FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO “SAÚDE E ENVELHECIMENTO”

BRUNA OLIVEIRA PLASSA

FLUXO DE ATENDIMENTO INTERSETORIAL NO ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

MARÍLIA
2018

Bruna Oliveira Plassa

Fluxo de atendimento intersetorial no atendimento à pessoa idosa vítima de violência

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Sanches Marin.

Marília

2018

Bruna Oliveira Plassa

Fluxo de atendimento intersetorial no atendimento à pessoa idosa vítima de violência

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Banca Examinadora:

_____

Profa. Dra. Maria José Sanches Marin

Faculdade de Medicina de Marília

_____

Profa. Dra. Mara Quaglio Chirelli

Faculdade de Medicina de Marília

_____

Profa. Dra. Edinalva Neves Nascimento

Secretaria Municipal de Saúde de Marília

Data da aprovação: _____

A Deus.

A Maria.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A minha família.

Aos amigos, fiéis e essenciais.

A instituição, FAMEMA.

A orientadora, por todos os infinitos ensinamentos.

Ao grupo de pesquisa, pelo enorme apoio.

Aos participantes da pesquisa.

Aos lugares de coleta de dados.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

“Por isso não temas, porque estou contigo; não te assustes, porque sou o teu Deus; Eu te fortaleço, ajudo e sustento com a mão direita da minha justiça.”
(**Isaías 41:10**)

RESUMO

Introdução: As modificações nos aspectos físicos, sociais e emocionais decorrentes do envelhecimento, constituem-se em fatores de risco para diferentes tipos de violência. No combate a tais riscos tem destaque o trabalho pautado na intersetorialidade, entretanto, tem se observado que tais setores desempenham suas atividades de forma desarticulada, levando a prejuízos na assistência. Objetivo: Compreender o fluxo de atendimento da pessoa vitima de violência por meio da construção de um fluxograma descritor da realidade dos diferentes setores de assistência de um Município do interior Paulista. Método: Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que trabalha com o fluxograma descritor visando à compreensão do percurso da vítima em busca de assistência. Os dados foram coletados por meio de com profissionais da delegacia de polícia, Ministério Público, Estratégia de Saúde da Família, um hospital terciário do município, CREAS e idosos vítimas de violência. Resultados: Foi construído o fluxograma e identificou-se oito nós críticos: falta de centralidade no encaminhamento das denúncias feitas pelo Disque 100; dificuldade dos serviços da saúde em comunicar-se com o Disque 100; coleta insuficiente dos dados da ocorrência; pouca comunicação entre os serviços de saúde, judicial e assistência social; falta de conhecimento dos diferentes serviços sobre as funções reais do CREAS; desinteresse da vítima em dar continuidade ao processo; Insuficiência de recursos familiares e públicos para suporte ao idoso vítima de violência e dificuldades da equipe da atenção básica para encaminhamentos da queixa de violência . Conclusões: Foi possível compreender a importância do fluxograma enquanto ferramenta de análise do processo de trabalho e a necessidade do estabelecimento de efetiva comunicação e trabalho articulado entre os diferentes setores que lidam com a violência contra o idoso.

Palavras-chaves: Idoso. Violência. Envelhecimento. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Introduction: The changes in the physical, social and emotional aspects of aging are risk factors for different types of violence. In the fight against such risks the work based on intersectoriality is highlighted, however, it has been observed that these sectors perform their activities in a disjointed manner, leading to losses in assistance. Objective: To understand the care flow of the victim of violence through the construction of a flow chart describing the reality of the different assistance sectors of a municipality in the interior of São Paulo. Method: It is a descriptive and exploratory study that works with the flowchart descriptor aiming at understanding the path of the victim in search of assistance. Data were collected through professionals from the police station, Public Prosecutor's Office, Family Health Strategy, a tertiary hospital of the municipality, CREAS and elderly victims of violence. Results: The flowchart was constructed and eight critical nodes were identified: lack of centrality in the referral of the denunciations made by the Disque 100; difficulty of the health services in communicating with the Dial 100; insufficient collection of occurrence data; poor communication between health services, judicial services and social assistance; lack of knowledge of the different services on the actual functions of CREAS; the victim's disinterest in continuing the process; Insufficiency of family and public resources to support the elderly victim of violence and difficulties of the primary care team to refer the complaint of violence. Conclusions: It verified the importance of the flowchart as a tool for analyzing the work process and the need to establish effective communication and articulated work among the different sectors that deal with violence against the elderly.

Key-words: Aged. Violance. Aging. Health of the Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação gráfica de um fluxograma..... 27

Figura 2 - Fluxograma dos serviços que recebem a denúncia de violência contra o idoso. Marília-SP, 2017..... 29

Figura 3 - Fluxograma das denuncias no Plantão Policial. Marília-SP. 2017/SP..... 30

Figura 4 - Fluxograma da denúncia no Ministério Público. Marília-SP, 2017..... 31

Figura 5 - Fluxograma da denúncia no CREAS. Marília-SP, 2017..... 32

Figura 6 - Fluxograma do atendimento ao idoso vítima de violência nos diferentes setores de atendimento. Marília-SP, 2017..... 33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo geral.....	23
2.2	Objetivos específicos.....	23
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
3.1	Tipos da pesquisa.....	24
3.2	Local da pesquisa.....	24
3.3	Participantes da pesquisa.....	26
3.4	Coleta de dados.....	26
3.5	Análise de dados.....	27
3.6	Procedimentos éticos.....	28
4	RESULTADOS.....	29
5	DISCUSSÃO.....	35
6	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
APÊNDICE B	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – idoso.....	50
ANEXO A	Parecer Consubstanciado do CEP.....	51

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno demográfico que vem marcando o século 20, trazendo inúmeras modificações ao redor do mundo. No Brasil, as alterações na pirâmide demográfica começaram a ser percebidas a partir dos anos 1940, quando foi detectada uma queda dos níveis de mortalidade. A partir de 1960, o quadro ficou mais evidente por conta da diminuição drástica da taxa de fecundidade.[1]

Essa alteração na pirâmide etária é resultado do declínio da fecundidade e aumento da expectativa de vida, ou seja, quando a proporção de indivíduos jovens diminui e a proporção de indivíduos idosos aumenta.[2] Em 2011 a população de idosos brasileiros já representava 13% da população geral e a previsão para 2050 é que esse percentual será 29%.[3]

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, a proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais de idade) passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014, sendo eles a faixa etária que mais cresceu na população. Em 2030, esta proporção será de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá ao menos 60 anos de idade. Entre os idosos tem se destaca-se que 55,7% são mulheres.[4]

No Brasil, existe uma desigualdade no número de idosos por região, sendo que em 2014, as Regiões Sul, Sudeste e Norte, apresentavam respectivamente uma proporção de 15,2%, 15,1% e 9,1% de idosos e os que possuem 80 anos ou mais é o grupo que mais está aumentando, indo de 1,2%, em 2004, para 1,9%, em 2014[5]. Nesta perspectiva o envelhecimento populacional provoca grandes desafios á saúde pública, dificultando a adequação dos serviços a essa nova demanda, devido á falta de pessoas preparadas a trabalhar com a pessoa idosa, disponibilidade de estrutura física, equipamentos e recursos.[5]

O processo de envelhecimento simboliza um grande avanço, pois é resultado da crescente tecnologia e do desenvolvimento de condições sociais, embora ele evidencie muitas condições que desfavorecem o envelhecer com qualidade. Esse processo é considerado dinâmico, progressivo e fisiológico, acompanhado por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem ao longo de um período, em ritmos, individualmente, distintos.[6]

Na velhice, as pessoas se tornam cada vez mais vulneráveis às várias alterações nas suas condições de vida, incluindo os aspectos sociais econômicos e biológicos, tornando-os cada vez mais propensos às doenças, perda da autonomia e a depender de outras pessoas para as atividades de vida diária.[7]

Essas alterações inerentes ao envelhecimento podem levar ao declínio da função em diversos sistemas do corpo e predispor o indivíduo a disfunções e doenças, tais como diminuição de força muscular, diminuição da capacidade visual e auditiva, perda de equilíbrio, as alterações na marcha, doenças crônico degenerativas, isolamento social e declínio cognitivo.[8]

O declínio cognitivo causa ao indivíduo uma dificuldade em planejar e executar suas atividades de vida diária, bem como manter sua autonomia. A literatura atual aponta que por ano, cerca de 25,7% dos idosos que apresentam um declínio cognitivo, desenvolvem estados mais avançados de demência, deixando esse idoso cada vez mais vulnerável.[9]

O aumento da expectativa de vida e a presença das alterações decorrentes do envelhecimento resultam no aumento da quantidade de idosos que necessitam de cuidados para realizar suas atividades de vida diárias, como por exemplo, alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar medicamentos, entre outros.[10]

A necessidade de recorrer ao auxilio de outras pessoas nas atividades de vida diárias (AVD's) pode gerar sentimentos de vergonha, impotência, frustração, medo, tristeza, irritação e exige que o idoso se adapte rapidamente a essa nova realidade de ter que precisar de alguém. As dificuldades em realizar pequenas tarefas e a falta de autonomia são fatores que prejudicam o bem estar tanto do idoso quanto da família resultando em sentimento de solidão, angústia, podendo agravar ainda mais o quadro de declínio cognitivo. Neste cenário, o cuidador exerce um papel fundamental na rotina desse idoso, com muitas responsabilidades que podem gerar sobrecarga e prejudicar a qualidade de vida desse cuidador também.[11]

Os cuidadores podem ser formais, que são os ligados às instituições ou profissionais com formações especializadas, e informais que são familiares, amigos, vizinhos que não possuem uma formação especializada no cuidado com esse idoso.[12] Estudos mostram que quanto maior o nível de dependência do idoso, maior a sobrecarga nos cuidadores.[13] O cuidado ao idoso possui uma demanda extensa que pode levar a exaustão do cuidador, sobrecarga física e emocional, sendo necessário um olhar biopsicossocial para esses cuidadores.[14]

Neste cenário de vulnerabilidade, a violência contra a pessoa idosa tem se tornado uma grande preocupação. Considerada como um processo multicausal, de grande magnitude e transcendências mundial, a violência é caracterizada pelo uso de poder, seja físico ou psicológico contra um individuo ou comunidade que resulte em sofrimento físico ou psíquico, morte, prejuízo ao desenvolvimento ou privação.[15] Representa um problema histórico, social e de saúde coletiva com raízes históricas, culturais, econômicas e sociais e apresentam diferentes formas de manifestações que interagem, realimentam-se e se fortalecem.[16]

Quando a violência é contra a pessoa idosa, ela é um fenômeno complexo que atinge os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, considerado um problema social, político e de saúde, pois, acarreta danos aos idosos, prejudicando seu desenvolvimento pleno e integral.[17]

