. Doane Martins, coorientadora, pela excelência no processo de orientação, pelo aprendizado, e principalmente pela dedicação, amizade, sensibilidade, estímulo e confiança. Obrigada por me guiarem no caminho do conhecimento e saibam da enorme admiração que tenho por vocês!

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da UFMG, pelos conhecimentos compartilhados, disponibilidade e atenção. Aos amigos do mestrado, em especial Jordânia e Miriam, pela convivência, pelos momentos de estudo, de superações e descontrações.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania de Belo Horizonte, gerentes e profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social pela anuência com a pesquisa, pelo incentivo e solicitude para realização do estudo.

Aos familiares e amigos, em especial Gilmar, Inês e Tatiana, pelo apoio, incentivo e torcida. Agradeço também a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

*“A violência não é um sinal de força,
a violência é um sinal de desespero e fraqueza.”*

Dalai Lama

RESUMO

A violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública, com grande impacto na qualidade de vida da vítima. Profissionais da saúde e da assistência social com atuação no território têm papel de destaque no enfrentamento do problema. Este estudo tem como objetivo geral identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Foi realizado estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), de uma regional de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os 18 participantes foram profissionais de equipes de saúde da família e de apoio das UBS, de um CRAS e seus gestores. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, de junho a dezembro de 2020. As entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática e organizadas em quatro categorias: “Violência contra a pessoa idosa: compreensão dos participantes”; “Estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa”; “Situação de violência contra a pessoa idosa: e agora?”; e “Articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa”. A primeira categoria aborda a compreensão dos participantes acerca do tema, correlacionando-o com a tipologia frequentemente encontrada na prática profissional. Fatores de risco para a violência contra os idosos e a necessidade de capacitação profissional para enfrentamento do problema foram revelados. A segunda categoria mostra as principais estratégias para identificação da violência, incluindo a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, atividades rotineiras dos serviços, denúncias e a suspeição vinda de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde ou outros setores. Como aspectos dificultadores, foram elencados o velamento dos casos por parte dos idosos, familiares ou cuidadores e a dificuldade profissional em lidar com a questão da violência. A terceira categoria descreve as condutas tomadas após a constatação da violência, incluindo a discussão e a notificação dos casos e a sensibilização da rede de apoio informal de cuidados ao idoso. Dentre os pontos dificultadores, foram citados o desconhecimento de fluxos e órgãos de apoio; a morosidade e a baixa resolutividade na obtenção de respostas; a insuficiência nas políticas públicas; a sobrecarga de demandas para a Atenção Primária à Saúde; e a fragilidade dos vínculos afetivos dos idosos. A quarta categoria traz a análise da articulação intersetorial para o enfrentamento do problema, com destaque para ações conjuntas entre UBS e CRAS; a necessidade de ampliação do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI); a atuação do Programa Maior Cuidado, do Centro Mais Vida e do Conselho do Idoso; e o encaminhamento das vítimas para institucionalização. Conclui-se que, o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa representa um desafio para profissionais e gestores da saúde e da assistência social inseridos no território, sendo fundamental fomentar discussões para identificação e atuação, preconizando intervenções intersetoriais.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Violência contra a pessoa idosa. Estratégias de enfrentamento. Intersetorialidade.

ABSTRACT

Violence against elderly is a public health problem, with a major impact on the victim's quality of life. Healthcare and social assistance professionals working in the area around the houses have a prominent role in tackling the problem. This study has the general objective of identifying the perspectives and challenges of professionals and healthcare managers and social assistants in facing violence against elderly. A qualitative, descriptive study was carried out in two Basic Health Units (UBS) and a Reference Center for Social Assistance (CRAS) of one district of Belo Horizonte, Minas Gerais. The 18 participants analyzed in the study were family healthcare professionals and support team from the UBS, from a CRAS and its managers. Data were collected via interviews with a semi-structured script from June to December 2020. The interviews were submitted to Thematic Content Analysis and organized into four categories: "Violence against elderly: understanding of the participants"; "Strategies for identifying violence against elderly"; "Situation of violence against elderly: what now?"; and "Intersectoral articulation to face violence against elderly". The first category addresses the participants' understanding of the topic, correlating it with the typology often found in professional practice. Risk factors of violence against elderly and the need for professional training to face the problem were revealed. The second category shows the main strategies for identifying violence, including the work of Community Health Agents and Agents trained to Combat Endemic Diseases, routine service activities, complaints and suspicion coming from other services of the Health Care Network or other sectors. As complicating aspects, the veiling of cases by the elderly, family members or caregivers and the professional difficulty in dealing with the issue of violence were listed. The third category describes the actions taken after the evidence of violence, including the discussion and notification of cases and make the informal support network more sensitive in what concerns to elderly care. Among the difficult points, the lack of knowledge on the flow and support bodies; the slowness and the low rate of resolution in obtaining answers; the insufficiency of public policies; the overload of demands for Primary Healthcare; and the fragility of the affective bonds with elderly were mentioned. The fourth category presents the analysis of the intersectoral articulation to face the problem, with emphasis on joint actions between UBS and CRAS; the need to expand the Protection and Specialized Care Service for Families and Individuals (PAEFI); the performance of Greater Care Program, More Life Center and the Elderly Council; and referring victims to institutionalization. It is possible to conclude that to confront violence against elderly represents a challenge for professionals and managers of health and social assistance inserted in the territory, being essential to encourage discussions for identification and action, prioritizing intersectoral interventions.

Keywords: Population aging. Violence against elderly. Coping strategies. Intersectorality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das regionais administrativas do município de Belo Horizonte.....43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais dispositivos legais destinados às pessoas idosas no Brasil...	26
Quadro 2 – Tipologia de violência contra a pessoa idosa	31
Quadro 3 – Indicadores de violência contra a pessoa idosa segundo a tipologia	36
Quadro 4 – Níveis de prevenção da violência	38
Quadro 5 – Rede física da Saúde em Belo Horizonte, 2020	44
Quadro 6 – Categorias de análise	48
Quadro 7 – Caracterização dos participantes do estudo.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM/AD	Centro de Referência em Saúde Mental/Álcool e outras Drogas
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DRAS	Diretoria Regional de Assistência Social
DRES	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
GEDSA	Gerência de Educação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa e Atendimento Integral à Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PMC	Programa Maior Cuidado
PNI	Política Nacional do Idoso
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREDE	Sistema de Informação Saúde em Rede
SMASAC	Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPSPD	Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUASS	Subsecretaria de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Envelhecimento populacional e legislações de proteção à pessoa idosa ..	22
3.2 A violência enquanto problema de saúde pública.....	29
3.3 Violência contra a pessoa idosa.....	30
3.4 Atenção Primária à Saúde e articulação intersetorial no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no município de Belo Horizonte	37
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 Caracterização do estudo	42
4.2 Cenário do estudo	43
4.3 Participantes do estudo	46
4.4 Coleta e análise dos dados	46
4.5 Aspectos éticos	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1 Violência contra a pessoa idosa: compreensão dos participantes.....	51
5.2 Estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa	57
5.3 Situação de violência contra a pessoa idosa: e agora?.....	68
5.4 Articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES	106
APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS.....	108
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	110
APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO I.....	114
APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO II	122
APÊNDICE F – PRODUTOS DO MESTRADO (PUBLICAÇÕES).....	123
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA.....	128
ANEXO B – FICHA PROTETIVA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	130

ANEXO C – PARECER DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG.....	132
ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	135
ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA.....	136
ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UFMG.....	137
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SMSA	141
ANEXO H – TERMO DE RETIFICAÇÃO DA ANUÊNCIA INSTITUCIONAL... 	146

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em fisioterapia, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, concluída em 2006. Posteriormente, no ano de 2007, realizei especialização *Lato Sensu* em Fisioterapia com ênfase em Geriatria e Gerontologia, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Estudos relacionados com o envelhecimento populacional sempre me despertaram grande interesse dada a relevância do tema para todos os setores da sociedade, e em especial, para o setor saúde.

Minha vida profissional teve início em 2006, ainda cursando fisioterapia, quando ingressei no serviço público, na Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte. No cargo público, de 2009 a 2011, fui convidada a assumir um cargo comissionado e durante o tempo que estive no mesmo, atuava diretamente na gestão do estabelecimento de ensino que trabalhava. Foram dois anos de muito aprendizado e crescimento pessoal, permitindo descobrir nesse momento uma nova área de interesse: a gestão no contexto do serviço público. Nesse período, conciliava o cargo público com a atuação fisioterapêutica, sendo responsável pelo setor de fisioterapia e pela gestão de uma clínica, realizando orçamentos e compra de insumos e participação nas reuniões do conselho administrativo do estabelecimento, podendo identificar toda a complexidade no processo de gestão de um serviço de saúde.

No ano de 2011, um novo caminho profissional começou a ser percorrido ao ingressar no concurso público para o cargo de Técnico Superior de Saúde / Fisioterapeuta na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), com atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atuação me exigiu competências e atribuições para o desenvolvimento compartilhado e colaborativo nas dimensões clínico assistencial e técnico-pedagógica para com todas as categorias profissionais envolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nas atividades de trabalho (visitas domiciliares, atendimentos individuais, grupos operativos de promoção da saúde e prevenção de agravos), foi possível identificar o aumento gradativo da demanda da população idosa. O processo de envelhecimento da população brasileira traz repercussões importantes para os

serviços de saúde com aumento da demanda de trabalho devido ao predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, capazes de gerar maior incapacidade e limitação funcional, aumentando a vulnerabilidade dessa população. Tais fatos me remeteram a outra preocupação: o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

No âmbito do trabalho, desde 2016 atuo como preceptora do Programa de Residência Multiprofissional / Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde com ênfase em Saúde do Idoso do Hospital Metropolitano Odilon Behrens / Universidade Federal de Ouro Preto e do estágio curricular na APS do curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG, sendo que tal atividade é extremamente rica, permitindo compartilhar conhecimentos, vivências e trocas com residentes e alunos da graduação. A preceptoria traz a necessidade do gerenciamento das ações dos profissionais da residência e acadêmicos, no que diz respeito à organização do processo de trabalho, no reconhecimento de demandas e necessidades da população para o planejamento das ações a serem desenvolvidas de acordo com a realidade do território.

A atuação na saúde pública e o desejo de ampliar os conhecimentos no campo da gestão, impulsionaram o retorno à vida acadêmica e, em 2018, conclui a graduação em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG. Em seguida, o mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde apresentou-se como oportunidade ímpar para aprimorar os meus conhecimentos no campo da saúde pública, com o objetivo de identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. O estudo proporciona a possibilidade de proposição de intervenções para enfrentamento desse importante problema de saúde pública à instituição na qual atuo e para todas aquelas que em articulação intersetorial almejam a garantia de direitos para a população idosa.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, decorrente da queda nas taxas de mortalidade e de fecundidade, representa uma tendência mundial, ainda que de forma não equitativa, devido aos diferentes contextos sociais e econômicos dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (SANTOS *et al.*, 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018). O Brasil segue essa tendência, com rápido incremento da população idosa na última década, o que implica em desafios em termos de planejamento dos serviços de saúde e demandas sociais (LIMA-COSTA *et al.*, 2011).

Segundo Moretti, Westphal e Bógus (2009), os idosos estão sujeitos ao aumento da carga de doenças e incapacidade funcional. A fragilidade e a dependência tornam o idoso mais susceptível às diversas formas de violência, que por sua vez, é considerada um problema de saúde pública no Brasil por ser uma importante causa de declínio da capacidade funcional, diminuição da qualidade de vida, violação de direitos e mortalidade (ZIRLEY *et al.*, 2016). A escassez de pesquisas de base populacional sobre o tema, contribui para o desconhecimento da prevalência da violência contra os idosos no Brasil (MACHADO *et al.*, 2020), e o problema ainda é pouco discutido, dificultando a elaboração de políticas públicas e a sensibilização dos profissionais de saúde no processo de reconhecimento, prevenção e cuidados às vítimas (LOPES *et al.*, 2018).

O enfrentamento das diversas situações de violência contra as pessoas idosas representa um desafio ao cuidado integral de tal população. O conceito de enfrentamento está relacionado com uma variedade de respostas, ações e comportamentos diante de situações difíceis, estressantes e potencialmente ameaçadoras (NUNES, 2010). Assim, o maior investimento em políticas públicas e a exigência da notificação compulsória dos casos de violência contra as pessoas idosas representam, respectivamente, a adequação da legislação para atender as demandas decorrentes do envelhecimento e uma importante forma de enfrentamento do problema.

Os profissionais que atuam diretamente com as pessoas idosas podem proporcionar maior visibilidade ao problema da violência contra tal população

(BRASIL, 2001a). Assim, profissionais da APS estão em posição estratégica para o enfrentamento frente às situações de risco e de violência contra a pessoa idosa, e em sua prevenção (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008; ROCHA *et al.*, 2015). A APS é considerada porta de entrada preferencial para os serviços de saúde, centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado, programando suas ações e serviços de acordo com as necessidades e demandas do território e dos determinantes e condicionantes da população (BRASIL, 2017a).

Para responder às necessidades de saúde de uma população, é essencial o planejamento a partir do diagnóstico da realidade. Na APS, esse diagnóstico ocorre por meio do cadastramento e atualização dos dados das famílias pelas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2000). Esse processo permite o conhecimento de situações de risco que possam ocasionar danos à saúde dos indivíduos e famílias (BRASIL, 2000).

Ao gestor local da APS compete contribuir para o aprimoramento dos processos de trabalho, fortalecendo a continuidade dos cuidados em saúde da população adscrita, com apoio da rede de serviços e equipamentos sociais do território, com atuação intersetorial e equidade para atender as vulnerabilidades existentes (BRASIL, 2017a). Castro, Rissardo e Carreira (2018) ressaltaram a importância dos gestores e profissionais da saúde, na detecção precoce e enfrentamento da violência contra as pessoas idosas. Estudo realizado por Ribeiro e Barter (2010) mostrou que gestores da saúde relataram a importância de melhorar a articulação intersetorial com os serviços de proteção social para atendimento de pessoas idosas vítimas de violência e acidentes.

A avaliação das denúncias de violência intrafamiliar contra idosos, de 2011 a 2013, em Belo Horizonte, Minas Gerais, mostrou que 21% foram realizadas por instituições de saúde, com baixa média de denúncias por Unidade Básica de Saúde (UBS), e cerca de 1% das denúncias foram realizadas pela assistência social no período (MALLET, 2015). Silva (2018) ao analisar o cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde do idoso

identificou a escassez de intervenções específicas para a população idosa nas ações planejadas pelos profissionais. Esse fato pode ser um dificultador para o cuidado integral e enfrentamento da violência contra as pessoas idosas.

Os serviços de saúde e assistência social, assim como as ações entre tais setores, possuem importância estratégica na identificação das situações de violência contra o idoso. A relevância de tais cenários no enfrentamento do problema pode acontecer por meio da identificação precoce dos casos, das ações de promoção e prevenção realizadas pelas equipes multiprofissionais e pela possibilidade de abordagem intersetorial no território local para ruptura desse ciclo. A notificação dos casos apresenta grande complexidade devido ao receio da possível reação dos idosos, familiares e indivíduos da comunidade. Esse fato foi identificado pelo estudo de Mallet (2015), com baixo número de notificações cujas fontes denunciadoras são a APS e os serviços de assistência social.

Nesse cenário, é importante que profissionais e gestores da saúde e da assistência social atuem no enfrentamento de tal questão, por meio do diagnóstico, da implantação de estratégias e avaliação de ações e serviços no âmbito do cuidado integral ao idoso. Assim, surgiu o seguinte questionamento: quais as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa? A partir desse questionamento definiu-se como objetivo geral do estudo: identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

Acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para a compreensão e reflexão de profissionais e gestores, da saúde e da assistência social, sobre aspectos relevantes no processo de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, contribuindo para o planejamento de ações que visem à prevenção das diversas formas de violência. Ao revelar perspectivas e desafios acerca do problema, os resultados contribuirão para a construção de caminhos mais efetivos para lidar com as situações e de proposições intersetoriais para a garantia dos direitos das pessoas idosas.

A dissertação é composta por esta introdução, que contextualiza o tema, o problema de pesquisa e as contribuições decorrentes do estudo. Posteriormente, são apresentados os objetivos. O referencial teórico aborda o envelhecimento populacional e as legislações protetivas, a violência no cenário da saúde pública e a ocorrência contra as pessoas idosas, a atuação da APS e a articulação intersetorial para o enfrentamento do problema no município de Belo Horizonte. Posteriormente, descreve-se a trajetória metodológica utilizada para a realização da pesquisa, e em seguida, os resultados e a discussão com base no referencial teórico. As considerações finais sintetizam os achados, evidenciam as limitações e as perspectivas para novos estudos. Após as referências, apresentam-se os apêndices, incluindo os produtos técnicos gerados ao longo do mestrado, e os anexos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

2.2 Objetivos específicos

- Revelar a compreensão dos entrevistados acerca da violência contra a pessoa idosa;
- Detectar as estratégias utilizadas no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa;
- Verificar os encaminhamentos realizados em casos de suspeita ou violência contra a pessoa idosa;
- Analisar a articulação intersetorial no contexto da violência contra a pessoa idosa de acordo com a percepção dos entrevistados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para contextualizar o estudo, o referencial teórico aborda o envelhecimento populacional, assim como, os principais marcos legais de proteção à pessoa idosa. Posteriormente, discorre sobre a violência enquanto problema de saúde pública e sobre a violência contra a pessoa idosa, sua definição, tipologias e características. Por fim, expõe sobre ações da APS e da colaboração intersetorial no enfrentamento da situação.

3.1 Envelhecimento populacional e legislações de proteção à pessoa idosa

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial resultante de transformações demográficas das últimas décadas, associado às mudanças no perfil epidemiológico e à necessidade de adequação da sociedade frente à mudança da estrutura etária da população (CHAIMOWICZ, 2013). Países desenvolvidos e em desenvolvimento vivenciaram de maneira e em momentos distintos a queda da mortalidade infantil, proporcionando aumento da expectativa de vida, e queda das taxas de fecundidade, com a diminuição da proporção de crianças e aumento da proporção de adultos e idosos, principal fator para o envelhecimento populacional (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O fenômeno do envelhecimento da população tem ocorrido de forma rápida em muitos países (AGOSTINHO; BOTELHO; MORAES, 2018). No Brasil, a transição demográfica iniciou na década de 40 com declínio nas taxas de mortalidade, mas somente por volta de 1960, o país apresentou quedas significativas nos níveis de fecundidade. Tal situação apresenta uma das transições mais rápidas do mundo, com importantes repercussões em diversos setores da sociedade e importante desafio na adequação e elaboração de políticas públicas (SIMÕES, 2016).

Segundo o Atlas do Censo Demográfico 2010, os idosos representavam 10,8% da população do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Lima-Costa *et al.* (2011) apontam que o Brasil tem envelhecido rapidamente já que na última década, a população idosa cresceu 36% e a população jovem,

considerando essa mesma época, cresceu 14%. A pirâmide etária brasileira apresenta-se com uma expressiva proporção de idosos, sendo as regiões Sul e Sudeste as mais envelhecidas do país (MARTINS *et al.*, 2014). O município de Belo Horizonte tem acompanhado o processo de envelhecimento populacional brasileiro, sendo que no período de 2000-2010, a cidade apresentou um incremento anual de cerca de 9.500 idosos na população de 60 anos ou mais, totalizando no final desse período, quase 300 mil idosos (WONG *et al.*, 2017).

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, a população de Belo Horizonte era de 2.375.151 habitantes, com quase 300 mil indivíduos com 60 anos ou mais, representando 12,6% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Ao compararmos com dados do Censo Demográfico de 2000, no qual a população idosa representava 9% em relação à população total, verifica-se que Belo Horizonte está em consonância com a tendência global de envelhecimento populacional.

Nesse contexto de envelhecimento da população brasileira, marcado por uma transição demográfica acelerada, observa-se conjuntamente o fenômeno da transição epidemiológica, que se caracteriza por mudanças dos padrões de morbidade, invalidez e morte que ocorrem em uma determinada população, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (CHAIMOWICZ, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O processo de envelhecimento fisiológico torna o sujeito mais susceptível a fatores de risco para doenças crônicas, suas complicações e sequelas, que podem contribuir para o aumento da dependência da população idosa (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Para Paskulin, Valer e Vianna (2011), o envelhecimento populacional proporciona grande impacto social já que exige mudanças nas políticas públicas e adaptações dos núcleos familiares. A preocupação torna-se ainda maior devido ao fato de que a população idosa brasileira aumentará de forma contínua, sendo que para as projeções de 2025 a 2050 a média de acréscimo deve superar um milhão de idosos por ano (CARVALHO; WONG, 2008). O envelhecimento populacional e suas implicações trouxeram a necessidade de adequação da legislação relativa aos cuidados com a população idosa.

No âmbito internacional, a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento aconteceu em 1982, em Viena, com elaboração do Plano Internacional de Ação que foi denominado Plano de Viena (SANTOS, 2014; RESENDE; LOPES; MANSO, 2018). O mesmo abordou o envelhecimento, estimulando governos e sociedades sobre a participação e contribuição da população idosa no contexto de desenvolvimento de seus países, com foco na independência das pessoas idosas, principalmente para o mercado de trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2004; BOLSONI, 2012). O Plano apresentou recomendações para os estados membros em diversas áreas incluindo: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, ambiência, família, bem-estar social, previdência, trabalho e educação, entretanto, tais recomendações não tiveram alocação de recursos prevista (CAMARANO; PASINATO, 2004). O documento apresentou o importante resultado de proporcionar a inserção das questões relacionadas com o envelhecimento na agenda internacional (SANTOS, 2014).

A segunda Assembleia aconteceu após 20 anos, em Madrid, com ênfase na importância das temáticas: idoso e desenvolvimento, promoção da saúde na velhice, formação de ambientes propícios para o envelhecimento (BOLSONI, 2012). Ainda no ano de 2002 foi promulgado o Plano Internacional de Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa, em Toronto, com estratégias de prevenção e ações para evitar a violência contra os idosos (RESENDE; LOPES; MANSO, 2018).

O Plano de Ação de Madrid, resultado da segunda Assembleia, foi uma das bases para publicação do documento: “Envelhecimento Ativo – uma política de saúde” pela *World Health Organization* (WHO), em 2005, que orientou políticas públicas de diversos países, dentre eles, o Brasil. O documento estimula o desenvolvimento físico, mental e social, para que o idoso possa manter sua autonomia e independência e destaca a abordagem intersetorial para atender as demandas e direitos dos idosos (RESENDE; LOPES; MANSO, 2018).

Em 2003, 2007 e 2012 ocorreram, respectivamente, as I, II e III Conferências Regionais sobre o Envelhecimento na América Latina e Caribe, a primeira em Santiago (Chile), a segunda em Brasília (Brasil) e a última em San José (Costa Rica). A Declaração de Brasília consolidou o compromisso dos países signatários na

proteção dos direitos fundamentais das pessoas idosas e da busca pela erradicação das formas de violência e discriminação (RESENDE; LOPES; MANSO, 2018).

No cenário da América Latina, o Brasil foi um dos países pioneiros no desenvolvimento de políticas públicas relacionadas ao processo de envelhecimento da população e suas repercussões (CAMARANO; PASINATO, 2004). No Brasil, a Constituição Federal de 1988 aborda nos artigos 229 e 230 a preocupação com a população idosa, incluindo o dever dos filhos em ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, e família, sociedade e Estado, além de amparar as pessoas idosas, devem defender sua dignidade e o direito à vida (BRASIL, 1988). A partir da década de 1990, houve um avanço na implementação de dispositivos legais destinados às pessoas idosas, incluindo políticas públicas de combate à violência contra essa população (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018). O Quadro 1 apresenta os principais dispositivos legais que contemplam as pessoas idosas no Brasil, incluindo ano de promulgação e breve descrição.

Em 1994, foi instituída pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), legislação de referência para ações destinadas para essa população, incluindo a garantia do direito à saúde em todos os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1994; WANDERBROOKE; OJEDA, 2012). A referida Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 1996). Ainda na década de 1990, foi criada por meio da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso, que fundamenta ações do setor saúde na atenção integral às pessoas idosas, preconizando o envelhecimento saudável e a manutenção e recuperação da capacidade funcional do idoso (BRASIL, 1999).

Em 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso em defesa dos direitos fundamentais e interesses das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Trata-se de uma política protetiva que no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa traz o importante marco da obrigatoriedade da comunicação de suspeita ou confirmação de todas as formas de violência pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2003). O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, estabeleceu normas

e critérios para promoção da acessibilidade e atendimento prioritário aos idosos (BRASIL, 2004a).

Quadro 1 – Principais dispositivos legais destinados às pessoas idosas no Brasil

Ano	Legislação	Descrição
1994	Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso	Objetiva assegurar os direitos sociais dos idosos, promovendo autonomia, integração, participação social e direito à saúde em todos os níveis de assistência do SUS. Institui o Conselho Nacional do Idoso.
1996	Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996	Regulamentação da Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
1999	Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso	Aborda a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a reabilitação da capacidade comprometida e o atendimento multidisciplinar para os idosos.
2002	Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002	Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).
2003	Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso	Sancionado em defesa dos direitos e interesses dos idosos, com obrigatoriedade da comunicação de suspeita ou confirmação de todas as formas de violência pelos profissionais de saúde.
2004	Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004	Revoga o Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do CNDI.
2004	Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004	Regulamenta a prioridade de atendimento aos idosos e estabelece as normas para promoção da acessibilidade.
2006	Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 – Pacto pela Saúde	O Pacto pela Vida determina seis prioridades, dentre elas a Saúde do Idoso.
2006	Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Objetiva recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com princípios e diretrizes do SUS. Aborda os principais agravos e ações de prevenção de acidentes.
2006	Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006	Define que o Dia Nacional do Idoso é celebrado no dia 1º de outubro de cada ano e estimula a realização e divulgação de eventos de valorização da pessoa idosa na sociedade.
2019	Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019	Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.
2019	Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019	Consolida atos normativos que dispõem sobre a temática da pessoa idosa.
2021	Decreto nº 10.643, de 3 de março de 2021	Altera o Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019.
2021	Resolução nº 55, de 8 de março de 2021	Dispõe sobre as deliberações aprovadas na 107ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

Fonte: Elaborado pela autora.

O Pacto pela Saúde foi publicado em 2006 e possui três componentes: Pactos pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS (BRASIL, 2006c). No Pacto pela Vida são elencadas seis prioridades, dentre elas a Saúde do Idoso, com destaque para a ação referente à adoção e uso da caderneta de saúde da pessoa idosa. No mesmo ano, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi promulgada com o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b, 2006c). A Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006, institui o Dia Nacional do Idoso, com celebração no dia 1º de outubro de cada ano (BRASIL, 2006d).

O CNDI foi criado pelo Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002 (ANDRADE *et al.*, 2013), posteriormente revogado pelo Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, que dispôs sobre a composição, a estruturação, as competências e o funcionamento do CNDI (BRASIL, 2004b). Em 2019, o Decreto nº 9.893, de 27 de junho, revoga o texto anterior e dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, órgão de deliberação colegiada, permanente, paritário e deliberativo que por meio das diretrizes de emancipação e protagonismo, promoção e defesa dos direitos, informação e formação tem o intuito de colaborar com as questões relativas à PNI (BRASIL, 2019a).

O Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019, consolidou atos normativos sobre a temática da pessoa idosa com destaque para a determinação da competência do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos na coordenação da Política Nacional da Pessoa Idosa, definição das competências intersetoriais e a regulamentação da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (BRASIL, 2019b). A referida estratégia estimula o protagonismo da pessoa idosa, fortalece a intersetorialidade e a interinstitucionalidade dos serviços públicos destinados aos idosos, assim como os conselhos de direitos das pessoas idosas e a rede nacional de proteção e defesa de tal população (BRASIL, 2019b).

Em 2021, o Decreto nº 10.643, de 3 de março, alterou o Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019 (BRASIL, 2021a) e a Resolução nº 55, de 8 de março, aprovou o Pacto Nacional de Implementação da Política dos Direitos da Pessoa Idosa, que

inclui a capacitação de conselheiros, criação de conselhos municipais e fundos estaduais e municipais e aprovação orçamentária no ano de 2021 para implantação do referido Pacto em alguns estados brasileiros, dentre eles, Minas Gerais, pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (BRASIL, 2021b).

No âmbito do estado de Minas Gerais, a Lei nº 12.666, de 04 de novembro de 1997, instituiu a Política Estadual de Amparo ao Idoso, com objetivo de garantir os direitos sociais, promover a integração e participação efetiva na sociedade e o dever de todos os cidadãos de denunciar às autoridades competentes qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso (MINAS GERAIS, 1997). Em 1999, a Lei nº 13.176 criou o Conselho Estadual do Idoso em Minas Gerais, órgão responsável pela formulação das políticas e ações para as pessoas idosas (MINAS GERAIS, 1999).

Em 2014, o Governo do Estado de Minas Gerais publicou o Plano Mineiro de Atenção Integral à Pessoa Idosa, resultante das Conferências Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa e de marcos regulatórios locais, nacionais e internacionais, sendo um importante instrumento para a efetivação dos direitos das pessoas idosas (MINAS GERAIS, 2014).

Em Belo Horizonte, o Conselho Municipal do Idoso (CMI) foi criado pela Lei nº 6.173, de 28 de maio de 1992, posteriormente revogada pela Lei nº 10.364, de 29 de dezembro de 2011, sendo um órgão colegiado de caráter permanente, paritário e deliberativo, promovendo a cooperação entre poder público do município e a sociedade civil na formulação e execução de políticas, garantindo a efetiva participação popular na busca pelos direitos das pessoas idosas (BELO HORIZONTE, 1992, 2011). A Lei nº 7.930, de 30 de dezembro de 1999, criou a Política Municipal do Idoso em Belo Horizonte, com objetivo de promover e proteger a autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade (BELO HORIZONTE, 1999).

As Políticas, Estadual e Municipal, determinam ações governamentais específicas para os idosos nas seguintes áreas: saúde, promoção e assistência social, educação, administração e recursos humanos, indústria e comércio, habitação e urbanismo, jurídica, direitos humanos e segurança social, cultura, esporte e lazer (MINAS GERAIS, 1997; BELO HORIZONTE, 1999).

3.2 A violência enquanto problema de saúde pública

A violência sempre esteve presente na humanidade, sendo vista como uma possibilidade de resolução de conflitos entre as pessoas, as famílias, as comunidades e os países, por meio de autoagressões, agressões interpessoais ou violência coletiva (DAHLBER; KRUG, 2007; PLONER; HOFFMANN; BALDISSERA, 2014). Contudo, a violência proporciona diversos impactos para os indivíduos e comunidades, em todas as partes do mundo (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2002a). A violência compromete a saúde e a qualidade de vida, originando diversos desafios e demandas para o setor saúde, com a necessidade de sua reestruturação para que seja capaz de atender às suas consequências (REICHENHEIM *et al.*, 2011; MINAYO *et al.*, 2018). Assim, trata-se de um problema de saúde pública, sendo relevante causa de morbidade, mortalidade e elevados custos para indivíduos e comunidades (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Segundo a *World Health Organization* (2002a), a violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou comunidade, que possa resultar ou resulte em sofrimento, lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. As diversas formas de violência possuem determinantes relacionados com características sociais, culturais e econômicas (DAHLBER; KRUG, 2007). O problema também está relacionado com o uso indevido de álcool e drogas ilícitas, além da presença de armas de fogo na sociedade (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Anualmente, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e sofrem lesões não fatais em decorrência de violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva, estando entre as principais causas de morte no mundo na faixa etária de 15 a 44 anos de idade (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2002a). Em 2019, cerca de 1 em cada 6 idosos vivenciou algum tipo de violência em ambientes comunitários (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2020). Estima-se que no ano de 2050, a população de pessoas com 60 anos ou mais seja de 2 bilhões, e caso a proporção de idosos vítimas de violência permaneça constante, o número de vítimas deve chegar a 320 milhões até 2050 (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2020).

No cenário brasileiro, de acordo com o Atlas da Violência 2018, na última década faleceram 553 mil pessoas em decorrência da violência intencional (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018). No Brasil, desde a década de 1980, a saúde pública busca compreender causas, fatores de risco, consequências e formas de prevenção da violência (DAHLBER; KRUG, 2007). Em 2001, a promulgação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) representou um importante marco da abordagem do tema na saúde pública. A PNRMAV preconiza a promoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, a monitorização da ocorrência de acidentes e violências, o fortalecimento do atendimento pré-hospitalar, a assistência interdisciplinar e intersetorial, a estruturação da rede de reabilitação, o estímulo à formação de recursos humanos, incentivo aos estudos e pesquisas relacionados com a temática (BRASIL, 2001b).

Na saúde pública, a temática da violência incluiu gradativamente outras abordagens com o intuito de atender aos diversos tipos de violência: contra crianças e adolescentes, de gênero, contra a pessoa idosa, no trânsito, no trabalho, étnica, contra pessoas com alguma deficiência, contra o trabalho infantil, contra o tráfico de pessoas, homofóbica, racial, contra população de rua e contra a população privada de liberdade (MINAYO *et al.*, 2018). A temática é bastante discutida pela sociedade brasileira, com a necessidade de abordagem intersetorial para ações preventivas (MELO; MATIAS, 2016). Assim, as diversas formas de violência, capazes de gerar diversas consequências para indivíduos e coletividades, exigem necessidade de adequação do setor saúde, por meio de rede articulada entre os serviços e com outros setores para busca de ações preventivas e de cuidado às vítimas.

3.3 Violência contra a pessoa idosa

A violência contra a pessoa idosa pode ser definida como ação, única ou repetida, assim como a falta de acompanhamento apropriado, causando prejuízo, dano ou sofrimento ao idoso, no contexto de qualquer relação em que exista confiança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b, 2020). É uma das principais barreiras

para a saúde do idoso e o conhecimento dos dados da violência contra a pessoa idosa representa um ponto crucial para seu enfrentamento (SANTANA; VASCONCELOS; COUTINHO, 2016).

A violência é um problema com consequências importantes para as pessoas idosas, pois pode levar a piora da qualidade de vida, lesões, traumas e estresse psicológico (MASCARENHAS *et al.*, 2012) e se apresenta nas formas interpessoal, estrutural e institucional (BRASIL, 2006a). Contra as pessoas idosas, a violência interpessoal acontece nas relações cotidianas e manifesta-se de vários tipos: física, sexual, psicológica, econômica, abandono, negligência, autonegligência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2006a, 2013; SOUSA *et al.*, 2010; LACHS; PILLEMER, 2015). No Quadro 2, apresentam-se as tipologias de violência contra a pessoa idosa e suas respectivas definições.

Quadro 2 – Tipologia de violência contra a pessoa idosa

Tipo	Definição
Violência física	Uso da força física, causando dor ou lesão.
Violência sexual	Consiste no contato sexual não consensual, excitação ou práticas eróticas por meio de aliciamento, força física ou ameaça.
Violência psicológica	Ações verbais ou não verbais capazes de gerar dor de origem emocional, angústia, humilhação ou isolamento social.
Violência econômica, financeira ou patrimonial	Uso indevido ou exploração imprópria de recursos financeiros patrimoniais pertencentes ao idoso.
Abandono	Ausência de responsáveis pelo cuidado no âmbito governamental, institucional ou de familiares.
Negligência	Recusa ou omissão de cuidados por parte de familiares ou instituições.
Autonegligência	Situação na qual o próprio idoso ameaça sua segurança e saúde.
Violência institucional	Negligência nos diversos setores estruturais da sociedade que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e instituições de assistência.
Violência estrutural	Decorrente das desigualdades sociais e naturalizada por meio da pobreza, da miséria e da discriminação.

Fonte: Brasil (2006a), Brasil (2013), Lachs e Pillemer (2015), Sousa *et al.* (2010) e *World Health Organization* (2005).

O ageísmo é o nome utilizado para referir-se ao preconceito etário voltado especificamente contra as pessoas idosas, sendo a terceira forma de discriminação mais prevalente no mundo ocidental, antecedida apenas do racismo e do sexismo (FERREIRA; LEÃO; FAUSTINO, 2020). Essa discriminação compromete a participação dos idosos em espaços coletivos e políticas sociais (RIBEIRO *et al.*,

2020), contribuindo para a ocorrência da violência simbólica pela percepção distorcida de que a velhice está associada à perda da autonomia e dos direitos de tal população (MORILLA; MANSO, 2020). Outras possíveis consequências do ageísmo são a perda da autoestima, maior risco de depressão e isolamento social (BRASIL, 2020).

Situações de violência estão relacionadas com violação de direitos humanos, diminuição da funcionalidade, isolamento social e elevadas taxas de mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b). Os tipos de violência podem ser cumulativos, situação capaz de potencializar os efeitos deletérios na qualidade de vida da pessoa idosa, podendo ocasionar, inclusive o óbito da vítima e a maioria dos casos acontece no ambiente intrafamiliar (MOREIRA *et al.*, 2016). No estudo de Paraíba e Silva (2015), 19,42% das vítimas idosas notificadas relataram que já tinham sido violentadas outras vezes. As diversas tipologias de violência contra a pessoa idosa trazem consequências que frequentemente confundem-se com sinais e sintomas decorrentes de patologias prevalentes nessa faixa etária. Assim, ressalta-se a importância da capacitação dos profissionais de saúde para realizar uma avaliação global e minuciosa do idoso e seu cuidador (BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

A prevalência global de violência contra a pessoa idosa foi de 15,7%, ou seja, cerca de um em cada seis idosos é vítima de violência (YON *et al.*, 2017). A revisão sistemática realizada por Yon *et al.* (2017), mostrou que as maiores estimativas segundo as tipologias da violência foram: psicológica, financeira e negligência. O estudo evidenciou também a importância do setor saúde na prevenção e conscientização dos profissionais, potencializando a capacidade de ação frente às diversas situações de violência contra a pessoa idosa (YON *et al.*, 2017).

No cenário brasileiro, a violência contra a pessoa idosa começou a ser discutida há pouco mais de duas décadas em virtude do aumento do número de idosos no país, proporcionando maior presença de tal população em todos os âmbitos sociais e, principalmente, pelo protagonismo da sociedade por meio dos próprios idosos, instituições, conselhos específicos e movimentos políticos em prol dos direitos das pessoas idosas (BRASIL, 2013).

Sousa *et al.* (2010) mostraram que, de acordo com dados de 2005 do Ministério da Saúde (MS), 27% das internações dos idosos foram em decorrência de violências

e agressões. No Brasil, os números mostram que 24.669 pessoas idosas morreram em 2011 por violências e acidentes, representando 68 óbitos por dia, e 169.673 foram hospitalizadas em 2012 por quedas, acidentes, envenenamentos, agressões e tentativas de suicídio (BRASIL, 2013). Em 2014, foram registradas por meio do Disque 100, canal do Governo Federal para casos de violações dos direitos humanos, 54.029 denúncias de violência contra a pessoa idosa, e em 2015, foram registrados 62.563 casos, representando um aumento de 15,8% (PAULA; MARTINS, 2018). Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) mostraram que em 2014, no Brasil, foram notificados 12.297 casos de violência contra idosos, sendo que 43,7% eram recorrentes, 70,4% foram praticados no âmbito domiciliar e em 11,3% dos casos aconteceram lesões autoprovocadas, evidenciando a possibilidade de sofrimento emocional causando essa tortura (D'ELBOUX *et al.*, 2021).

De acordo com o Plano Mineiro de Atenção Integral à Pessoa Idosa, foram 1.723 denúncias contra a pessoa idosa em 2012 e 3.185 em 2013 em Minas Gerais, pelo Disque 100 (MINAS GERAIS, 2014). A violência financeira foi o crime mais comum, seguido de exposição ao perigo, privação de comida e não prestar assistência ao idoso, de acordo com dados da Secretaria de Estado de Defesa Social (MINAS GERAIS, 2014).

Estudo descritivo realizado por Rocha *et al.* (2018), ao analisar as denúncias e as notificações, por meio do Sistema Nacional do Disque Direitos Humanos e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), respectivamente, de violências contra os idosos, em Minas Gerais, em 2011 e 2012, mostrou que a taxa de denúncias passou de 26 para 70 por cem mil idosos, representando aumento de 2,7 vezes em um ano e a taxa de notificação foi de 25 para 52 por cem mil idosos, com aumento de 2,1 vezes em um ano. Nesse estudo, a análise das denúncias mostrou que a maioria das vítimas foi do sexo feminino, as agressões aconteceram principalmente nos domicílios, tendo o filho como principal agressor, com predomínio da negligência, seguida da violência psicológica e financeira, que juntas representaram cerca de 80% das agressões denunciadas. A análise das notificações evidenciou que 27% dos idosos foram vítimas de mais de um tipo de violência, com predomínio da violência física que vitimou 77,5% dos idosos.

A avaliação das denúncias de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas registradas no CMI de Belo Horizonte, identificou 859 denúncias no período de 2011 a 2013, sendo que em 2011 foram 6,15/1000 idosos, e em 2013 foram 12,05/1000 idosos, evidenciando duplicação da taxa (MALLET, 2015). O estudo mostrou predomínio de vítimas do sexo feminino e segundo a tipologia, negligência, violência psicológica e abandono apresentaram os maiores percentuais (MALLET, 2015). De acordo com o estudo, a denúncia anônima foi a principal fonte e 66,1% das vítimas sofreram dois ou mais tipos de violência (MALLET, 2015).

Seja qual for o tipo de violência sofrida, tal situação prejudica a qualidade de vida, a integridade física e psicológica (SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011). Situações de dependência (física, emocional, afetiva, socioeconômica), idosos com alterações cognitivas ou sofrimento mental são fatores de risco para as situações de violência contra as pessoas idosas (BELO HORIZONTE, 2015). Estudo realizado por Guimarães *et al.* (2016), mostrou que de 225 casos de violência contra a pessoa idosa, 63,9% desses idosos apresentavam doenças crônicas, importante fator de risco para situações de violência contra tal população.

Outras situações que podem favorecer a violência contra a pessoa idosa são: desestruturação das relações familiares, relação desigual de poder entre vítima e agressor (SÃO PAULO, 2007). Mulheres com idade avançada, de baixa escolaridade e pertencentes a classes sociais mais baixas apresentam maior vulnerabilidade frente às diversas situações de maus tratos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b; SÃO PAULO, 2007; PARAÍBA; SILVA, 2015; GUIMARÃES *et al.*, 2016). Situações de pobreza que resultem em escassez de insumos de alimentação ou higiene, busca constante por serviços de saúde ou absenteísmo frequente às consultas agendadas, lesões e traumas com explicações improváveis, três ou mais quedas por ano podem ser fatores indicativos de situações de violência contra a pessoa idosa (BRASÍLIA, 2009).

De acordo com Yon *et al.* (2017), a falta de consenso na definição dos subtipos de violência resulta em grandes variações nas taxas de prevalências encontradas na literatura mundial. Além disso, a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno

complexo, de difícil captação, sendo um problema pouco denunciado em diversos locais (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2005; LOPES *et al.*, 2018).

Segundo Apratto Júnior e Moraes (2010), a violência contra o idoso é um problema com baixa visibilidade em virtude da falsa ideia de que essa é uma questão privada que deve ser resolvida pelos envolvidos. As pessoas idosas muitas vezes têm dificuldade em denunciar a violência e o agressor por culpa, receio ou vergonha, em virtude da relação de parentesco ou afeto, contribuindo com a subnotificação dos casos (BRASIL, 2001a, 2006a; CAVALCANTI; SOUZA, 2010; BELO HORIZONTE, 2015). Situações nas quais o agressor é um familiar contribuem com o silêncio das vítimas por medo e pelo aspecto cultural e afetivo relacionados com a família (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013b; RODRIGUES *et al.*, 2017).

A dificuldade ou o despreparo dos profissionais de saúde na identificação e notificação dos casos (CAVALCANTI; SOUZA, 2010) e o sentimento de incapacidade para condução das situações de violência contribuem com a subnotificação dos dados (MOREIRA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2018). No Quadro 3, evidenciam-se indicadores de violência segundo a tipologia, capazes de auxiliar na identificação de situações de violência contra as pessoas idosas, ressaltando que os sinais não devem ser observados de forma isolada, mas considerando questões de saúde e contexto familiar e social do idoso.

Mascarenhas *et al.* (2012), em estudo descritivo retrospectivo mostraram que apenas 524 municípios brasileiros apresentaram registros de notificações de violência contra os idosos no ano de 2010. Um a cada quatro idosos estão em risco de violência doméstica, entretanto, nem todos os casos são notificados (D'ELBOUX *et al.*, 2021), assim, a violência contra a pessoa idosa é muito mais frequente na sociedade brasileira do que as estatísticas registradas (BRASIL, 2013). Destaca-se que a possibilidade de subnotificações dos dados, impossibilita conhecer a real magnitude do problema. Apesar do vasto arcabouço legal presente nas diversas políticas, com destaque para o Estatuto do Idoso, o enfrentamento da violência representa um desafio para a sociedade.

A obrigatoriedade da notificação é de extrema importância para o real dimensionamento da violência contra a pessoa idosa e para identificação do perfil da

vítima e do agressor, o que possibilita o desenvolvimento de ações de prevenção do problema (GARBIN *et al.*, 2015; PARAÍBA; SILVA, 2015). A notificação da violência ocorre por meio do preenchimento da ficha de notificação de agravos pela unidade de saúde notificadora (GARBIN *et al.*, 2015). Os profissionais de saúde devem notificar casos suspeitos e confirmados de violência contra a pessoa idosa e encaminhar para os setores responsáveis (GARBIN *et al.*, 2015; PARAÍBA; SILVA, 2015).

Quadro 3 – Indicadores de violência contra a pessoa idosa segundo a tipologia

Tipologia	Indicadores
Violência física	Qualquer lesão incompatível com o relato ou que não tenha sido tratada adequadamente. Cortes, queimaduras, feridas infectadas, fraturas múltiplas inexplicáveis, podendo ter formatos definidos como marcas de corda, ataduras ou contenção nos punhos e tornozelos. Hematomas na pele em estágios distintos de evolução, lesões em áreas escondidas do corpo. Mudanças inesperadas de comportamento.
Violência sexual	Hematomas nas mamas ou áreas genitais, dor anal ou genital, doenças sexualmente transmissíveis sem explicações. Sangramentos vaginais ou anais sem etiologia esclarecida. Presença de sangue ou manchas na roupa íntima, queixa de assédio sexual.
Violência psicológica	Sensação de desamparo, busca de atenção e afeto. Comportamento bizarro como chupar dedo e embalar-se. Isolamento social, queixas de que não participa das decisões. Insegurança para falar abertamente, raiva ou medo de cuidadores e estranhos. Agitação, confusão ou desorientação. Depressão e baixa autoestima. Mudança de comportamento na presença do possível agressor.
Violência econômica, financeira ou patrimonial	Perda de dinheiro ou cheques sem explicação. Queixa pelo idoso ou relato de terceiros de retenção do benefício. Desconhecimento, pelo idoso, de sua situação econômica. Necessidades e direitos não atendidos conforme a condição socioeconômica da pessoa idosa (compra de medicamentos, alimentação especial, contratação de ajudantes, livre utilização dos proventos).
Abandono e negligência	Abandono ou ausência de cuidadores por longos períodos, odor de fezes e urina, úlceras por pressão, desnutrição, desidratação, não execução do plano terapêutico estabelecido pelos profissionais, higiene bucal em condições precárias, constipação fecal crônica não observada, uso abusivo de medicamentos ou em número insuficiente em relação aos problemas de saúde do idoso, vestuário incompatível com o clima.
Autonegligência	Abandono ou recusa de tratamento de doenças crônicas ou agudas. Não seguir as orientações sobre dieta, higiene, hábitos de vida e uso adequado de medicamentos. Não aceitação de um cuidador mesmo em situação de dependência.
Violência institucional	Discriminação, negligência e ineficácia no atendimento. Estrutura física inadequada e recursos financeiros escassos. Falta de segurança e/ou privacidade. Higiene ruim, cuidado físico e qualidade de vida precários. Uso de drogas que sedam os idosos, desnutrição, contenção, tortura e cárcere.

Fonte: Barcelos e Madureira (2013) e Belo Horizonte (2015).

O maior conhecimento na sociedade sobre o tema e a criação de estratégias preventivas mais eficazes são pontos essenciais para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa (SÃO PAULO, 2007). O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa tem como objetivo reverter o quadro de violações e assegurar os direitos das pessoas idosas, em atuação conjunta com os conselhos estaduais e municipais, entretanto, os últimos estão presentes em apenas um terço dos municípios brasileiros (MALLET *et al.*, 2016).

No enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, o Estatuto do Idoso representa um grande avanço, reconhecendo em seu 4º artigo que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão e determina ainda que os atentados contra os direitos de tal população serão punidos na forma da lei (BRASIL, 2003). O documento estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de atos de violência contra os idosos são de notificação compulsória, pelos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, à autoridade sanitária competente, assim como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, CMI, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2003).

3.4 Atenção Primária à Saúde e articulação intersetorial no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no município de Belo Horizonte

As intervenções de saúde pública para prevenção da violência são caracterizadas em três níveis: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a; CURITIBA, 2012; BELO HORIZONTE, 2015), descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Níveis de prevenção da violência

Prevenção primária	Ações que visam evitar a violência antes que ela ocorra, mediante o controle das causas e fatores de risco. Inclui abordagens voltadas para a sensibilização de familiares, cuidadores, comunidade e profissionais de diversos setores sobre medidas preventivas da violência.
Prevenção secundária	Ações voltadas para identificação da violência e estratégias para intervenção precoce, por meio da capacitação dos profissionais para reconhecer, notificar a violência e atuar de forma intersetorial e integrada com equipamentos existentes, evitando consequências mais graves e reincidências. Abordagens que têm como foco respostas mais imediatas à violência, tais como assistência pré-hospitalar e serviços de emergência.
Prevenção terciária	Assistência em longo prazo no caso de violência, tais como reabilitação e reintegração, minimizando traumas, sequelas e invalidez de longo prazo associada à violência. As ações devem ser voltadas para o atendimento e o acompanhamento da pessoa idosa, de seu cuidador e/ou familiar, por meio da gestão de caso e atuação em parceria de órgãos governamentais e não-governamentais.

Fonte: *World Health Organization* (2002a), Curitiba (2012) e Belo Horizonte (2015).

A identificação de situações de suspeita ou de violência contra as pessoas idosas e a notificação de tais casos são de responsabilidade dos profissionais de saúde (LOPES *et al.*, 2018). No cenário do reconhecimento da violência contra a pessoa idosa, as UBS desempenham um importante papel devido maior proximidade com os indivíduos e suas famílias e por ser entrada preferencial do usuário aos serviços de saúde (SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011). O acesso ao domicílio e a continuidade dos cuidados em saúde auxiliam a APS na detecção precoce de situações prejudiciais ao bem-estar decorrentes das situações de violência (WANDERBROOKE; OJEDA, 2012).

Apesar da relevância da APS no enfrentamento de tal situação, Mallet (2015) ao avaliar denúncias de violência contra as pessoas idosas, no CMI de Belo Horizonte, de 2011 a 2013, mostrou que a média de denúncias de violência não chegou a atingir um caso por UBS. Tal fato remete a indagação sobre o papel dessas instituições de saúde na identificação, notificação e no enfrentamento do problema. Apesar da importância dos profissionais da APS frente ao complexo fenômeno da violência contra as pessoas idosas, muitas vezes o problema não é devidamente reconhecido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b).

O enfrentamento das situações de violência contra as pessoas idosas depende de uma rede integrada, com envolvimento de diversos setores da sociedade (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2002b; COSTA; PINTO; OLIVEIRA, 2010). Assim, os serviços inseridos no território local são, frequentemente, os primeiros a identificarem o problema e os principais agentes de prevenção e promoção da saúde por meio de ações e serviços que estimulem uma cultura de solidariedade intergeracional e de rejeição a toda e qualquer forma de violência.

A intersectorialidade é a articulação de setores sociais, que compartilham saberes e experiências, colaborando para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações para abordar os problemas e proporcionar o desenvolvimento social (JUNQUEIRA, 1997). O conjunto da integração entre as políticas, o território, a equidade e os direitos buscam a superação dos problemas e da exclusão social nos locais em que se manifestam, considerando o cidadão em sua totalidade (JUNQUEIRA, 2000). A intersectorialidade se refere à articulação entre setores, com vistas a superar a fragmentação dos saberes e conhecimentos e responder com maior efetividade a problemas sociais de maior complexidade (BRASIL, 2009).

Para Vieira e Passos (2016), a efetivação da intersectorialidade traz maior complexidade quando comparada à sua conceituação, sendo atualmente um dos maiores desafios para o cuidado integral à saúde. Assim, os profissionais dos diversos setores devem apresentar adequada qualificação para atendimento ao idoso, capacitação para identificar, intervir e prevenir situações de abuso, assim como realizar os devidos encaminhamentos (QUEIROZ, 2009; MOREIRA *et al.*, 2016).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) organiza-se por meio da Proteção Social Básica, ofertada no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e da Proteção Social Especial que visa reconstruir vínculos, proporcionando defesa de direitos para indivíduos e famílias em situações de violação dos mesmos (BRASIL, 2011a).

O CRAS, por sua capilaridade nos territórios, é a principal porta de entrada do SUAS (CARMONA, 2019), com oferta de ações de cunho preventivo, protetivo e proativo e função de gestão e articulação para as unidades a ele referenciadas (BRASIL, 2009, 2011a). O CRAS tem como responsabilidade a execução do Serviço de Programa e Atendimento Integral à Família (PAIF) que tem o intuito de prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, garantir os direitos em

todos os ciclos da vida, fortalecer os vínculos familiares e comunitários (COSTA; CARDOSO, 2010; BRASIL, 2011a).

O CRAS está presente em áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e Distrito Federal e deve apresentar um adequado conhecimento do território, capacidade de organização e articulação para outras unidades do SUAS. A equipe de referência do CRAS é constituída por técnicos de nível médio e superior, estes com formação em serviço social e psicologia, sendo que o número de profissionais depende do número de famílias referenciadas conforme regulamentação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (BRASIL, 2009). Em Belo Horizonte, existe a equipe de Proteção Social Básica Regional para acompanhamento dos territórios que não tem cobertura pelo CRAS, em cada regional administrativa (CARMONA, 2019).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é referência para os territórios na oferta de trabalho social para indivíduos e famílias em situação de risco pessoal ou social ou violação de direitos (BRASIL, 2011a; BELO HORIZONTE, 2015). O CREAS, média complexidade da Proteção Social Especial, atua por meio de diversos serviços, dentre eles o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI) e da articulação com outras políticas públicas e órgãos de garantia de direitos (BRASIL, 2011a). A Proteção Social Especial de alta complexidade é responsável pelo processo de institucionalização e proteção integral em situações de violação de direitos, por meio de serviços de acolhimento com garantia da privacidade e preservação da autonomia dos indivíduos atendidos (CARMONA, 2019).