A violência contra a pessoa idosa é dividida entre visível ou invisível: as visíveis correspondem às mortes e lesões; as invisíveis são as que acontecem sem lesionar o corpo, mas provoca medo, sofrimento, depressão. Maus-tratos contra pessoas idosas foram relatados pela primeira vez em 1975 como “espancamento de avós” por dois pesquisadores ingleses, Baker em 1975 e Burston em 1975, e a partir disso se tornou tema de pesquisas científicas que fundamentam ações governamentais e das organizações internacionais em todo mundo (Manual de enfrentamento da pessoa idosa).[18]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elucida a violência contra a pessoa idosa da seguinte forma: “são ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social, ela ocorre como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral”.[19] Com o mesmo sentido, o Estatuto do Idoso no cap.IV, art.19, §1, diz que: “violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”. [18]

O tipo de violência contra a pessoa idosa pode se apresentar de diversas formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abusos financeiros e autonegligência. Todos essas formas de ação ou omissão podem resultar em lesões graves físicas, emocionais e morte.[18]

O abuso físico é uma forma de violência visível e geralmente acontecem por meio de tapas, empurrões, beliscões, ou por outros meios mais graves como agressões com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo. O local onde ocorre mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua família e, na sequencia, as ruas e as instituições de prestação de serviços como as de saúde, de assistência social e residências de longa permanência.[18]

Na maioria das vezes, o abuso físico gera lesões e traumas e como consequência as internações hospitalares e/ou morte da pessoa. Porém, tem situações em que ele não deixa marcas e é quase invisível, sendo constatado por pessoas que têm um olhar atento e por profissionais acostumados a diagnosticá-lo.[18]

As estatísticas demonstram que, por ano, cerca de 10% dos idosos brasileiros morrem por homicídio. E a incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física. Das denúncias recebidas pelo “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” as agressões físicas representam 34% do total das queixas, ocupando o quarto lugar, depois das negligências, dos maus tratos psicológicos e dos abusos econômico, financeiros e patrimoniais.[18] O abuso psicológico representa todas as maneiras de menosprezo, de desprezo e de preconceito e discriminação que resultam em tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente, depressão. Ele pode se dar por palavras ou por meio de atitudes e atos. Estudos apontam que o sofrimento mental provocado por esse tipo de violência colabora para processos depressivos e autodestrutivos, muitas vezes levando à ideação, tentativas de suicídio ou mesmo ao suicídio consumado.[18,20]

Ainda sobre dados dos abusos psicológicos, pessoas humildes e os que têm dependência financeira, física e mental em grau elevado são os que mais sofrem esse tipo de violência. Em geral, a população idosa acredita que a comunidade não se importa com o que acontece com ela. No “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, de 2010 a 2012 a segunda causa de violência mais denunciada foi o abuso psicológico (59,3%) vindo depois apenas das negligências (69,7%).[18,20]

A violência sexual dispõe-se a estimular a vítima ou usa-la para conseguir excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas impostas através de aliciamento, violência física ou ameaças. Vítimas de abuso sexual costumam sofrer

também violência física, psicológica e negligências. A culpa e a baixa autoestima e o pensamento suicida são características marcantes nessas vítimas.[18]

Uma forma pouco divulgada é a violência dos filhos contra seus pais e mães idosos para que eles não namorem ou não tenham relações sexuais, acontecendo também em instituições de longa permanência. Há uma ideia muito comum na população de que eles são ou deveriam ser assexuados, traduzindo um preconceito social e abuso de poder.[18]

As atitudes repressivas dos filhos dificultam seus pais de viverem uma vida afetiva saudável na velhice. A maioria (cerca de 95%) são mulheres com problemas em pelo menos dois de três domínios cognitivos, (tempo, espaço, e nível pessoal), que vivem em instituições de longa permanência e, são agredidas, com mais frequência, por outros residentes. As mulheres com maior dificuldade de andar são ainda mais vulneráveis. Os principais tipos de abuso cometidos são beijos forçados, atos sexuais não consentidos e bulinação do corpo da mulher.[18]

O abandono é uma das maneiras mais cruel de violência. As mais comuns constatadas por cuidadores e órgãos públicos são: retirá-la da sua casa contra sua vontade; trocar seu lugar na residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quartinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade, para se livrar da sua presença na casa, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir; deixá-la sem assistência quando dela necessita, permitindo que passe fome, se desidrate e seja privada de medicamentos e outras necessidades básicas, antecipando sua imobilidade, aniquilando sua personalidade ou promovendo seu lento adoecimento e morte.[18]

Negligência é outra forma para exemplificar as diversas maneiras de menosprezo e de abandono de pessoas idosas. Os casos mais comuns são de inadequação das instalações, do isolamento das pessoas idosas em seus aposentos, da falta ou precariedade de assistência à sua saúde.[18]

O termo abuso econômico-financeiro e patrimonial diz respeito às disputas de familiares pela posse dos bens ou a ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. Pesquisas mostram que no mundo inteiro são vítimas de abusos financeiros.[18]

No Brasil, a estatística aponta que mais de 60% das queixas desse grupo às delegacias de polícia ou ao Ministério Público tiveram essa causa. O “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” demonstra que entre 2010 a 2012 esse tipo de violência foi responsável por 40,1% das denúncias, vindo atrás apenas das negligências e dos abusos psicológicos.[18]

A autonegligência é conduzir à morte lenta de uma pessoa idosa em casos em que ela própria se autonegligência. Nesses casos, não é o “outro” que abusa, é a própria pessoa que maltrata a si mesma. Um dos primeiros sinais de autonegligência é a atitude de se isolar, de não sair de casa e de se recusar a tomar banho, de não se alimentar direito e de não tomar os medicamentos, manifestando clara ou indiretamente a vontade de morrer. Vários trabalhos ressaltam que, frequentemente atitudes de autodestruição estão associadas a processos de desvalorização que a pessoa idosa sofre e a negligências, abandono e maus-tratos de que é vítima.[18-23]

Nos Estados Unidos, foi constatado que as mulheres idosas são duas vezes mais vulneráveis a violência que os homens[20]. De acordo com o International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) (INPEA, 2009) embora um em cada quatro idosos estejam em risco de violência doméstica, a sua notificação limitada, sendo geralmente exposto somente quanto a violência apresenta-se por meio de manifestações físicas.[24]

Essa situação dá-se pelo fato das vítimas não aceitarem que estão sendo agredidas por alguém da família ou amigos, o que se deve às crenças religiosas e culturais, normas sociais, medo de represálias, proteção do agressor, vergonha, culpa e desamparo.[25]

No Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no ano de 2014, foram notificados 12.297 casos de violência contra a pessoa idosa no Brasil, sendo 43,7% de repetição. Dentre os casos notificados, as vitimas eram, em maioria, da cor branca, e de baixa escolaridade, ocorrendo 70,4% dos casos na residência da vitima. Dentre os tipos de abuso encontrados, 64% foram de violência física/sexual, 28,2% psicológica/moral, 26,4% negligencia/abandono e 7,4% financeira, sendo, grande parte delas, praticadas por seus filhos. Vale ressaltar que 11,3% dos casos eram de lesões autoprovocadas, o que pode ser consequência de situações de sofrimento emocional.[26]

Com o objetivo de propor um caminho para um envelhecimento com segurança e qualidade, resguardando os direitos dessa população, a Lei nº.

8.842/94 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, que ressalta a obrigação de todas as pessoas em denunciar qualquer tipo de violência praticada contra essas pessoas.[27]

Diversas leis como Estatuto do idoso e Lei Maria da Penha, surgiram como meio de proteger pessoas hipossuficientes e vulneráveis contra atos de discriminação ou segregação, demonstrando avanços sociais e respeito a essa população.[28]

O Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741), aprovado em 2003, estabelece os direitos dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Nos seus 118 artigos estão estabelecidos a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e principalmente do Poder Público em garantir o direito à vida, à alimentação, saúde, cultura, educação, ao lazer, esporte, trabalho, à cidadania, dignidade, liberdade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.[29]

A lei Maria da Penha (lei nº 11.340), de 7 de agosto de 2006, protege as mulheres contra qualquer forma de violência doméstica, seja física, psicológica, patrimonial ou moral.[30] A dimensão da problemática relacionada à violência contra a pessoa idosa, levou a Organização das Nações Unidas (ONU), em parceria com o International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), em 2006, a declarar o dia 15 de junho como o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa, com o objetivo de conscientizar/sensibilizar a população sobre a forma desumana que muitos deles são tratados tanto por familiares quanto por instituições que deveriam protegê-las.[31]

Para somar na mediação do acesso do idoso ás politicas sociais, a lei orgânica de assistência social (LOAS), traz o profissional do serviço social para intervir nos serviços assistenciais, por meio de atividades continuadas que visem á melhoria de vida de qualquer cidadão em situação de vulnerabilidade e risco social.[32] A secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da Republica (SPM-PR) criou, em 2005, o Ligue 180, com o objetivo de oferecer orientações sobre direitos e serviços públicos para a população feminina no Brasil. Em março de 2014, o Ligue 180 passou a ser um disque-denúncia, com capacidade de envio de denúncias para a Segurança Pública com cópia para o Ministério Público de cada estado.[33]

Acrescenta-se ao contexto de atenção às situações de violência, a portaria GM/MS 737/2001 que tem como objetivo apresentar uma política nacional de

redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Tal Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, ligadas à promoção da saúde e à prevenção desses eventos a partir da articulação com diferentes segmentos sociais.[69] Nesse mesmo sentido, a portaria 936, de 2004 propõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.[70]

Ainda falando sobre recursos de apoio/proteção a pessoa vítima de violência, existe o Disque Direitos Humanos – Disque 100, criado em 2003, pelo serviço de utilidade publica da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da Republica (SDH/PR). É vinculado à Ouvidora Nacional de Direitos Humanos e recebe demandas a violações de Direitos Humanos, no qual atende as populações consideradas mais vulneráveis, e isso inclui os idosos.[34] Tanto o Disque 100, quanto o disque 180 funcionam 24 horas por dia, diariamente, incluindo sábados, domingos e feriados. As ligações podem ser feitas de todo o Brasil por meio de uma ligação simples e gratuita, de qualquer aparelho telefônico.[34]

Na atenção às pessoas vítimas de violência, a Polícia Civil desempenha papel fundamental, pois para as denuncias feitas presencialmente, a equipe de plantão na delegacia é responsável por registrar as ocorrências, coletando as primeiras informações por meio do Boletim de Ocorrência (BO) que é feito no ato da denúncia. Já as denuncias feitas pelos Disques 100/180, a polícia civil é responsável por verificar a integridade das informações coletadas na denúncia.[35]

A Polícia Civil do Estado de São Paulo é uma Instituição que compõe a estrutura da Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública e tem por responsabilidade principal a promoção das atividades próprias administrativas e de Polícia Judiciária. Ela nasceu junto à Secretaria dos Negócios da Justiça, em 1841, tendo como primeiro chefe de polícia, o Conselheiro Rodrigo Antonio Monteiro de Barros.[36]

Tratando da existência da violência, em 1984, surgiu o Departamento de Homicídios e de Proteção à Pessoa (DHPP), que foi oficializado em 14 de março de 1986. Esse departamento investiga crimes contra a vida, bem como, contra o patrimônio e em acidentes de trânsito.[36]

A delegacia de Defesa da Mulher foi fundada no dia 6 de agosto de 1985, cuja primeira delegada foi Rosmary Corrêa - um ato inédito no País e no mundo, muito

importante no cenário em que a mulher é considerada mais vulnerável a sofrer violência que homens.[36]

Em janeiro de 2000, a Polícia Civil de São Paulo inaugurou a Delegacia Eletrônica, acessada pela população por meio dos de internet. Ela foi idealizada para descongestionar os distritos policiais de todo o Estado e facilitar o acesso da população às denuncias, que podem ser feitas através do site.[36]

Em 2002, a Resolução Conjunta nº 1, do dia 21 de março, da Secretaria de Governo e Gestão Estratégica e da Secretaria da Segurança Pública, estabeleceu que fossem concebidas e implantadas as delegacias de polícia participativas no Estado – um programa que visa oferecer à comunidade atendimento gratuito e de boa qualidade, ou seja, de forma padronizada, rápida, transparente e eficiente, sem discriminações ou privilégios, nas áreas social, jurídica e psicológica, além da policial, durante vinte e quatro horas.[36]

No estado de São Paulo, existem oito delegacias especializadas de proteção ao Idoso, que possibilita atendimento a essa população que necessitam de amparo e orientação, entretanto, nem todos os municípios contam com esse dispositivo.[37]

Visando apoiar a população com direitos violados, foi criado o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um serviço que faz parte do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de oferecer serviços especializados às famílias e aos indivíduos que se encontram em risco de sofrer violência.[38]

Trata-se de um serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias em situação de violência ou violação dos direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção dos direitos, preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais juntamente com o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco social e pessoal. O atendimento fundamenta-se no respeito à heterogeneidade, potencialidades, valores, crenças e identidades das famílias.[39]

O serviço articula-se com as atividades e atenção prestadas às famílias nos demais serviços socioassistenciais nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do sistema de garantia dos direitos. O papel do CREAS é de assistência social, ou seja, política pública prevista na Constituição Federal e direito de cidadãos e cidadãs, assim como a saúde, a educação, a previdência social, e não de

assistencialismo, que é uma forma de oferta de um serviço por meio de uma doação, favor, boa vontade ou interesse de alguém e não como um direito.[39]

No município, o CREAS oferece serviço de assistência social nas situações de: proteção e atendimento especializado à famílias e indivíduos; proteção social e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade; serviço especializado em abordagem social; situações de violência. Nas situações de violência contra a pessoa idosa, o CREAS tem uma metodologia de trabalho bastante ampla que consiste em: atendimento psicossocial às famílias e a vitima, elaboração e execução de grupos para trabalhar questões de tipos e prevenção da violência, realização de visitas domiciliares, acompanhamento da família e da vítima durante o cumprimento da medida socioeducativa.[39]

Em concomitância, no âmbito da saúde, em 2006, o Ministério da Saúde, lança o pacto pela saúde que teve entre suas prioridades a atenção à saúde da pessoa idosa, o que levou à necessidade da criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política possui como finalidade a garantia dos direitos e direcionar a assistência voltada para o envelhecimento saudável, desenvolvimento de ações intersetoriais, promoção da saúde e acolhimento da vítima e da família.[39] Referindo-se à violência contra a pessoa idosa, encontra-se entre suas alíneas a proposição para que sejam realizadas "...ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas". Além disso, propõe o desenvolvimento de ações intersetoriais visando a integralidade da atenção à saúde, considerando que organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.[39-40]

A intersetorialidade está ligada à concepção da integração, articulação dos saberes e dos serviços, bem como a formação de parcerias entre as esferas coletivas no atendimento às necessidades dos indivíduos. A intersetorialidade surge como um método de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais que mantém a autonomia de cada setor envolvido no processo. É compreendida como uma ferramenta de junção, de integração dos setores, visando compartilhar objetivos comuns.[41] É uma ferramenta considerada de extrema importância para garantir direitos, pois liga-se a um sistema de proteção social eficaz e integral por parte do Estado, focado ao atendimento das necessidades sociais compreendidas em sua totalidade.[42]

A literatura trás a intersetorialidade como importante para a articulação entre os serviços como meio de enfrentamento da violência além de sugerir estratégias que viabilizariam os espaços de interação de saberes e ações.[43] Muitos serviços não possuem preparo especifico para abordar uma situação de violência, por isso, torna-se tão necessário o estudo que envolva diversos serviços e suas ações: jurídico, policial, social, de geração e renda, de habitação e de saúde. O conhecimento dos serviços abre portas para o desenvolvimento de ações que objetivam à prevenção, notificação, registro, encaminhamento e acompanhamento às vitimas de violência.[43]

Indubitavelmente, a complexidade que envolve a atenção ao idoso vítima de violência demanda ações intersetoriais, no entanto, tem se observado que os diferentes setores que lidam com a situação não desenvolvem ações complementares, levando a dificuldades na resolução dos problemas ou fazendo com que a mesma não ocorra na sua totalidade e na perspectiva da integralidade.

Sendo assim, justifica-se a utilização de ferramentas que possibilitam a compreensão de como ocorre a atenção à pessoa idosa vítima de violência, o que pode ocorrer por meio do fluxograma descritor.

O fluxograma descritor é uma ferramenta criada por Franco e Merhy e se baseia na elaboração de cartografia sobre processos dinâmicos do cotidiano que só podem ser descritos por meio de relatos provisórios.[44] Ele tem por objetivo traçar os fluxos e os processos de trabalho através de uma representação gráfica, tornando-o um recurso para reflexão da equipe, que interroga os “para que?”; os “que?” e os “como?” do processo de trabalho possibilitando a sua compreensão, a identificação dos nós críticos o planejamento e a reorganização do processo de trabalho. Os nós críticos são as lacunas identificadas a partir da concepção do fluxograma, ou seja, os possíveis problemas que aquele fluxo de trabalho apresenta. Além disso, ele tem o objetivo de disparar um processo de gestão compartilhada do trabalho cotidiano e permite instrumentalizar o trabalhador na gestão do seu próprio processo de trabalho.[45]

O uso dessa ferramenta foi realizado em abordagens sobre o processo de trabalho em diferentes esferas da assistência à saúde, levando a resultados significativos para reflexão e mudanças. Sua utilização para a análise da integralidade da assistência à mulher na prevenção do câncer de colo de útero, permitiu a identificação de alguns elementos estruturais da integralidade, como a

fragmentação da atenção e falta de acessibilidade aos serviços, além de possibilitar discussões sobre a efetividade dos elementos no processo de trabalho.[46]

No tocante à situação da mortalidade infantil em Belo Horizonte, o fluxograma mostrou-se como forma de ampliar o diagnostico sobre a situação e de desenvolver a linha de cuidado.[47] Pesquisa sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família indicou que o uso do fluxograma foi capaz de desencadear, um processo de autoanálise em que os profissionais da equipe identificaram a finalidade do processo de trabalho, fazendo questionamentos sobre a forma de operar e identificaram a suficiência dos instrumentos de trabalho utilizados frente às ações cotidianas. Os autores concluíram que o fluxograma analisador trata-se de um instrumento que possibilita a autoanálise e autogestão do processo de trabalho, uma vez que equipe foi capaz de identificar como o processo de trabalho se articula, os instrumentos que se utiliza para a sua concretização e as formas de superar as dificuldades encontradas.[48]

Visando caracterizar a linha do cuidado da atenção prestada pela equipe multiprofissional em diferentes etapas da produção do cuidado na Emergência Pediátrica de um Hospital Universitário, na perspectiva da integralidade, as autoras concluíram que a construção do fluxograma permitiu apontar os principais processos de trabalho, bem como avaliar uma série de atividades que causam em novos processos em outras áreas da organização evidenciando, assim, o trabalho interdisciplinar.[49]

O presente estudo integra atores do ensino na área da saúde, bem como os serviços de saúde, serviços de assistência jurídica e de assistência social de um município de médio porte do estado de São Paulo. No seu desenvolvimento buscou-se a compreensão de distintas facetas do cuidado ao idoso vítima de violência, seus avanços, dificuldades e desafios, com ênfase na interface entre os mesmos, com vistas à definição de estratégias conjuntas.

Frente ao exposto e considerando as dificuldades de diferentes setores (Polícia Civil, CREAS, Serviços de Saúde e Ministério Público) no atendimento à pessoa idosa vítima de violência em uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, o presente estudo parte do questionamento sobre qual é o fluxo de atendimento ao idoso vitima de violência e os respectivos nós críticos dos setores envolvidos.

1 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o fluxo do atendimento da pessoa idosa vítima de violência por meio da construção de um fluxograma descritor dos diferentes setores de assistência de um Município do interior paulista.

2.2 Objetivos específicos

- Construir um fluxograma descritor do percurso da pessoa idosa vítima de violência, considerando os serviços de saúde, social e jurídico;
- Identificar e descrever os nós críticos desse atendimento nos setores.

2 MÉTODOS

3.1 Tipos de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa que se utilizou do fluxograma descritor visando à compreensão do percurso do idoso vítima de violência na busca de assistência. Essa abordagem considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, que busca entender, descrever e explicar os fenômenos sociais de modos diferentes, analisa experiência de indivíduos ou grupos, se preocupa com o aprofundamento da compreensão de fenômeno social.[41] Esse estudo é um recorte do projeto maior intitulado: “Idoso vítima de violência: a interface da assistência à saúde, jurídico e social”

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Município de médio porte do interior de São Paulo, com uma população de 216.745 habitantes, da qual 13,6% são idosos (IBGE, 2012). Teve como cenários para a coleta de dados a Central de Polícia Judiciária da Polícia Civil do Estado de São Paulo do município, mais especificamente na Delegacia de Defesa da Mulher, o CREAS, Ministério Público e serviços de atenção primária e terciária a saúde e domicilio de idosos vitima de violência.

A Central de Polícia Judiciária da Polícia Civil do Estado está organizada em dez unidades distribuídas em cinco distritos policiais, quatro delegacias especializadas que atendem as demandas do município todo (Delegacia de Investigações Gerais (Homicídios, Roubos e Desaparecimentos), Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, Delegacia de Investigações Sobre Entorpecentes e Núcleo Especial Criminal) e um Plantão Policial. O atendimento de uma vítima de violência no Plantão Policial é feito por uma equipe formada por um Delegado de Polícia, um escrivão e dois investigadores. Essa equipe acolhe a vítima, faz a coleta dos dados, abre-se um boletim de ocorrência para iniciar-se a investigação.