A territorialização traz o território como fator determinante para a compreensão das situações de vulnerabilidade e riscos sociais. Possibilita também a identificação das potencialidades nos locais próximos dos indivíduos e famílias, com possibilidade de maior eficácia e efetividade no enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 2009). As UBS e os CRAS são unidades representativas de Políticas Públicas diferentes, inseridas no território local, com ações e serviços planejados a partir do diagnóstico local da população, com foco nos indivíduos e nas famílias. Assim, as diversas categorias profissionais que têm contato com a pessoa idosa

podem atuar na prevenção e na identificação da violência, estimulando a cultura de paz e promoção da saúde por meio de estratégias intersetoriais para criação de ambientes seguros e saudáveis (BRASIL, 2001a, 2006a).

No município de Belo Horizonte, a rede de atendimento aos idosos vítimas de violência é descentralizada, sendo que cada uma das regionais realiza a abordagem da vítima e dos familiares, realizando os encaminhamentos necessários (MALLET *et al.*, 2016). Em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte elaborou um guia para orientar os profissionais no atendimento às pessoas idosas em situação de violência. No guia existe a orientação de que os casos suspeitos ou confirmados devem ser discutidos por toda equipe dos profissionais de saúde, CRAS e CREAS, de acordo com as necessidades do caso e pelas possibilidades de ações conjuntas para solucionar o problema. Cada caso deve ser devidamente documentado por meio de relatório que deve ser encaminhado juntamente com a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada (Anexo A) do SINAN e a Ficha Protetiva de Notificação de Suspeita de Violência Contra a Pessoa Idosa (Anexo B) para a Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE) da respectiva regional, que por sua vez, encaminha para a Diretoria Regional de Assistência Social (DRAS), com cópia para o CMI. A discussão entre os setores previamente citados possibilita o direcionamento dos encaminhamentos necessários e prazos para acompanhamento intersetorial dos casos (BELO HORIZONTE, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo. A abordagem qualitativa se caracteriza pelo estudo da realidade, por meio do contato direto do pesquisador com o ambiente natural e a situação estudada (GODOY, 1995). O paradigma qualitativo caracteriza-se pela visão holística que possibilita o conhecimento de um determinado contexto em sua totalidade e com abordagem intuitiva que vai se delineando no decorrer da coleta e análise dos dados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

De acordo com Flick (2009), a pesquisa qualitativa parte da construção social a partir das perspectivas dos participantes, com base na realidade em estudo. A pesquisa qualitativa permite o estudo do significado da vida das pessoas, de acordo com as condições contextuais nas quais estão inseridas, de forma que as conclusões possibilitem o conhecimento das perspectivas, opiniões e visões dos participantes, na realidade do que foi estudado (YIN, 2016), e de fenômenos e suas interações em determinado objeto de pesquisa (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

O estudo descritivo busca descrever com exatidão fatos e fenômenos de determinada população, conhecendo com maior profundidade a situação foco da pesquisa e criando base para realização de outros estudos (TRIVIÑOS, 1987). A pesquisa descritiva possibilita o conhecimento de atores, mecanismos, processos, fenômenos complexos e informações contextuais, por meio da utilização da abordagem qualitativa para descrever uma situação social circunscrita (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014).

Nesta pesquisa, a abordagem qualitativa apresenta-se adequada por permitir a aquisição de conhecimentos sobre conceitos existentes ou emergentes, capazes de auxiliar na compreensão do comportamento humano, pela interação dos participantes, desempenhando seus papéis em um cenário real, com situações da vida real (YIN, 2016).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Belo Horizonte que possui 2.512.070 habitantes, área total de 330,95 km² e densidade populacional de 7.591 habitantes/km² (BELO HORIZONTE, 2020). O município é dividido em nove áreas administrativas, com suas respectivas regionais sanitárias, de acordo com espaço geográfico, contingente populacional, vulnerabilidade social, dentre outros fatores, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (Figura 1). As pessoas com 60 anos ou mais representam mais de 18% da população total do município de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2020).

Figura 1 – Mapa das regionais administrativas do município de Belo Horizonte



Fonte: Belo Horizonte (2021).

A RAS de Belo Horizonte contempla todos os níveis de atenção (primária, secundária, urgência e emergência e hospitalar) em diversas linhas de cuidado e ciclos de vida, com o intuito de garantir assistência integral para a população. O Quadro 5 apresenta as unidades físicas que integram a Rede SUS em Belo Horizonte, sendo constituída por unidades próprias da rede municipal e conveniadas da rede estadual, federal, unidades filantrópicas e privadas (BELO HORIZONTE, 2020).

Quadro 5 – Rede física da Saúde em Belo Horizonte, 2020

Tipo de Unidade	Total
Atenção Primária à Saúde	
Centro de Saúde ¹	152
Academia da Cidade	78
Centro de Convivência	9
Atenção Especializada / Rede Complementar	
Unidade de Referência Secundária	5
Centro de Especialidades Médicas	9
Centro de Especialidades Odontológicas	4
Laboratório de Prótese Odontológica	1
Centro de Referência em Reabilitação	5
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	2
Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias	1
Centro de Testagem e Aconselhamento	2
Centro Municipal de Oftalmologia	1
Serviço de Atenção Especializada em Infectologia	3
Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem	1
Centro de Hemoterapia	1
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	23
Clínica/Centro de Especialidade	27
Urgência e Emergência	
Unidade de Pronto Atendimento	9
Centro de Referência em Saúde Mental	8
Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil	3
Centro de Referência em Saúde Mental - Álcool e outras Drogas	5
Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna	1
Apoio Diagnóstico	
Laboratórios Regionais	5
Laboratório Central	1
Laboratório de Infecções Sexualmente Transmissíveis	1
Laboratório de Unidades de Pronto Atendimento	8
Vigilância em Saúde	
Laboratório de Bromatologia	1
Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais	1
Laboratório de Zoonoses	1
Centro de Controle de Zoonoses	1
Unidade Móvel de Castração	1
Serviço de Atenção à Saúde do Viajante	1
Apoio à Assistência	
Farmácia Regional	9
Central de Esterilização	8
Hospitais	
Hospital Geral	18
Hospital Especializado	7
Total de unidades de saúde	418

Fonte: Belo Horizonte (2020).

¹ O município de Belo Horizonte utiliza o termo centro de saúde para designar o tipo de estabelecimento da Atenção Primária à Saúde, responsável por ser a principal porta de entrada dos usuários no SUS e coordenador do cuidado, assim, os centros de saúde correspondem às Unidades Básicas de Saúde, termo definido pela Política Nacional de Atenção Básica para designar tais estabelecimentos (BRASIL, 2017a; BELO HORIZONTE, 2018).

A Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC) e suas respectivas subsecretarias proporcionam direitos de cidadania da população e o desenvolvimento social inclusivo, justo e igualitário (BELO HORIZONTE, 2019). Em cada uma das nove regionais administrativas há uma DRAS, com vínculo junto à Subsecretaria de Assistência Social (SUASS), cuja oferta da proteção socioassistencial ocorre por meio da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial (BELO HORIZONTE, 2019). As ações e serviços da Proteção Social Básica são realizados por meio dos 34 CRAS, juntamente com entidades e organizações da sociedade civil, em territórios com alta vulnerabilidade social, incluindo o PAIF, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, o Programa Maior Cuidado (PMC). Esse nível de atenção inclui também equipes de Proteção Social Básica Regional, equipes de Transferência de Renda e Cadastro Único, o Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência (SPSPD) e o Serviço de Atendimento ao Migrante (BELO HORIZONTE, 2019, 2021). A Proteção Social Especial conta com 9 CREAS e se divide em média e alta complexidade, que dentre outros serviços, ofertam o PAEFI e o Serviço de Acolhimento Institucional, respectivamente (BELO HORIZONTE, 2019, 2021).

O presente estudo foi realizado em uma regional na cidade de Belo Horizonte que possui 21 UBS, 03 CRAS, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), 01 Centro de Referência em Saúde Mental / Álcool e outras Drogas (CERSAM / AD), 10 Academias da Cidade, 01 Centro de Convivência. As duas UBS do estudo são caracterizadas por um percentual elevado de idosos com relação à população total cadastrada. Segundo dados do Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE) de 2018, a população idosa representava 25,47% e 26,86% nessas unidades. O CRAS está na área de abrangência de uma das UBS. No que tange à temática da violência, a regional onde a pesquisa foi realizada apresentou a maior taxa de denúncias no período de 2011 a 2013, com 37,89 por 10.000 idosos (MALLET, 2015). A escolha da regional e das unidades ocorreu de forma intencional por ser cenário de atuação profissional da proponente da pesquisa.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais de equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e de apoio (assistentes sociais) de duas UBS, de um CRAS (psicólogo e assistente social) e seus gestores. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: profissionais de nível de escolaridade superior, técnico e médio e gestores das UBS e do CRAS, com atuação nas Unidades por um período igual ou superior a seis meses. O critério do tempo mínimo de atuação justifica-se pelo conhecimento dos serviços, fluxos e encaminhamentos envolvendo especificamente à saúde do idoso. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam afastados por licença maternidade, por motivo de doença ou em gozo de férias no período da coleta de dados, trabalhadores dos setores administrativos e serviços gerais e profissionais que se recusaram a participar do estudo. Assim, teve-se um total de 18 participantes.

O número de participantes não foi definido *a priori*. A coleta de dados foi interrompida quando se identificou a saturação, momento em que nenhum novo elemento foi encontrado e os dados obtidos passaram a apresentar redundância, na avaliação das pesquisadoras. De acordo com Minayo (2017), o ponto de saturação não é definido *a priori*, pois cabe ao pesquisador identificar o aprofundamento, a abrangência e a diversidade nas conexões e interconexões do seu objeto de estudo.

4.4 Coleta e análise dos dados

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista com roteiro semiestruturado. Segundo Triviños (1987), a entrevista valoriza a presença do investigador e a interação entre esse e os participantes da pesquisa, enriquecendo a investigação por meio de questionamentos relevantes para temática em estudo, possibilitando novas interrogativas com participação efetiva dos informantes na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Para a realização das entrevistas, foram elaborados dois roteiros semiestruturados, sendo um para os gestores (Apêndice A) e outro para os demais

profissionais (Apêndice B), visando identificar a compreensão dos entrevistados acerca do tema, abordar fatores que facilitam ou dificultam a atuação dos envolvidos no que tange à identificação e ao direcionamento de situações de violência contra os idosos e a percepção dos entrevistados sobre a intersetorialidade para enfrentamento do problema.

A coleta dos dados aconteceu durante o período da pandemia de COVID-19, e por isso, é importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas respeitando as medidas de segurança preconizadas para evitar o contágio da doença, com distanciamento entre pesquisadora e entrevistado e ambos em uso de máscara. O momento e local para realização das entrevistas foram estabelecidos com os participantes, sem comprometer o funcionamento das UBS e do CRAS. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho a dezembro de 2020, nas próprias unidades, em local tranquilo e reservado, permitindo privacidade para coleta dos dados. A média de duração das entrevistas foi de 28 minutos.

As entrevistas ocorreram de forma voluntária e foram gravadas por meio de gravador digital com o consentimento dos participantes. Posteriormente, foram ouvidas na totalidade e transcritas na íntegra na forma de texto do programa Word, verificando a exatidão das transcrições de acordo com as gravações de áudio. Para análise dos dados, houve o emprego de códigos, de acordo com o número da entrevista realizada, com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Segundo Bardin (2016), trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações por meio da descrição do conteúdo das mensagens, de procedimentos sistemáticos e objetivos. O método tem como finalidade produzir inferências sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio, sobre um grupo, sobre fatos e acontecimentos, utilizando indicadores que podem ser ou não quantitativos. Na Análise de Conteúdo Temática, a interpretação se dá pela exatidão na exploração dos dados que permeiam as relações envolvendo o objeto de estudo (BARDIN, 2016).

De acordo com Bardin (2016), a Análise de Conteúdo é organizada em três momentos cronológicos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organizar e sistematizar as ideias iniciais. Ela é realizada por meio do preparo e a escolha dos materiais e documentos, seguido pela leitura flutuante que possibilita conhecimento do material a ser analisado, o que permite ao investigador o desenvolvimento de impressões e orientações sobre o objeto de análise. Nesse momento inicial ocorre também a formulação de hipóteses e objetivos, definição de índices e indicadores e preparação do material para próxima fase (BARDIN, 2016).

Na fase seguinte, exploração do material, ocorre a transformação dos dados brutos, por meio das operações de codificação, decomposição ou enumeração conforme regras previamente determinadas, em representação do conteúdo ou de sua expressão (BARDIN, 2016).

A fase de tratamento dos resultados inclui a síntese e seleção das falas mais representativas de acordo com o objeto de estudo, classificação e agrupamento das categorias. Por fim, inferências e interpretações dos resultados, com base na leitura da realidade, respondendo aos questionamentos e objetivos propostos pela pesquisa e sob a ótica do referencial teórico do estudo (BARDIN, 2016).

As categorias de análise construídas estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 – Categorias de análise

Nomeação das categorias de análise	
1	Violência contra a pessoa idosa: compreensão dos participantes
2	Estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa
3	Situação de violência contra a pessoa idosa: e agora?
4	Articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Aspectos éticos

Os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG, com parecer favorável (Anexo C) e do Núcleo de Pesquisa da Gerência de Educação em Saúde (GEDSA), da SMSA de

Belo Horizonte, com obtenção do Termo de Anuência Institucional (Anexo D). A SUASS emitiu Carta de Anuência, autorizando a realização da pesquisa (Anexo E).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG e ao CEP da SMSA de Belo Horizonte (instituição coparticipante). A coleta dos dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelos referidos Comitês, por meio dos Pareceres: 4.002.430 (Anexo F) e 4.045.895 (Anexo G). Os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo, garantindo-se aos mesmos a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Em virtude da pandemia de COVID-19, de acordo com orientações da SMSA de Belo Horizonte, foi emitido Termo de Retificação da Anuência Institucional (Anexo H), e a continuidade da pesquisa aconteceu após liberação da autoridade competente pela Diretoria Regional de Saúde (DRES), do distrito sanitário no qual a pesquisa foi realizada.

Os participantes formalizaram a aceitação para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em duas vias de mesmo conteúdo, sendo que uma ficou com o participante e a outra será arquivada juntamente com os demais documentos da pesquisa pela pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 sujeitos, com idade de 32 a 62 anos, sendo 16 do sexo feminino. O tempo de atuação nas unidades de realização da pesquisa foi de 01 a 23 anos. No Quadro 7, apresentam-se as características dos participantes do estudo e os respectivos códigos empregados.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes do estudo

Código	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Cargo	Tempo na unidade (anos)
E1	Feminino	55	Ensino médio	Agente Comunitário de Saúde	09
E2	Feminino	62	Ensino médio	Agente Comunitário de Saúde	19
E3	Feminino	59	Ensino superior - Recursos Humanos	Agente Comunitário de Saúde	15
E4	Feminino	44	Ensino superior - Pedagogia	Agente Comunitário de Saúde	20
E5	Feminino	49	Ensino superior - Medicina	Médico / Generalista	09
E6	Masculino	43	Ensino médio - Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem	23
E7	Feminino	55	Ensino superior - Serviço Social	Técnico superior de saúde / Assistente social	08
E8	Feminino	32	Ensino superior - Serviço Social	Técnico superior de saúde / Assistente social	01
E9	Feminino	45	Ensino superior - Enfermagem	Enfermeiro	10
E10	Masculino	34	Ensino superior - Medicina	Médico	03
E11	Feminino	61	Ensino superior - Medicina	Gerente de Unidade de Saúde I	06
E12	Feminino	43	Ensino superior - Enfermagem	Enfermeiro	16
E13	Feminino	39	Ensino superior - Enfermagem	Enfermeiro	12
E14	Feminino	42	Ensino superior - Enfermagem	Gerente de Unidade de Saúde I	02
E15	Feminino	45	Ensino superior - Psicologia	Coordenador dos equipamentos municipais de apoio à família e à cidadania	02
E16	Feminino	33	Ensino superior - Psicologia	Analista de Políticas Públicas / Psicólogo	07
E17	Feminino	36	Ensino superior - Serviço Social	Analista de Políticas Públicas / Assistente social	03
E18	Feminino	41	Ensino superior - Enfermagem	Técnico de enfermagem	20

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram definidas quatro categorias de análise que abordaram a compreensão dos participantes sobre a violência contra a pessoa idosa, estratégias utilizadas para identificação dos casos, condutas realizadas frente a tais situações e a articulação intersetorial para enfrentamento do problema.

5.1 Violência contra a pessoa idosa: compreensão dos participantes

Esta categoria de análise trata da compreensão dos participantes acerca da violência contra as pessoas idosas, identificando o conhecimento sobre o tema, a tipologia e a formação profissional na área da temática.

As entrevistas revelaram que os participantes, ao serem indagados sobre a compreensão acerca da violência contra a pessoa idosa, apresentaram uma definição do tema e a exemplificação de alguns tipos de violência. Foi possível identificar que, para os entrevistados, a violência contra a pessoa idosa correlaciona-se com situações de violação de direitos, ações realizadas contra a vida, a autonomia e a dignidade da pessoa.

Eu entendo que é uma ação, um ato, seja ele único ou repetitivo, que cause danos a essa pessoa, a esse idoso, ou prejudique ele de uma forma física, psicológica (E4).

Violência é tudo que vai contra a vida, tudo que vai contra a Constituição e que viola o direito do idoso de acordo com seu Estatuto [...]. Tudo que coloca a pessoa numa situação de vulnerabilidade é considerado violência (E14).

Violência contra a pessoa idosa é qualquer ato que não esteja em conformidade com as necessidades daquele idoso, podendo inclusive prejudicar ou agravar a sua saúde (E18).

A compreensão da violência também foi correlacionada com a sua tipologia, sendo as comumente identificadas no cotidiano de trabalho dos profissionais, como a econômica, a física, a psicológica e a negligência. O tema também foi associado à violência física, pela maior visibilidade em decorrência dos sinais e de suas consequências e à violência institucional.

Violência física, mental, física e mental (E2).

Violência não só a violência física, de agressão física, mas a questão também da negligência, a violência psíquica, a emocional. Então, eu vejo dessa forma, física, mental e a questão da negligência (E5).

Tem a violência física, verbal, financeira, as negligências com relação ao idoso. A gente percebe também a violência institucional que acontece por parte das instituições (E13).

A complexidade do tema foi identificada nas entrevistas por meio das definições relatadas pelos participantes, e também, pela exemplificação dos tipos de violência para descrever a compreensão sobre a temática. Há o risco de maior percepção de casos considerados mais graves, como a violência física e menor visibilidade de formas mais sutis. Assim, não conhecer a tipologia da violência pode potencializar a invisibilidade do problema.

Lima *et al.* (2009), ao avaliarem as concepções de profissionais de UBS sobre idosos em situação de violência, identificaram que, para os entrevistados, a violência se caracteriza pela ação de um indivíduo contra o outro, com repercussões em diversos âmbitos da vida da pessoa idosa, exigindo a adoção de ações intersetoriais e interdisciplinares. Trata-se de uma violação de direitos humanos, sendo importante causa de lesões, diminuição da produtividade, isolamento e desesperança (MOREIRA, 2017). Além disso, representa um importante obstáculo para a saúde do idoso (SANTANA; VASCONCELOS; COUTINHO, 2016). O conhecimento acerca da violência é importante, pois engloba diversos tipos e, geralmente, situações extremas despertam mais a atenção dos profissionais (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013a; SALES *et al.*, 2014).

Os participantes abordaram a vulnerabilidade, clínica e social, como fator de risco das situações de violência sofridas pela população idosa. Outros fatores, como quadros de saúde mental do agressor ou da vítima e o uso de drogas, também foram citados. O impacto da violência para a vítima foi evidenciado por um entrevistado, pelo fato de ser um possível fator de risco para situações nas quais o idoso chega a atentar contra a própria vida.

Eu entendo que a pessoa idosa é vulnerável e qualquer tipo de atitude mais brusca, tanto de palavra ou de ação física, compromete a saúde dela [...] Muitas vezes a pessoa não tem paciência e agride o idoso (E6).

[...] A questão da vulnerabilidade, quanto mais vulnerável socialmente, culturalmente, maior o risco, a intensidade de favorecer esses episódios de violência das mais diversas formas [...] Gostaria de falar uma coisa que eu percebo na prática. A gente precisa ficar muito atento com relação às taxas de tentativas de suicídio entre os idosos. É algo que vem crescendo muito e eu acho que é um sinal de alerta para nós, profissionais da saúde e que está diretamente ligado com a situação de violência (E8).

[...] Idosos são agredidos, espancados, por questões de adoecimento mental da família e do idoso e de utilização de drogas (E11).

A violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar também foi abordada nas entrevistas, sendo mencionado por um dos entrevistados que a família é a maior contribuinte para essas situações. Os profissionais citaram exemplos de situações nas quais a agressão foi cometida por familiares e cuidadores, em decorrência de fragilidade afetiva entre os vínculos, dificuldades no cuidado e conflitos entre as gerações.

Uma vez uma idosa da minha área foi agredida pelo filho e ele teve que ser afastado da família, teve polícia e tudo mais (E2).

Falta assistência familiar em vários quesitos, tanto com relação ao acompanhamento, ao tratamento medicamentoso, abandono, casos que o idoso vive mais sozinho, sem ter aquela assistência com relação à alimentação. Muitas vezes com a questão financeira também, de utilizar dos recursos financeiros do idoso para benefício próprio por parte de familiares (E13).

O maior contribuinte para essa situação é a família, por falta dela ou por atitudes que ela toma (E14).

Os participantes desse estudo revelaram que as situações de violência contra a pessoa idosa têm como fatores de risco a fragilidade clínica, a vulnerabilidade social, vítimas ou agressores com quadro de saúde mental, uso de drogas, acontecendo principalmente no âmbito familiar. Ter conhecimento dos fatores capazes de contribuir com essas situações possibilita que profissionais das UBS e do CRAS, pela atuação no território e realização de visitas domiciliares, possam monitorar os idosos e suas famílias, fomentando a participação em atividades coletivas ofertadas e o

fortalecimento do vínculo entre familiares, comunidade e serviços, prevenindo a ocorrência de violações de direitos das pessoas idosas.

A maioria dos casos de violência contra a pessoa idosa acontece nas residências, no contexto intrafamiliar (SALES *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2016; MOREIRA, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017). Estudo realizado por Paraíba e Silva (2015), mostrou que a residência foi o local mais relatado de violência contra pessoas idosas, com 47,52% dos casos. A falta de estrutura familiar no manejo com idosos, seja pela falta de desejo ou inabilidade para o cuidado, situações de transtornos mentais, problemas de saúde, declínio cognitivo, dificuldades motoras, situações de pobreza representam fatores de risco para a ocorrência dessas situações (CAVALCANTI; SOUZA, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2016).

Fernandes e Silva (2016), afirmaram que a família pode ser o local do vínculo afetivo, como também dos conflitos, agressões e abuso de poder, como corroborado pelo estudo. Nesse cenário, é importante destacar a necessidade da atuação do Estado por meio de políticas públicas destinadas aos cuidados de longa duração, com a regulamentação e proteção do familiar que cuida, otimizando o cuidado e prevenindo situações de violência contra as pessoas idosas (GIACOMIN *et al.*, 2018). As políticas de suporte a família cuidadora ainda são insuficientes e não cabe apenas apontar culpados, sem apontar soluções. Cabe lembrar que, muitas vezes, o familiar cuidador que pratica violência também é vítima de condições de vidas precárias, imerso em um cenário de abusos, agressões e brutalidade.

A capacitação dos recursos humanos que trabalham com a população idosa deve ser promovida pelas instituições, conforme determinado pelo Estatuto do Idoso, fato ressaltado por um participante: *Inclusive no Estatuto diz isso dos profissionais serem capacitados [...] para atender os idosos (E17)*.

Quanto à realização de capacitação profissional na área da temática em estudo, houve contradições. As entrevistas realizadas nas UBS evidenciaram que os profissionais das equipes de saúde da família participaram de capacitações sobre o envelhecimento, mas a grande maioria negou ter sido capacitada sobre o tema da violência contra a população idosa. Em contrapartida, profissionais de apoio revelaram que o tema costuma ser pauta nas reuniões de categoria profissional, que são

organizadas a nível de distrito sanitário, com a participação de ocupantes do mesmo cargo.

Eu não me lembro de capacitação de violência contra idoso. Eu me lembro que a gente fez uma capacitação do idoso sim, mas eu não lembro dessa questão (E4).

Específica de violência contra a pessoa idosa não (E10).

[...] A gente sempre pede uma atualização, uma capacitação que aborde o que é uma violência, como é que a gente vai ter que olhar para identificar a situação, o que a gente tem que perceber para poder passar para as equipes. Então a gente já teve capacitação com uma geriatra. Nós tivemos capacitação, por exemplo, com o Conselho do Idoso [...]. Então, a gente pede essa atualização, essa capacitação sobre a violência (E7).

Identificou-se que os participantes vinculados ao CRAS relataram participação em capacitações sobre a violência contra a pessoa idosa no contexto do trabalho e ressaltaram a necessidade de maior frequência de tais abordagens.

Já realizei algumas. Não muitas, mas já passei. A equipe também já participou de algumas [...] A gente recebe algumas capacitações, mas não são sistemáticas e periódicas (E15).

Sim, já realizei [...]. Eu não me recordo quando, mas já foi feita. Eu me lembro que participei inclusive de uma pela Secretaria e também através do Programa Maior Cuidado, mas eu considero que poderia ter mais (E17).

Os participantes relataram a necessidade de capacitações de forma periódica sobre a violência contra a pessoa idosa. Entre as justificativas citadas, abordou-se o envelhecimento da população, o aumento dos casos de violência e a necessidade de maior conhecimento sobre o tema, possibilitando melhor reconhecimento das situações e para as formas de abordagem das vítimas.

Os entrevistados revelaram também que as capacitações devem abordar o preenchimento da notificação pelos diversos profissionais, assim como o conhecimento de fluxos, serviços e possíveis encaminhamentos a serem realizados.

Eu acho interessante porque a população brasileira está bem idosa e a gente se depara com a situação e não tem conhecimento. Por exemplo, eu não sabia se as marcas na pele eram porque estava pegando ou machucando a paciente. Então acho que deveria ter capacitação sobre isso (E2).

Você tem que fazer uma reciclagem constante. Nós profissionais temos que ser reciclados o tempo todo (E7).

Eu acho que seria até interessante promover mais capacitação, mais treinamento para equipe, porque qualquer profissional pode preencher, qualquer profissional tem que ter capacidade de identificar uma situação de violência (E8).