No CREAS do município são oferecidos serviços especializados a famílias e indivíduos em diferentes situações de violação de direitos na perspectiva de potencializar a capacidade de proteção da família e favorecer a reparação da situação de violência vivida. A demanda de serviço chega tanto presencialmente quanto através do disque 100 e existe uma equipe de assistência social que atua na abordagem desses problemas.

O serviço de atenção básica do município é composto essencialmente por 37 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 12 Unidades Básicas de Saúde tradicional que conta com o Programa de Agente comunitário de Saúde (PACS). O município conta com dois hospitais estaduais, sendo um geral e outro voltado para a área materno infantil, os quais são referência para atendimento de urgência e emergência, bem como uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital Universitário de caráter particular e que mantém convenio com o SUS. Além disso, existe rede ambulatorial para atendimento de diferentes especialidades, com alguns deles subsidiados pelo estado e outros pelo município.

A ESF é considerada um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) direcionada na família e construída na comunidade. É meio de inserção prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como meta alterar o modelo centrado na doença e no cuidado médico individualizado, por meio da implementação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. Diante da complexidade desse modelo, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no intuito de melhorar a APS no Brasil.[50] O atendimento é prestado nas unidades básicas de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada estabelecem vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.[50,51]

O ministério Público tem a função de proteger os direitos da pessoa idosa com mais de 60 anos, garantir a dignidade, o bem estar e o direito a vida, os promotores de justiça atuam junto ás promotorias de justiça e essas estão presentes em cada uma das comarcas do estado.[52]

3.3 Participantes do estudo

A coleta de dados foi realizada a partir de visitas ao ambiente de trabalho e entrevistas com os responsáveis pelos serviços, além de outros trabalhadores que lidam com a situação. Utilizou-se, portanto, amostragem por conveniência e como critério de inclusão estar atuando nos serviços de assistência e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, há pelo menos 3 meses. Participaram do estudo nove profissionais que atuam nos diferentes setores envolvidos na assistência e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, sendo uma delegada de polícia, um promotor do Ministério Público, duas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, um agente comunitário de saúde, um enfermeiro de um hospital terciário do município, três assistentes sociais do CREAS e dois idosos, sendo um deles vítima de violência física e financeira intrafamiliar e outro vítima de furto. Para a entrevista com o idoso vítima de agressão física e financeira foi realizada visita domiciliar por três pesquisadoras e solicitado para falar sobre a situação vivenciada e o atendimento recebido. O idoso vitima de furto foi acompanhado por uma das pesquisadoras durante a denúncia, sendo que a mesma permaneceu como observadora durante o procedimento.

A escolha dos entrevistados foi feita em decorrência da proximidade das ações de trabalho deles com a temática da violência em idosos e o contato com os idosos foi realizado por conveniência, a partir do registro da ocorrência na delegacia de polícia.

3.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista não diretiva, com intuito de obter informações baseadas no discurso livre do entrevistado[53], de acordo com o seu conhecimento, ideias e concepções acerca do assunto explorado.[11]

Foram realizadas entrevistas, individuais após serem informados da finalidade do estudo e em dias e horários previamente pactuados segundo disponibilidade dos profissionais. As mesmas foram realizadas em sala reservada em cada serviço, entre os meses de março a setembro de 2017 e o contato com os idosos foi

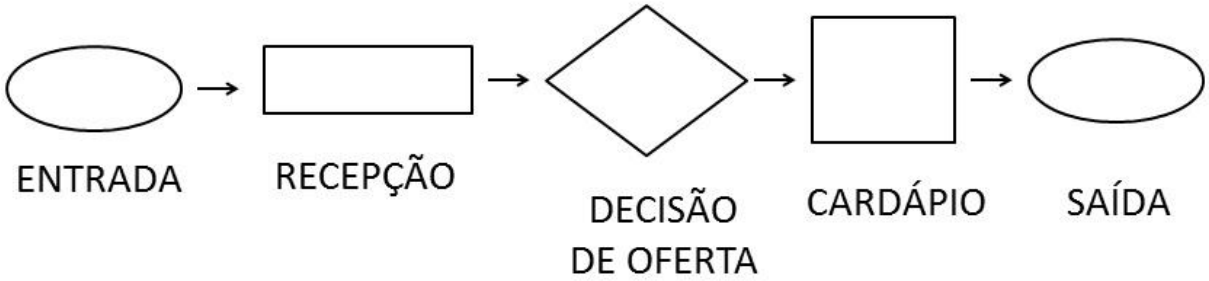
realizado por conveniência, a partir do registro da ocorrência na delegacia de policia, sendo que de posse do endereço foi feito uma visita domiciliar para realizar a coleta de dados. Utilizou-se durante a entrevista uma questão norteadora: Como é o fluxo de atendimento a pessoa idosa vitima de violência no seu serviço?

As entrevistas foram gravadas em mídia digital, tiveram duração média de quarenta minutos e foram transcritas na íntegra, logo após o seu término.

3.5 Análise dos dados

Após coletados os dados e sucessivas leituras das pesquisadoras, o fluxograma descritor foi construído segundo o modelo proposto por Franco e Merhy. Nele, os símbolos são padronizados universalmente, em uma representação gráfica que indica a entrada e saída no processo, bem como os momentos nos quais ocorrem direcionamentos importantes de trabalhos. O início é desenhado por meio de uma elipse, o retângulo representa a ação seguinte e o losango representa as possibilidades de caminho a seguir. Os quadrados trazem as possíveis ações e a elipse final representa o final do fluxo[54], conforme se observa na figura 1.

Figura 1 - Representação gráfica de um fluxograma



Fonte: Merhy[54]

Sendo assim, no presente estudo, o fluxograma descritor, bem como a listagem dos nós críticos de cada serviço foi construído considerando como os profissionais entrevistados percebem o fluxo de atendimento as pessoas idosas vítimas de violência.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados e a listagem dos nós críticos foram realizados, inicialmente, pela pesquisadora principal, orientadora e integrantes do grupo de pesquisa sobre violência contra o idoso (duas mestrandas e uma doutoranda). Na sequência, o fluxograma foi discutido com os participantes do estudo, ou seja, com os profissionais entrevistados, os quais fizeram novas sugestões e correções, visando a validação da interpretação dos dados realizada pelos pesquisadores. Além disso, ele também foi apresentado em reunião mensal da Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, promovido pela Prefeitura do município por meio da coordenadoria de Política para Mulheres, possibilitando novos olhares, sugestões e reflexões sobre a necessidade de superação dos mesmos.

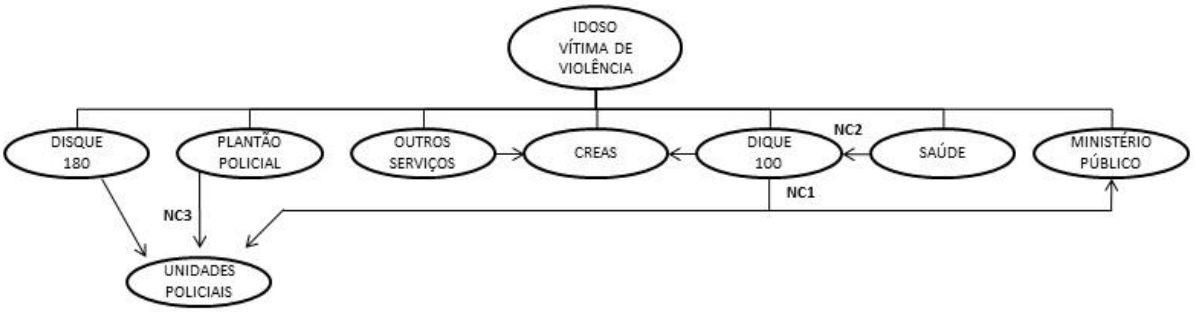
3.6 Procedimentos éticos

Os procedimentos metodológicos adotados estão de acordo com os parâmetros éticos estabelecidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebendo o protocolo de estudo nº 2.253.887 (ANEXO A) e a autorização para realizar a pesquisa na delegacia da defesa da mulher; CREAS; Secretária de Saúde e Ministério Público. Os profissionais e idosos, que por livre e espontânea vontade participaram da pesquisa, assinaram previamente um Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) e os idosos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE – Apêndice 2).

3 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo mostram o fluxo que a denúncia de violência contra o idoso segue no município em pauta, considerando os diferentes setores de atendimento às vítimas. Conforme se observa na Figura 2, pode ter início em distintas instâncias como no disque 100/180, no plantão policial, no Ministério Público, no CREAS e outros serviços. Entretanto, as três principais portas de entrada no município é o Plantão Policial, o Ministério Público e o CREAS. Os serviços de saúde, tanto da atenção básica como hospitalar, ao constatar uma situação de violência, realizam a denúncia no disque 100.

Figura 2 - Fluxograma dos serviços que recebem a denúncia de violência contra o idoso. Marília/SP, 2017



Diante da Figura 2, pode-se verificar que as denúncias provenientes do disque 180 distribuídas para as unidades policiais. Já as denúncias feitas pelo disque 100 são disparadas, ao mesmo tempo, para o Ministério Público, unidades policiais e CREAS, os quais iniciam as intervenções de forma concomitante. Identifica-se o primeiro nó crítico (NC1) que diz respeito à falta de centralidade no encaminhamento das denúncias feitas pelo Disque 100.

Referindo-se ao disque 100, os profissionais da saúde apontam dificuldades para entrar em contato com esse serviço, além disso eles verbalizam ter a sensação de pouca efetividade desse serviço, pois acabam sem ter o conhecimento de como a situação foi conduzida e até mesmo se foram dados os encaminhamentos, conforme se observa nas falas que seguem.

“[...] o telefone só chamava, fiquei uma hora tentando falar com eles e quando consegui, depois de um tempo, a ligação caiu.”