Deveria ser abordado mais vezes para poder pensar, traçar estratégias de como a gente pode tentar resolver as situações de violência da melhor forma. Ter um apoio mais próximo e um espaço para poder refletir nosso papel, nossas estratégias, avaliar se a gente está indo no caminho certo e o que deveria mudar. Eu acho que isso tudo seria bem positivo para nós e para o paciente (E9).

A gente conhece pouco sobre o que pode ser feito. A gente discute o caso com assistente social, que encaminha para instâncias superiores, mas a gente não vê outros meios de tratar disso. Eu vejo a necessidade de saber como abordar, de saber quais são os outros setores que a gente pode contar para resolver esses problemas (E12).

A violência é um problema de saúde pública cuja abordagem precisa de profissionais competentes e de diversos setores. Observou-se que a maioria dos entrevistados não participou de capacitação sobre a violência contra a pessoa idosa, mas a relevância do tema para a atuação profissional foi ressaltada nas entrevistas. A própria dificuldade em definir a violência e reconhecer a sua tipologia, representam indícios da necessidade de investir em capacitações periódicas para profissionais das UBS e do CRAS das diversas categorias, proporcionando atualização na área e o conhecimento das condutas a serem realizadas para o enfrentamento do problema.

Assim, há a necessidade de que os profissionais que atuam nos territórios sejam capacitados sobre a violência e sensibilizados quanto a relevância de identificar essas situações ao realizar uma visita domiciliar, principalmente em casos nos quais o idoso é restrito ao domicílio, com menor autonomia e acesso aos equipamentos da saúde e da assistência social localizados no território.

A capacitação de recursos humanos que lidam com a população idosa deve fomentar o cuidado integral, habilitando os profissionais na identificação da violência nos domicílios, instituições de saúde e nas ruas, no conhecimento e articulação com as redes de proteção (LIMA *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2016). Deve estimular o desenvolvimento de ações capazes de prevenir efeitos decorrentes da violência para idosos, familiares e cuidadores (FERNANDES; SILVA, 2016) e estimular a escuta e o

olhar qualificados, enquanto aspectos essenciais para o diagnóstico das situações de violência (LIMA *et al.*, 2009; PAULA; MARTINS, 2018).

Estudos de Oliveira *et al.* (2018) e Wanderbroocke e Moré (2013a) mostraram que, de acordo com os profissionais, a falta de capacitação sobre o tema resulta em despreparo e inabilidade para o atendimento das vítimas. Além disso, a falta de capacitação dos profissionais contribui com o velamento da violência (CAVALCANTI; SOUZA, 2010). Assim, é fundamental a preocupação das autoridades governamentais com a capacitação e a educação permanente dos profissionais que lidam com situações de violência contra a pessoa idosa (MOREIRA, 2017; PAULA; MARTINS, 2018), com fundamentação jurídica e garantia por meio do Estatuto do Idoso e da PNRMAV (BRASIL, 2003; LIMA *et al.*, 2010).

As discussões apresentadas nesta categoria proporcionaram uma compreensão da violência contra a pessoa idosa de acordo com profissionais e gestores de duas UBS e de um CRAS. Esta compreensão abordou a definição sobre o tema, o reconhecimento de tipologias encontradas na prática profissional, principalmente as formas mais graves de violência. Fatores de risco como vulnerabilidade clínica e funcional, presença de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas foram citados pelos participantes que reconheceram também a importância do contexto familiar, enquanto principal cenário de casos de violência contra as pessoas idosas. A maioria dos entrevistados revelou não ter participado de capacitações sobre o tema, sendo fundamental a realização de ações de capacitação profissional para o enfrentamento das situações de violência contra os idosos.

5.2 Estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa

As estratégias utilizadas para identificar situações de violência contra a pessoa idosa foram abordadas nesta categoria. Os participantes revelaram também aspectos que dificultam o reconhecimento dos casos, contribuindo com a recorrência dos episódios de violência, piora da qualidade de vida da vítima, com importante repercussão na resolução do problema.

As entrevistas evidenciaram o papel da UBS no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, a necessidade de identificação precoce dos casos, assim como a responsabilidade dos profissionais no reconhecimento dessas situações, prevenindo a repetição dos episódios e os efeitos deletérios decorrentes da violência. E ainda, foi revelada também a preocupação com a demora na identificação da situação de violência por parte da equipe de saúde, seja por desconhecimento da mesma sobre o assunto, seja pelo cuidado fragmentado ao usuário idoso ou pela desinformação acerca dos encaminhamentos a serem realizados.

Sempre que alguém souber que o idoso está sendo prejudicado, porque ele às vezes não responde por si, ele está ali sofrendo e se alguém, um vizinho ou quem quer que seja não denunciar, é perigoso ele até morrer, porque nada foi feito (E1).

Um dos fatores é a falta de conhecimento. Às vezes a própria família esconde e o fato de a gente não ter conhecimento e não saber identificar essas situações pode dificultar o processo (E2).

Eu acho que nós, profissionais da atenção básica, temos um dever fundamental nesse papel de identificar e tentar prevenir. É fundamental que a equipe toda se aproprie disso e se sinta preparada para atuar quando surgir alguma situação (E8).

Primeiro que a gente vê é que a equipe às vezes demora a fazer um diagnóstico da situação. Seja porque é um idoso que vem à unidade e não manifesta, seja porque é um idoso que tem muita limitação e a equipe tem um contato fragmentado com ele, seja por entendimento da equipe do que é violência, enquanto isso aquele sujeito está exposto à situação (E11).

Na identificação dos casos de violência contra a pessoa idosa, constatou-se que a distinção entre características inerentes ao processo de envelhecimento e sinais de violência é fundamental e exige olhar atento dos profissionais às condições do idoso e atuação em equipe para identificar adequadamente a situação. É importante que a violência não seja aceita enquanto resultado da história de vida e da fragilização das relações familiares e afetivas da pessoa idosa.

Para identificar eu acho que é necessário a gente fazer uma avaliação global [...]. Avaliar os sinais e sintomas que aquele idoso pode apresentar. Por exemplo, se tratando de violência física, lesões, hematomas, quedas que ocorrem com mais frequência, sem uma explicação muito coerente. O isolamento social, mudanças de comportamento do idoso [...]. Quando se trata de violência física, uma estratégia que eu gosto é convidar o médico ou

enfermeiro da equipe para fazer a visita junto comigo para poder avaliar o idoso (E8).

Às vezes aquelas histórias familiares que vão passando ao longo dos anos, cheias de amarguras, cheias de vinganças, insatisfações com o outro, como se fosse um castigo “você fez por merecer isso”. Então as pessoas não entendem, uma vez que o idoso se encontra numa situação dessa, é uma violação de direitos e a família pode responder por isso (E14).

Uma vez eu cheguei até a comentar e o médico me disse que ia ter que investigar bem porque o idoso em si, ele só no pressionar, só de manusear, a pele fica com manchas (E2).

Nas UBS e no CRAS, os profissionais atuam na promoção e na prevenção e apesar do acesso e do vínculo com indivíduos e comunidade, lidar com situações de violência é uma tarefa complexa, o que exige conhecimento sobre o assunto, identificação, acompanhamento e direcionamento adequado dos casos. Nas entrevistas, alguns participantes consideraram que a identificação da violência é um trabalho de investigação até que a suspeita seja confirmada. Dessa maneira, o trabalho em equipe realizado nas UBS e no CRAS, e entre as unidades, facilita o processo de avaliação, permitindo que profissionais de diferentes categorias verifiquem as condições do idoso e tenham parâmetros para reconhecimento e condução dos casos.

A identificação da violência é uma função de todos os profissionais de saúde que atuam na comunidade (SALES *et al.*, 2014). Profissionais das equipes de saúde da família têm posição estratégica no processo de identificação precoce de possíveis vítimas de violência intrafamiliar, uma vez que tem acesso aos domicílios para o cuidado de indivíduos e famílias (ROCHA *et al.*, 2015). O estabelecimento do vínculo e da relação de confiança também facilita a identificação precoce das situações de violência, assim como a elaboração de estratégias capazes de minimizar os agravos e o apoio às vítimas na garantia dos direitos (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012, 2013a).

Verificou-se que a maioria dos participantes do estudo trabalha nas unidades há mais de cinco anos, fato que contribui para a construção do vínculo entre profissionais e usuários. Além disso, o acesso de primeiro contato, o cuidado longitudinal e integral e a coordenação da atenção à saúde proporcionados pelas

equipes de saúde da família também favorecem a construção do vínculo (BRASIL, 2017a).

Dentre os aspectos que dificultam o reconhecimento da violência, constatou-se que, na perspectiva gerencial, há uma certa morosidade na identificação dos casos por parte dos profissionais. Esse fator revela a importância das capacitações periódicas, ampliando os conhecimentos sobre a temática e sobre a importância da identificação precoce dos casos. Na prática profissional, participantes das UBS e do CRAS podem se deparar com diversos tipos de violência, e por isso, necessitam de um olhar atencioso e de uma escuta qualificada para perceber tais situações e distinguir possíveis sinais indicadores de violência de características frequentemente associadas ao envelhecimento. De acordo com Wanderbroocke e Moré (2013a), essa distinção é fundamental para que os casos não permaneçam na invisibilidade.

Os ACS têm papel de destaque na identificação de situações de violência contra pessoas idosas, em virtude do acompanhamento domiciliar, pelo estabelecimento do vínculo e da relação de confiança e pelo olhar atento às condições do idoso. O aumento do número de visitas e o comparecimento no domicílio em horários diferentes também foram destacados como estratégias para identificação do problema.

A visita do Agente Comunitário de Saúde é muito importante, porque é a menina dos olhos para trazer para a unidade às condições do idoso e da família [...]. Eu procuro visitar mais vezes, em horários diferentes [...] E observando não marcar horário, porque é muito importante essa visita de chegada inesperada, tanto para gente quanto para o idoso, para verificar o que está acontecendo (E3).

A nossa visita não é só uma visita técnica! De chegar e falar assim: eu queria saber como é que tá a receita, o remédio? Não é só isso. A gente faz um trabalho até de psicólogo. A gente chega na casa, senta, conversa, pergunta como ele está. Eles têm a gente como um familiar deles. Eles acreditam na gente, confiam e começam a falar (E4).

No centro de saúde a gente tem uma coisa muito boa que é a questão dos ACS. Então assim, os agentes de saúde estão inseridos na comunidade. Eles têm essa visão de conhecer a pessoa, de ter o contato com os vizinhos, de ter o contato com os familiares. É a nossa principal ferramenta (E10).

Eles identificam muitos casos porque eles criam vínculo com a comunidade. Eles já conhecem esse idoso e como aqui na unidade não tem muita rotatividade dos profissionais, eles identificam muitos casos (E14).

A atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) também foi citada como importante estratégia na identificação dos casos, pois esses profissionais estão presentes de forma regular nos domicílios. Os ACE possuem diversas atribuições, dentre elas, a realização de visitas domiciliares para vigilância, prevenção e controle de doenças endêmicas e infectocontagiosas e nessas ocasiões, muitas vezes se deparam com casos suspeitos ou com episódios de violência no âmbito domiciliar, sendo tais situações discutidas com profissionais das equipes de saúde da família e de apoio das UBS.

A gente conta com o pessoal da zoonose para fazer essa vigilância. Eles ficam sabendo dos vizinhos (E12).

A zoonose traz também a situação de violência ao idoso. Porque como eles entram no domicílio, às vezes eles têm que ir no fundo da casa [...] às vezes encontram o idoso escondidinho ali, fragilizado. A zoonoses é muito parceira da unidade (E14).

Os ACS e ACE têm posição estratégica na identificação de situações de violência contra as pessoas idosas por meio das visitas domiciliares, do contato com a comunidade e da atuação no território. Esse achado revela também a importância do trabalho em equipe, e nesse contexto, ressalta-se a necessidade de que todos os profissionais sejam sensibilizados e participem de capacitações acerca do tema.

Observou-se que os ACS, por meio da atuação junto às famílias nos domicílios, apresentam condições de identificação precoce de situações de violência contra as pessoas idosas, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias para prevenção de agravos. Ao investigarem a percepção dos ACS sobre a violência contra os idosos, Sales *et al.* (2014) identificaram que as visitas domiciliares realizadas são de grande importância para a criação de vínculo com famílias e comunidades, possibilitando o conhecimento de situações de vulnerabilidade e violência, assim como o direcionamento para outros profissionais da unidade e de outros serviços, como o CRAS.

De acordo com Oliveira *et al.* (2018), o desenvolvimento da relação de confiança entre o ACS e o usuário permite que a situação seja identificada pelo contato com o próprio idoso e também por meio de denúncias de vizinhos e familiares.

Assim, os ACS são profissionais fundamentais no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, pela realização das visitas regulares, e também, pelo vínculo com famílias da área de abrangência (PAULA; MARTINS, 2018).

Os ACE, como atuam prioritariamente nos domicílios, também identificam essas situações, direcionando os casos para os profissionais das equipes de saúde da família e de apoio. Esse resultado está em consonância com atividades típicas dos ACE no cenário da sua área geográfica de atuação, o que inclui a realização de ações de controle e a identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde, em trabalho conjunto com equipe de atenção básica, assim como, o encaminhamento necessário para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2018). Assim, é fundamental que esses profissionais realizem capacitações sobre agravos relevantes para a saúde pública, contribuindo para promoção e prevenção (OLIVEIRA; CASTRO; FIGUEIREDO, 2016).

Os participantes relataram que situações de violência são identificadas durante visitas domiciliares, atendimentos, consultas, atividades coletivas nas UBS e no CRAS, sendo necessária a avaliação global do idoso, a escuta de familiares e cuidadores, verificando indícios de violação dos direitos da pessoa idosa.

Na visita a gente tem uma visão da situação de saúde e das condições gerais do idoso. Já presenciamos um quarto com grade [...]. Idoso com odor de urina, de fezes e até casos que a gente da enfermagem precisou trocar o paciente, dar água ao idoso porque os familiares não têm a atenção necessária (E6).

A gente pode identificar nas ofertas que a gente faz. A gente pode identificar através do Programa Maior Cuidado, a cuidadora no domicílio pode identificar [...] Muitas vezes a gente identifica ali no próprio atendimento, no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos [...] A própria orientadora social do Serviço de Convivência naquela dinâmica do serviço, ela identifica o idoso que pode estar sofrendo algum tipo de violência e comunica com a gente. Por meio dos serviços e dos programas que a gente tem aqui no CRAS, e também da rede, podemos identificar algumas questões que acendem essa luzinha vermelha, que é a suspeita da violência (E15).

Quando a gente tem algum indício nesse sentido, geralmente a gente realiza visita ou atendimento para escutar o idoso, a família, os cuidadores [...]. Por meio dessas escutas a gente tenta verificar se há indício de violação (E16).

Constatou-se que o reconhecimento de situações de violência contra a pessoa idosa pode acontecer nas ações e serviços de rotina das UBS e do CRAS. Para Florêncio e Grossi (2014), os serviços assistenciais e de saúde devem rastrear continuamente e aperfeiçoar a identificação das situações de violência.

Algumas condutas que facilitam a identificação de casos de violência familiar contra o idoso foram elucidadas pelo estudo de Wanderbroocke e Moré (2013a), incluindo a realização de avaliação global, a investigação de sinais e sintomas, escuta qualificada, disponibilidade de atendimento de idosos e familiares em horários não agendados e a busca pela rede de suporte ao idoso. O atual cenário decorrente da COVID-19, no qual o uso da máscara é uma medida protetiva obrigatória, a presença da mesma pode dificultar a visualização das expressões faciais do idoso, com repercussões no reconhecimento dos sinais de violência (D'ELBOUX *et al.*, 2021).

Outra estratégia de identificação da violência contra a pessoa idosa trata-se da denúncia, geralmente realizada por vizinhos, por familiares ou de maneira anônima, seja por meio de ligação telefônica para as UBS ou CRAS ou diretamente para os profissionais. As denúncias são feitas também em outros serviços como o Conselho do Idoso, a Promotoria do Idoso ou pelo Disque 100. As entrevistas evidenciaram que, assim que os participantes têm conhecimento das denúncias, eles utilizam atividades de rotina do trabalho, como, por exemplo, as visitas domiciliares, para verificar a situação, possibilitando o conhecimento da possível violação de direitos e tomada de decisão para enfrentamento da situação.

Os vizinhos observaram a idosa caída e gritando [...]. Os vizinhos falaram para a ACS o que estava acontecendo e a ACS conversou com a assistente social (E1).

A gente não pode chegar no domicílio com a denúncia porque a gente não tem enfrentamento para isto. Então a gente pode chegar lá oferecendo ações e serviços de saúde para reconhecer a situação (E6).

Às vezes denúncias de vizinhos, de conhecidos, de que o idoso está sozinho, que a questão da alimentação, dos cuidados de higiene pessoal estão comprometidos (E13).

Em caso de denúncia, a primeira etapa é solicitar uma visita do ACS. Nessa busca ativa, geralmente com a demanda de cadastro e aí ele observa as condições do domicílio, o ambiente, a família. Dependendo da situação, de acordo com a observação do ACS, a gente agenda uma visita com o enfermeiro ou com o médico (E18).

Os participantes relataram que a pandemia de COVID-19 tem contribuído para o aumento do número de denúncias de violência contra as pessoas idosas.

Só na pandemia eu fiz 3 notificações de violência contra o idoso, de vizinhos que não ficavam em casa e que estão ficando por falta do trabalho ou porque estão trabalhando em casa e têm escutado, têm visto (E7).

As situações de violência são presentes no nosso país de uma forma muito intensa e a pandemia veio para exacerbar isso (E9).

O vínculo entre profissionais e comunidade contribui para a realização de denúncias por parte de familiares e vizinhos das possíveis vítimas. Por outro lado, o receio de que a informação não permaneça em sigilo ou mesmo diante da incerteza da prática da violência, faz com que muitos indivíduos realizem as denúncias anonimamente. De acordo com Sales *et al.* (2014), a maioria das denúncias é realizada por outras pessoas, já que os idosos não denunciam situações de violência pelo afeto com o agressor ou pela crença de que devem submeter-se a tais situações até a morte, pelo sentimento de inutilidade e dependência.

De acordo com participantes do estudo, a situação decorrente da pandemia de COVID-19 tem contribuído com o aumento do número de denúncias devido à suspeição de casos de violência. Trata-se de um grave problema de saúde pública, sendo a doença potencialmente fatal para os idosos, especialmente para aqueles que apresentam comorbidades e as medidas protetivas, como o isolamento domiciliar e o distanciamento social, têm se mostrado potenciais fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa (D'ELBOUX *et al.*, 2021).

As pessoas idosas apresentam maior vulnerabilidade à violência, especialmente no âmbito familiar, frente a catástrofes e a pandemia de COVID-19 representa um tipo de desastre com diversas repercussões na morbimortalidade dos indivíduos, revelando a necessidade crescente de reflexões sobre a temática, e dentre as possíveis intervenções, destaca-se a atuação dos serviços inseridos próximos aos idosos, famílias e comunidades (D'ELBOUX *et al.*, 2021). Assim, a identificação precoce e ações de promoção e prevenção realizadas por meio das UBS e do CRAS e as intervenções intersetoriais são aspectos fundamentais para o enfrentamento do problema.

Casos suspeitos de violência podem ser informados por outros pontos da RAS, como foi exemplificado por um participante ao relatar um caso direcionado do nível hospitalar para a UBS. Outros setores, como a educação, também podem identificar essas situações, assim como pela própria comunicação entre os serviços da saúde e da assistência social.

[...] Tiveram alguns casos de suspeita de violência, vindos de outra ponta do serviço, em pronto atendimento, internação hospitalar. Foram situações que os profissionais suspeitaram e entraram em contato com o centro de saúde para investigar. Foi uma situação em que eu vi a rede funcionando (E10).

Ao analisar a identificação da violência na perspectiva da comunicação entre diferentes setores, observou-se que serviços da rede de urgência podem identificar uma suspeita de violência, referenciando o caso para a APS, uma vez que o acompanhamento longitudinal e o conhecimento dos indivíduos e famílias no contexto das UBS favorecem essa identificação. A presença dos equipamentos da saúde e da assistência social potencializa o cuidado no território, ressaltando que o CRAS está presente em áreas de maior vulnerabilidade e o trabalho intersetorial favorece a identificação de situações de violência.

Observou-se que um aspecto dificultador na identificação do problema é o velamento dos casos. No que diz respeito ao idoso, os participantes relataram que muitas vezes ele não reconhece a violência sofrida ou não apresenta o desejo de denunciar o agressor, seja por medo da reação do mesmo ou pela presença de vínculos familiares e afetivos. Dessa forma, foi revelada nas entrevistas a importância de os profissionais orientarem os idosos sobre seus direitos, as condutas a serem tomadas e os órgãos de defesa capazes de auxiliá-los em casos de violência. Os familiares e cuidadores, ao dificultar o acesso e o contato dos profissionais com a pessoa idosa, também contribuem com a invisibilidade do problema.

Um fator dificultador muitas vezes é o próprio idoso que não relata. Talvez por medo, se ele às vezes estiver sentindo que está sendo violentado de alguma forma, geralmente, assim como muitos, o idoso não fala. Ele se cala (E5).

Por duas ou três vezes eu fui na residência e a filha não me deixava ver a mãe, falava que a mãe estava dormindo (E3).

O que mais dificulta muitas vezes, é a família, adesão da família. Então assim, a família muitas vezes não deixa a gente chegar perto [...] A família nega que tenha qualquer negligência, nega que tenha qualquer arbitrariedade [...]. Já aconteceu muito de a família dificultar o acesso em visitas, voltando a equipe do portão, não deixando entrar (E9).

Eu acho que a gente encontra dificuldade ali na identificação mesmo, porque como eu te falei, tem idoso que fala, mas tem idoso que não fala. Principalmente se envolve ali uma pessoa muito querida, muito amada por ele, o filho por exemplo [...]. Então às vezes, ele vai falar que não tem nada acontecendo. A gente vê, fica sabendo, mas o idoso às vezes não fala, desmente como forma de proteger aquele membro familiar que é o agressor, mas que ele ama e quer proteger (E15).

A invisibilidade das situações de violência pode ser decorrente do velamento por parte dos idosos, familiares e cuidadores. A participação das pessoas idosas em grupos de convivência, atividades coletivas e espaços na comunidade contribui para a autonomia, com a troca de saberes e vivências e com a aquisição de conhecimentos dos direitos dessa população. Familiares e cuidadores precisam ser conscientizados de seus deveres e apoiados pelos serviços da saúde e da assistência social, favorecendo o cuidado e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para Oliveira *et al.* (2013), a disseminação do conhecimento sobre o tema contribui com a sensibilização da população frente às diversas situações de violência contra as pessoas idosas na comunidade, habilitando-os na identificação e enfrentamento do problema.

Estudos revelam que idosos vítimas de violência têm dificuldade em relatar abusos sofridos devido a relação de afetividade e parentesco com os agressores, preservando assim, a imagem da família, por medo de retaliações por parte daqueles que cometem as agressões, por vergonha e por receio de que os profissionais não acreditem na história (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2013; FLORÊNCIO; GROSSI, 2014; SALES *et al.*, 2014). Segundo Fernandes e Silva (2016), o idoso pode não denunciar pelo temor de ficar sem o cuidador, mesmo sendo

ele o agressor e ser direcionado para instituição de longa permanência, perdendo a privacidade e a autonomia.

Um importante ponto capaz de dificultar a identificação dos casos é o medo dos profissionais de lidar com a violência temendo pela reação dos familiares e cuidadores. Os profissionais relataram receio pelo contato próximo com as vítimas e possíveis agressores.

Enquanto profissionais, eu vejo que todos nós, por estarmos muito envolvidos com a população, com todos os membros da família, muitas vezes é difícil seguir em frente, fazer denúncias porque a gente fica com receio de como isso pode voltar para gente (E5).

Essa questão de a gente trabalhar dentro da área, de estarmos expostos, principalmente numa unidade de saúde onde a gente não tem um guarda municipal, não tem um porteiro, é de livre acesso [...]. Nós estamos totalmente vulneráveis a qualquer violência [...]. Então às vezes a gente tem que deixar de prestar uma assistência por causa disso (E12).

Por um lado, o estudo revelou que os participantes reconhecem sua responsabilidade na identificação das situações de violência contra as pessoas idosas, entretanto, apesar da relevância das UBS no reconhecimento precoce dos casos, o medo dos profissionais em lidar com tais situações também foi evidenciado e pode contribuir com a invisibilidade do problema. Os profissionais sentem-se incapacitados e impotentes para atuar em casos de violência familiar e violação de direitos (OLIVEIRA *et al.*, 2018), sendo que lidar com essas situações proporciona insegurança, vulnerabilidade e temor quanto a seu enfrentamento (SECCO *et al.*, 2020).

Oliveira *et al.* (2018) analisaram as concepções dos profissionais de enfermagem quanto à detecção e prevenção da violência contra os idosos em duas UBS, em Mossoró (Rio Grande do Norte), e identificaram que a negação do idoso em denunciar o agressor e a falta de desejo dos profissionais de envolvimento em situações complexas são aspectos que dificultam o enfrentamento da violência. O medo pode paralisar o profissional diante de casos suspeitos, evitando a investigação, em uma perspectiva de autoproteção nos casos incertos (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013a).

Os aspectos discutidos nesta categoria sinalizam que os participantes reconhecem o importante papel das UBS e do CRAS na identificação dos casos de violência e a responsabilidade dos profissionais nessa etapa do processo de enfrentamento do problema. A capacidade de distinguir características próprias do envelhecimento de sinais indicativos de violência é fundamental para o adequado reconhecimento dos casos. A atuação dos ACS e dos ACE foi reconhecida como importante estratégia para identificação das situações de violência. Elas também podem ser reconhecidas por meio das ações de rotina das UBS e do CRAS, por outros serviços de saúde e de outros setores e de denúncias realizadas, sendo evidenciado pelos participantes que a pandemia de COVID-19 tem contribuído para o aumento dos casos suspeitos. O velamento da violência por parte de idosos e familiares e o medo profissional foram citados como dificultadores na identificação do problema.

5.3 Situação de violência contra a pessoa idosa: e agora?

Esta categoria de análise trata das condutas e encaminhamentos realizados pelos profissionais das UBS e do CRAS após a constatação das situações de violência contra a pessoa idosa. São abordados também os aspectos que facilitam e que dificultam a condução dos casos.

As entrevistas realizadas nas UBS e no CRAS revelaram que, ao identificar a situação de violência contra a pessoa idosa, há um trabalho de discussão do caso entre os profissionais, para que, considerando as particularidades, sejam adotadas as condutas necessárias para o seu enfrentamento. De acordo com os participantes das UBS, há um direcionamento dos casos para as assistentes sociais das unidades, em virtude da maior propriedade das mesmas na condução das situações de violência. Evidenciou-se também que os casos mais complexos são discutidos com os gerentes das unidades, com vistas a contribuir com as estratégias de cuidado e facilitar a comunicação entre os pontos da rede e outros serviços.

Normalmente, quando detecta o caso, eu entro em contato com a assistente social [...]. Ela junto com a gente toma as medidas cabíveis, mas é através dela os passos seguintes, assim, de acionar questão judicial, promotoria e coisas do tipo (E10).