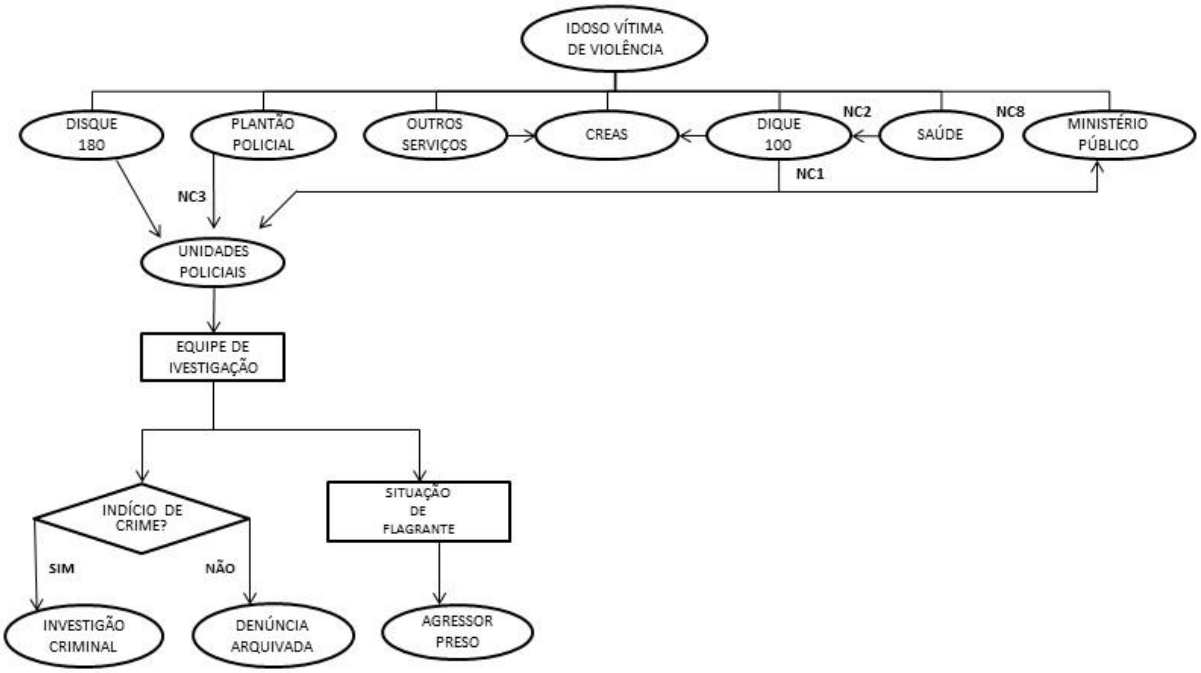
“[...] todas as vezes que precisei, não obtive sucesso.”

“[...] Me passa a sensação de impessoalidade, de ser algo muito distante e inoperável.”

Frente ao exposto, foi identificado o segundo nós crítico (NC2): Dificuldade de contato com o disque 100 e sensação de ser algo inoperável.

Quando a denúncia é feita diretamente no plantão policial, após o seu registro, por uma equipe de plantão, inicia-se a investigação, podendo ser conduzida de três formas: a primeira quando tem uma situação flagrante: o agressor é preso imediatamente. A segunda ocorre quando há indicio de crime, levando à investigação criminal dos dados da denuncia. E a terceira é quando não existe nenhum indicio de crime e a denuncia é arquivada (figura 3).

Figura 3 - Fluxograma das denuncias no Plantão Policial. Marília-SP. 2017/SP

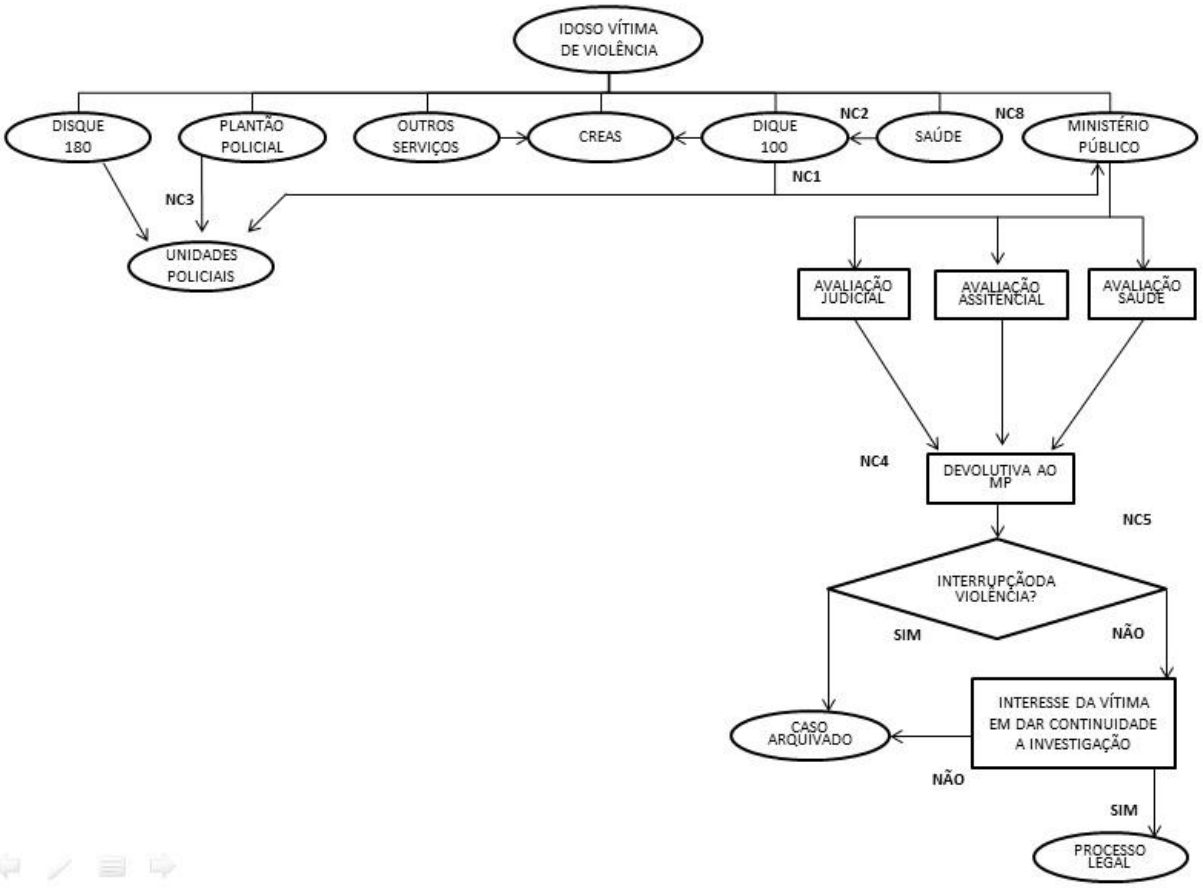


No Plantão Policial, identifica-se o terceiro nó crítico (NC3), visto que devido à sobrecarga de trabalho, muitas vezes ocorre coleta insuficiente dos dados da ocorrência, além de gerar estresse na equipe e na vítima em decorrência da demora

no atendimento. Entretanto, a autora principal, ao acompanhar um idoso vítima de violência com a finalidade de complementar o fluxograma, o atendimento ocorreu imediatamente após a chegada e tanto o idoso como seu acompanhante saíram satisfeitos com a atenção recebida.

No Ministério Público (MP), a denúncia é encaminhada para a avaliação dos diferentes setores (judicial, saúde e assistência) a fim de interromper aquilo que está causando a violência. Os serviços devem dar uma resposta ao MP, se conseguiram ou não resolver determinada situação. Se a devolutiva for positiva, o caso é arquivado. Se a devolutiva for negativa, o MP entra com um processo legal, fazendo com que o setor responsável possa se organizar e tomar as providências cabíveis. (figura 4).

Figura 4 - Fluxograma da denúncia no Ministério Público. Marília/SP, 2017

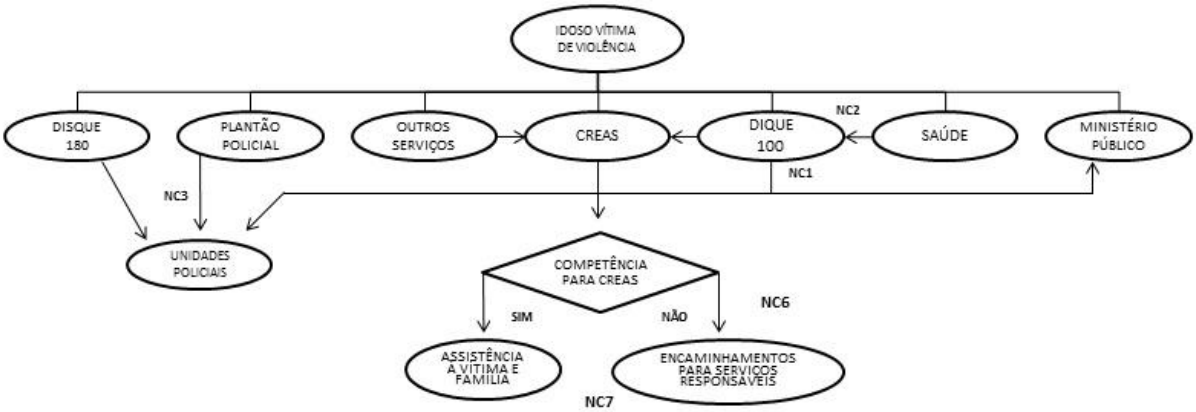


Em relação ao processo do Ministério Público, foi possível identificar o quarto nó crítico (NC4), que se refere a falta de comunicação entre os setores envolvidos na assistência ao idoso vítima de violência, gerando atrasos na resolução dos casos e aumento da demanda do MP.

Além disso, foi presente em todos os serviços a verbalização de que nem sempre o idoso quer levar a diante a denúncia realizada, principalmente quando envolve pessoas com algum grau de parentesco. Evidencia-se, com isso, o NC5 que consiste no desinteresse da vítima em dar continuidade ao processo.

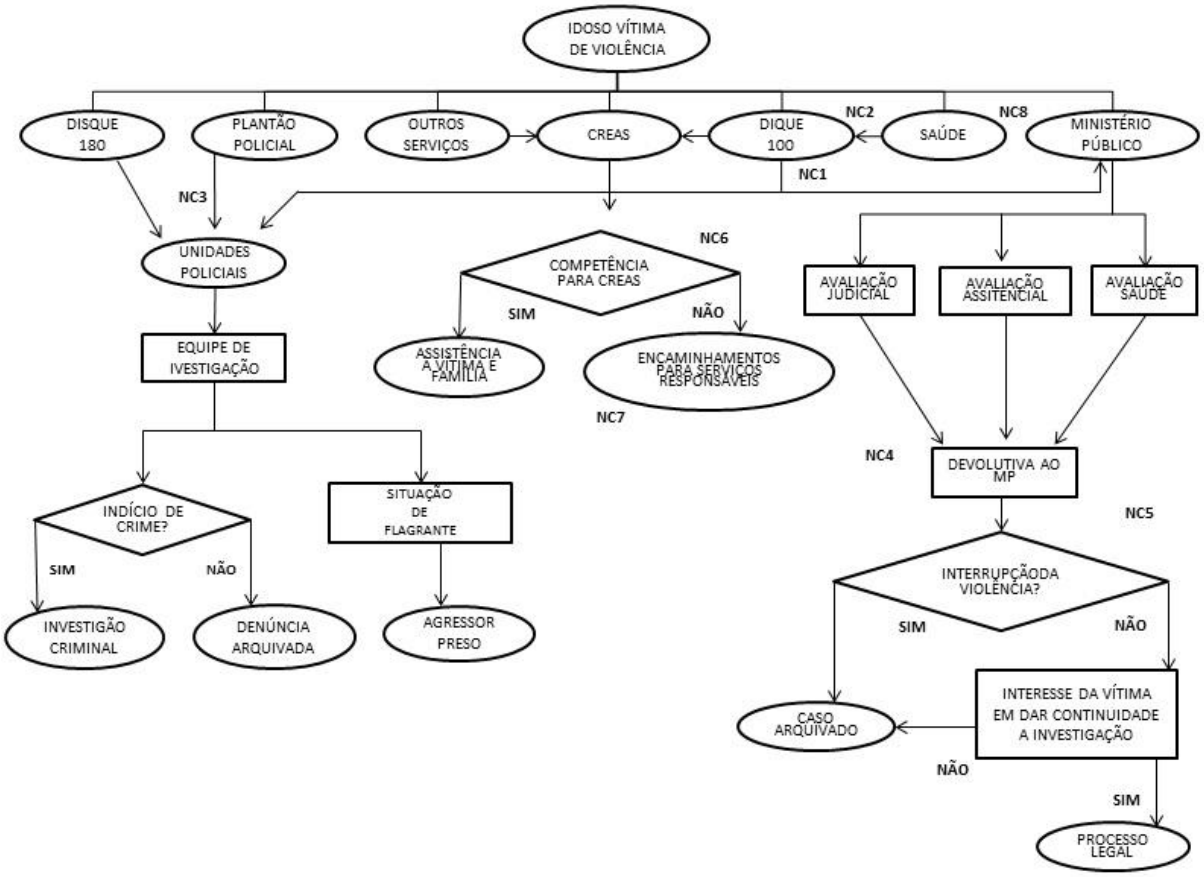
No CREAS, assim que a denuncia chega, é realizada avaliação para identificar se a demanda é de sua competência. Nesse caso, é dada uma assistência especializada à vítima e sua família. Caso contrário, o CREAS encaminha a vítima para outros setores (Unidades Policiais, Ministério Público, Serviços de Saúde), conforme se observa na figura 5.