Eu acredito que o papel do gerente na unidade é disponibilizar para sua equipe todos os recursos disponíveis na rede de serviços, potencializando sua atuação. Disponibilizar, fazer o acesso, construir a rede, ser um elo de ligação da rede de serviços entre os recursos existentes (E11).

Discute com a equipe, com a médica, com ACS da área, insere a assistente social sempre nesses casos [...] O mais importante é a conversa, a discussão do caso, principalmente com a assistente social que nos guia, nos orienta como proceder (E12).

Nas UBS, verificou-se que os profissionais das equipes de saúde da família direcionam os casos para profissionais de apoio (assistentes sociais) e para os gerentes com o intuito de facilitar a comunicação entre outros pontos da rede e serviços e auxiliar na elaboração de estratégias para o cuidado. Wanderbroocke e Moré (2013a) abordaram a importância do trabalho em equipe para o enfrentamento da violência, revelando que muitas vezes profissionais direcionam para outros profissionais, considerados mais capacitados para conduzir o caso, corroborando os resultados do estudo.

Um ponto de relevância abordado pelos participantes na condução das situações de violência contra a pessoa idosa, engloba a sensibilização da família, do cuidador e da comunidade, por meio da divulgação dos direitos, ampliando os conhecimentos de que os atos cometidos podem ser violações de direitos. Foi relatado que existem circunstâncias nas quais idosos e agressores podem não ter ciência de que estão, respectivamente, sofrendo e cometendo uma violência.

Os participantes ressaltaram que a abordagem da família é essencial e engloba o conhecimento e a avaliação da dinâmica familiar. Situações nas quais a agressão é cometida por familiares, as condutas para o seu enfrentamento podem incluir encaminhamentos para os possíveis agressores, para o mercado de trabalho ou programas sociais, como exemplificado por um participante, reduzindo a possibilidade de repetição da violência, com melhora da qualidade de vida da vítima.

Às vezes por um despreparo do familiar, do cuidador, uma sobrecarga, um estresse [...] Trabalho com a família a sensibilização, responsabilização, ofertando os suportes que a gente tem ao nosso alcance para tentar romper com esse ciclo de violência (E8).

[...] Acionar toda a rede para poder tá construindo aquele caso e tentar intervir de uma forma harmônica que envolva a família. Porque se você não envolver a família, você não consegue garantir que aquele cuidado vai ser continuado (E14).

Eu tento conversar com o cuidador, colocando de uma forma empática que eu entendo o cansaço, mas que o idoso precisa de certos cuidados. Coloco sobre o Estatuto do Idoso (E5).

A gente realiza um trabalho social com a família, ofertando nossos serviços e buscando garantir os direitos dos envolvidos, por exemplo, a gente pode encaminhar o agressor para o mercado de trabalho e ele vai sair mais de casa, vai ter uma renda, e muitas vezes, isso já vai solucionar o caso [...] A gente percebe que ter as ofertas da proteção básica no território é muito importante. A gente pode pensar: o que o Pró Jovem tem a ver com a violência contra o idoso? Tudo, porque se esse idoso tem um adolescente em casa, vamos inserir ele no Pró Jovem e podemos trabalhar as formas de violência no programa, auxiliando na tomada de consciência desse adolescente para que ele tenha mais condições de proteger o idoso dentro de casa. É esse trabalho que a gente faz, de entender aquele contexto familiar e fazer os encaminhamentos necessários (E15).

A fragilidade das relações familiares e a ruptura dos vínculos afetivos foram citados como dificultadores no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, contribuindo para a falta de adesão da rede informal de apoio² e tornando-se um desafio para o trabalho realizado nas UBS e no CRAS.

A família fala na delegacia “Eu vou abraçar, eu vou fazer tudo para o idoso” e não faz, mas não tem aquela cobrança (E4).

O que mais dificulta, muitas vezes, é a família [...] A família nega que tenha qualquer negligência, nega que tenha qualquer arbitrariedade, que esteja acontecendo alguma coisa (E9).

² As redes de apoio ao idoso classificam-se em formais e informais. As formais referem-se às políticas públicas destinadas aos idosos, assim como serviços de saúde, instituições jurídicas, órgãos da previdência social. As informais são caracterizadas pelo vínculo e pelas relações de cuidado, incluindo famílias, amigos, vizinhos e comunidade. As redes formais e informais têm o intuito de proporcionar ao idoso proteção e garantia dos seus direitos (SOUZA *et al.*, 2008).

Acho que um ponto muito complicado no trabalho do CRAS, no trabalho de prevenção, no trabalho de fortalecimento de vínculos é quando você tem uma situação na qual o pai ou a mãe foram extremamente abusivos durante a vida inteira e aí por questões da idade, de uma diminuição das capacidades, ele precisa de um suporte de acordo com o grau de dependência ou semidependência e essa família não tem vínculo, não tem afeto. Situações de fragilidade ou inexistência de vínculos representam um desafio na garantia dos cuidados para esse idoso, sendo muito complicado para o nosso trabalho (E16).

Uma conduta importante relatada nas entrevistas foi o trabalho de sensibilização realizado com familiares e cuidadores sobre as violações de direitos, tipologia da violência e responsabilidades que a rede informal de apoio tem para com a população idosa. A importância da abordagem familiar é elucidada por outros estudos que reconhecem a família como principal suporte para o idoso, sendo o envolvimento da mesma essencial no acompanhamento dos casos de violência contra as pessoas idosas (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013a; CRIPPA *et al.*, 2016).

As entrevistas realizadas nas UBS e no CRAS revelaram que a notificação é uma etapa fundamental a partir da suspeita ou confirmação de determinada situação de violência. No contexto das UBS, verificou-se que o preenchimento é realizado prioritariamente pelas assistentes sociais das unidades e os profissionais das equipes de saúde da família demonstraram pouca familiaridade com a notificação. No CRAS, o preenchimento é feito no âmbito gerencial, pela coordenação do equipamento, no intuito de preservar profissionais que lidam diretamente no território com a população, pois ainda que o documento não tenha caráter punitivo, essa interpretação pode ser feita pelos possíveis agressores.

Os profissionais acabam direcionando mais para o serviço social. Não sei se não sabem que a notificação pode ser feita por qualquer profissional, mas eles acabam direcionando mais para o serviço social e fica mais a cargo mesmo da assistente social [...]. Isso não é uma atribuição privativa, mas que acaba sendo por causa do fluxo que internamente os profissionais vão delegando por achar que é só do serviço social (E8).

A notificação eu faço enquanto coordenação (E15).

A gente faz o relatório, encaminha para coordenação, coordenação que notifica, que a faz a notificação. Até para o técnico não ficar muito exposto, porque depois ele vai continuar tendo contato com essa família (E17).

Os profissionais das UBS e do CRAS afirmaram que elaboram relatórios que são encaminhados juntamente com a notificação, contendo a descrição, a contextualização e demais informações relevantes do caso.

[...] Depois daquela abordagem no domicílio, a gente faz um relatório, um da enfermagem, um do médico e condensa em um único documento (E9).

A gente faz o relatório técnico, com todas as ações que a gente fez, o que a gente teve de conversas e informações (E16).

Para um entrevistado, a existência de um fluxo estabelecido para situações de violência foi considerada um ponto facilitador no enfrentamento do problema. Identificou-se que nas UBS, gestores e assistentes sociais demonstraram ter conhecimento sobre os encaminhamentos realizados após a elaboração dos relatórios e do preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada e Ficha Protetiva de Notificação de Suspeita de Violência Contra a Pessoa Idosa, ao passo que, a maioria dos profissionais das equipes de saúde da família revelaram desconhecimento acerca dos fluxos. No CRAS, os entrevistados relataram que os documentos são direcionados para a DRAS, com uniformidade da equipe na descrição do encaminhamento realizado.

Agora sobre os encaminhamentos, as formas da gente achar as parcerias com PAEFI, com Ministério Público, essa parte eu não sei muito porque quando eu entrego o caso para assistente social, ela faz os contatos (E3).

O fluxo eu não sei (E5).

Hoje tudo é feito via instituição e os encaminhamentos vão sendo realizados para os setores responsáveis [...]. Hoje tem um fluxo institucional melhor delineado (E11).

A notificação da violência foi considerada essencial, sendo uma das primeiras condutas frente às situações de violência relatadas pelos participantes. Apesar da notificação ser uma atribuição comum aos profissionais, ao analisar as entrevistas identificou-se que fica sob a responsabilidade de poucos. A notificação é compulsória e não se restringe a uma determinada categoria profissional. Dessa forma, as equipes devem se organizar para o preenchimento da mesma, garantindo que essa ação não

fique sob a responsabilidade de uma única pessoa, o que pode contribuir com possíveis atrasos nos encaminhamentos decorrentes da ausência desses profissionais, aumentando a exposição da pessoa idosa às situações de violência.

Juntamente com a ficha de notificação, são enviados relatórios técnicos elaborados pelos profissionais das UBS e do CRAS. Ressalta-se a relevância do trabalho em equipe, ao considerarmos as especificidades profissionais e o compartilhamento de olhares e saberes na discussão dos casos e na elaboração de relatórios. As entrevistas revelaram que os profissionais das equipes de saúde da família apresentaram pouca familiaridade com as fichas a serem preenchidas e com os encaminhamentos realizados posteriormente. No cenário do CRAS, as entrevistas evidenciaram maior clareza dos participantes com relação ao fluxo dos encaminhamentos realizados após a notificação dos casos.

Em 2011, situações de violência doméstica, sexual e outras formas foram incluídas na Lista de Notificação Compulsória (LNC) pelo MS (BRASIL, 2011b). A notificação compulsória é uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde frente à suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, realizada por médicos, profissionais de saúde, responsáveis pelos estabelecimentos públicos ou privados de saúde e educacionais, de cuidado coletivo, serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa, de forma imediata ou semanal (BRASIL, 2016). Situações de violência doméstica e outras violências devem ser comunicadas semanalmente, ou seja, em até 7 dias, a partir do conhecimento, ao passo que violência sexual e tentativa de suicídio devem ser notificadas em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido (BRASIL, 2016). O profissional que não realizar a notificação diante de casos de suspeita ou confirmação de violência comete infração administrativa, com pena de multa (PAULA; MARTINS, 2018).

A notificação compulsória é um importante instrumento de política pública no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, possibilitando conhecer sua real magnitude (LIMA *et al.*, 2010). Trata-se de uma exigência legal que permite que o problema ganhe visibilidade, revelando sua gravidade, tipologia, perfil das vítimas e dos agressores, localização de ocorrência, direcionamento epidemiológico, e outras características relevantes capazes de fomentar políticas públicas para a prevenção

de violências, ações de vigilância e assistência às vítimas (GARBIN *et al.*, 2015; BRASIL, 2017b; OLIVEIRA *et al.*, 2018). A notificação contribui para a formação de um elo entre os diversos serviços e o sistema legal, fortalecendo a rede interinstitucional, essencial para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública (GARBIN *et al.*, 2015; ROCHA *et al.*, 2015).

Os profissionais precisam ter conhecimento da LNC, assim como familiaridade com a ficha de notificação, fluxos e encaminhamentos, evitando a subnotificação dos casos (PARÁIBA; SILVA, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018). A notificação é fundamental no cuidado integral à saúde das pessoas e exige de profissionais uma postura ética e cuidadosa com as vítimas, familiares e possíveis agressores e cabe aos gestores locais realizar o planejamento estratégico para garantir essa responsabilidade institucional, com apoio e proteção aos profissionais que estão em contato com a população, prevenindo retaliações dos prováveis agressores (BRASIL, 2017b).

Os profissionais realizam a denúncia anônima junto aos órgãos de defesa dos idosos, paralelamente aos encaminhamentos institucionais, como forma de tornar o processo mais célere.

Com o tempo nós percebemos que se a gente fizer a denúncia anônima, a resolução é mais rápida (E6).

A gente liga no Disque 100 para ver se agiliza mais o processo (E17).

O trabalho em equipe e a abordagem intersetorial, principalmente entre a UBS e o CRAS, foram considerados pontos positivos no acompanhamento dos casos de acordo com os entrevistados.

Normalmente, a gente busca os parceiros no local de trabalho e a intersetorialidade. Aqui como eu falei, a gente tem área CRAS. Então a gente tem muito como parceiro, o CRAS (E13).

Eu acho que um facilitador é uma boa relação com a Rede. Porque se a gente identifica alguma coisa, a gente já recorre a Rede para poder entender melhor sobre o caso (E17).

Os participantes citaram como pontos dificultadores na condução dos casos de violência: o desconhecimento de fluxos, serviços e órgãos de apoio, a morosidade e

a baixa resolutividade na obtenção de respostas, com repercussões na assistência à pessoa idosa.

Tem situações que duram anos e a gente não consegue pensar que podem durar mais de um dia. O fluxo normal, talvez até pelo tanto de processos, a necessidade de passar em diversos setores torna o fluxo demorado (E6).

Em algumas vezes, a gente tem um sentimento assim, já encaminhei para todos os setores do fluxo e ainda não tive uma resposta. Então há uma morosidade burocrática de conversa (E11).

Participantes das UBS relataram que o apoio de outras instituições é pequeno, proporcionando aos profissionais um sentimento de que a condução e a resolução das situações de violência contra as pessoas idosas são de responsabilidade dos serviços inseridos no território. Observou-se que a morosidade e a baixa resolutividade proporcionam aos participantes uma necessidade de maior oferta de ações e serviços nas UBS e CRAS, com intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso vítima de violência.

Eu fico tão desacreditada, sabe. Infelizmente! Eu lido com a violência a vida inteira e eu não vejo muito resultado [...]. Eu trabalho com a questão da redução de danos. Está no nosso território, vamos cuidar, independente que vá para outras instâncias, que não esteja dentro da nossa governabilidade, mas eu sempre falo para evitar que ele sofra tanto. Não vamos deixar de cuidar simplesmente porque eu encaminhei, pronto e acabou, mas sinceramente, eu acho que tem muita coisa que precisa mudar (E7).

A maioria dos casos que fogem um pouco da nossa área de abrangência, a resolução é quase zero. Vai para instâncias superiores e por lá fica. Eu nunca tive um retorno desses [...]. Os problemas são nossos mesmos, infelizmente. Muitas vezes a gente não consegue resolver e ficam alguns casos sem solução, porque a gente deveria passar para instâncias superiores e elas são pouquíssimo resolutivas (E12).

Muitas vezes a gente não sente tanto suporte. A gente vê que tem que lidar mais com a questão local mesmo. Não tem tanto suporte das outras instâncias que estão mais acima [...] Muitas vezes a gente atua em nível local mesmo, recorrendo a essa intersectorialidade no território (E13).

A insuficiência nas políticas e ações públicas destinadas aos idosos vítimas de violência e a sobrecarga de demandas para a APS foram abordadas por um participante. A dificuldade para o acompanhamento das situações de violência, assim

como para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção desses casos são desafios para profissionais e gestores no cuidado integral à população idosa.

Eu acho que hoje a Atenção Primária tá muito sobrecarregada. A gente sabe que existe o território, da violação de direitos de outras faixas etárias, como do idoso, eu acho que faltam Políticas Públicas que garantam ao idoso saúde, acesso aos serviços, aos cuidados [...]. Eu acho que só está sendo feito a retirada de direitos, não está tendo um investimento que proteja esse idoso (E14).

Dentre os pontos que dificultam, a morosidade após encaminhar a notificação foi relatada pelos participantes nas entrevistas. A realização da denúncia anônima junto aos órgãos de defesa dos idosos foi relatada por participantes como forma de diminuir o tempo para obtenção de resposta nas situações de violência contra as pessoas idosas, uma vez que a espera pode culminar na repetição dos episódios e piora da qualidade de vida das vítimas.

Para os participantes, o enfrentamento das situações de violência contra as pessoas idosas fica sob a responsabilidade dos serviços inseridos no território, com ênfase nas UBS e CRAS. Verificou-se também que os participantes têm a percepção de pouca resolutividade dos casos, com sentimento de impotência, em virtude da falta de acompanhamento de outros pontos da rede e de órgãos de defesa dos idosos.

Estudo realizado por Ploner, Hoffmann e Baldissera (2014) mostrou que 35% das denúncias demoraram de 6 a 12 meses para serem atendidas, o que pode contribuir com o aumento dos casos de violência devido à impunidade, fazendo com que as vítimas se sintam mais fragilizadas. O sentimento de desamparo por parte de profissionais e gestores e a ausência de respostas de outras instituições ao realizar os encaminhamentos são fatores capazes de contribuir com o velamento da violência (CAVALCANTI; SOUZA, 2010; SALES *et al.*, 2014). A ausência de estrutura física adequada e a sobrecarga dos serviços de saúde foram citadas como barreiras para abordagem da violência contra os idosos (CAVALCANTI; SOUZA, 2010; WANDERBROOKE; MORÉ, 2013a).

Condutas e encaminhamentos realizados, assim como respectivos pontos facilitares e dificultadores foram discutidos nesta categoria de análise das entrevistas, permitindo conhecer as etapas no processo de enfrentamento da violência contra a

pessoa idosa. Observa-se que os casos são inicialmente discutidos nos cenários analisados, permitindo maior conhecimento e a construção de estratégias a serem adotadas. Nas UBS, há um direcionamento das situações de violência para as assistentes sociais, sendo que, de acordo com os profissionais das equipes de saúde da família, essa categoria profissional tem maior habilidade para lidar e conduzir tais situações e os gerentes são acionados em casos mais complexos para auxiliar, principalmente na comunicação entre outros pontos da rede e serviços e na elaboração das estratégias a serem adotadas. Em virtude da complexidade que envolve a violência, os participantes ressaltaram a importância da abordagem da rede de apoio informal e dos encaminhamentos direcionados para os possíveis agressores.

A notificação foi citada como importante conduta no enfrentamento do problema, mas ressalta-se a necessidade de que toda a equipe seja orientada e capacitada sobre seu preenchimento e posterior encaminhamento, evitando que permaneça na responsabilidade de poucos profissionais. Outras condutas citadas foram a realização da denúncia anônima na perspectiva de diminuir a espera para obtenção de respostas e atuação intersetorial entre UBS e CRAS. O desconhecimento dos fluxos, a morosidade das respostas, a baixa resolutividade, a fragilidade dos vínculos familiares, a insuficiência das políticas públicas direcionadas para os idosos e a sobrecarga de atividades na APS são aspectos que dificultam o enfrentamento da violência.

5.4 Articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa

A complexidade das situações de violência revela a necessidade da articulação entre diferentes setores sociais. Nesta categoria os participantes abordaram a importância da intersetorialidade, com envolvimento, articulação e atuação entre políticas públicas na garantia dos direitos dos idosos. Ações e serviços existentes no território foram citados como aspectos relevantes no processo de enfrentamento deste problema de saúde pública.

A abordagem deve ser intersetorial. Eu acho importante envolver outras políticas e aí a gente encaminha o caso para dar visibilidade, para sugerir o acompanhamento de um outro serviço, para ajudar nas intervenções, nos acompanhamentos, nos atendimentos e no trabalho com a família (E8).

Um participante destacou que a atuação de um único setor pode resultar em nova violação de direito para a vítima, uma vez que os possíveis agressores reagem de forma a afastar esse idoso do serviço que tenha identificado a situação. Assim, a articulação intersetorial torna-se essencial na garantia dos direitos dos envolvidos pela complexidade existente nas situações de violência.

Eu trabalho muito com a assistência. Por quê? Eu acho que a saúde ela tem que tomar cuidado [...]. Porque você acaba fechando portas para outros direitos, para outros cuidados. Já aconteceu de ter um idoso que a gente cuidava e quando foi feito todo o processo, a família soube que partiu da saúde e aí esse idoso foi afastado da saúde e teve mais um direito negligenciado (E7).

Ainda que a maioria dos entrevistados reconhecesse ações de enfrentamento da violência, em algumas entrevistas, foi possível identificar o desconhecimento dos participantes sobre ações e serviços capazes de atuar na prevenção da violência contra a pessoa idosa.

Não conheço (E1).

Nossa, que eu tenha conhecimento não (E4).

Voltado diretamente para a questão da violência agora não me vem nada especificamente na mente (E10).

Em contrapartida, programas, ações e serviços capazes de contribuir efetivamente para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa foram relatados pelos participantes. Uma das UBS tem o CRAS em sua área de abrangência e a articulação entre os dois setores foi abordada nas entrevistas em todo o processo de enfrentamento das situações de violência. Diante do sentimento de desamparo com relação aos outros serviços, a intersetorialidade entre UBS e CRAS, é de grande relevância na percepção dos entrevistados.

Trabalhar com CRAS é muito melhor! São outras visões, outros atores. Você trabalha muito solitária quando é uma área que não tem CRAS [...]. Como a gente tem esse trabalho junto, nossa é muito tranquilo. A gente tem reunião mensal para discutir caso por caso (E7).

A gente busca os parceiros locais e a intersetorialidade mesmo. Como eu falei, a gente tem área CRAS, que é um grande parceiro [...]. Nós não temos tanto suporte de outras instâncias [...]. Então, muitas vezes a gente recorre a essa intersetorialidade em nível local, no território (E13).

Normalmente os nossos usuários estão na saúde também e a gente tem que trocar informações. É uma forma da gente conhecer mais aquela família que chega aqui com um discurso, uma demanda, e na saúde, às vezes, ela chega com outra e quando a gente junta e alinha, você tem essa troca de informações (E15).

A violência é um fenômeno complexo, pois se trata de um problema epidemiológico, socioeconômico e cultural e por isso necessita de cuidados interdisciplinares e intersetoriais (OLIVEIRA *et al.*, 2018). De acordo com Cavalcanti e Souza (2010), a violência traz a necessidade de abordagem que envolva as esferas individual, familiar, comunitária e social, com estratégias para cada nível e também intersetoriais para o enfrentamento da situação, com o desenvolvimento de serviços e ações destinados à qualificação do cuidado aos idosos.

A intersetorialidade engloba o reconhecimento e a articulação de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que atuam com a população idosa, fomentando a integralidade do cuidado e o planejamento das ações e serviços de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2006b). A sociedade deve se conscientizar sobre o cenário do envelhecimento populacional e da vulnerabilidade biopsicossocial dos idosos, educando e habilitando a rede de apoio para a atenção e o cuidado da população idosa (CRIPPA *et al.*, 2016).

A abordagem da violência revela a necessidade de ações interdisciplinares e intersetoriais, pois sua complexidade extrapola a possibilidade de atuação de um único setor para sua resolução. Observou-se que a intersetorialidade foi destacada nas entrevistas e a atuação de diferentes políticas faz-se necessária na assistência aos idosos em situação de violência, com objetivo de garantir os direitos dessa população.

Constatou-se que, quando a UBS tem CRAS em sua área de abrangência, os participantes ressaltaram a importância da atuação compartilhada desses setores no

enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, favorecendo a discussão dos casos e a determinação de estratégias para acompanhamento. A relevância da atuação intersetorial entre UBS e CRAS justificou-se também pela percepção dos participantes de que a resolução dos casos fica sob a responsabilidade dos serviços inseridos no território, com sentimento de desamparo pela lentidão ou escassez de respostas de outros setores.

O PAEFI foi citado como serviço responsável pelo acompanhamento de vítimas de violência, sendo de grande importância no enfrentamento das situações cometidas contra as pessoas idosas. A comunicação com o PAEFI, por meio da referência e contrarreferência dos casos, contribui com a continuidade do cuidado ao idoso. Entretanto, um aspecto dificultador abordado pelos participantes foi o tempo necessário para avaliação e inserção no serviço. O acompanhamento não sistemático dos casos foi elucidado como um entrave no estabelecimento de vínculo com o idoso e família, sendo ressaltada a necessidade de ampliação do mesmo dada sua relevância no acompanhamento de idosos vítimas de violência.

Sempre nesses casos que envolvem mais gravidade, uma violação de direitos mais grave, a gente sempre trabalha em conjunto com o PAEFI (E8).

Quando a violência já está instalada, o PAEFI está aí para trabalhar toda essa garantia, todo esse fortalecimento (E15).

A gente faz a notificação de violação pensando que há um trabalho ainda a ser feito pelo PAEFI para sanar com essa violação e fortalecer os vínculos familiares [...]. Pode acontecer do caso ser encaminhado e demorar um pouco para ser inserido no PAEFI, porque já atingiu o número máximo de casos acompanhados por cada técnico. Cada técnico acompanha até 28 casos, então se você encaminha e esse valor máximo já foi atingido, pode ser que demore um pouco para esse caso ser inserido no programa [...]. Após o acompanhamento do PAEFI, é avaliado se aquela situação e indício de violação foram sanados e se os vínculos foram reestabelecidos para realizar a contrarreferência. O PAEFI encaminha um relatório de desligamento do caso, contrarreferenciando para o CRAS para dar prosseguimento ao acompanhamento e atendimento daquela família (E16).

Quando o PAEFI inicia o acompanhamento de uma determinada família, o técnico entra em contato com a gente para discutir o caso e obter mais informações, além daquelas contidas no relatório, para ampliar o olhar para as possíveis intervenções (E17).

É importante destacar que as UBS e o CRAS têm foco principal nas ações de promoção e prevenção de agravos e, diante de situações de violência, há a necessidade de encaminhamento para serviços especializados. No âmbito da assistência social, esse serviço é o PAEFI, referência também para áreas não cobertas pelo CRAS. Entretanto, as entrevistas evidenciaram que se trata de um serviço que necessita de ampliação, em virtude do tempo necessário para o acompanhamento de novos casos.

No âmbito da Proteção Social Especial de média complexidade, o PAEFI realiza acompanhamento familiar sistemático e articulação em rede para acompanhamento de idosos vítimas de violência, por meio do estudo social, diagnóstico socioeconômico, atendimento psicossocial e orientação jurídica de acordo com as demandas de cada caso (BARBOSA, 2019). Trata-se de um importante serviço em situações de violência contra as pessoas idosas, realizando articulação entre políticas públicas e órgãos do sistema de direitos. O PAEFI é constituído de técnicos com formação em psicologia e serviço social. Cada técnico é referência para no máximo 28 famílias e indivíduos, e a partir da inserção, cada caso é acompanhado por um período mínimo de 03 meses e, no máximo, 18 meses, com exceção de casos extraordinários que necessitem de um tempo diferente, após análise e concordância da equipe (ANDRADE, 2018).

Assim, ao atingir o limite de famílias e indivíduos, cria-se uma fila de espera. Nas entrevistas, os participantes revelaram a necessidade de ampliação do serviço para acompanhamento dos casos de violência, ressaltando que o mesmo acompanha grupos vulneráveis entre crianças, adolescentes, idosos, após identificação por meio de outros serviços da assistência social, outros setores, como a saúde, e pelos órgãos e serviços do Sistema de Garantia de Direitos (Promotorias, Conselhos, Juizados), sendo fundamental no enfrentamento das situações de violência contra a pessoa idosa.

O PMC foi relatado nas entrevistas como importante Programa no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Ele se caracteriza pela presença de cuidadores para idosos vulneráveis ou em situações de vínculos familiares fragilizados, com abordagem intersetorial, existente em áreas CRAS. De acordo com

os participantes, a presença dos cuidadores auxilia no enfrentamento dos casos de violência e contribui para o cuidado integral da saúde da população idosa.