Figura 5 - Fluxograma da denúncia no CREAS. Marília/SP, 2017



Para as entrevistadas do CREAS, a principal dificuldade do setor está no desconhecimento da população, bem como dos demais setores envolvidos na assistência ao idoso vítima de violência sobre o seu papel, sendo que, qualquer situação que envolve assistência social, os outros setores, especialmente, a saúde, encaminha para o CREAS, com a crença de que o mesmo irá intervir na situação, de forma a solucionar o problema. identifica-se, assim, NC6 que diz respeito a falta de conhecimento dos diferentes serviços e da população sobre as funções reais do CREAS.

Figura 6 - Fluxograma do atendimento ao idoso vítima de violência nos diferentes setores de atendimento. Marília/SP, 2017



No decorrer das entrevistas, especialmente com as assistentes sociais do CREAS e profissionais da atenção Básica à saúde foram verbalizadas intensas angustias relacionadas às situações de idosos que vivem em situação de negligência e que os serviços não dispõem de recursos para um atendimento eficaz, como é o caso de idoso que é cuidado por outro idoso, por portador de transtorno mental, por usuários de drogas/álcool ou idosos que vivem sós. Frente a isso, observa-se a existência de conflitos entre os diferentes serviços, visto que há uma

tendência de um responsabilizar o outro pelo atendimento dessa necessidade, o que ocorre, especialmente entre os profissionais da equipe de atenção básica à saúde e do CREAS. Depreende disso, o NC7: conflito entre CREAS e Serviços de atenção básica a Saúde, frente a situações de difícil solução.

Em visita domiciliaria feita a uma idosa vítima de violência, com vistas a ampliar a compreensão sobre o fluxo de atendimento a essas pessoas, a mesma relatou já havia relatado aos profissionais de saúde da unidade de sua área de abrangência que com frequência sofria violência, pois o filho, que era usuário de drogas, hora a deixava trancada dentro de casa, ora para fora de casa, além de agressões físicas e financeira. Segundo a idosa, os profissionais alegaram que eles não tinham o que fazer quanto a essa questão. Assim, formulou-se o NC8: dificuldades da equipe da atenção básica para dar encaminhamento à queixa de violência.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo compreender o atendimento ao idoso vítima de violência por meio da construção do fluxograma descritor no município do interior de São Paulo e identificar os nós críticos, partindo da compreensão de que se trata de uma condição que envolve ações intersetoriais.

Notou-se que muitas denúncias partem do disque 100, que se constitui em um serviço de tele atendimento do Disque Denúncia Nacional, locado na capital federal, que se encarrega de receber, analisar e dar encaminhamento à denúncia. Ao receber a ligação, o tele-atendente procura saber o local aonde a violência vem ocorrendo ou ocorreu, bem como os dados da vítima, dando prioridade ao nome e endereço, e informações sobre o agressor. Depois de registrada, é definido o grau de prioridade da denúncia e são enviados ofícios para todos os órgãos pertinentes. Esses órgãos, assim como detectado no presente estudo disparam ações concomitantes, algumas vezes conflitantes ou com duplicidade, gerando acúmulo de demanda, atrasos nos procedimentos, estresse da equipe e trabalho desnecessário.[55]

Embora a centralização de uma determinada demanda possa garantir o seu dimensionamento e uma abordagem mais específica da situação, quando se trata do disque 100, os profissionais da saúde manifestam tanto dificuldade de contato com esse órgão como a sensação de inoperância devido a distância que separa o denunciante e o receptor da denúncia. É importante ressaltar que o disque 100 foi assumido pelo Governo Federal em 2003 com foco nas denúncias relacionadas ao abuso sexual de crianças e adolescentes e, considerando seus avanços, foram ampliadas as ações para quaisquer denúncias relacionadas à violação dos diretos humanos.[56]

As dificuldades citadas pelos profissionais do presente estudo vêm ao encontro da constatação de que com a crescente popularidade do disque 100, o número de ligações tem aumentado com o passar dos anos e isso sobrecarregou o serviço fazendo com que as ligações caiam ou haja demora no atendimento, levando até mesmo à desistência de prosseguir com a denúncia.[57]

Frente ao exposto, cabe questionar se os profissionais de saúde não estão sendo desestimulados para a notificação de casos de violência contra o idoso,

especialmente aqueles que atuam na atenção básica, que pelo vínculo que estabelecem com os usuários poderiam detectar inclusive as situações de risco.

Vale resgatar que a a Lei nº 10.741/2003 que regula o estatuto do idoso prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, Delegacias de Polícia e Ministério Público.[26] Mesmo assim, é comum entre os profissionais da saúde o desconhecimento dessa obrigatoriedade e da importância da notificação, bem como das intervenções necessárias. Existe ainda o medo de sofrer represarias por parte dos agressores.[58]

Em nível local, no município em pauta, o atendimento ao idoso vítima de violência, também perpassa por dificuldades na delegacia de polícia, ´sendo possível que a demora no atendimento ocorra por não existir um atendimento específico ao idoso vítima de violência.

Acrescenta-se que quando as informações são coletadas de forma incompleta, podem ocorrer atrasos e dificuldades no serviço da investigação. Além disso, a demora no atendimento é considerada uma das principais razões que fazem os idosos desistirem de registrar denúncias, levando à subnotificação de dados e mascarando a realidade da quantidade de casos de violência que um determinado local possui.[59]

Assim como no presente estudo, agentes comunitários de saúde, ao versarem sobre a violência contra o idoso, abordam, além de problemas relacionados à subnotificação e à recusa do idoso em prosseguir com a denúncia, a falta de diálogo entre as instituições responsáveis pelo atendimento, visando a socialização da informação.[59]

A articulação entre os diferentes setores é considerada como meio eficaz de resolver problemas complexos, porém, essa articulação, também chamada de intersetorialidade, apresenta muitos desafios de como fazê-la funcionar adequadamente,[54] visto que envolve diferente fazeres, com diferentes rotinas e diferentes pontos de vista. Entretanto, foi evidente que os entrevistados sentem falta de uma comunicação eficaz, de troca de informações e de definição de ações em conjunto, o que poderia simplificar as intervenções e ampliar a efetividade dos serviços.

Depreende-se a necessidade do desenvolvimento de fluxo de comunicação como importante ferramenta para se obter um bom funcionamento dos diferentes

setores, uma vez que se apresenta como uma forma de ligar um setor ao outro.[55] Relata-se que as instituições que não falam entre si, perdem vínculos importantes tanto com outras instituições quanto com atores do processo (agressores e vítimas), bem como a possibilidade de promover maior apoio e proteção ao idoso vitima de violência.[57,59]

A falta de comunicação entre os setores faz referência também à falta de conhecimento do papel desenvolvido por cada setor, assim como foi apontado pelos profissionais do CREAS. Indica-se, assim, a necessidade de interação entre os órgãos responsáveis pela proteção do direito do idoso, para que todos possam saber como as situações de violência são conduzidas.[60]

Aparece como um incomodo aos profissionais envolvidos na atenção ao idoso vítima de violência, o fato de muitos deles decidir por não dar continuidade ao processo de denúncia. Ocorre que, grande parte dos casos de violência é de origem intrafamiliar, ou seja, seus autores são filhos, netos, amigos, vizinhos ou alguém que conviva intimamente com o idoso.[59]

Referindo-se à proteção do idoso, para a realidade brasileira, a família é o principal recurso disponível, sendo que na ausência dela ou quando seus recursos são insuficientes para esse apoio, são poucas as possiblidades que o idoso dispõe de acolhimento e sobrevivência em outro local. As instituições de longa permanência para idosos contam com número de vagas restritas, definem condições para o acolhimento, funcionam com poucos recursos e, na maioria das vezes, não é bem aceita pelo idoso.

Nesse sentido, foi observado entre os entrevistados, que quando a família não tem condições de oferecer uma assistência adequada ao idoso, havendo persistência na condição de violência, caracterizada, na maioria das vezes, por negligência e maus tratos, gera angustia entre os diferentes setores, especialmente do CREAS e serviços de saúde, levando a tentativa de transferência da responsabilidade e de culpabilização mutua. Essa problemática necessita de desenvolvimento de meios educativos, informativos, promovidos por gestores e trabalhadores, a fim de garantir acesso a serviços que irão resolver tal problema em diferentes níveis de necessidade.[61]

É imprescindível o trabalho coletivo para a melhoria dos serviços ofertados na atenção a saúde e qualidade de vida das pessoas.[62,63] Nessa perspectiva, sugere-se a criação de um sistema de coparticipação social e de gestão, no qual permita

organizar as responsabilidades de cada setor envolvido no processo, estabelecendo o compromisso de atuação nos desafios de enfrentamento dos problemas e assegurar assistência para as reais necessidades da população.

Entretanto, vale questionar, quando existe uma situação em que o idoso é cuidado por outro idoso, idoso cuidado por usuário de drogas ou alcoolista, idoso cuidado por uma pessoa que possui transtornos mentais, entre outras situações que o coloquem em situações de risco, como os órgãos se articulam para resolver essa situação? De quem é a responsabilidade de tira-lo da realidade em que está inserido?