Temos vários outros pacientes que tem o cuidador e que a gente tem o retorno de como está sendo feito. Se os medicamentos estão sendo ofertados, administrados na hora correta. Se tem algum problema, a cuidadora entra em contato com o CRAS, o CRAS entra em contato com a assistente social da unidade que passa para gente: “Olha, tá tendo algum problema naquela família, o paciente está dessa forma em determinadas horas do dia, quando o cuidador chega tá diferente”. Então a gente tem esse retorno por meio dessa parceria com a rede (E5).

O Programa Maior Cuidado é uma atenção domiciliar com a disponibilização de uma cuidadora [...] para idosos dependentes e semidependentes, auxiliando nos cuidados, medicação, banho, um exercício de acordo com a avaliação da equipe de saúde [...] Trabalha atividades no sentido de preservação da autonomia, da independência, do resgate da história desse idoso, tentando fortalecer cada dia mais o vínculo dentro da sua família [...] Então o Programa Maior Cuidado eu vejo como um excepcional programa no sentido de intervenções práticas para tentar prevenir a violência contra o idoso (E17).

O Programa Maior Cuidado tem auxiliado muito nisso e a gente evita de ter desfechos como institucionalização, além de proporcionar suporte para família se organizar, modificar a maneira de lidar com a dinâmica familiar, de lidar com o idoso (E13).

O PMC foi citado pelos participantes como um facilitador no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, sendo um importante exemplo de atuação intersetorial, com gestão compartilhada pela saúde e assistência social, presente apenas em áreas cobertas pelo CRAS. É um recurso fundamental para o acompanhamento de idosos vulneráveis ou em ambientes domiciliares marcados por vínculos afetivos fragilizados ou rompidos. Diante do exposto, verifica-se a necessidade de ampliação do Programa para garantia do cuidado integral ao idoso e para o processo de enfrentamento das situações de violência.

Evidenciou-se que o PMC está na interseção de duas políticas públicas, contribuindo para a ruptura da fragmentação entre assistência social e saúde e para o enfrentamento das situações de violência contra a pessoa idosa. O programa é coordenado pela SUASS, com cogestão da SMSA, sendo executado nos CRAS e tem como objetivos prevenir situações de risco que levem ao rompimento de vínculos familiares e sociais, garantia de direitos, fortalecimento da função de proteção

exercida pela família (FAUSTINO, 2018). O PMC foi implantado em 2011, em Belo Horizonte, no nível da Proteção Social Básica, e promove o atendimento domiciliar a idosos dependentes e semidependentes que estejam em situação de vulnerabilidade social e com ações voltadas na matricialidade familiar, de acordo com a realidade das famílias e territórios, prevenindo possíveis agravos decorrentes da ruptura ou fragilização dos vínculos familiares (BARBOSA, 2019).

Para os participantes, serviços assistenciais e de cuidados em saúde, como o Centro Mais Vida, são capazes de contribuir para o enfrentamento da violência.

O Mais Vida eu acho precioso. Eu falo que é facilitador esse programa, essa aproximação de geriatras junto com a equipe, proporcionando uma educação permanente [...]. Eu acho esse programa sensacional, um diferencial, um facilitador ter um especialista na condição de orientar a equipe, de ser uma referência no matriciamento (E11).

O Centro Mais Vida que a gente pode encaminhar os idosos para avaliação e recebe a contrarreferência com o plano de cuidados. É importantíssimo e eu não poderia deixar de falar (E13).

As entrevistas revelaram que serviços especializados de atendimento ao idoso podem contribuir com o enfrentamento do problema uma vez que contam com equipe geriátrica e gerontológica apta à realização de avaliação minuciosa da pessoa idosa. O Centro Mais Vida é um ponto de atenção secundária na rede à saúde do idoso, referenciado pelos profissionais da APS, fornecendo suporte técnico pedagógico aos mesmos e aos cuidadores, além de prestar atendimento especializado aos idosos mais frágeis, com vistas à construção de um sistema de excelência a saúde integral dessa população (SILVA *et al.*, 2016).

As Conferências Locais e Conferência Municipal do Idoso foram citadas como apoiadoras no processo de enfrentamento da violência. Um participante abordou a relevância da discussão dos casos e o aconselhamento proporcionado pelo Conselho do Idoso como suporte para vítimas e famílias.

Eu já participei das Conferências do Idoso, Conferência Municipal e foram discutidos pontos para enfrentar esse acontecimento com o idoso (E3).

Eu discuto alguns casos com o Conselho. Até peço conselho (risos). Por exemplo, teve um caso de autonegligência que os familiares me procuraram e eu entrei em contato para conversar no Conselho [...] A família estava tão angustiada: “Como é que eu vou fazer? Ele não quer fazer isso” ou “Meus irmãos não querem me ajudar. Eu estou sozinho, sobrecarregado”. Eu sempre faço contato com o Conselho para ter uma conversa com a família (E7).

O Conselho do Idoso tem importante papel no acompanhamento das denúncias e notificações, para a criação de estratégias de enfrentamento das violações dos direitos da pessoa idosa, em trabalho conjunto com órgãos governamentais e não governamentais (GARBIN *et al.*, 2015). O CMI de Belo Horizonte conta desde 2006 com uma comissão de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa para acompanhamento da rede de proteção e defesa dos direitos dessa população (MALLET, 2015). A discussão de casos com o CMI foi relatada nas entrevistas, como aspecto facilitador no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

A rede informal de apoio do idoso foi evidenciada enquanto apoio intersetorial no enfrentamento da violência, incluindo espaços culturais, instituições religiosas, obras sociais e comércios locais. Revelou-se a importância de equipamentos sociais no território para a realização de ações de promoção e prevenção direcionadas para a comunidade, capazes de contribuir com o enfrentamento das situações de violência ao proporcionar melhora da qualidade de vida e da autonomia do indivíduo, convivência entre os idosos e fortalecimento dos vínculos comunitários. Ações ofertadas pelas UBS e CRAS possibilitam também compartilhar informações e conhecimentos relevantes para as pessoas idosas.

Aqui no território, na área de abrangência, nós temos muitos instrumentos, igrejas, Centro Cultural, centros de apoio comunitários [...]. Eu acho que devia ter um trabalho para integrar todas essas instâncias e trabalhar a prevenção [...] São pontos de grande adesão das pessoas e acho que são instrumentos que poderiam auxiliar na conscientização, na prevenção, mobilizando a comunidade (E9).

Eu acho que quando o idoso está inserido em algum espaço da saúde, é uma forma de evitar a violência. Quando ele participa da Academia da Cidade, do Lian Gong, de projetos da comunidade, são formas da gente trabalhar à sua autonomia, a questão da autoestima, dele não ficar tão vulnerável dentro de casa (E14).

Nos eventos e nas palestras, a gente consegue trabalhar muito com os idosos e suas famílias os vários tipos de violência, e nesses momentos de atividade coletiva, em que você faz uma palestra, faz uma oficina para discutir o tema, faz um evento que você chama profissionais de outras áreas e que você faz uma reunião de rede, você consegue fazer com que aquele idoso entenda: “Opa! O que eu estou passando na minha casa, eu não preciso passar. Eu estou sofrendo uma violência sim!” (E15).

Quando o idoso tem a chance de conviver em grupo, participar de alguma atividade, isso contribui para a autonomia dele e previne situações de violência (E18).

Constatou-se que, no âmbito intersetorial, casos de violência contra a pessoa idosa nos quais há a ruptura de vínculos familiares, com inexistência de cuidador apto a responsabilizar-se pelo idoso e situações de alta vulnerabilidade social podem demandar a institucionalização das vítimas, sendo que o encaminhamento ocorre por meio da alta complexidade da Proteção Social Especial.

Tem uns quatro ou cinco idosos que foram encaminhados para institucionalização por violência (E7).

Quando a gente vê que o idoso está em risco mesmo, um recurso que se utiliza em último caso é a institucionalização. Essa intervenção foi necessária em alguns casos (E13).

Existem situações que após a avaliação, verifica-se que devem ser encaminhadas para alta complexidade para direcionar para institucionalização. Após o retorno da central de vagas, a gente faz a articulação da visita da instituição na casa do idoso. Nós realizamos esse acompanhamento até o processo da institucionalização (E16).

O enfrentamento das situações de violência contra as pessoas idosas traz a necessidade da atuação de segmentos sociais que englobem toda a rede informal de apoio do idoso, como familiares, vizinhos e comunidade. Os participantes destacaram intervenções conjuntas com instituições religiosas, obras sociais e comerciantes locais como apoiadores intersetoriais no combate à violência.

A PNRMAV prioriza ações preventivas intersetoriais e ação comunitária para reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências, com ênfase na promoção da saúde e melhora da qualidade de vida (MOREIRA *et al.*, 2016). Por meio de ações articuladas e sistematizadas, a política tem como diretrizes monitorar a ocorrência de

acidentes e violências e proporcionar assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas (BRASIL, 2001b; MOREIRA *et al.*, 2016).

O receio do idoso quanto à possível institucionalização pode contribuir para o velamento da violência, entretanto, como relatado pelos entrevistados, existem situações nas quais a vítima precisa ser encaminhada para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No Brasil, a ILPI é o equipamento responsável pela prestação de cuidados prolongados para pessoas idosas com fragilidade da saúde ou situações de vulnerabilidade social (POLTRONIERI; SOUZA; RIBEIRO, 2019).

Nesta seção, discutiu-se a relevância da intersetorialidade para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Os participantes abordaram a atuação intersetorial, principalmente entre UBS e CRAS, na garantia dos direitos dos idosos. No estudo, revelou-se a importância do acompanhamento e das intervenções realizadas pelo PAEFI em situações de violência. Foram citados também o PMC, o Centro Mais Vida e o CMI enquanto importantes apoiadores no enfrentamento da violência. Nesse processo, a atuação da rede informal de apoio também se mostrou essencial. Por fim, casos caracterizados pela insuficiência ou ausência de familiares e cuidadores responsáveis pela proteção e cuidado ao idoso e em situações de vulnerabilidade, faz-se necessário o encaminhamento das vítimas para instituições de longa permanência a fim de garantir o cumprimento dos direitos básicos inerentes à vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a pessoa idosa configura-se como um importante problema de saúde pública, e com o atual cenário de envelhecimento populacional, esse problema vem assumindo grandes proporções. Assim, seu enfrentamento é um grande desafio para diversos setores da sociedade.

Os serviços de saúde e da assistência social inseridos no território, ao realizarem o acompanhamento do indivíduo em seu contexto familiar, têm destaque na identificação precoce dos casos, assim como na realização de ações de prevenção e abordagem intersetorial das situações de violência. O presente estudo buscou identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores de duas UBS e um CRAS para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, as principais estratégias no reconhecimento dos casos, os encaminhamentos e as possíveis articulações intersetoriais realizadas. A partir da análise dos dados, foram construídas quatro categorias: Violência contra a pessoa idosa: compreensão dos participantes; Estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa; Situação de violência contra a pessoa idosa: e agora? Articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

O estudo revelou que o tema violência se correlaciona com situações de violação de direitos, ações contra a vida e a autonomia da pessoa e foi relacionado com a tipologia mais frequentemente encontrada na prática do trabalho e com as formas consideradas mais graves, como a violência física, por seus sinais e consequências. Fatores de risco como a vulnerabilidade clínica e social, quadros de saúde mental e uso de drogas foram abordados pelos participantes, assim como o reconhecimento do cenário familiar como um dos mais relevantes para ocorrência da violência. No que tange à capacitação sobre a temática, a maioria dos participantes afirmou não ter sido capacitada e ressaltou a importância da formação periódica para identificação dos casos e maior conhecimento sobre a notificação e os fluxos, auxiliando os profissionais em como proceder frente as situações de violência.

A atuação da UBS e a responsabilidade dos profissionais da saúde na identificação precoce da violência foram evidenciadas no estudo, sendo fundamental

que a equipe seja capaz de distinguir características do envelhecimento dos sinais indicativos de violência. Revelou-se que a atuação dos ACS e ACE tem papel de destaque no reconhecimento dos casos. Nesse processo, atividades rotineiras dos serviços, como visitas domiciliares e atendimentos, as denúncias e o encaminhamento de casos de outros pontos da RAS ou outros setores possibilitam a identificação do problema. Dentre os aspectos dificultadores têm-se o velamento dos casos por parte das vítimas e familiares e o medo dos profissionais pela reação dos possíveis agressores.

Ao constatar uma suspeita de violência, o caso é discutido pelos profissionais na perspectiva de compreender melhor a situação e traçar as condutas a serem tomadas. Ressalta-se a importância do trabalho em equipe que possibilita olhares dos diversos profissionais, entretanto, há um direcionamento para as assistentes sociais, que na percepção da equipe, têm maior habilidade para lidar com tais situações. Os casos mais complexos são discutidos também com os gestores pela possibilidade de facilitar a comunicação com outros serviços. Reconheceu-se a necessidade de notificação dos casos, entretanto a mesma fica sob a responsabilidade de poucos profissionais, o que pode contribuir com atraso nesta comunicação na ocasião de ausência dos mesmos. Com relação ao fluxo, se de um lado os profissionais das equipes de saúde da família demonstraram desconhecimento, por outro, o mesmo foi descrito por gestores e assistentes sociais das UBS e participantes do CRAS.

A ruptura dos vínculos familiares e afetivos foi citada como um dificultador para o enfrentamento do problema. Desse modo, as intervenções com a rede informal de apoio são fundamentais em situações de violência, nas quais muitas vezes, os envolvidos podem não ter conhecimento de que se trata de uma violação de direitos que pode ser decorrente, por exemplo, da dificuldade do agressor em lidar com os cuidados diários do idoso, fragilidade social decorrente, por exemplo, de desemprego ou dificuldade financeira. O enfrentamento da violência necessita do diagnóstico do contexto familiar, pois muitas vezes, os encaminhamentos precisam ser direcionados para os possíveis agressores. Outros entraves são a insuficiência nas políticas públicas às vítimas de violência, a sobrecarga de demandas para a APS, o

desconhecimento de fluxos, serviços e órgãos de apoio, a morosidade e a baixa resolutividade na obtenção de respostas.

A complexidade que envolve a violência contra o idoso reforça a necessidade da articulação intersetorial para resolução das situações. A possibilidade de ações compartilhadas entre UBS e CRAS foi evidenciada neste estudo, uma vez que profissionais que atuam no território têm a percepção de que os casos ficam sob a responsabilidade dos mesmos, devido ao sentimento de desamparo em relação aos outros setores. Revelou-se a necessidade de ampliação do serviço responsável pelo acompanhamento das vítimas, o PAEFI, que de acordo com os participantes, conta com um número insuficiente de técnicos diante das demandas existentes, com demora do tempo para inserção no serviço. Ademais, cabe ressaltar as contribuições advindas do PMC, do Centro Mais Vida, do Conselho do Idoso, do fortalecimento da rede informal de apoio e da adequada avaliação dos casos que devem ser direcionados para institucionalização para o enfrentamento do problema.

Diante do cenário decorrente da COVID-19, o estudo revelou que a pandemia tem contribuído com o aumento do número de denúncias de casos suspeitos de violência. Entretanto, diante desse cenário, pode ser que casos não estejam sendo detectados, uma vez que os profissionais das UBS e do CRAS têm vivenciado readequações no trabalho devido ao contexto epidemiológico da COVID-19, conforme orientações das respectivas secretarias. Mesmo assim, reconhece-se o papel dos profissionais da saúde e assistência social na tentativa de dar suporte aos idosos ainda que em tempos difíceis. As ações compartilhadas entre UBS e CRAS no enfrentamento da violência contra as pessoas idosas precisam ser reconhecidas e valorizadas e podem ser consideradas um avanço, mesmo com algumas limitações e necessidades de ajustes nas atividades de trabalho.

Sabe-se que este trabalho foi desenvolvido em um contexto específico em tempos de pandemia, em que os profissionais estão sobrecarregados e cansados. Contudo, acredita-se que isso não comprometeu o desenvolvimento da pesquisa e que os resultados aqui apresentados são condizentes com a percepção e a realidade da população estudada, pois os entrevistados se mostraram receptivos e dispostos a colaborar com a pesquisa.

A ruptura do ciclo de violência é fundamental para a qualidade de vida e para todas as oportunidades que o envelhecimento traz. Trata-se de uma questão desafiadora para profissionais e gestores de diversos setores, em especial para os serviços de saúde e assistência social inseridos no território, revelando a necessidade de discussões e construção de novas proposições que favoreçam a compreensão do tema, que facilitem o reconhecimento dos diversos tipos de violência e a condução dos casos, principalmente por meio de ações intersetoriais.

Diante disso e da necessidade de uma devolutiva para o serviço proposta pelo curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, apresenta-se no Apêndice D o relatório técnico “Violência contra as pessoas idosas: UBS e CRAS no enfrentamento do problema” que elenca os principais achados dessa dissertação e algumas recomendações.

Durante a realização deste estudo, ficou evidente a necessidade de capacitações periódicas para os profissionais, habilitando-os frente a tais situações, e também a demanda de ampliação de intervenções públicas para o diálogo com a rede informal de apoio, em especial, com a família, pelo importante papel no cuidado e também pela preocupante posição no cenário da violência contra a pessoa idosa.

No Apêndice E, apresenta-se uma proposta de reunião técnica intitulada “Violência contra as pessoas idosas: precisamos conversar sobre isso!”. Nessa proposta, a partir dos resultados encontrados no estudo, objetiva-se abordar as tipologias da violência e seus respectivos indicadores, a importância da notificação dos casos, o fluxo estabelecido pela SMSA de Belo Horizonte e as articulações intersetoriais para acompanhamento da vítima. Assim, pretende-se contribuir com a ampliação dos conhecimentos acerca da violência contra a pessoa idosa para enfrentamento do problema.

Espera-se que os resultados possam contribuir para o enfrentamento do problema, fortalecendo estratégias e intervenções dos serviços de saúde e assistência social inseridos no território e resolução dos aspectos dificultadores. A relevância e a complexidade do tema suscitam a necessidade de novos estudos, assim como, a ampliação dessa análise para outros profissionais dos serviços analisados e outros

serviços para diagnóstico acerca da violência, proporcionando maior visibilidade, compreensão do problema e elaboração de propostas para seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, C. S.; BOTELHO, L.; MORAES, P. Indicadores sobre idosos: desafios diante do envelhecimento populacional. *In*: SIMÕES, A.; ATHIAS, L.; BOTELHO, L. **Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. p. 77-113.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 1999.
- ANDRADE, J. L. P. **Serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI)**: um espaço social para construção de autonomia? 2018. 166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
- ANDRADE, L. M. *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.
- APRATTO JÚNIOR, P. C.; MORAES, C. L. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.
- BARBOSA, D. C. A. **Políticas públicas e envelhecimento populacional**: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2019.
- BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Violência contra o idoso. *In*: CHAIMOWICZ, F. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, 2013. p. 138-149.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELO HORIZONTE (Cidade). **Decreto nº 17.530, de 22 de janeiro de 2021**. Altera o Decreto nº 16.684, de 31 de agosto de 2017, que dispõe sobre a estrutura orgânica dos órgãos e entidades do Poder Executivo que especifica, e dá outras providências. Belo Horizonte; Câmara Municipal, 2021. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1239247#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2017.530%2C%20DE%2022,o%20inciso%20VII%20do%20art. Acesso em: 03 fev. 2021>.
- BELO HORIZONTE. **Lei nº 6.173, de 28 de maio de 1992**. Cria o Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte e dá outras providências. Belo Horizonte: Câmara Municipal, 1992. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo->

horizonte/lei-ordinaria/1992/617/6173/lei-ordinaria-n-6173-1992-cria-o-conselho-municipal-do-idoso-de-belo-horizonte-e-da-outras-providencias. Acesso em: 14 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 7.930, de 30 de dezembro de 1999**. Institui a Política Municipal do Idoso. Belo Horizonte: Câmara Municipal, 1999. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/1999/793/7930/lei-ordinaria-n-7930-1999-institui-a-politica-municipal-do-idoso>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 10.364, de 29 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Câmara Municipal, 2011. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2011/1036/10364/lei-ordinaria-n-10364-2011-dispoe-sobre-o-conselho-municipal-do-idoso-de-belo-horizonte>. Acesso em: 06 set. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Subsecretaria de Assistência Social. **Plano Municipal de Educação Permanente**. Belo Horizonte: PBH, 2019.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira orientadora de serviços do SUS-BH. Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: PBH, 2018.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência**. Belo Horizonte: PBH, 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapa das regionais administrativas do município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: PBH, 2021. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior – 2º quadrimestre de 2020**. Belo Horizonte: PBH, 2020.

BOLSONI, C. C. **Violência contra o idoso e fatores associados: estudo de base populacional em Florianópolis – SC. EpiFloripa idoso 2009/2010**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BRASIL. **Constituição da república Federativa do Brasil de (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras

providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 05 JAN. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 18 jun. 2004b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5109.htm. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 03 dez. 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 28 jun. 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9893.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 19 jul. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.643, de 3 de março de 2021. Altera o Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019, que dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 04 mar. 2021a. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/2047/1/DECRETO%20N%C2%BA%2010.643%2C%20DE%203%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202021.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 05 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 02 de out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 23 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 29 dez. 2006d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 07 jul. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art2. Acesso em: 16 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 06 jan. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%2011.350,e%20Agentes%20de%20Combate%20%C3%A0s. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Violência contra a pessoa idosa. Vamos falar sobre isso?** Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso; e determina 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 planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Cartilha-Notifica%C3%A7%C3%B5es-de-Viol%C3%A7%C3%A3o-Interpessoais-e-Autoprovocadas.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Resolução nº 55, de 8 de março de 2021. Dispõe sobre as deliberações aprovadas na 107ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 09 mar. 2021b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=15/03/2021&jornal=515&pagina=110&totalArquivos=216>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CARMONA, D. R. S. **A abordagem da violência e sua superação na política pública de assistência social**: concepções e práticas dos profissionais do serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos – PAEFI. 2019. 162 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 830-838, 2018.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n.1, p. 13-18, 2014.

CAVALCANTI, M. L. T.; SOUZA, E. R. Percepção de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2699-2708, 2010.

CHAIMOWICZ, F. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, 2013.

COSTA, A. F. S.; CARDOSO, C. L. Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social – CRAS. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 223-229, 2010.

COSTA, N. L. V.; PINTO, J. R.; OLIVEIRA, E. N. Contextos e determinantes da violência intrafamiliar contra os idosos. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 43, p. 206-212, 2010.

CRIPPA, A. *et al.* Violência contra pessoa idosa a partir da análise de boletins de ocorrência. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 220-230, 2016.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para a Violência**. Curitiba: SMS, 2012.

DAHLBER, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. *In*: POUPART, J. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 127-153.

D'ELBOUX, M. J. *et al.* Violência contra o idoso em tempos de pandemia na Atenção Primária à Saúde. *In*: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. **O cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19**.

Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. p. 197-209.

FAUSTINO, T. Q. S. Programa Maior Cuidado potencializando proteção social aos idosos em situação de vulnerabilidade social: a experiência do CRAS Senhor dos Passos – BH / MG. **Revista Serviço Social em Debate**, v. 1, n. 2, p. 163-188, 2018.

FERNANDES, M. J. C.; SILVA, A. L. Violência contra a pessoa idosa no contexto português: questões e contradições. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 68-80, 2016.

FERREIRA, V. H. S.; LEÃO, L. R. B.; FAUSTINO, A. M. Ageísmo, políticas públicas voltadas para população idosa e participação social. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 42, p. e2816-e2816, 2020.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORENCIO, M. V. L.; GROSSI, P. K. Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 687-704, 2014.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 1-12, 2018.

GODOY, A. S. Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GUIMARÃES, D. B. O. *et al.* Caracterização da pessoa idosa vítima de violência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1343-1350, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência 2018**. Brasília, DF: IPEA, 2018.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

LACHS, M. S.; PILLEMER, K. A. Elder abuse. **The New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 20, p. 1947-1956, 2015.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 625-632, 2009.

LIMA, M. L. C. *et al.* Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p.2677-2686, 2010.

LOPES, L. G. F. *et al.* Violência contra a pessoa idosa. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2257-2268, 2018.

MACHADO, D. R. *et al.* Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1119-1128, 2020.

MALLET, S. M. **Denúncias e ações de enfrentamento à violência intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011 – 2013**. 2015. 104 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MALLET, S. M. *et al.* Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. **Revista Médica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 8, p. 408-413, 2016.

MARTINS, A. B. *et al.* Atenção Primária à Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria a pratica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

MELO, S. N.; MATIAS, L. F. Geografia do crime e da violência no Brasil entre 2007 a 2015. **Revista da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia**, v. 12, n. 19, p. 145-165, jul.- dez. 2016.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. **Plano Mineiro de Atenção Integral à Pessoa Idosa**. Belo Horizonte: Governo do Estado, 2014. Disponível em: http://200.198.9.104/images/documentos/direitos_humanos/PLANO%20MINEIRO%20ODE%20ATENCAO%20A%20PESSOA%20IDOSA%20-%20Minuta.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

MINAS GERAIS. **Lei nº 12.666, de 04 de novembro de 1997**. Dispõe sobre a Política Estadual de amparo ao idoso e dá outras providências.. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-12666-1997-minas-gerais-dispoe-sobre-a-politica-estadual-de-amparo-ao-idoso-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 14 mar. 2020.

MINAS GERAIS (Estado). **Lei nº 13.176, de 20 de janeiro de 1999**. Cria o Conselho Estadual do Idoso no Estado. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-13176-1999-minas-gerais-cria-o-conselho-estadual-do-idoso-no-estado>. Acesso em: 14 mar. 2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

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

MOREIRA, W. C. Violência contra o idoso: uma questão de saúde pública. **ReonFacema**, Maranhão, v. 1, n. 3, p. 440-443, 2017.

MOREIRA, W. C. *et al.* Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1324-1331, 2016.

MORETTI, A. C.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas Corporais / Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 346-354, 2009.

MORILLA, J. L.; MANSO, M. E. G. Violência contra a pessoa idosa. Contribuições para o estudo do tema. **Revista Longeviver**, São Paulo, n. 6, p. 93-99, 2020.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integridade, interdisciplinaridade e

intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. **Encontro: Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 13, n. 19, p. 91-102, 2010.

OLIVEIRA, A. A. V. *et al.* Maus tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 128-133, 2013.

OLIVEIRA, K. S. M. *et al.* Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, p. 1-9, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de Combate às Endemias e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 3, p. 380-389, 2016.

PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife – PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, 2015.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

PAULA, C. A.; MARTINS, P. F. M. O envelhecimento em Palmas: a ficha de notificação compulsória de violência como um relevante instrumento de combate à violência contra a pessoa idosa. **Revista ESMAT**, Tocantins, v. 10, n. 15, p. 49-58, 2018.

PLONER, K. S.; HOFFMANN, R. M.; BALDISSERA, F. B. Violência contra idosos: análise das denúncias e seu atendimento no CREAS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 141-151, 2014.

POLTRONIERI, B. C.; SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P. Violência no cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro: percepções de gestores e profissionais. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 215-226, 2019.

QUEIROZ, Z. P. V. Violência contra idosos: um novo desafio. *In*: BARROSO, A. E. S. (org). **Perspectiva social do envelhecimento**. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 1-26.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Saúde no Brasil 5: Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60053-60056, 2011.

RESENDE, J. A.; LOPES, R. G. C.; MANSO, M. E. G. Apontamentos sobre a história das políticas públicas sobre envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, n. 55, p. 21-30, 2018.

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2729-2740, 2010.

RIBEIRO, A. P. *et al.* **O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar as violências em época de pandemia?** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020.

ROCHA, E. N. *et al.* Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 178-184, 2015.

ROCHA, R. C. *et al.* Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais - Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 81-94, 2018.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Violência contra idosos em três municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 4, p. 816-824, 2017.

SALES, D. S. *et al.* A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014.

SANTANA, I. O.; VASCONCELOS, D. C.; COUTINHO, M. P. L. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 126-139, 2016.

SANTOS, A. S. *et al.* Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-7, 2018.

SANTOS, C. T. B. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 8, n. 1, p. 65-70, 2014.

SÃO PAULO. Coordenadoria de Desenvolvimento e Políticas de Saúde. **Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa**. São Paulo: Coordenadoria de Desenvolvimento e Políticas de Saúde, 2007.

SECCO, A. A. *et al.* Educação permanente em saúde para agentes comunitários: um Projeto de promoção de saúde. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, U, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2020.

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

SILVA, D. M. **O cotidiano de trabalho de profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso**. 2018. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SILVA, D. F. *et al.* Condições de saúde de pacientes atendidos em um centro de referência ao idoso frágil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 8, p. 93-97, 2016.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

SOUSA, D. J. *et al.* Maus tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

VIEIRA, K. D.; PASSOS, I. C. F. Intersetorialidade entre Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social: estudo de caso. *In*: MELO, E. M. *et al.* **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança**. Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 129-143.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORÉ, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, 2013a.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORÉ, C. L. O. O. Estrutura e funcionamento familiar e a violência contra idosos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 74, p. 395-403, 2013b.

WANDERBROOKE, A. C.; MORÉ, C. Significados de violência familiar para idosos no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 28, n. 4, p. 435-442, 2012.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; OJEDA, C. L. O. M. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2095-2103, 2012.

WONG, L. L. R. *et al.* **Contextualização da transição demográfica e do envelhecimento no município de Belo Horizonte e as políticas orientadas ao bem-estar do idoso em nível internacional, nacional e local**. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Elder abuse**. Genebra: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Genebra: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse**. Genebra: WHO, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Genebra: WHO, 2002a.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

YON, Y. *et al.* Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 2, p. e147-e156, 2017.

ZIRLEY, L. M. *et al.* A percepção do profissional de saúde e de outras áreas afins e a relação com a rede de assistência à mulher em situação de violência. *In*: MELO, E. M.; MELO, V. H. **Para Elas: POR ELAS, POR ELES, POR NÓS**. Belo Horizonte: Folium, 2016. p.165-179.

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES

A violência contra as pessoas idosas é considerada um problema de saúde pública, representando um desafio ao cuidado integral e para a qualidade de vida da população. A pesquisa pretende identificar as perspectivas e os desafios no processo de enfrentamento da violência contra o idoso de acordo com profissionais e gestores de Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social. A participação na pesquisa é voluntária e confidencial. A entrevista será gravada por meio de gravador digital e posteriormente transcrita, com a garantia que seu nome será mantido em sigilo. Caso não entenda alguma pergunta, por favor, avise-me, pois terei prazer em explicá-la melhor.

Número da entrevista: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Cargo/função na instituição: _____

Tempo de serviço na unidade: _____

- 1) O que você entende por violência contra a pessoa idosa?
- 2) Em sua opinião, como ocorre a atuação dos profissionais na assistência a idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência.
 - *Quais os critérios adotados para identificação dos casos.*
 - *Ocorre a utilização de algum instrumento ou ferramenta para auxiliar na identificação desses casos? Qual / Quais?*
 - *Quais as ações adotadas?*
- 3) A equipe da unidade já recebeu alguma capacitação na área de violência contra a pessoa idosa?

Em caso de resposta afirmativa

- Poderia me contar como foi essa capacitação?

- 4) Você é comunicado sobre os casos de idosos atendidos com suspeita ou com sinais de violência?

Em caso de resposta afirmativa

- Quais foram os encaminhamentos realizados por você?

- Você encontrou alguma dificuldade nesse processo?

- 5) No território há ações voltadas para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa?

Em caso de resposta afirmativa

Quais e como são estas ações?

- 6) Quais os encaminhamentos realizados nos casos de atendimento aos idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?

- Quais são os serviços, programas ou órgãos voltados (como o Conselho Municipal do Idoso) para a atenção aos idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?

- Quais os fatores facilitadores e dificultadores nestes encaminhamentos?

- 7) Como você descreve a articulação entre a equipe com estes serviços, programas ou órgãos para atender as demandas de usuários idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?

- 8) Em sua opinião, qual a contribuição do gestor local no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa?

- 9) Teria algo a mais que você gostaria de dizer que não tenha sido mencionado ou indagado?

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS

A violência contra as pessoas idosas é considerada um problema de saúde pública, representando um desafio ao cuidado integral e para a qualidade de vida da população. A pesquisa pretende identificar as perspectivas e os desafios no processo de enfrentamento da violência contra o idoso de acordo com profissionais e gestores de Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social. A participação na pesquisa é voluntária e confidencial. A entrevista será gravada por meio de gravador digital e posteriormente transcrita, com a garantia que seu nome será mantido em sigilo. Caso não entenda alguma pergunta, por favor, avise-me, pois terei prazer em explicá-la melhor.

Número da entrevista: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Cargo/função na instituição: _____

Tempo de serviço na unidade: _____

- 1) O que você entende por violência contra a pessoa idosa?
- 2) Em sua prática profissional você já realizou (ou presenciou) assistência a idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?

Em caso de resposta afirmativa

- Quais critérios adotados por você para identificar casos de violência contra a pessoa idosa?
- Você utilizou algum tipo de instrumento ou ferramenta para auxiliar na identificação desses casos? Qual / Quais?
- Você encontrou alguma dificuldade nessa assistência? Cite as dificuldades encontradas.
- Quais foram as ações adotadas?

- 3) No território há ações voltadas para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa?

Em caso de resposta afirmativa

- *Quais e como são estas ações?*

- 4) Você já recebeu alguma capacitação na área de violência contra a pessoa idosa?

Em caso de resposta afirmativa

- *Poderia me contar como foi essa capacitação?*

- 5) Quais os encaminhamentos realizados nos casos de atendimento aos idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?

- *Quais são os serviços, programas ou órgãos voltados (como o Conselho Municipal do Idoso) para a atenção aos idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?*

- *Quais os fatores facilitadores e dificultadores nestes encaminhamentos?*

- 6) Como você descreve a articulação entre a equipe com estes serviços, programas ou órgãos para atender as demandas de usuários idosos com suspeita ou que tenham sofrido violência?

- 7) Teria algo a mais que você gostaria de dizer que não tenha sido mencionado ou indagado?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DE PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa pesquisa será realizada pela pesquisadora mestranda Nayara Carolina Mendes, orientada pela Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos e coorientada pela Profa. Dra. Doane Martins da Silva. A violência contra o idoso é considerada um problema de saúde pública, representando um desafio ao cuidado integral e para a qualidade de vida dos idosos. O estudo pretende identificar as perspectivas e os desafios no processo de enfrentamento da violência contra o idoso de acordo com profissionais e gestores de duas Unidades Básicas de Saúde e de um Centro de Referência de Assistência Social de Belo Horizonte. Se concordar em participar deste estudo, será realizada uma entrevista em local tranquilo e reservado, garantindo sua privacidade, na qual a pesquisadora fará algumas perguntas que serão gravadas por meio de um gravador digital. O (a) senhor (a) gastará em média de 20 a 30 minutos para responder as perguntas. As informações fornecidas na gravação serão identificadas pelo número da entrevista, em nenhum momento você será identificado, garantindo o anonimato. As informações e resultados da pesquisa serão tratados com sigilo, sendo utilizados somente para fins científicos e acadêmicos. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 05 (cinco) anos na Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Para participar desta pesquisa o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e receberá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, estando livre para participar ou recusar-se a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos para o (a) senhor (a) ou para a instituição. Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos e prejuízos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa assim como o reembolso no caso de gastos

decorrentes da participação na mesma. Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos relacionados com receio e constrangimento pelas informações compartilhadas e pelo tempo dispensado. Informo que diante do objetivo desta pesquisa e a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato das informações coletadas, esses riscos serão minimizados no estudo. Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DE PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa, com a garantia de que meu nome não será divulgado e que os resultados serão apresentados nos serviços e publicados por meio de artigos em periódicos científicos.

_____, ____ de _____ de 2020.

Nome completo do participante: _____.

Assinatura do participante: _____.

Rubrica do (a) participante: _____	Rubrica da pesquisadora orientadora: _____	Rubrica da pesquisadora mestranda: _____
---------------------------------------	---	---

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisadora: Nayara Carolina Mendes

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem da UFMG (sala 510), Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-8024
E-mail: nanacarolmendes@gmail.com

Assinatura da pesquisadora mestranda

Pesquisadora orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem da UFMG (sala 510), Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-8024. E-mail: mirelacsc@gmail.com

Assinatura da pesquisadora orientadora

Pesquisadora coorientadora: Profa. Dra. Doane Martins da Silva

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem da UFMG (sala 510), Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-8024. E-mail: doane.ef@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora coorientadora

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - SMSA de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Júnior, 103, 3º andar, Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG, CEP: 30720-000. Telefone: 3277-5309 / Email: coep@pbh.gov.br

APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Nayara Carolina Mendes
Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos
Profa. Dra. Doane Martins da Silva

Relatório técnico - Violência contra as pessoas idosas: Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social no enfrentamento do problema

**Belo Horizonte
2021**

1 INTRODUÇÃO

Este relatório técnico é parte integrante da dissertação de Nayara Carolina Mendes, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços da Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos e coorientada pela professora doutora Doane Martins da Silva.

As pessoas idosas estão sujeitas ao aumento da carga de doenças, incapacidade funcional (MORETTI; WESTPHAL; BÓGUS, 2009), fragilidade e dependência que as tornam mais susceptíveis às diversas formas de violência, importante problema de saúde pública no Brasil (ZIRLEY *et al.*, 2016). O enfrentamento dessas situações representa um desafio para o cuidado integral de tal população. Assim, a dissertação teve como objetivo geral: identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Os objetivos específicos foram: detectar as estratégias utilizadas no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa; verificar os encaminhamentos realizados em casos de suspeita ou violência contra a pessoa idosa; e analisar a articulação intersetorial no contexto da violência contra a pessoa idosa de acordo com a percepção dos entrevistados.

2 OBJETIVOS

O relatório técnico tem o propósito de apresentar os resultados encontrados para os gestores e profissionais das unidades que foram cenários de estudo, e também para os representantes das SMSA e SUASS, de Belo Horizonte, responsáveis pela gestão do cuidado da população idosa, suscitando novas discussões acerca das perspectivas e desafios para o enfrentamento da violência contra as pessoas idosas que possibilitem ampliar os conhecimentos sobre o tema e auxiliar na elaboração de proposições capazes de contribuir na identificação, encaminhamento dos casos e acompanhamento das vítimas.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 18 sujeitos e os resultados revelam a compreensão dos mesmos acerca da violência contra a pessoa idosa, as estratégias utilizadas para identificação das situações, as condutas realizadas, os respectivos aspectos dificultadores e a articulação intersetorial para o enfrentamento do problema.

3.1 Violência contra a pessoa idosa: compreensão dos participantes

A categoria analisou a compreensão dos participantes acerca da violência contra as pessoas idosas, identificando sobre o tema, a tipologia e a formação profissional na área da temática.

O conhecimento acerca da violência evidenciou que os profissionais apresentaram uma definição sobre o tema, correlacionando-o com situações de violação de direitos, ações realizadas contra a vida, a autonomia e a dignidade da pessoa. No que tange à tipologia, foram exemplificados alguns tipos de violência, principalmente, os mais comumente encontrados no cotidiano de trabalho. Verificou-se também, associação do tema violência, com a física, pela maior visibilidade em decorrência dos sinais e suas consequências. A vulnerabilidade clínica e social, quadros de saúde mental e uso de drogas do agressor ou da vítima foram identificados como fatores de risco para os casos de violência e o cenário familiar foi revelado como um dos principais cenários de agressão contra as pessoas idosas. Quanto à realização de capacitação profissional na área da temática, grande parte dos profissionais negaram ter sido capacitados sobre a violência contra as pessoas idosas e ressaltaram a necessidade de formação periódica em virtude do envelhecimento da população, aumento dos casos de violência e desenvolvimento de habilidades para lidar com essas situações.

3.2 Estratégias para identificação da violência contra a pessoa idosa

O estudo revelou a importância da identificação precoce dos casos, assim como a responsabilidade dos profissionais nesse processo, sendo fundamental que a equipe de trabalho seja capaz de distinguir as características inerentes ao envelhecimento dos sinais indicativos da violência.

Nos contextos analisados, as principais estratégias utilizadas para identificar as situações de violência foram:

- Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: acompanhamento domiciliar, vínculo e relação de confiança;
- Atuação dos Agentes de Combate às Endemias: as atividades de trabalho são prioritariamente exercidas nos domicílios;
- Atividades rotineiras dos serviços: visitas domiciliares, atendimentos, ações coletivas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
- Denúncias: realizadas por vizinhos, familiares ou anonimamente, seja por meio de ligação telefônica para os serviços ou diretamente para os profissionais. A pandemia de COVID-19 tem contribuído para o aumento do número de denúncias;
- Por meio do encaminhamento de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde ou de outros setores, como por exemplo, da educação.

Com relação aos aspectos dificultadores, foram citados:

- Velamento dos casos por parte do idoso seja por não reconhecer a violência sofrida ou não apresentar o desejo de denunciar o agressor por medo da reação ou pelos vínculos familiares e afetivos. O velamento pode acontecer também por parte de familiares e cuidadores ao dificultarem o acesso e o contato dos profissionais com a vítima;
- Medo dos profissionais em lidar com as situações de violência.

3.3 Situação de violência contra a pessoa idosa: e agora?

Após constatar uma situação de violência, identificou-se que o caso é discutido entre os profissionais em suas respectivas unidades. O trabalho em equipe e a abordagem intersetorial foram considerados pontos positivos para o enfrentamento da violência contra as pessoas idosas. Nas Unidades Básicas de Saúde, há um direcionamento dos casos para profissionais do serviço social, pela maior propriedade dos mesmos na condução das situações de acordo com os outros profissionais. Casos mais complexos, são discutidos com os gerentes dessas unidades para auxiliar nos possíveis encaminhamentos realizados.

Outra importante conduta citada, engloba a abordagem de familiares e cuidadores e avaliação da dinâmica familiar, identificando encaminhamentos que possam auxiliar no enfrentamento da violência. A ruptura dos vínculos afetivos e a fragilidade das relações familiares foram citadas como aspectos dificultadores na resolução dos casos.

A notificação foi reconhecida como etapa fundamental a partir da suspeição de casos de violência. No contexto das UBS, o preenchimento é realizado prioritariamente pelos profissionais do serviço social e os profissionais das equipes de saúde da família demonstraram pouca familiaridade com a notificação. No CRAS, o preenchimento é feito no âmbito gerencial, pela coordenação do equipamento. Profissionais das UBS e do CRAS contribuem com a elaboração de relatórios que são encaminhados juntamente com a notificação.

Identificou-se que nas UBS, gestores e profissionais do serviço social demonstraram ter conhecimento sobre os encaminhamentos realizados após a elaboração dos relatórios e do preenchimento da ficha de notificação, ao passo que, a maioria dos profissionais das equipes de saúde da família revelaram desconhecimento acerca dos fluxos. No CRAS, os entrevistados relataram que os documentos são direcionados para a Diretoria Regional de Assistência Social (DRAS), com uniformidade da equipe na descrição do encaminhamento realizado.

Dentre os aspectos dificultadores na condução dos casos foram citados: o desconhecimento de fluxos, serviços e órgãos de apoio, a morosidade, a baixa

resolutividade na obtenção de respostas, a insuficiência nas políticas e ações públicas destinadas aos idosos vítimas de violência e a sobrecarga de demandas para a Atenção Primária à Saúde.

3.4 Articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa

A articulação intersetorial foi revelada como aspecto fundamental na luta contra as violações dos direitos da pessoa idosa. O trabalho compartilhado entre UBS e CRAS amplia a possibilidade de atuação nos casos de violência, sendo de grande relevância para os profissionais, principalmente pelo sentimento de desamparo com relação aos outros serviços.

Na análise da intersetorialidade, foram abordados os seguintes serviços:

- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos (PAEFI): serviço responsável pelo acompanhamento de vítimas de violência. Como aspectos facilitadores citou-se a referência e contrarreferência dos casos e como aspectos dificultadores, o tempo necessário para avaliação e inserção no serviço e o acompanhamento não sistemático pelo grande número de casos que ficam sob a responsabilidade de cada técnico;
- Programa Maior Cuidado (PMC): atuação intersetorial, com gestão compartilhada pela saúde e assistência social, identificado como fundamental para o acompanhamento de idosos vulneráveis ou em situações de vínculos fragilizados, fatores de risco para situações de violência;
- Centro Mais Vida: referência especializada para o atendimento ao idoso que conta com equipe geriátrica e gerontológica apta à realização de avaliação minuciosa do idoso, contribuindo com a identificação de situações de violência;
- Conferências Locais, Conferência Municipal do Idoso, Conselho do Idoso: espaços de discussão para cuidado integral ao idoso;

- Rede informal de apoio ao idoso: fundamental no enfrentamento da violência, com necessidade de envolvimento de toda a rede, incluindo familiares, cuidadores, vizinhos, espaços culturais, instituições religiosas, obras sociais, comércios locais;
- Instituições de longa permanência para idosos (ILPI): a institucionalização pode se fazer necessária em situações nas quais há a ruptura de vínculos familiares, com inexistência de cuidador apto a responsabilizar-se pelo idoso e situações de alta vulnerabilidade social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a pessoa idosa é um importante problema de saúde pública, dificultando o cuidado integral da população. Assim, é relevante que o tema seja discutido por profissionais e gestores da saúde e da assistência social, elencando aspectos relevantes para o seu enfrentamento. Os resultados encontrados no estudo visam fomentar novas discussões, potencializando os aspectos positivos para resolução dos problemas, assim como ter conhecimento dos principais desafios, ampliando as discussões de forma a contribuir com as proposições capazes de auxiliar na identificação, encaminhamentos e acompanhamento dos casos. A partir dos resultados encontrados, propõe-se a realização de uma reunião técnica que abordará as tipologias da violência com seus respectivos indicadores, a importância da notificação dos casos, o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e as articulações intersetoriais para acompanhamento da vítima e se justifica pela importância da disseminação do conhecimento acerca da violência contra a pessoa idosa para enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

MORETTI, A. C.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Práticas Corporais / Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 346 - 354, 2009.

ZIRLEY, L. M. *et al.* A percepção do profissional de saúde e de outras áreas afins e a relação com a rede de assistência à mulher em situação de violência. In: MELO, E. M.; MELO, V. H. **Para Elas: Por Elas, Por Eles, Por Nós**. Belo Horizonte: Folium, 2016. p.165-179.

APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO II

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Nayara Carolina Mendes
Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos
Profa. Dra. Doane Martins da Silva

**Proposta de reunião técnica - Violência contra as pessoas
idasas: precisamos conversar sobre isso!**

**Belo Horizonte
2021**

1 INTRODUÇÃO

Este projeto é parte integrante da dissertação de Nayara Carolina Mendes, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos e coorientada pela professora doutora Doane Martins da Silva.

A dissertação teve por objetivo geral identificar as perspectivas e os desafios de profissionais e gestores da saúde e da assistência social no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Por objetivos específicos: detectar as estratégias utilizadas no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa; verificar os encaminhamentos realizados em casos suspeitos ou confirmados; e analisar a articulação intersetorial no contexto da violência contra a pessoa de acordo com a percepção dos entrevistados.

2 OBJETIVOS

Objetiva-se a realização de reuniões técnicas com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do Centro de Referência de Assistência Social que foram cenários do estudo. A reunião técnica tem como propósito, a partir dos resultados encontrados na pesquisa, abordar as tipologias da violência com seus respectivos indicadores, a importância da notificação dos casos, o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e as articulações intersetoriais para acompanhamento da vítima. As temáticas se justificam pela importância da disseminação de conhecimento acerca da violência contra a pessoa idosa para o enfrentamento do problema.

3 METODOLOGIA

Serão realizadas três reuniões técnicas de mesmo conteúdo em cada unidade analisada, em dois turnos distintos para contemplar o maior número possível de

profissionais, com organização prévia para não comprometer as atividades de trabalho. Devido à pandemia de COVID-19, as reuniões acontecerão em formato online, com duração prevista de duas horas, e para isso, serão necessários computadores ou celulares que possibilitem acesso à internet.

4 SUGESTÃO DE PROGRAMAÇÃO

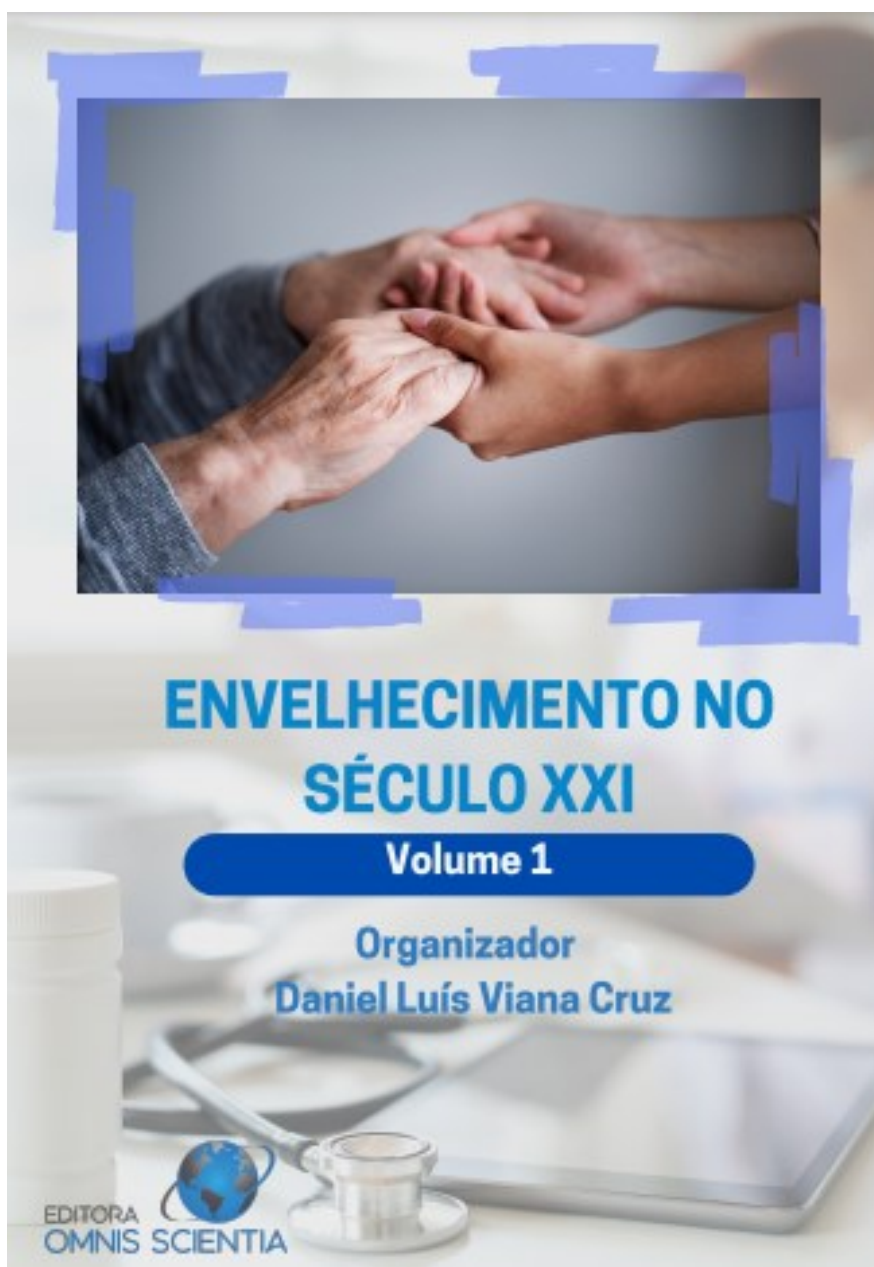
- Abertura com exposição da programação e objetivos da oficina;
- Apresentação: Marcas, só as do tempo – abordagem dos tipos de violência e seus indicadores;
- Discussão de caso – preenchimento da notificação e conhecimento dos fluxos;
- Discussão de pontos intersetoriais para enfrentamento das situações de violência contra a pessoa idosa;
- Avaliação da reunião técnica pelos profissionais participantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que as reuniões técnicas sejam um momento de reflexão e aprendizado para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do Centro de Referência de Assistência Social e que possam contribuir efetivamente para o enfrentamento das situações de violência.

APÊNDICE F – PRODUTOS DO MESTRADO (PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS)

Capítulo de livro: MENDES, N. C.; CAMARGOS, M. C. S.; MARTINS, C. I.; SILVA, D. M.; SILVA, K. R.; BOMFIM, W. C. Caracterização de idosos vítimas de violências atendidos em um hospital público. *In:* Daniel Luís Viana Cruz. (Org.). Envelhecimento no século XXI. 1ed. Triunfo (PE): Editora Omnis Scientia, 2021, v. 1, p. 29-38.



CAPÍTULO 3

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Nayara Carolina Mendes¹

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://lattes.cnpq.br/7081138831209171>

Mirela Castro Santos Camargas²

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://lattes.cnpq.br/5464067545038775>

Cristiane Inácio Martins¹

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://lattes.cnpq.br/3472354119341474>

Doane Martins da Silva¹

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://lattes.cnpq.br/4426999855451544>

Karla Rosa da Silva¹

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://lattes.cnpq.br/2694344145688264>

Wanderson Costa Bomfim¹

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Instituto René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-MG-IBR), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://lattes.cnpq.br/5643648679764089>

RESUMO: **Objetivo:** Caracterizar o perfil de idosos vítimas de violência atendidos em um hospital público de média e alta complexidade de Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado em um pronto-socorro de referência em trauma do Estado de Minas Gerais, com dados secundários de atendimentos de idosos vítimas de violência no período de 2015 a 2019.

Trabalho completo em evento: MENDES, N. C.; CAMARGOS, M. C. S.; MARTINS, C. I.; SILVA, D. M.; SILVA, K. R.; BOMFIM, W. C. Violência contra idosos: perfil de vítimas de agressão atendidas em um hospital público de média e alta complexidade de Minas Gerais. *In: IX Congresso Virtual de Gestão “Educação e Promoção da Saúde, 2020. Anais do IX Congresso Virtual de Gestão” Educação e Promoção da Saúde, 2020.*



Violência contra idosos: perfil de vítimas de agressão atendidas em um hospital público de média e alta complexidade de Minas Gerais

Nayara Carolina Mendes¹; Mirela Castro Santos Camargos¹; Cristiano Inácio Martins¹; Doane Martins da Silva¹; Karla Rona da Silva¹; Wanderson Costa Bomfim²

¹ Departamento de Gestão em Saúde (DGES) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

² Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

Objetivo: O presente estudo tem o objetivo de caracterizar o perfil de idosos vítimas de violência atendidos em um hospital público de média e alta complexidade de Minas Gerais.