O artigo 230 da Constituição federal, diz que a família, sociedade e o Estado devem amparar os idosos, garantir a inserção deles na comunidade, defender sua dignidade e bem estar e assegurar o direito a vida.[29] Embora os dispositivos legais sejam importantes conquistas para a garantia de boas condições de vida, a sua operacionalização ainda ocorre pautada em intervenções que existem recursos menores na sua solução.

Importante considerar que o alcoolismo e o uso de drogas bem como a presença de transtornos mentais no cuidador são consideradas características de agressores, colocando o idoso em um risco eminente de sofrer violência.[64] O uso de drogas intrafamiliar resulta em um ambiente desestruturado, mesmo que não seja pelo cuidador oficial do idoso. A intervenção multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional para combater a violência é considerada essencial.[65]

O número de idosos cuidando de outros idosos e a presença de doenças incapacitantes nos cuidadores vem crescendo com o passar do tempo.[66] Assim sendo, na estruturação e na organização dos serviços, um dos maiores desafios está em ultrapassar o fazer rotineiro, ou seja, ir além do que está escrito no modelo de atendimento. Os serviços de atenção à saúde almejam a promoção a da saúde, instaurando inter-relações entre os diferentes núcleos profissionais, de saúde e a população que se beneficia com o trabalho coletivo. É de suma importância garantir que essa população tenha acesso aos serviços, conhecendo cada um dele.[67]

Entretanto, é notória a preocupação em relação à falta de posicionamento dos profissionais da atenção básica de saúde frente a uma situação/queixa de violência. Nos lugares em que a violência urbana é presente no dia a dia, os profissionais relatam o sentimento de medo, de opressão, impotência e se sentem coagidos diante das situações de violência, uma vez que grande parte delas envolvem

pessoas ligadas ao tráfico. Além disso, notificar um caso de violência pode representar uma grande ameaça a eles e suas famílias, já que, muitas vezes, os mesmos moram no mesmo território de atuação.[68]

5 CONCLUSÃO

Na busca de compreender o fluxo de atendimento da pessoa idosa vítima de violência por meio da construção de um fluxograma descritor da realidade em diferentes setores de assistência de um município do interior paulista, foi possível constatar a existência de oito nós críticos, que indicam dificuldades que se iniciam na forma de fazer a denúncia, especialmente quando realizada pelo disque 100, uma vez que falta centralidade desse órgão ao enviar a denúncia aos serviços encarregados da intervenção, por vezes atrapalhando a investigação ou causando duplicidade de intervenções. Além disso, os profissionais que realizam a denúncia no dique 100 verbalizam barreiras nessa comunicação, além da sensação de impessoalidade.

A falta de comunicação entre os diferentes setores de atendimento ao idoso vítima de violência permeia todo o processo e culmina em consequências importantes como a falta de compreensão dos papeis de cada serviço, duplicidade de trabalho e dificuldade de condução das intervenções por falta de informação.

Por fim, o nó-critico que envolve a culpabilização de um serviço para com o outro, especialmente quando se trata de situações de alta complexidade, em que inexistem recursos familiares, sociais e do estado que dê conta da resolução, o que gera grande angústia para as equipes envolvidas que de uma forma ou outra desejam ver o problema resolvido.

Depreende-se, assim, a existência de completa falta de ações intersetoriais, o que por certo contribuiria para a melhoria da assistência, além de existirem situações que fogem da governabilidade dos setores envolvidos, frente à escassez de recursos existente, embora as leis de proteção ao idoso tenham como proposta uma sobrevivência digna.

Como limitação do presente estudo, pode-se apontar o fato de se ter entrevistado apenas dois idosos vítimas de violência, uma vez, outro idosos podem ter percorrido distintos caminhos e se deparado com outras dificuldades.

No prosseguimento do estudo, coloca-se como necessário estabelecimento de ações a partir da construção coletiva entre os setores

envolvidos no atendimento ao idoso vitima de violência, com vistas à superação dos nós críticos identificados.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2009 [citado 10 maio 2017]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf

2. IBGE. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros 2013 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2013 [citado 10 maio 2017]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97742.pdf

3. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2016 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016 [citado 10 maio 2017]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Sintese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf

5. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. Rev Kairós. 2013;16(3):161-78.

6. Zambaldi PA, Costa TABN, Diniz GCLM, Scalzo PL. Efeito de um treinamento de equilíbrio em um grupo de mulheres idosas da comunidade: estudo piloto de uma abordagem específica não sistematizada e breve. Acta Fisiátrica 2007;14(1):17-24.

7. Organização Mundial da Saúde. Resumo relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 [citado 30 abr 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf

8. Menezes RL, Bachion MM. Study of intrinsic risk factors for falls in institutionalized elderly people. Ciênc Saúde Colet. 2008;13(4):1209-18.

9. Charchat H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(12):79-82.

10. Mendes GD, Miranda SM, Borges MMMC. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado: um desafio para o cuidado. Rev Enferm Integr. 2010;3(1):1-14.

11. Tavares KO, Scalco JC, Vieira L, Silva JR, Bastos, CCCB. Getting old, falling ill and becoming dependent the view of the elderly. Rev Kairós. 2010;15(2):105-18.

12. Batista MPP, Almeida MHMD, Lancman S. Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(4):879-85.

13. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, Rodrigues RAP. Burden of work in caregivers of frail elders living at home. Acta Paul Enferm. 2015;*25*(5):768-74.

14. Bom FS, Chaves Sá SP, Cardoso S, Silva R. Overload in caregivers of the elderly. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [citado 20 jun 2017];11(1):160-4. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11889

15. Sinimbu RB, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Santos MRS, Freitas MG. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil - 2014. Saúde Foco. 2016 jun;1(1):10-4.

16. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Reports of violence against women in different life cycles. Rev Latinoam Enferm. 2014;22(1):85-92.

17. Ilha MM, leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. Rev Gaúch Enferm. 2010;31(2):328-34.

18. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República;2014 [citado 25 jun 2017]. Disponivel em: http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa

19. World Helth Organization. Missing voices: views of older persons on Elder abuse [Internet]. Geneva: WHO/INPEA;2002.

20. Minayo MCS, Souza ER, Paula DR. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(6):2709-18.

21. Cavalcante FG, Minayo MCS, Meneghel SN. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. Ciênc Saúde Coletiv. 2012;17(8):2039-52.

22. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon R.F.Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. Ciênc Saúde Coletiv. 2012;17(8):1983-92.

23. Metlife Mature Market Institute. Elder Financial Abuse Crimes of Occasion, Desperation, and Predation Against America's Elders [Internet]. New York: Metlife Mature Market Institute; 2011 [citado em 25 ago 2017]. Disponível em: https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf

24. Souto RQ, Merighi MAB, Guruge S, Jesus MCP. Older Brazilian women's experience of psychological domestic violence: a social phenomenological study. Int J Equity Health. 2015;14(1):14:44.

25. Espínola CR, Blay SL. Prevalence of elder abuse: a systematic review. J Public Health. 2007;41(2):301-6

26. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011 [Internet]. Brasília : Ministério da Saúde; 2013 [citado 10 jul 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf

27. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n° 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 5 jan 1994; Seção 1:77.

28. Rothenburg WC, Silva NTRC. Direito do idoso: tutela jurídica constitucional. Rev Jurid Cesumar Mestrado. 2012;12(2):719-26.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 28 set 2007; Seção 1:188. Brasília, DF: Secretaria Especial dos direitos humanos, 2004.

30. Fernandes MGM. Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes: análise conceitual [tese]. João Pessoa PB: Universidade Federal da Paraíba, 2003.

31. Buri H. International network for the prevention of elder abuse [Internet]. Belo Horizonte: INPEA; 2009 [citado em 12 jun 2017]. Disponível em: http://www.inpea.net/images/RSWolf2005_Student_Paper_Buri.pdf

32. Macedo JP, Sousa AP, Carvalho DM, Magalhães MA, Sousa FMS, Dimenstein M. O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos? Psicol Estud. 2016;16(3):479-89.

33. SPM. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da Republica [Internet]. Brasil: BR; 2013 [citado 10 jun 2017]. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf

34. Brasil. Disque 100 e mecanismo de proteção dos direitos humanos [Internet]. Brasil: BR; 2014 [citado 10 ago 2017]. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/06/disque-100-e-mecanismo-de-protecao-dos-direitos-humanos

35. Brasil. Policia Civil do Estado de São Paulo - Secretaria de Estado da Segurança Publica: atribuições [Internet]. São Paulo: SP [citado 10 ago 2017]. Disponível em: http://www.policiacivil.sp.gov.br/portal/faces/pages_institucional/atribuicoes?_afrLoop=3345848704586953&_afrWindowMode=0&_afrWindowId=5lss2kohu_407#!%40%40%3F_afrWindowId%3D5lss2kohu_407%26_afrLoop%3D3345848704586953%26_afrWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3D5lss2kohu_431

36. Brasil. Policia civil do estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: SP [citaado 12 jun 2017]. Disponível em: https://www.policiacivil.sp.gov.br/portal/faces/pages_institucional/historico/historiaPoliciaCivil?_afrLoop=1189716627982977&_afrWindowMode=0&_afrWindowId=9udy9baiz_132

37. Brasil.Policia Civil do estado de São Paulo - Delegacia de Defesa da Mulher [Internet]. São Paulo:SP [citado 12 jun 2017]. Disponível em: http://www.ssp.sp.gov.br/fale/institucional/answers.aspx?t=7

38. CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Orientações técnicas [Internet]. Brasília: DF; 2011 [citado 15 ago 2017].

Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf

39. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Conselho Nacional de Assistência Social [Internet]. Brasil (DF); 2011. Disponivel em: http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf

40. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. Brasil (DF); 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf

41. Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Soc*. 2010;101:95-120.

42. Mioto RCT, Schutz F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. *Diprosul, Pelotas*. 2011.

43. Macedo PRM, Souza IL, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soci.* 2014;*23*(3):778-86.

44. Fortuna CM. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida [tese]. Ribeirão Preto SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 216 p.

45. Malta DC, Merhy EE. Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rev Min Enferm. 2004;8(2):259- 67.

46. Ximenes FRGN, Cunha ICK. Integralidade da assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico uterino: um estudo de caso. Texto & Contexto Enferm. 2006;15(3):427-33.

47. Martins MV. A mortalidade infantil em usuários de serviços privados de saúde no município de Belo Horizonte: sua evitabilidade e o acompanhamento da “linha” do cuidado [tese]. Belo Horizonte MG: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2005.187 p.

48. Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Públic. 2005;21(4):1036-44.

49. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2000;2(53):251-63.

50. IBGE. Divulga indicadores demográficos e de saúde [Internet]. Brasil (DF): IBGE; 2013 [citado 27 mai 2017] Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília (DF); 2016 [citado 15 mai 2017]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf

52. Brasil. Ministério Público [Internet]. Brasil (DF); [citado 20 jun 2017]. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/fale_conosco/faleconosco)

53. Rudio FV. Orientação não diretiva. Petrópolis (RJ): Vozes; 1987.

54. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997: 71-112.

55. Warschauer M, Carvalho YM. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Saúde Soci*. 2014;23(1):191-203.

56. Araújo MLD. O disque 100 e a proteção social de crianças e adolescentes em situação de violência: análise da experiência no município de Olinda [Internet]. Olinda (BA); 2015 [citado em 15 jun 2017]. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/15442

57. Medeiros PC, Alanna LP, Lucena TT. Violência intrafamiliar contra idosos: Revisão sistemática. *Liberabit*. 2016; *22*(2),185-96.

58. Kind L, Orsini MDLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, de Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cadern Saúde Public. 2013; *29*(9),1805-15.

59. Sales DS, Freitas CA, da Conceição Brito M, Oliveira E, Dias F, Parente F, Silva MJ. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. Estud Interdiscip Envelhec.2014; 19(1):63-76.

60. Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vitima de violência em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet. 2010; 15*(6): 2775-86.

61. Signor E, Silva LAA, Gomes IEM, Ribeiro RV, Kessler M, Weiller TH. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. Rev Enferm. 2015; 5(1):01-11.

62. Silva BFS, Benito GAV. The voice of municipal administrators on access to health in management practices. Ciênc Saúde Colet. 2013; 18(8):2189-2200.

63. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

64. Wanderbroocke ACNS, Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*, Rio de Janeiro. 2012; 17(8):2095-2103.

65. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLGL; Rocha EM. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Saúde Soci. 2014; 23(3):828-40.

66. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Aged care services and home health care and institutional strategies. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014; 17(4): 911-26.

67. Silva BFS, Benito GAV. The voice of municipal administrators on access to health in management practices. Ciênc Saúde Colet. 2013; 18(8): 2189-2200.

68. Araujo LMC, Santos DMC, & Rangel, E. D. A. L. Violência Doméstica: relato sobre os desafios do Grupo Articulador Regional na garantia do atendimento integral pela Atenção Básica de Saúde da Área Programática de Saúde 3.3 do município do Rio de Janeiro. *Saúde Foco*. 2016; *1*(1):1-7.

69. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 20 fev 2018]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf

70. Ministério da Saúde. Rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios. [Internet]. Brasil (DF); 2004 [citado 20 fev 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – equipe de saúde e do CREAS

TÍTULO DA PESQUISA: PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: A INTERFACE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, JURÍDICA E SOCIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender os significados e as repercussões de situações de violência a pessoa idosa, considerando a assistência à saúde, jurídica e social, visando o estabelecimento de estratégia intersetorial. Pretende-se com a mesma, fazer um reconhecimento sobre a situação de violência contra o idoso no município e levantar como os profissionais da saúde e da área jurídica lidam com esse problema, visando o estabelecimento de ações conjuntas que auxiliem na redução do problema. Para que a realização da pesquisa seja possível, contamos com a sua valiosa colaboração em participar de um grupo focal, juntamente com os demais profissionais da equipe. Sua participação inclui responder às questões do roteiro em anexo, o que terá uma duração de aproximadamente 40 minutos. Deixo claro que sua participação é voluntaria e que você não sofrera qualquer tipo de ônus com sua recusa. Além disso, terá as seguintes garantias: pode desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer momento; as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidencias, sendo de conhecimento dos pesquisadores; de que será mantido sigilo quanto a sua identidade, preservando seus dados, e em hipótese alguma serão divulgados sem sua permissão; quando for necessário identificar alguma frase da entrevista, será utilizado um número; terá também a segurança de que a sua participação não trará qualquer prejuízo a sua integridade física, psíquica e moral. Deve ficar claro também que não terá nenhum benefício direto ou indireto, que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e/ou em periódicos, no entanto, mantendo o anonimato e que maiores esclarecimentos poderão ser ser obtidos, agora ou a qualquer momento, com as pesquisadoras.

Eu, _____RG: _____,
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou ciente que não receberei qualquer benefício pela minha participação, nem qualquer exclusão caso ainda desista de participar. Fui informado (a) como localizar facilmente a pesquisadora.
Por ser verdade, assino o presente termo.
Marília,____de_____de 20____.

_____
Assinatura do participante

Miriam Fernanda Sanches Alarcon
Pesquisador 01
RG: 8.312.584-5 COREN-PR 153.968
E-mail: miriam@uenp.edu.br

Profª Drª Maria José Sanches Marin
Pesquisador 02
RG: 12 744 482-8 - COREN-SP: 29 656
Fone: (14) 3402 17 44 (R-1838)
E-mail: marnadia@terra.com.br

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - idoso

TÍTULO DA PESQUISA: PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: A INTERFACE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, JURÍDICA E SOCIALPARA O DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES.

Informo que sou doutoranda da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) F e tenho como proposta desenvolver este estudo que tem como objetivo de compreender os significados e as repercussões de situações de violência a pessoa idosa, considerando a assistência á saúde, jurídica e social, visando o estabelecimento de estratégia intersetorial. Para que isso seja possível, convido-o a participar da pesquisa, respondendo um questionário, o que poderá demorar em torno de 30 minutos. Esses dados deverão ser fornecidos pelo idoso e, em sua impossibilidade, pelo acompanhante, desde que este tenha convivência diária com o idoso. O idoso deverá assinar o termo de assentimento.

Para sua segurança, informo que terá a garantia de:

- Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.
- Ter sua identificação preservada.
- Retirar seu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato.
- Não sofrer nenhum prejuízo pela participação;
- Ser informado (a) dos resultados dos estudos;
- Ser esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável
- Sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde;

Quando terminar a análise dos dados, os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos e poderão ser apresentados em encontros científicos e publicados em revistas. Porém, a identidade dos sujeitos pesquisados será preservada em todos os momentos.

Eu, _____ portador(a) do RG_____, declaro estar ciente de que a participação é voluntária, sendo devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa, e que qualquer dúvida adicional, poderei entrar em contato com o pesquisador.

Marília, ____ de _____ de 2017.

Ass. do participante:_____

_____

Miriam Fernanda Sanches Alarcon
Pesquisador 01
RG: 8.312.584-5 COREN-PR 153.968
E-mail: miriam@uenp.edu.br

_____

Profª Drª Maria José Sanches Marin
Pesquisador 02
RG: 12 744 482-8 - COREN-SP: 29 656
Fone: (14) 3402 17 44 (R-1838)
E-mail: marnadia@terra.com.br

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-FAMEMA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idoso vítima de violência: a interface da assistência à saúde, jurídica e social para o desenvolvimento de intervenções
Pesquisador: miriam fernanda sanches alarcon
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 73664417.1.0000.5413
Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.253.887

Apresentação do Projeto:
Compreender os significados e as repercussões de situações de violência à pessoa idosa, considerando a assistência à saúde, jurídica e social, visando o estabelecimento de estratégias intersetoriais.
Métodos: o estudo será realizado em um município de médio porte do interior do estado de São Paulo que conta com aproximadamente 220.000 habitantes.
Serão utilizadas as abordagens metodológicas qualitativa e quantitativa a partir da coleta de dados das ocorrências registradas na delegacia de polícia, da compreensão e ações dos profissionais da estratégia saúde da família e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), bem como de condições de vida e saúde desses idosos. Os dados qualitativos serão obtidos por meio de entrevistas e grupo focal.
A coleta de dados quantitativos será realizada a partir da aplicação de questionário para obter informações demográficas e de saúde.
A análise dos dados qualitativos será realizada na perspectiva da hermenêutica-dialética, onde a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. A análise estatística dos dados quantitativos incluirá descrição das variáveis em médias e intervalo de confiança de 95% (IC95%) para dados paramétricos ou medianas e intervalo interquartílico para

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata **CEP:** 17.519-230
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 **Fax:** (14)3422-1079 **E-mail:** dirpos@famema.br

dados não paramétricos, frequência relativa (%) e absoluta (f). A distribuição de normalidade será verificada pelo teste de Kolmogorov-smirnov. A anova-oneway ou Kruskal-wallis será utilizada para comparação de médias entre os grupos segundo o tipo de violência. A associação entre fatores de risco com a violência contra os idosos será avaliada por razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%) utilizando modelo de regressão de Poisson.

Resultados esperados: espera-se obter dados sobre a violência contra o idoso no município, visando a definição e implementação de ações na lógica intersetorial, com vistas a sensibilizar a população em geral no enfrentamento da violência contra o idoso.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os significados e as repercussões de situações de violência a pessoa idosa, considerando a assistência á saúde – jurídica e estabelecimento de estratégia intersetorial.

Descrever um fluxograma analisador do percurso da pessoa idosa vítimas de violência;

Caracterizar as condições sócio-demográficas e os tipos de violência que as pessoas idosas são submetidas;

os encaminhamentos/desfechos jurídicos e sociais das denuncias de acordo com o sexo;

o geoprocessamento das pessoas idosas vítimas de violência; a compreensão da equipe da equipe de saúde de atenção primária á saúde sobre a violência contra a pessoa idosa;

Analisar as ações que as equipes de saúde da atenção básica desenvolvem em relação á violência contra a pessoa idosa, bem como as facilidades e dificuldade para isso;

Analisar as condições de vida e saúde das pessoas idosas vitima de violência;

Estabelecer um plano de intervenção de forma articulada com os serviços de saúde, serviços de atenção jurídica social, visando o atendimento interdisciplinar e multiprofissional á pessoa idosa vitima de violência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este estudo não traz nenhum risco a saúde.

O benefício será melhorar o atendimento prestado a pessoa idosa tanto na área da Saúde, quanto jurídica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se obter dados sobre a violência contra o idoso no município, visando a definição e implementação de ações na lógica intersetorial, com vistas a sensibilizar a população em geral no enfrentamento da violência contra o idoso.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-FAMEMA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.253.887

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP FAMEMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS manifesta-se pela Aprovação do Projeto de Pesquisa.

Aprovado: Retirar Documentos assinados pelo CEP/FAMEMA após 12/09/17

Observação: O CEP FAMEMA informa que, a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_920023.pdf	15/08/2017 21:58:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa15.doc	15/08/2017 21:23:31	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	15/08/2017 21:20:54	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoassentimento.pdf	15/08/2017 21:20:33	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodelegacia.pdf	15/08/2017 21:18:40	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito
Declaração de Instituição e	declaracaocreas.pdf	15/08/2017 13:17:03	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata **CEP:** 17.519-230
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 **Fax:** (14)3422-1079 **E-mail:** dirpos@famema.br

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-FAMEMA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.253.887

Infraestrutura	declaracaocreas.pdf	15/08/2017 13:17:03	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosecretaria.pdf	15/08/2017 13:13:48	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/08/2017 13:10:06	miriam fernanda sanches alarcon	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MARILIA, 01 de Setembro de 2017

Assinado por:
Valdeir Fagundes de Queiroz
(Coordenador)

Endereço: Rua: Orlando Righetti, 269
Bairro: Fragata **CEP:** 17.519-230
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1744 **Fax:** (14)3422-1079 **E-mail:** dirpos@famema.br