Metodologia: Estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado em um pronto-socorro de referência em trauma do Estado de Minas Gerais, com dados secundários de atendimentos de idosos vítimas de violência no período de 2015 a 2019. Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.

Resultados: Foram atendidos 193 idosos vítimas de agressão no período analisado. O tempo médio de permanência no hospital foi de 14,3 dias, com mediana de 5 dias. A maioria das vítimas era do sexo masculino (85,5%) e tinha de 60 a 69 anos de idade (72,5%). Quanto ao estado civil, 38,3% das vítimas eram casadas, unidas ou amigadas. 51,8% das vítimas residiam no município no qual o hospital está localizado. Quanto à classificação de risco de Manchester, 30,6% foram classificados como laranja (muito urgente). Dos casos de agressões sofridas, 34,2% foram corpo-a-corpo e, com relação aos tratamentos realizados, 22,3% foram para traumatismo cranioencefálico. Quanto ao desfecho, 13% dos eventos evoluíram para óbito.

Discussão e conclusão: Situações de violência contra a pessoa idosa representam um problema de saúde pública no Brasil, com diversas repercussões na saúde e qualidade de vida, capazes de gerar traumas, lesões e necessidade de internação hospitalar, sendo importante conhecer o perfil das vítimas para auxiliar na organização do serviço e nas ações de prevenção.

Palavras-chave: Idoso. Violência. Hospitalização.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID-10) Y09	Código (IBGE)	
	4 UF	6 Município de notificação		Código (IBGE)	
	8 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
Dados de Residência	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	8 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hom 2- Dia 3- Mãe 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado	14 Gestante 1- 1º trimestre 2- 2º trimestre 3- 3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	16 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
Notificação Individual	18 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	18 UF		20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
Dados da Ocorrência	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
Dados da Pessoa Acreditada	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica)		3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado	37 Identidade de gênero: 1- Travesti 2- Mulher Transsexual 3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
52 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado			
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros			
	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação Institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
Dados finais	69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:				
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	
Violência Interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015	

ANEXO B – FICHA PROTETIVA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA



FICHA DE NOTIFICAÇÃO PROTETIVA DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS
 Para Atendimento () Para conhecimento () Para conhecimento e monitoramento ()
Todos os campos são de preenchimento obrigatório

DENÚNCIA: () ANÔNIMA () IDENTIFICADA - Pessoa física - Nome: _____ Vínculo: _____ Contato: _____ Pessoa jurídica - Nome: _____ Contato: _____			
IDENTIFICAÇÃO DA SUPOSTA VÍTIMA Nome: _____			
Idade/ DN: _____	Sexo: () M () F	Cor/Etnia: autodeclarado () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Sem Informação	Profissão/função: _____ Ocupação atual: _____ Outras fontes de renda: () BPC () Pensão () Aposentadoria () Outra Especificar _____
Escolaridade: analfabeto () fundamental completo () incompleto () médio completo () incompleto () superior completo () incompleto () Educação de jovens e adultos - EJA () Ensino especial ()			
Situação habitacional: _____			
Endereço: Rua _____ n° _____ compl _____		Bairro: _____ Cep: _____	
Referências para localização: _____			
Telefones: _____			
Mãe: () Viva () falecida () desconhecida () SI Nome: _____		Pai: () Vivo () falecido () desconhecido () SI _____	
Cônjuge/ Companheiro: () Vivo () falecido () desconhecido () Não tem () SI Nome: _____			
Filhos () Não () Sim. Quantos residem com idoso () Quantos não residem com idoso ()			
Com quem mais vive a suposta vítima? _____			
Grau de parentesco _____			
Possui cuidador () Não () Informal () Formal () Outro(s). Especificar: _____			
Nome: _____			
Possui responsável legal? Nome: _____			
Idade/ DN: _____	Sexo: () M () F	Fonte de renda () BPC () Pensão () Aposentadoria () Outra Especificar _____	Escolaridade: Analfabeto () Fundamental () Completo () Incompleto Médio () Completo () Incompleto Superior () Completo () Incompleto
Endereço: Rua _____ n° _____ compl _____		Bairro: _____ Cep: _____	
Telefones: _____			
Referências para localização: _____			
SITUAÇÃO DE RISCO OU FRAGILIDADE			
Demência () Deficiência () Transtorno () Sem Informação ()		Grau de dependência: () Auto-referenciada () Leve () Moderada () Grave () SI () Diagnóstico médico	() Auto-referenciada () Diagnóstico médico
Ocorrência de dependência química no ambiente doméstico? Pessoa idosa () Outro ()			Tipo _____
Trajetória de vida na rua ()			
Outro Especificar _____			
CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA			
Tipo de Violência: () Abandono; () Ameaça; () Cárcere Privado; () Exploração do Trabalho; () Negligência; () Física; () Patrimonial; () Psicológica; () Racismo; () De gênero; () Homofobia; () Bullying; () Sexual; () Auto-negligência; () Institucional; () Outra (especificar) _____			Caso recebido em: ____/____/____ Reincidente ()
Descrição sumária do ocorrido _____			Suposta violência ocorrida em: ____/____/____ () Sem informação
Regional de ocorrência: _____			



FICHA DE NOTIFICAÇÃO PROTETIVA DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS
 Para Atendimento () Para conhecimento () Para conhecimento e monitoramento ()
 Todos os campos são de preenchimento obrigatório

SUPOSTO AGENTE VIOLADOR (Para cada suposto agente violador, acrescentar complemento de ficha)			
Nome: _____			
Idade/ DN:	Sexo: () M () F	Cor/Etnia: autodeclarado () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Sem informação	Realiza alguma atividade remunerada? () Sim () Não Qual?
Vínculo com a vítima:		Forma de acesso a vítima:	
Endereço: Rua _____ n° _____ compl _____		Bairro: _____ Cep: _____	
Telefones: _____			
Referências para localização: _____			
Escolaridade: _____			

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO (Em caso de preenchimento através de serviço de saúde, anexar cópia da Ficha do Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN)

1º ENCAMINHAMENTO	
ORGÃO:	DATA:
CONTATO:	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
Orgão responsável pelas informações: Belo Horizonte, ___/___/___ _____ Assinatura	
2º ENCAMINHAMENTO	
ORGÃO:	DATA:
CONTATO:	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
Orgão responsável pelas informações: Belo Horizonte, ___/___/___ _____ Assinatura	
3º ENCAMINHAMENTO	
CONTATO:	DATA:
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
Orgão responsável pelas informações: Belo Horizonte, ___/___/___ _____ Assinatura	
4º ENCAMINHAMENTO	
ORGÃO:	DATA:
CONTATO:	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
Orgão responsável pelas informações: Belo Horizonte, ___/___/___ _____ Assinatura	

ANEXO C – PARECER DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE

Parecer nº 03/2020 - GES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Nome do Projeto de Pesquisa: "VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL".

Interessado: Prof^ª. Dr^ª. Mirela Castro Santos Camargos e Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Doane Martins da Silva.

Orientanda: Nayara Carolina Mendes

Relatora: Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

Histórico: Recebi, do Secretário do Departamento de Gestão em Saúde, no dia 27 de fevereiro de 2020, o Projeto de Pesquisa supracitado para análise e emissão de parecer. O projeto de pesquisa apresenta-se estruturado, explicitando a justificativa, objetivos e método do estudo.

Descrição do projeto: Trata-se de um Projeto de Pesquisa que aborda a atenção ao idoso e a violência contra essa faixa etária, com a seguinte questão de estudo: quais as perspectivas e os desafios para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa pelos profissionais e gestores da saúde e da assistência social?

Como justificativa destacam a importância na identificação e no enfrentamento da violência contra o idoso, cuja relevância do estudo está relacionada ao conhecimento que será gerado, proporcionando informações que possam auxiliar gestores e profissionais no âmbito da saúde e da assistência social na formulação de projetos, na aplicabilidade e / ou elaboração de ações e serviços, fluxos e equipamentos que visem à garantia dos direitos das pessoas idosas e prevenção contra situações de violência. Contextualizam o tema abordando o envelhecimento populacional e a violência contra a população idosa.

Em relação aos objetivos, tem objetivo geral analisar perspectivas e desafios no processo de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa pelos profissionais e gestores de duas Unidades Básicas de Saúde e de um Centro de Referência de Assistência Social de Belo Horizonte. Por objetivos específicos: Detectar as ferramentas utilizadas pelos profissionais e gestores da saúde e da assistência social

no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa; verificar os encaminhamentos realizados por profissionais e gestores da saúde e da assistência social em casos de suspeita ou violência contra a pessoa idosa; analisar a articulação intersetorial no contexto da violência contra a pessoa idosa baseada na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social.

Quanto a metodologia trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva. O Cenário do estudo será composto por duas Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), de uma regional de Belo Horizonte.

Os participantes, que comporão a amostra do estudo, serão profissionais com nível de escolaridade superior, técnico e médio e gestores das referidas unidades. Os critérios de inclusão são: profissionais de nível de escolaridade superior, técnico e médio de duas UBS e do CRAS que se localiza na área de abrangência de uma das Unidades Básicas de Saúde, assim como, os gestores das referidas unidades. Serão excluídos do estudo, profissionais que estiverem afastados por licença maternidade, por motivo de doença ou em gozo de férias no momento da coleta dos dados, trabalhadores dos setores administrativos e serviços gerais.

O instrumento de coleta de dados será a entrevista semi- estruturada, com gravação. Serão utilizados, dois roteiros semiestruturados, um para os gestores e outro para os demais profissionais, constantes, no projeto, apêndices A e B, respectivamente. Esclarecem que serão realizados pré-testes com participantes com características semelhantes aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

Para a análise dos dados, será utilizada a análise de conteúdo, de acordo com Goulart (2006).

Os produtos serão a elaboração de relatório técnico e apresentação dos resultados em seminário e oficinas de trabalho, cartilha e vídeo com informações importantes sobre a temática. O relatório técnico será entregue e apresentado para a Gestão da Diretoria Regional de Saúde e da Diretoria Regional de Assistência Social, com a possibilidade de proporcionar discussão intersetorial sobre o tema na regional na qual o estudo será realizado.

Quanto aos riscos, esses são mínimos, podendo acontecer desconforto pelo tempo necessário para realização das entrevistas e / ou pelo receio e constrangimento ao

participar das mesmas, apesar de garantida a confidencialidade e o anonimato das informações.

Quanto aos benefícios, o estudo contribuirá com a produção de conhecimentos científicos capazes de orientar práticas e políticas intersetoriais destinadas à prevenção da violência contra o idoso ao revelar perspectivas e desafios no enfrentamento de tal problema, promovendo caminhos mais efetivos no enfrentamento de riscos sociais e nas formas de prevenção da violência contra a pessoa idosa no território.

Os princípios da ética em pesquisa com seres humanos serão respeitados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 / 2012 (BRASIL, 2013). O estudo foi submetido ao Núcleo de Pesquisa / Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte

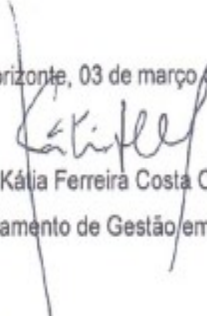
O cronograma do projeto propõe a realização do estudo no prazo de 14 meses, cujos custos serão de responsabilidade do pesquisador.

Mérito: o estudo proporcionará conhecimentos importantes acerca da violência contra o idoso e contribuirá para a discussão intersetorial da realidade dessa população. A orientadora e coorientadora do projeto têm capacidade técnica para o desenvolvimento da pesquisa e futuros possíveis desdobramentos.

Conclusão

Considerando a relevância do estudo no que concerne a produção de conhecimento e sua contribuição para a gestão e atenção à saúde do idoso, salvo melhor juízo dos membros do Departamento de Gestão em Saúde, sou de parecer favorável à aprovação do Projeto.

Belo Horizonte, 03 de março de 2020.


Prof. Kátia Ferreira Costa Campos
Departamento de Gestão em Saúde

Aprovado em ad referendum em 03 / 03 / 2020


Prof. Dr.ª Keli Bahia Feliciano Zocaro
Chefe do Depto. de Gestão em Saúde
Escola de Enfermagem UFMG

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa "Violência contra os idosos: o olhar dos profissionais e gestores da saúde e da assistência social", sob a responsabilidade da pesquisadora Nayara Carolina Mendes, CPF 076.785.626-08, cujo objetivo é "identificar as perspectivas e os desafios no processo de enfrentamento da violência contra o idoso de acordo com trabalhadores e gestores de duas Unidades Básicas de Saúde de um Centro de Referência de Assistência Social de Belo Horizonte", e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2020

Renata Mascarenhas Bernardes
Diretora de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Renata Mascarenhas Bernardes
Diretoria de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Cláudia Fidélis Barcaro
Gerência de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA



Subsecretaria de Assistência Social
Diretoria de Gestão do SUAS-DGAS
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente -GGTEP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que a Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) autoriza Nayara Carolina Mendes, a desenvolver o projeto de pesquisa *Violência contra os Idosos: o Olhar dos Profissionais e Gestores da Saúde e da Assistência Social*, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, por parte da pesquisadora, dos requisitos da Resolução nº 510, do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a pesquisa de campo e a coleta de dados prevista no projeto, a pesquisadora deverá apresentar à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente da Diretoria de Gestão do SUAS o parecer substanciado, ou documento de natureza semelhante, devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP. A informação à SUASS quanto à aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética é de responsabilidade da pesquisadora interessada.

Belo Horizonte, 20 de novembro 2020.


Isabela de Vasconcelos Teixeira - BM: 116.734-9
Diretoria de Gestão do SUAS
DGAS / SUASS / CIBASAC

Isabela de Vasconcelos Teixeira
Diretora de Gestão do SUAS

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Pesquisador: MIRELA CAMARGOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20090220.8.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.002.430

Apresentação do Projeto:

Analisa o fato de que o envelhecimento populacional traz desafios e desperta na sociedade a necessidade de atender as demandas decorrentes do crescimento da população idosa e de que a violência contra o idoso representa um grave problema de saúde pública, por ser uma importante causa de declínio funcional, morbi-mortalidade, diminuição da qualidade de vida e violação dos direitos, além da subnotificação dos casos (o que dificulta conhecer a real magnitude do problema, e, com isso, estabelecer ações preventivas). A pesquisa "VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL" apresenta abordagem qualitativa que se caracteriza pelo estudo da realidade, por meio do contato direto do pesquisador com o ambiente natural e a situação estudada (GODOY, 1995). De acordo com Flick (2009), a pesquisa qualitativa parte da construção social baseada nas perspectivas dos participantes, com base na realidade em estudo. O paradigma qualitativo caracteriza-se pela visão holística que possibilita o conhecimento de um determinado contexto em sua totalidade e com abordagem intuitiva que vai se delineando no decorrer da coleta e análise dos dados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). De acordo com Cavalcante et al. (2014), a pesquisa qualitativa permite o estudo de fenômenos e suas interações em determinado objeto de pesquisa. Estudos qualitativos são capazes de desvelar pontos críticos e, assim, podem auxiliar na melhoria dos problemas de saúde (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

A finalidade da pesquisa é descritiva porque tem o intuito de investigar características do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.002.430

fenômeno violência contra a pessoa idosa pelos participantes da pesquisa. O estudo descritivo busca descrever com exatidão fatos e fenômenos de determinada população, conhecendo com maior profundidade a situação foco da pesquisa e criando base para realização de outros estudos (TRIVIÑOS, 1987).

O método de pesquisa utilizado será o estudo de caso. O método adotado preconiza a investigação empírica de fenômenos contemporâneos individuais, organizacionais, sociais e políticos em um contexto real, possibilitando identificar as características significativas do fenômeno (YIN, 2001). De acordo com as características fundamentais do estudo de caso propostas por Lüdke e André (1986), o método visa à descoberta a partir de pressupostos básicos iniciais e a interpretação do contexto, retratando a realidade de maneira bastante complexa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar perspectivas e desafios no processo de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa pelos profissionais e gestores de duas Unidades Básicas de Saúde e de um Centro de Referência de Assistência Social de Belo Horizonte.

Objetivo Secundário:

- Detectar as ferramentas utilizadas pelos profissionais e gestores da saúde e da assistência social no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa;
- Verificar os encaminhamentos realizados por profissionais e gestores da saúde e da assistência social em casos de suspeita ou violência contra a pessoa idosa;
- Analisar a articulação intersetorial no contexto da violência contra a pessoa idosa baseada na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo o pesquisador, a participação na pesquisa apresenta riscos mínimos, podendo acontecer desconforto pelo tempo necessário para realização das entrevistas e / ou pelo receio e constrangimento ao participar das mesmas, apesar de garantida a confidencialidade, o anonimato das informações e interrupção das entrevistas caso o participante se sinta constrangido.

Benefícios:

O estudo contribuirá com a produção de conhecimentos científicos capazes de orientar práticas e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.002.430

políticas intersetoriais destinadas à prevenção da violência contra o idoso ao revelar perspectivas e desafios no enfrentamento de tal problema. Quanto aos profissionais da saúde e da assistência social, o estudo irá contribuir com os conhecimentos relacionados com os tipos de violência, assim como, os fatores facilitadores e dificultadores para sua identificação, promovendo caminhos mais efetivos no enfrentamento de riscos sociais e nas formas de prevenção da violência contra a pessoa idosa no território.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e importante para a implementação de políticas públicas de prevenção e apoio. Dito isso, recomendamos substituir "sujeitos da pesquisa" por "participantes da pesquisa".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Parece-nos, de acordo com a leitura do projeto, que é também necessária a apresentação de TCLE para os profissionais e para os gestores, além de autorização das duas Unidades Básicas de Saúde e de um Centro de Referência de Assistência Social de Belo Horizonte, conforme especifica o pesquisador.

Recomendações:

Recomendamos no TCLE substituir "sujeitos da pesquisa" por "participantes da pesquisa".

Retirar o campo de Nome da entrevista, para minimizar o risco de quebra de anonimato.

Incluir no TCLE espaço para rubrica nas paginas que não tem assinatura, incluir também espaço de assinatura das pesquisadoras. Informar o tempo médio dedicado às entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que as recomendações serão atendidas pela pesquisadora, aprova-se o projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.002.430

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1520217.pdf	05/03/2020 14:24:35		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/03/2020 14:23:30	Doane Martins da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/03/2020 14:22:49	Doane Martins da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECER_GES.pdf	05/03/2020 14:22:23	Doane Martins da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_PBH.pdf	05/03/2020 14:21:48	Doane Martins da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/03/2020 14:20:56	Doane Martins da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/03/2020 14:20:01	Doane Martins da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/03/2020 14:19:42	Doane Martins da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

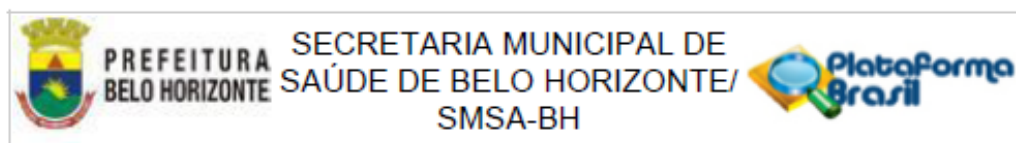
Não

BELO HORIZONTE, 01 de Maio de 2020

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SMSA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Pesquisador: MIRELA CAMARGOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29990220.8.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

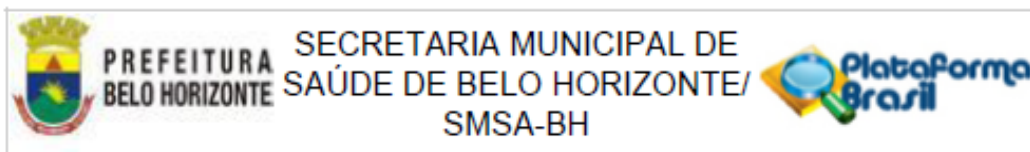
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.045.895

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora relata que o envelhecimento populacional traz desafios e desperta na sociedade a necessidade de atender as demandas decorrentes do crescimento da população idosa. A violência contra o idoso representa um grave problema de saúde pública, por ser uma importante causa de declínio funcional, morbi-mortalidade, diminuição da qualidade de vida e violação dos direitos. A subnotificação dos casos dificulta conhecer a real magnitude do problema, e, com isso, estabelecer ações preventivas. No contexto do enfrentamento dos maus tratos contra os idosos, profissionais inseridos no território local, com atuação próxima ao domicílio tem papel de destaque. O objetivo do presente estudo é identificar as perspectivas e os desafios no processo de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa pelos profissionais e gestores da saúde e da assistência social. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com finalidade descritiva, tendo como unidades de análise duas Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Referência de Assistência Social, de uma regional de Belo Horizonte. Serão convidados para participar do estudo profissionais com nível de escolaridade superior, técnico e médio e gestores das referidas unidades. O fechamento da amostra vai acontecer por saturação ou redundância das informações obtidas pela análise contínua dos dados que serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, com um roteiro para os gestores e outro para os profissionais. As entrevistas ocorrerão de forma voluntária, gravadas por meio de gravador digital com o consentimento dos participantes, após assinatura do Termo de

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.045.895

Consentimento Livre Esclarecido. Os dados serão analisados pela análise de conteúdo. Com a realização do estudo espera-se contribuir com o enfrentamento dos maus tratos contra os idosos por meio da elaboração de relatório técnico, apresentação dos resultados em seminário e oficinas de trabalho e elaboração de cartilha e vídeo com informações importantes sobre a temática.

As duas Unidades Básicas de Saúde, cenários do presente estudo, são caracterizadas por um percentual elevado de idosos com relação à população total cadastrada. A escolha da regional e das unidades ocorreu de forma intencional por ser cenário de atuação profissional da proponente da pesquisa que irá atuar como avaliadora interna. Para a realização das entrevistas, foram elaborados dois roteiros semiestruturados, sendo um para os gestores e outro para os demais profissionais, visando abordar fatores que facilitam ou dificultam a atuação dos envolvidos no que tange a identificação e o direcionamento de situações de violência contra os idosos, percepção dos entrevistados acerca da intersetorialidade; o reconhecimento por parte dos entrevistados de ações e serviços no território local para prevenção do problema em questão. Serão realizados pré-testes com participantes com características semelhantes aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Analisar perspectivas e desafios no processo de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa pelos profissionais e gestores de duas Unidades Básicas de Saúde e de um Centro de Referência de Assistência Social de Belo Horizonte.

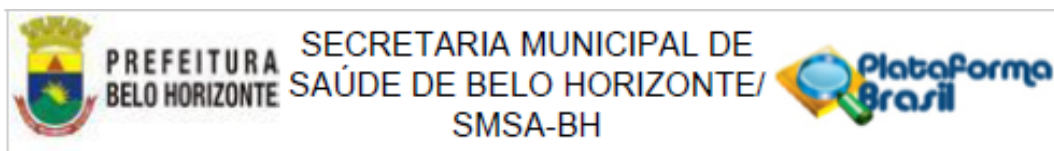
Objetivos específicos

- Detectar as ferramentas utilizadas pelos profissionais e gestores da saúde e da assistência social no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa.
- Verificar os encaminhamentos realizados por profissionais e gestores da saúde e da assistência social em casos de suspeita ou violência contra a pessoa idosa.
- Analisar a articulação intersetorial no contexto da violência contra a pessoa idosa baseada na perspectiva de profissionais e gestores da saúde e da assistência social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: possível desconforto pelo tempo necessário para realização das entrevistas e / ou pelo receio e constrangimento ao participar das mesmas, apesar de garantida a confidencialidade, o anonimato das informações e interrupção das entrevistas caso o

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.045.895

participante se sinta constrangido. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão transcritas para análise dos dados com emprego de códigos para as pessoas, com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados. Além disso, a definição do momento e local para realização das entrevistas será estabelecida com os participantes, sem comprometer o funcionamento das referidas unidades. O local para realização das entrevistas deverá ser tranquilo e reservado, permitindo privacidade. Caso seja necessária, será oferecida a oportunidade de realização das mesmas em uma sala da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sem que isso implique em gastos para o entrevistado. Benefícios: produção de conhecimentos sobre a temática da violência contra a pessoa idosa no território local. A pesquisadora não relata benefícios diretos ao participante da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda um tema de grande relevância no contexto da Atenção Primária à Saúde, visto que o aumento da população idosa vem acompanhado do aumento significativo das situações de violação de direitos, as quais devem ser reconhecidas e abordadas de forma adequada pelos serviços que prestam assistência no território. Portanto, a pesquisa tem potencial para contribuir com a atuação das equipes dos Centros de Saúde e CRAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto assinada pelo pesquisador e pelo diretor da instituição proponente foi anexada, assim como o Termo de Anuência Institucional. O TCLE apresenta linguagem clara e acessível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

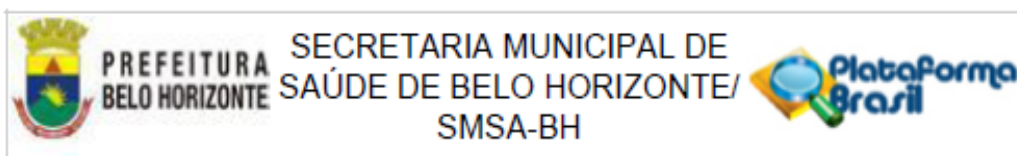
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, verificando o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.040.941 e não mais encontrando objeções éticas, verificando-se que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.045.895

descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1548981.pdf	25/05/2020 10:10:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	25/05/2020 10:07:04	MIRELA CAMARGOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/03/2020 14:22:49	Doane Martins da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/03/2020 14:20:56	Doane Martins da Silva	Aceito

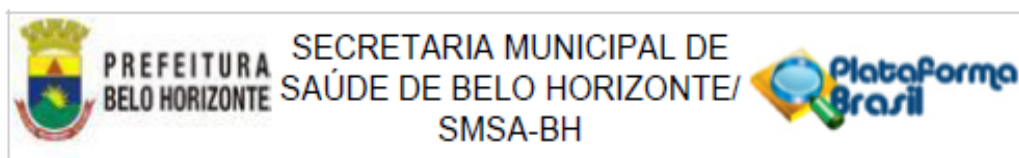
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.045.895

BELO HORIZONTE, 25 de Maio de 2020

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO H – TERMO DE RETIFICAÇÃO DA ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

TERMO DE RETIFICAÇÃO DA ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **'VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL'**, sob a responsabilidade da pesquisadora Nayara Carolina Mendes, CPF 076.785.626-08, cuja anuência foi expedida em pela ASEDS-SA e retificamos que a execução deste estudo está suspensa nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Este termo foi subsidiado conforme o disposto no artigo 4º do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, considerando que os participantes da pesquisa estarão em contato direto com a equipe de pesquisadores durante a epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus - COVID-19.

Saliente-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos (as) participantes e da equipe de pesquisa, pois ambos os grupos estarão expostos.

O Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, determinou, em seu artigo 14, que "...Ficam suspensos os prazos administrativos do Município a partir do dia 19 de março, por tempo indeterminado...".

Salientamos que o início do estudo dependerá da apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

Este Termo de Retificação terá validade enquanto persistir o período de alerta determinado pela autoridade Regional do campo de estudo desse projeto de pesquisa.

Belo Horizonte, 21 de julho 2020



Cláudia Fidelis Barcaro
Assessora de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA