



Violência na perspectiva da saúde pública



ORGANIZADORES

NÍVEA MABEL DE MEDEIROS

ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO

LEANDRO NONATO DA SILVA SANTOS



Editora Poisson



Organizadores

Nívea Mabel de Medeiros
Anúbes Pereira de Castro
Aissa Romina Silva do Nascimento
Leandro Nonato da Silva Santos

**VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DA SAÚDE
PÚBLICA**

1ª Edição

Belo Horizonte

Poisson

2019

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Ms. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
Msc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M488v Medeiros, Nívea Mabel de.

Violência na perspectiva da saúde pública. [livro eletrônico] /
Nívea Mabel de Medeiros, Anúbes Pereira de Castro, Aissa
Romina Silva do Nascimento, Leandro Nonato da Silva Santos.
Belo Horizonte: Poisson, 2019.
94p.

Recurso Digital.

Formato PDF.

Requisitos do sistema: Adobe Digital Editions.

Modo de acesso: World Wide Web.

Disponível em: <http://www.poisson.com.br>.

ISBN: 978-85-7042-181-4

DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4

1. Violência, 2. Saúde Pública. I. Medeiros, N. M. II. Castro,
Anúbes Pereira de. III. Nascimento, Aissa Romina Silva do. IV.
Santos, Leandro Nonato da Silva. V. Violência na perspectiva da
saúde pública.

CDD: 155.4

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

Prefácio

Foi com muita honra e humildade que recebi o convite para este momento, através do Grupo de Pesquisa **Violência e Saúde**, da Universidade Federal de Campina Grande - Campu Cajazeiras/PB, capitaneada brilhantemente pela Profa Dra Anúbes Pereira de Castro, que reúne neste momento pesquisadores clássicos de sua equipe, mas também congrega novos talentos, jovens estudiosos no assunto, que permitem desvelar frescos na conjugação da temática sobre Violência.

O tema em si não nos traz nada de prazeroso pela sua própria essência, mas estudar esse fenômeno multifacetado requer uma constante e, ancorá-lo enquanto política pública na busca por ruptura do *status quo*, emerge retumbantemente, solicitando um engajamento profícuo de investigações, para melhor compreensão.

Aqui em "**Violência na perspectiva da Saúde Pública**", podemos nos debruçar por 13 (treze) capítulos divididos em duas partes e, adentramos aos conteúdos exibidos de forma inteligíveis e instigantes, inclusive para continuarmos com novos estudos/pesquisas e/ou mesmo ampliá-los.

O Capítulo 1 aponta para a atualidade da violência no nosso País e, as interfaces da violência enquanto expressão de sentimentos humanos de forma destrutiva; perspectivas psicológicas, biológicas e no âmbito do Direito. O Capítulo 2 parte para uma revisão narrativa realizada no campo da Enfermagem, sobre Violência. No Capítulo 3, desfiam dados epidemiológicos sobre as violências perpetradas contra a pessoa idosa e, o possível silenciamento. A violência evocada por cuidadores junto à criança e pessoas idosas foi tratada no Capítulo 4; enquanto perfil do idoso vítima de violência por negligência e/ou abandono no nosso País é abordada no Capítulo 5. Ainda sobre o assunto da violação de direitos dos idosos, o Capítulo 6 procura discorrer sobre a possível rede de articulação existente e situa as políticas públicas possivelmente adotadas.

A dificuldade de notificações, subnotificações e outras incongruências são trazidas à tona no Capítulo 7 que procura apontar o quanto o assunto violência sexual contra criança e adolescente é tratado na literatura e, é sim um desafio premente e constante.

Ainda no primeiro bloco, como forma de subsídio para o avanço da equidade na Atenção Básica, na Atenção à Saúde e, promover outras providências de ações objetivando a busca por rupturas das iniquidades de saúde, o Capítulo 8 a partir de uma revisão narrativa sobre o atendimento à mulher vítima de violência doméstica busca analisar a literatura e promover um estudo exploratório da produção do conhecimento acerca do assunto.

Com a ***Saúde Pública e suas perspectivas*** em foco, na segunda parte desta obra literária técnico-científica, os estudos apontam para uma atenção redobrada, sendo desafio para nós, encarregados do Ensino da Saúde Coletiva e Pública.

Nos capítulos seguintes, os autores destacam, sejam pelas revisões narrativas, estudos como dados primários e secundários e/ou seja pela perspectiva ensaísta, segmentos e populações vulneráveis diante de agravos e eventos de comorbidades, como também apontam para um movimento velado de esvaziamento, boicote ao SUS, pelas vias do conflito entre as equipes na Atenção Básica, o excesso de burocracia, sobrecarga de trabalho e, a contenção e/ou falta de insumos, medicamentos e outros recursos materiais.

Portanto, os estudos elencados ao longo da obra, procuram trazer contribuições que servem de subsídios às políticas públicas. Investigações como estas fornecem indicações preciosas para o planejamento, monitoramento e avaliações de ações particulares, singulares. É preciosidade como o Vale dos Dinossauros e, alentador, encontrarmos investidas como estas nos rincões da Paraíba – Cajazeiras – Nordeste do Brasil.

Êxito. Parabéns.

Jorge Luís de Souza Riscado

Professor em Psicologia e Psicólogo - Universidade Celso Lisboa / RJ

Mestre em Psicologia Social - PUC / SP

Doutor em Ciências - Saúde Pública - ENSP / FIOCRUZ

Coordenador das Disciplinas "Saúde da População Negra" e "Relações étnico-raciais, diversidade de gênero, competências culturais no contexto do ensino e nas práticas de saúde"

Coordenador do Laboratório do Programa UNIVERSIDAIDS - FAMED / UFAL

Membro Titular Especialista do Comitê Técnico Nacional da Saúde da População Negra - DAGEP / SGEP-MS

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3994599612921878>

Apresentação

A violência amplamente discutida, mas com limitações quanto a sua resolutividade traz um misto de causas e consequências sociais, culturais, políticas e econômicas que repercutem na humanidade tornando o universo de existência um cenário de incertezas, medos e, sobretudo de desafios.

É um fenômeno que traz complexidade tanto no seu efetivo acontecimento quanto nas possibilidades de atuação frente a ele, isso porque a violência pode ocorrer a partir de outro, sendo esse outro alguém próximo ou desconhecido, a partir de um único outro ou de um grupo, ou ainda entre grupos de pessoas, e até mesmo contra si. Além do mais, não escolhe pessoas ou grupos sociais porque pode ocorrer com qualquer pessoa em diversas circunstâncias, mas na maioria das vezes, se acentua entre aqueles menos favorecidos e portanto mais vulneráveis.

O grupo de Pesquisa Violência e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG apoiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa, atualmente denominado Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq teve a iniciativa de registrar através desse ebook o misto de discussão realizado no I Congresso Brasileiro sobre violência na Perspectiva da Saúde Pública e no Congresso Brasileiro de Violência contra idosos.

Foi um momento em que as discussões foram amplamente realizadas considerando a união de profissionais de áreas diversas e que trouxeram a interdisciplinaridade como eixo de discussão para a saúde pública.

Neste livro, **VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA** apresentamos o compromisso do grupo em discutir e divulgar saberes construídos na perspectiva de correlacionar conhecimentos e saberes em áreas distintas, mas que se coadunam em um só objetivo, compreender a relevância do problema, seus determinantes e as medidas de prevenção e combate.

Os organizadores

Organizadores



Nívea Mabel de Medeiros

Doutoranda em Engenharia de Processos pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)/ Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)/ Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos (FIP)/Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Integrada de Patos (FIP)/Técnica em Enfermagem pela Escola Técnica em Enfermagem Dra Miriam Nóbrega/ Membro do Grupo de Violência e Saúde GPVS/UFCG/CNPq/ Pesquisadora nas diversas Linhas de Pesquisas em Saúde Pública. Facilitadora da CONSULTEC Consultoria em Gestão da Saúde.



Anúbes Pereira de Castro

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSp/FIOCRUZ; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Residência Médico Cirúrgica pelo Hospital das Clínicas de Pernambuco - HC/UFPE; Docente estagiária pelo CES/Universidade de Coimbra - Portugal/PDSE/CAPES; Docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG; Líder do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde - UFCG/CNPq. anubes@ensp.fiocruz.br

Organizadores



Aissa Romina Silva do Nascimento

Possui Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (2001), Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (2014), Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (2003) e Especialização em Planejamento e Gestão em Ensino-Aprendizagem pelo Centro Universtário de João Pessoa (2005). Atualmente é professora da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formação de Professores na Unidade Acadêmica de Enfermagem-UFCG/CFP/UAENF.



Leandro Nonato da Silva Santos

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) Campus Cajazeiras-PB. COREN CE-557536-ENF, Técnico em Enfermagem pelo Centro Profissionalizante-ATS de Juazeiro do Norte-CE. Foi estagiário do Centro de Integração Empresa Escola-CIEE nos anos de 2013 á 2014, tendo como área de atuação acompanhamento em saúde. Membro do Grupo de Violência e Saúde GPVS/UFCG/CNPq, Pós Graduando em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB, Docente do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Profissionalizante Maria Marcolino-IPMM.

SUMÁRIO

- Capítulo 1:** A origem da violência nos seres humanos e a repercussão da agressão na saúde pública, uma visão multidisciplinar..... 11
Leonardo Russo Lima da Silva, Adriana Lima Gonçalves, Francisca Maírla da Silva, Cristiana Russo Lima da Silva
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.01
- Capítulo 2:** Caracterização dos estudos sobre violência realizados pela enfermagem nos anos de 2013 a 2017..... 18
Beatriz de Castro Magalhães, Maiara Bezerra Dantas, Bruna Erilania Vieira de Sousa, Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira, Adriana Vieira Nobre
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.02
- Capítulo 3:** Violência contra a pessoa idosa: baixa ocorrência ou a força do silêncio? 24
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, Davidson Cruz de Oliveira Dantas, Ângelo Giuseppe Roncalli
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.03
- Capítulo 4:** Perfil dos casos de violência provocados por cuidadores no Brasil..... 30
José Augusto de Sousa Rodrigues, Luiz Henrique da Silva, Mary Luce Melquiades Meira, Cícera Renata Diniz Vieira Silva
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.04
- Capítulo 5:** Perfil dos idosos vítimas de violência por negligência e/ou abandono no Brasil..... 37
Maria Joyce Tavares Alves, Gabrielle Manguiera Lacerda, Thaynara Maria Oliveira de Albuquerque, Cícera Renata Diniz Vieira Silva
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.05
- Capítulo 6:** A violação de direitos dos idosos e a articulação da rede de serviços sócio assistenciais 44
Iara Pereira Cavalcanti, Hilana Cristina Lins Machado, Ionara Pereira Cavalcanti de Moraes, Sandra Maria Figueiredo de Lima., Dayanne Alves Pereira
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.06
- Capítulo 7:** Violência sexual contra crianças e adolescentes: caracterização, consequências e desafios..... 51
Rodrigo Sousa Lima, Thainá Nascimento Mota, Natália Bitu Pinto
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.07

SUMÁRIO

Capítulo 8: Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher vítima de violência doméstica	58
Jovelina Fernandes dos Santos, Lucélia Fernandes Diniz, Nívea Mabel Medeiros, Larissa Mercielly Nobrega Medeiros, Mercia de França Nóbrega	
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.08	
Capítulo 9: Utilização de psicotrópicos pelos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa.....	64
Letícia de Sousa Eduardo, Jeysica Paloma Medeiros dos Santos, Julia Karoline Amorim, Nívea Mabel Medeiros	
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.09	
Capítulo 10: Enfermeiro da atenção básica: Elementos dificultadores na prática do gerenciamento.	69
Paloma Karen Holanda Brito, Julia Karoline Duarte de Amorim, Jaine da Silva Batista, Marcelo Costa Fernandes	
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.10	
Capítulo 11: Aspectos epidemiológicos dos casos de internação por causas externas em jovens entre 15 a 19 anos.....	75
Gláucia de Souza Abreu Alencar, Tatiana Farias Teódulo Palitot, Maria do Socorro Sarmento Pereira, Alessandro Leite Cavalcanti	
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.11	
Capítulo 12: Mortalidade por causas externas entre jovens de 15 a 19 anos	82
Gláucia de Souza Abreu Alencar, Katiana Macêdo Duarte, Maria da Conceição da Silva, Milena Nunes Alves Sousa	
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.12	
Capítulo 13: A efetividade dos direitos fundamentais do idoso: análise jurídico-social	88
Edna Leandro da Cruz Poujeaux Gonçalves, Monnizia Pereira Nóbrega	
DOI: 10.36229/978-85-7042-181-4.CAP.13	
Autores:	96

Capítulo 1

A origem da violência nos seres humanos e a repercussão da agressão na saúde pública, uma visão multidisciplinar

Leonardo Russo Lima da Silva

Adriana Lima Gonçalves

Francisca Maírla da Silva

Cristiana Russo Lima da Silva

Resumo: A origem da violência é um dos mistérios que rondam a natureza humana, em todos os períodos da história do homem ela esteve presente, devendo ser analisada com caráter multidisciplinar, pela visão do: Direito; Psicológica e Biológica. A violência no Brasil alcançou níveis alarmantes nos últimos tempos em comparação aos anos anteriores, levando a crer que as tendências violentas estão a se agravar com o passar dos anos, devendo ser tratada como um problema grave e de urgente solução. O objetivo é promover uma discussão em torno da origem da violência, as possíveis ações para evitar e detecta-la bem como sua repercussão na saúde pública. Para a realização deste trabalho fora aplicada uma metodologia de estudo bibliográfico nas bases de Dados: Scielo, BVS, Teses de Doutorados e Trabalhos em revistas diversas, entre os períodos de 1892-2017, de Idioma em Português e Inglês tendo 12 referencias como base para o escrito. Resultou-se na constatação de que a violência é uma forma de expressar sentimentos humanos de forma destrutiva, seja consigo mesmo ou para com o próximo, a visão psicológica revelou que a mente humana é múltipla e complexa, sendo necessário mais anos de pesquisa, o lado do Direito, avaliou as leis antigas e as novas leis frente a agressões da violência, dando enfoque na teoria das Janelas quebradas como resultante do aumento da violência, e por fim, a vertente Biológica, expos os danos que a mesma tem na saúde pública, assegurando as capacidades do sistema de saúde na presença de tais agressões. Conclui-se assim que a violência é uma forma de expressão imposta por outros seres humanos para com sigo mesmo e/ ou outros, que limita a liberdade das pessoas, para tal tornou-se necessário abranger a origem da violência em três áreas distintas, Psicologia, visando explicar a origem da violência psicossomaticamente, como algo que é inato a criatura humana ou que é através do meio que ela se propaga, Direito, mostrando as muitas leis, tanto do passado como da atualidade, frente a aspectos de violência, como uma tentativas de proteger a liberdade social por meio de leis e intervenções jurídicas e ações de intervenção político-sociais, e por fim a visão Biológica, que trazia as ações causadas pela violência no âmbito da saúde pública, bem como os índices da mesma no território nacional, dando mais ênfase a homicídios e agressões domésticas.

Palavras-Chave: Violência, Psicologia, Direito, Biologia, Multidisciplinar.

1 INTRODUÇÃO

A violência é uma forma antiga de expressão de sentimentos e ideias, sendo uma das características mais marcantes na espécie humana em toda sua história. Sua origem é desconhecida, vez que não existem dados físicos de seu início.

O reino animal não é dotado de tal característica, porque as criaturas que o compõe não aplicam técnicas agressivas entre elas mesmas sem motivo biológico, nessa máxima, pode-se perceber que a existência da violência começou com a espécie humana, embora, explicar sua origem e conhecimento no âmbito da saúde pública, demanda tempo e muito conhecimento multidisciplinar, logo, torna-se necessário abranger múltiplas areias da ciência humana.

A psicóloga, que visa explicar a origem da violência psicossomaticamente, abrangendo a complexa rede mental humana, embasando-se nas teorias psicanalistas, psicologistas e humanistas; A área do direito e criminalística, que terá como enfoque demonstrar as leis antigas e as recentes, frente a atos de agressividade e violência, tendo enfoque na teoria das janelas quebradas como aspecto da capacidade do meio de incentivar a violência; E a visão biológica, que se embasará na característica violenta no seio da explicação biológica, além do fato de abranger os eventuais danos à saúde pública, e as formas de combate a mesma, como um aspecto multidisciplinar da agressão violenta da natureza humana.

2 VISÃO PSICOLÓGICA

A violência é uma característica impactante agregada não só ao ato de uso de força para obtenção do que se deseja, mas pode também ser atribuída a ação de comprometer mentalmente ou psicossomaticamente um indivíduo, um grupo de indivíduos ou um ideal já embasado, impedindo a expressão de outrem para fins diversos.

A origem dos atos de violência são aspectos empregados apenas entre os seres humanos e o meio em que vivem, uma vez que os animais obedecem um princípio básico de subsistência para a perpetuação da espécie, os mesmos não empregam formas de clivar tal princípio de forma que lese outros do mesmo gênero.

Partindo dessa conjectura, Levisky (2010) acrescenta que a lógica central da violência consiste em uma deturpação da realidade, seja esta imposta por outros ou pela mesma pessoa, como, por exemplo, nos meados do período feudal, onde a máxima de autoflagelação, matança, incineração etc. eram empregados como uma forma de agradar a Deus, que muitas vezes não tinham a ideia ou vontade de proferir tais atos, nesse aspecto a violência não é só física, mas mental também, pois eram muitas vezes impedidos de aprender pelo governo ou poderosos do período específico.

Com essa perspectiva histórica e ética, o conjunto de ideias aos quais os seres humanos são levados corroborando ou não com o avanço de novas formas de violência, são implementadas diariamente, a criatura humana deve se pôr entre os dois extremos para com uma introspecção avaliar o cerne central e a máxima exposta pelos ideais ao qual acredita, e com isso tomar a atitude mais adequada para a situação. Renaud (1981) cita as ideias de Sigmund Freud, o criador da psicanálise, ao qual corrobora com a ideia freudiana acerca da “pulsão de morte”, uma vertente de autodestruição intrínseca aos seres humanos, dividindo-as em feridas para o orgulho e narcisismo. Sendo uma rede complexa de ideais muitas vezes inatas na criação familiar, ou seja, desde a infância que tais tendências são lançadas pelos familiares, muitas vezes de forma inconsciente, onde a família cria seus infantes de uma forma a tentar mantê-los em um padrão ilusório de “bom comportamento”, deixando de promover conversas entre a família e aplicando em uma forma de exigência de imagem e narcisismo, mantendo o indivíduo com níveis de tensão alto, que poderão eclodir em formas violentas, contra si e outros, seja como forma de atenção ou para extravasar seus impulsos contidos.

Freud (1920) lançou sua hipótese frente as tendências violentas do ser humano: que em cada indivíduo existe um nível de energia pulsional do prazer, uma pulsão de morte, ao qual leva sua existência a autodestruição, e em seguida muda de objeto, voltando-se para o interior já vazio e altera a pulsão de agressividade”. Sendo o sadismo, masoquismo e violência sexuais, exemplos de pulsão de morte.

Analisando as formas de comportamento sociais e interculturais, Freud (1920) ainda perpetua a ideia que o ideal de cultura guerreira do homem está intimamente ligada ao prazer e a libido, ao passo de quase se tornar inseparável da natureza humana. Por essa teoria diferenciar da máxima proposta pela época muita psicanalista não seguiram as ideias de Freud, devido ao fato de que o mesmo não pode relacionar sua hipótese e os níveis biológicos com as tendências da sua hipótese de pulsão de morte, frente a tendência

que tais atos vão de contra a biologia da terra, tão logo, um desejo da natureza humana e nada mais, entre o indivíduo e si mesmo, se expressando no próprio sujeito (neuroses de compatibilidade), ou para outrem (violência).

Ainda nessa máxima psicológica, Cesar (2012) se embasa nas ideias do caráter mental do ser humano, entre os quais cita as ideias de Carl Jung, pai da psicologia analítica, que conjuntamente com a mente humana, Jung expõe a ideia central de uma “persona humana”, termo que é empregado pelos seres humanos para entrar em um “papel” ou características de comportamentos, mas que não é perfeitamente idêntico à individualidade.

A teoria da Violência conjuntamente com a persona exposta por Jung, é que o sujeito detém uma sombra, e tal sombra quanto mais é incorporada à vida consciente, mais escura e espessa se tornará. Uma pessoa que toma consciência de sua inferioridade, sempre tem mais possibilidade de corrigi-la.

A inferioridade se acha progressivo contato com outros interesses, de modo que está sempre sujeita a modificações, mas quando é recalçada e isolada da consciência, nunca será corrigida. Além do fato que há o perigo de que, num momento de inadvertência, o elemento recalçado irrompa subitamente, criando desconfigurações da base da sombra.

No que tange a violência, a psicologia pode explicar tais características com os paramentos emocionais, sendo os sentimentos um dos enfoques mais importantes da natureza humana, ao passo que podem acarretar em muitos atos de expressão violenta, desencadeando processos de agressões ao próximo, nesse aspecto torna-se necessário discorrer acerca de tal tema, William James (1890) um dos fundadores da psicologia moderna e importante filósofo ligado ao pragmatismo; isto é, o conjunto de ideias de todos os efeitos imaginários atribuídos por nós a um objeto, que passou a ter um efeito prático qualquer. Sendo esse objeto a violência ou qualquer sentimento ou mentalidade materializada no mundo físico. Ao qual tais ideias foram retiradas dos escritos do psicólogo William James no ano de 1890.

“A forma natural de pensar sobre essas emoções brutas é a de que a percepção mental de algum fato incita a sensação mental denominada emoção”; Tal ideia proposta por James demonstra que dependendo do modo de pensar acerca do mundo ou objeto a sua volta repercute em uma series de vertentes emocionais, o que faz com que o a expressão corporal ocorra.

Dessa forma, a ideia central de James (1890) era a hipótese que essa ordem de sequência é incorreta, que um estado mental não é imediatamente induzido pelo outro, que, antes, as manifestações corporais devem a eles se interpor, devido a condição dos sentimentos, que os que choram estão tristes, aos que possuem raiva de situações revidam de diversas formas, o medo os faz sentir tremores, ou seja; em todas as situações o ser humano é levado pelo mais puro e simples sentimento, devido a emoção que sente os seres humanos.

Frente às essas máximas psicológicas, pode-se inferir que a origem violência é uma perspectiva humana, um sentimento, uma ideia inata, um princípio que se desenvolve no decorrer da vida ou se ainda não existe uma explicação inteira e exata.

Em todos os casos o ato de violência e a capacidade de agredir outro ser humano sem motivos biológicos, não é encontrado em outros seres conhecidos da natureza observável, o que leva a crer frente as vertentes psicológicas que é algo da mente humana e que é “ensinado”, sendo necessário regredir aos primórdios básicos e proferir uma análise muito invasiva da mente humana a fim de se chegar a um vislumbre da origem de tal sentimento na estrutura que é o ser humano, embora no decorrer de tais processos tenha a necessidade de se aplicar leis e técnicas judiciais para zelar por outros inocentes frente a agressão de outrem, pois são sentimento que cortam a liberdade, então leis são necessárias, aos quais abordaremos mais adiante.

3 VIOLÊNCIA E A LEI

Conforme discorrido, a violência faz parte da natureza humana em sua essência, contudo essa violência sofre influências do EU, da educação e do meio social. O homem foi criado para viver em grupo e diante dessa convivência passou a disputar espaço e poder. Na luta em busca dessa conquista foi-se dando vasão ao instituto de violência e sobreposição, levando a dizimar grupos familiares e sociais. Impera nesse contexto o que se denominou “vingança privada” onde cada um ou cada grupo de forma desordenada e descontrolada buscava resolver através da violência seus conflitos pessoais e sociais.

Diante desse quadro violento, necessário se tornou a edição de normas capazes de repreender e reprimir os instintos violentos, organizar a sociedade e controlar a ira do homem, pois se assim permanecesse poderia levar a erradicação da espécie. Surgiu então a vingança divina, onde se atribuíam aos Deuses os castigos pelo “mau” comportamento do grupo, ocorrendo através de fenômenos da natureza (GRECO, 2016).

A lei de talião, por exemplo, representou um divisor de águas na regulamentação do comportamento da sociedade. O “olho por olho dente por dente”

veio, por exemplo regular controlar a “resposta” às ofensas sofridas, não se buscava mais dizimar o grupo, mas fazer com que o ofensor de forma direta reparasse o mal praticado na proporção do que fez.

Após esse período vislumbrou-se a necessidade da criação de leis civis capazes de exercer o controle sob o comportamento humano.

As leis humanas são criadas de modo a buscar uma organização e controle social. Coube por exemplo, ao Direito Penal selecionar os bens jurídicos mais importantes como: a vida, o patrimônio, a dignidade sexual, a honra, e etc., para sobre elas direcionar sua proteção, prevendo penalidades para aqueles que ferissem a lei (MASSON, 2014).

O Estado afastou a vingança privada (particular), assumindo o poder/dever de manter a ordem e a segurança social, surgindo então a vingança pública, sendo fundamentada em uma organização social, como forma de proteção e de segurança imposta pelo Estado, e tem como objetivo a repressão criminal e a segurança do soberano ou monarca pela sanção penal, que mantém as características de crueldade e da severidade, com nítida finalidade intimidatória (GRECO, 2017).

Como no início da convivência social os instintos eram muito violentos, necessário se fez a criação de leis também muito rígidas, de forma buscar a intimidação e punição pelo mal praticado. Inicialmente, as penas eram eminentemente dirigidas ao corpo, os castigos eram cruéis, os delinquentes eram esquartejados, arrastados em carroças em praças públicas, mutilados, aplicada a pena de empalhamento (transfixia do corpo através de estacas), execuções públicas (BECCARIA, 2009).

Com tempo consciente da brutalidade das penas buscou-se a punição direcionada a alma, qual seja, a busca pela reflexão pelo mal causado através do aprisionamento. Através do desenvolvimento mais humanitário passou-se assim a editar normas também humanas. Nesse compasso o marquês Beccaria (1738- 1794), um dos humanistas, defensor dos direitos humanos, destaca em sua obra: “Dos Delitos e das penas”, que a pena de morte só deve ser admissível em caráter excepcional e em situações graves”. O Marquês defendeu ainda o conjunto de provas mais detalhado, a extirpação da tortura como meio de confissão e a proporcionalidade das penas ao delito praticado.

Foi somente a partir do período humanitário ocorreram mudanças significantes, daí, não somente o Processo Penal foi modificado, como também a exigência de provas, para que se pudesse conduzir à condenação do acusado. Então, o ser humano passou a

ser considerado como um Ser de dignidade, e não como mero objeto, como era tratado nas penas anteriores. Foi nesse período que a pena de morte passou a ser substituída, aos poucos, pela privativa de liberdade, dentre outras formas.

Discorrendo acerca dessa nova modalidade de punição Foucault (1975), assevera: “o sofrimento físico, a dor do corpo não são mais os elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos”.

Como pode perceber muito ainda se tem a aprender, modificar, e evoluir no que diz respeito a violência humana e suas formas de contenção. Tais implicações trazem a tona uma teoria mundialmente reconhecida pela sua abrangência acerca do aumento da violência pelas condições do meio ao observador, ou seja; “A desordem gera desordem”. Criada na Universidade de Stanford (EUA) pelos criminologistas James Wilson e George Kelling em 1982, ao qual será abordada mais adiante.

4 TEORIA DAS JANELAS QUEBRADAS

Na perspectiva de conhecer um pouco melhor a mente humana e a violência nela acontecida, faz-se importante abordar ainda que brevemente a “teoria das Janelas quebradas”. Ela surgiu após ter sido aplicada uma avaliação de segurança do governo de Nova Jersey, que anunciou um “Programa de bairros seguros e limpos” projetado para melhorar a qualidade da vida comunitária em vinte e oito cidades da

região. Com isso, uma maior força policial fora implementada, em contrapartida o aumento da criminalidade era evidente, por mais que a força policial patrulhasse as ruas de Jersey os crimes continuavam a aumentar, cinco anos após essa implementação os níveis de crimes ainda eram crescentes, mas em regiões recém restauradas pela prefeitura e que a força policial andava a pé pelas ruas, os índices caíram mais do que regiões ainda em reconstrução, ou seja, que possuíam partes de sua estrutura quebrada (JAMES WILSON E GEORGE KELLING, 1982).

Wilson & Kelling (1982) começaram a suspeitar que se uma janela de uma fábrica ou de um escritório fosse quebrada e não fosse imediatamente consertada, a população que por ali passassem concluiriam que ninguém se importava com isso e que, naquela localidade, não havia autoridade ou órgão responsável pela manutenção da ordem. Em pouco tempo, algumas pessoas começariam a atirar pedras para quebrar as demais janelas ainda intactas. E após algum tempo, todas as janelas estariam quebradas.

Agora, as pessoas que por ali passassem concluiriam que ninguém seria responsável por aquele prédio e muito menos pela rua em que se localizava o prédio. Iniciava-se, assim, a decadência da própria rua e daquela comunidade.

Ao passo que restariam apenas os desocupados, imprudentes, ou pessoas com tendências criminosas, que seriam levados à vontade de ter algum negócio ou mesmo morar na rua cuja decadência já era evidente. Pequenas desordens levariam a grandes desordens e, mais tarde, ao crime, tudo devido a sensação de não cuidado e de controle das autoridades.

Com isso pode-se fomentar a importância das aparências para os cidadãos locais, e do zelo com o meio em que vivem é imprescindível para manter a ordem da população dos arredores, sendo fatores que influenciam em níveis além do judiciário, abrangendo também o lado psicológico da sociedade, e assim além de melhorar as condições socioeconômicas da localidade, promovera bem como uma plena fiscalização, a redução visível dos níveis de criminalidade, nessa máxima de segurança pública torna-se fundamental abranger esse setor com o âmbito da área biológica, firmando a possível explicação da violência à saúde pública, as suas dificuldades e desafios, ao qual será explicado mais adiante. (JAMES WILSON E GEORGE KELLING, 1982).

5 VISÃO BIOLÓGICA

Como já mostrado anteriormente, a mente humana desencadeia uma série de fatores que se exprimem em muitas respostas, frente a situações que o meio vai de contra ao que se acredita ou que as características de outras pessoas são opostas ao que elas acreditam, tais fatos podem desencadear fenômenos agressivos, perpetuando a violência, ao passo que muitas instituições são lesadas durante esses surtos da catarse humana, uma dessas situações inflige uma lesão nos setores de saúde pública, um dos setores mais fundamentais para a sociedade, sendo um setor que abrange boa parte da população, uma vez agredido ficara impossibilitado de tratar os doentes, o leva essa categoria de violência ser considerada uma das mais malélicas.

Dahlberg & Krug (2006) Acreditam que a violência nesse âmbito, não se aplica somente aos seres humanos individualmente, pois é uma forma de tratamento coletivo e multiprofissional de diversas especialidades, aplicando técnicas e formas de cuidados para com a população em geral, sem aplicar distinção de quaisquer gêneros. A saúde

publica executa uma forma de intervenção frente a casos de violência, chamada de “método científico”, este por sua vez é dividido em 4 subpartes.

As ferramentas aplicadas pela saúde pública frente a violência são usadas pela ciência para realizar formas mais efetivas de cuidados para com fatores que exigem atenção máxima, conjuntamente com as formas padrões de tratamento da saúde frente a violência: Examinar o máximo possível de conhecimentos básicos acerca de todos os aspectos da violência e agregar sistematicamente dados sobre a extensão; investigar o motivo que leva a violência a ocorrer, isto é, realizar pesquisas para determinar causas e fatores que se entrelaçam acerca da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência em locais diversos; fatores esses que podem ser passíveis de serem modificados ou por intermédio de intervenções; deve-se explorar eventuais formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e analisando as possíveis intervenções; levando em consideração, cenários diversos, as intervenções que parecem promissoras para a implementação, disseminando amplamente a informação para toda a sociedade, sem distinção de quaisquer tipos, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas. (DAHLBERG & KRUG 2006)

Nesse aspecto científico, a violência é caracterizada pela ação ou omissão dos seres humanos para com outros ou a si mesmo, ao qual, são destrinchadas em três categorias: “violência dirigida contra si mesmo (auto infligida); violência interpessoal; violência coletiva”.

Frente ao exposto, pode-se inferir que os seres humanos são uma espécie naturalmente violenta, inflando os pensamentos individuais e coletivos por cima da liberdade de vida e ações de outrem, não preconizando em nada os sentimentos do próximo e as consequências de suas ações, no Brasil não é diferente, CERQUEIRA *et.al* (2017) avalia que os níveis de violência alcançaram um patamar altíssimo em combinação a níveis anteriores (figura 1), em uma outra pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro De Segurança Pública (2017).

Figura 1.



Fonte: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30253

6 CONCLUSÃO

Conclui-se assim que a violência é uma forma de expressão imposta por outros seres humanos para com si mesmo e/ ou outros, que limita a liberdade das pessoas e fere a constituição brasileira e dos direitos humanos, para tal tornou-se necessário abranger a origem da violência em três áreas distintas, Psicologia, visando explicar a origem da violência psicossomaticamente, como algo que é inato a criatura humana ou que é através do meio que ela se propaga, Direito, mostrando as muitas leis, tanto do passado como da atualidade, frente a aspectos de violência, como uma tentativas de proteger a liberdade social por meio de leis e intervenções jurídicas e ações de intervenção político-sociais, e por fim a visão Biológica, que trazia as ações causadas pela violência no âmbito da saúde pública, bem como os índices da mesma no território nacional, dando mais ênfase a homicídios e agressões domésticas.

Os índices de violências aumentaram consideravelmente através dos anos, no Brasil fora analisado que a quantidade de agressões violentas acarretou em uma crescente vertente de homicídios, que após o período de 2005 as taxas de homicídios cresceram consideravelmente, chegando, atualmente os níveis de mortos acometidos são em torno de 54% mulheres. A origem da violência ainda permanece um mistério, uma vez que as características psicológicas e mentais não são tão facilmente explicadas, devido a multifacetação da psique humana, uma vez que não existe uma vertente única para tal, a lei deverá ser

cumprida até que haja uma resposta racional, que conjuntamente com a Biologia tratar os casos de violência de forma a respeitar a liberdade o máximo possível.

REFERÊNCIAS

- [1] BECCARIA, Cesare. Dos Delitos e das Penas. São Paulo: Martin Claret, 2009, p. 87
- [2] BIRESSI, Anita & NUNN, Heather. Vídeo Justice: Crimes of Violence. In: Social/Media Space. Space and Culture. 2008
- [3] CERGUEIRA et. Al. Atlas da Violência. Instituto Brasileiro de Segurança Pública. 2017
- [4] CESAR. A Explosão da Violência a Agressividade Diante de Humilhação e Desrespeito. Universidade Cidade de São Paulo, 2002
- [5] DAHLBERG E KRUG. Violência: um problema global de saúde pública. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra. 2002
- [6] FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. 40 ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 105
- [7] GRECO, Rogério. Curso de Direito Penal parte Geral. 10 ed. Rio de Janeiro, Métodos, 2017.
- [8] JAMES, William. Emoções. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 4, p. 669-674, dezembro 2008 (1892)
- [9] LEVISKY. A violência na Sociedade Contemporânea. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2010
- [10] MASSON, Cleber. Direito Penal parte Geral esquematizado. Método. São Paulo, 8ª edição, 2014.
- [11] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros 2005.
- [12] WILSON AND KELLING. Broken Windows. School of Government Harvard. 1982
- [13] RENAUD. Perspectivas Filosóficas Sobre a Guerra e a Paz. Nação e Defesa. 1981

Capítulo 2

Caracterização dos estudos sobre violência realizados pela enfermagem nos anos de 2013 a 2017

Beatriz de Castro Magalhães

Maiara Bezerra Dantas

Bruna Erilania Vieira de Sousa

Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira

Adriana Vieira Nobre

Resumo: A violência como problema de saúde pública repercute em diversos setores e no dia-a-dia das vítimas e dos demais envolvidos. Nesse sentido, é relevante considerarmos como esse problema vem sendo visualizado e abordado pelo serviço de saúde, em particular pela enfermagem. Acredita-se que enquanto profissão que atua no acolhimento e assistência integral as vítimas de violência, esta deve se fundamentar na prática baseada em evidências para a obtenção de resultados satisfatórios. Assim, objetiva-se conhecer o que está sendo produzido e veiculado sobre violência pela Enfermagem nas principais revistas nacionais de enfermagem e de saúde pública nos últimos cinco anos, e descrever os principais achados acerca dos tipos de violência de maior prevalência nos estudos. Para tanto, utilizou-se o diretório de revistas, Scielo. Os artigos selecionados foram submetidos a um formulário pré-estruturado, o qual caracteriza: ano de publicação, abordagem da pesquisa, periódicos de publicação, descritores ou palavras-chaves mais usadas e caracterização das violências abordadas. Os anos em que houveram maior porcentagem de publicações foram: 2013, 2015 e 2016, respectivamente. Dentre os cinco anos de publicação avaliados, a abordagem qualitativa representa 63% das pesquisas e a revista *Gaúcha de enfermagem* foi o periódico com maior número de publicações, correspondendo a 30% do total. Os termos “enfermagem” e “violência” foram utilizados de forma combinada na maioria dos descritores e palavras-chaves. A violência de gênero representa 34% dos tipos de violência abordados, seguida da violência doméstica com 23%. Os principais achados quanto aos tipos mais prevalentes de violência abordados, se mantiveram na discussão sobre os obstáculos ao enfrentamento à violência por parte da enfermagem e do serviço de saúde como um todo, com descrição do principal elemento para a resolução desse problema, se configurando na assistência integral a vítima. Ao comparar os cinco anos analisados, observa-se que houve predominância de publicações no ano de 2013 com declínio nos demais anos, tornando carente as publicações de enfermagem voltadas para essa temática.

Nesse sentido, torna-se essencial, que a enfermagem realize a produção, com maior periodicidade de pesquisas a respeito dessa temática de tanto destaque, para subsidiar as condutas de estudantes e profissionais de enfermagem através da prática baseada em evidências.

Palavras-chave: Violência, Assistência à saúde, Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A violência é entendida como o uso intencional de força ou poder contra outra pessoa, grupo ou comunidade, a qual resulta em chances elevadas de injúria, morte, dano psicológico, alteração no desenvolvimento ou privação deste. Aproximadamente 2,5% das mortes no âmbito mundial são consequências dos diversos tipos de violência, sendo que milhares de pessoas sofrem com violências não fatais em seu dia-a-dia. A violência é a quarta causa de mortalidade na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2014).

Segundo o Sistema de Vigilância em Violência e Acidentes (VIVA), no triênio de 2013 a 2015, ocorreram 352.382 notificações por violência no Brasil. Corroborando para a exposição dos danos gerados pela violência, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) notificou, nesse mesmo período, 174.623 casos de mortes por agressões. (BRASIL, 2015). Os altos índices de mortalidade, bem como os diversos danos e prejuízos que a violência gera no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas e nos altos custos para saúde e a segurança, torna-a um problema de saúde pública (CRUZ; AZEVEDO; GONÇALVES, 2011; VALENTE *et al.*, 2015).

Embora haja altos índices de mortalidade, esta significa apenas uma parcela da carga social e de saúde consequente da violência. Todos os dias, mulheres, crianças e idosos têm que arcar com o impacto das consequências não fatais de abusos físicos, sexuais e psicológicos. Além de causar danos correlacionados à agressão, a violência também influencia indiretamente em problemas de saúde ao longo da vida. As principais causas de morte, como por exemplo, doenças cardíacas, decorrem de maus comportamentos como: tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, que as vítimas adquirem para amenizar o impacto psicológico gerado pelos diversos tipos de violência (OMS, 2014).

Diante de tais fatos, aponta-se a relevância dos profissionais de saúde, principalmente a Enfermagem, que atua justamente no acolhimento e assistência ao paciente de forma direta e integral, ser preparada para identificar casos de violência, acolher, tratar e realizar a referência e/ou contra referência a essas vítimas, dando-lhes apoio (LIMA *et al.*, 2017). Devido às várias comorbidades ocasionadas pela violência, torna-se imprescindível que tais profissionais realizem busca ativa, sabendo identificar casos de violência não relatados e traçando estratégias de cessação desse círculo de agressão.

Um fator que se torna imprescindível na assistência em enfermagem é a prática baseada em evidências (PBE), a qual é definida como a utilização de indícios científicos para a melhor tomada de decisão em relação a cada caso. Tal prática se vale do rigor metodológico na realização das pesquisas. Baseando-se pela PBE, o enfermeiro deve assumir inúmeras responsabilidades, dentre ela está a participação em pesquisas, nas quais o enfermeiro tem como objetivo desvendar questões e solucionar problemas relevantes para a enfermagem (POLIT; BECK, 2011).

Tendo isso em vista, é essencial que seja determinada a situação em que se encontram as pesquisas de enfermagem sobre violência, tanto no que diz respeito à abordagem qualitativa como quantitativa, a procura de evidências que sensibilizem as autoridades responsáveis quanto a elaboração de estratégias de enfrentamento e prevenção desses agravos, dando o subsídio necessário para a atuação de Enfermagem. Portanto, acredita-se que a proposta desse estudo seja relevante para a maior visibilidade a respeito da temática e para determinar o quanto a enfermagem brasileira está contribuindo em termos de evidências científicas sobre a temática.

Dessa forma, objetiva-se conhecer o que está sendo produzido e veiculado sobre violência pela Enfermagem, nas principais revistas nacionais de enfermagem e de saúde pública nos últimos cinco anos, e descrever os principais achados acerca dos tipos de violência com maior predominância nesses estudos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo descritiva, realizada por meio de busca eletrônica para o levantamento das literaturas que estão sendo produzidas pela enfermagem a respeito da violência.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a revisão bibliográfica trata-se de um estudo realizado com base em material já publicado, seja em forma de livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico e internet. Os autores trazem que o objetivo desse tipo de estudo é de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. No que diz respeito à pesquisa descritiva, entende-se que tem como objetivos observar, registrar, analisar e ordenar dados, procurando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas e relações com os fatos.

Esse estudo se embasou nos periódicos nacionais de enfermagem e de saúde pública de maior relevância segundo seu Qualis, indexados no Diretório de revistas Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os seguintes Descritores em ciências da saúde (Decs): violência, enfermagem e assistência à saúde. A busca obedeceu também aos seguintes critérios de inclusão: serem artigos completos publicados em periódicos nacionais de Enfermagem e de Saúde pública; apresentarem no título, resumo ou nos descritores os termos enfermagem e violência; e serem publicados entre o período de 2013 a 2017. Os critérios de exclusão utilizados foram: apresentar título estrangeiro, ser repetido e serem pesquisas de revisão.

Nesse sentido, foram encontrados 154 artigos, dos quais, após a leitura flutuante foram selecionados 43 para leitura mais aprofundada. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2017, embasado em um formulário pré-estruturado, incluindo questões como: ano de publicação, abordagem da pesquisa (qualitativa ou quantitativa), periódicos de publicação, descritores ou palavras chaves mais usadas e caracterização das violências abordadas. Tais dados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa inicial revelou um total de 154 artigos, que após análise mediante os critérios estabelecidos caíram para 43. Os artigos estudados apresentam maior concentração de publicação em 2013, representando 37% do total, sendo seguidos do ano de 2015 (21%) e 2016 (16%). Quanto ao tipo de abordagem apresentada pelos artigos, observou-se a predominância da abordagem qualitativa em aproximadamente 63% das pesquisas, sendo a abordagem quantitativa equivalente a apenas 37% de todos os artigos.

Um estudo anterior, que estudou as tendências da produção científica brasileira de enfermagem sobre violência, no período de 2003 a abril de 2008, encontrou-se resultados equivalentes ao nosso, onde a abordagem qualitativa representava aproximadamente 70% das produções (DANTAS *et al.*, 2008). A utilização predominante da abordagem qualitativa justifica-se pelo fato de proporcionar o estudo de questões, onde a manipulação intencional pelo pesquisador não é permitida. Sendo assim, caracteriza-se por dados descritivos que apresenta o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Esse tipo de abordagem difere da abordagem quantitativa, principalmente por não precisar medir unidades dos elementos estudados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Assim, há certa liberdade em se pesquisar a violência, nesse tipo de abordagem, uma vez que pode-se obter as particularidades e experiências individuais de cada caso, observando os elementos multifatoriais que a ocasionam.

Quanto aos periódicos de escolha para a publicação, há a predominância em um periódico de Qualis B, a Revista Gaúcha de Enfermagem, concentrando 30% das pesquisas. A Revista Brasileira de Enfermagem, de Qualis A2 publicou 16% das pesquisas. Os demais periódicos de publicações da base temporal estudada foram: Acta Paulista de Enfermagem, Texto e Contexto de Enfermagem, Escola Anna Nery, Cadernos de Saúde Pública, Revista Escola de Enfermagem e Revista Eletrônica de Enfermagem.

Cerca de 62% das pesquisas apresentavam os termos “violência e enfermagem” em seus descritores ou palavras-chaves. Ainda nesse contexto, o termo violência de modo isolado aparece com mais frequência do que o termo enfermagem.

No que diz respeito à caracterização da violência abordada nas pesquisas, a violência de gênero lidera o ranking com 34%, seguida da violência doméstica que aparece em 23% das publicações, ambas com abordagem principal ao público feminino. Os subtipos violência no trabalho, violência no contexto escolar, feminicídio, violência ligada a drogas, violência contra o idoso, violência institucional e violência afetivo-sexual também aparecem nas publicações, de forma isolada e em alguns casos, com mais de um desses subtipos em um mesmo artigo.

A violência de gênero, principalmente aquela dirigida a mulher, constitui um campo teórico-metodológico, linguístico e narrativo, baseado em reivindicações feministas nacionais e internacionais, caracterizando um alerta para intervenções nos setores de segurança pública, saúde e justiça (BANDEIRA, 2014). Qualquer ato de violência contra a mulher constitui abuso de seus direitos, necessitando de esforço social para prevenção e enfrentamento desse problema de saúde pública que configura uma das principais causas de morbimortalidade feminina (BRASIL, 2014).

Na última década, a violência doméstica contra a mulher ganhou maior visibilidade nacional e internacional, com discussões que abordam também os agravos que desestruturam todo o contexto

familiar e a integralidade da mulher, e não somente os agravos à saúde destas (DURAND, et al., 2011). Tal fato explica a maior abordagem ao público feminino, bem como a predominância de estudos sobre violência de gênero e violência doméstica, uma vez que em grande parte, as mesmas encontram-se relacionadas.

Acosta *et al.* (2017), em seu estudo sobre os aspectos éticos dos profissionais de enfermagem frente a violência doméstica, revelam uma das facetas da problematização do enfrentamento à essa violência. Neste, evidenciou-se lacunas no conhecimento por parte da enfermagem em relação as suas competências e a dificuldade observada no quesito notificação, onde a notificação compulsória somente é efetivada na maioria dos casos de doenças compulsórias, havendo assim, subnotificação da violência.

Acrescentando à problemática do estudo anterior, Leite *et al.*, (2016) trazem o relato de enfermeiros a respeito das barreiras existentes para a assistência à violência doméstica contra crianças e adolescentes, caracterizando o poder público como resolução no que diz respeito à disponibilidade de um maior corpo profissional, evitando sobrecarga de trabalho e permitindo a devida capacitação para agir contra esse problema. A formação qualificada dos profissionais de saúde potencializa uma assistência eficaz, estimulando e despertando intervenções pertinentes para o ciclo de violência infantil. Para tanto, o setor saúde requer serviços assistenciais em quantidade e organização, recursos financeiros e pessoas capacitadas para lidar com as situações de violência (EGRY *et al.*, 2017).

O estudo feito por Cortes *et al.*, (2015) abordou um dos fatores decisivos para o enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher, no qual o enfermeiro tem total autonomia para efetuar-lo. Trata-se da escuta ativa e qualificada com assistência voltada a toda singularidade da mulher e não somente ao corpo físico. O estudo aborda a capacidade de empoderamento que o enfermeiro tem em mãos, ao se comprometer em estar junto da paciente. Nesse contexto, também se evidenciou a relevância da equipe multiprofissional para o desenvolver de uma assistência integral.

Em outro estudo feito por Cortes juntamente com Padoin (2015), revelou a típica atuação dos enfermeiros em um serviço de urgência e emergência, na qual a recuperação física e do bem-estar das mulheres violentadas vem em primeiro lugar. Dessa forma, é apontada a relevância em englobar as ações de cuidado aos outros determinantes que compõem o mundo dessas mulheres, como por exemplo, as relações sociais: com o companheiro, com os filhos, vizinhos. Salientou-se também, a influência positiva da estabilidade socioeconômica para o enfrentamento à violência, redução de danos atrelados a ela ou até mesmo a interrupção dessa situação.

Corroborando com o estudo supracitado, Netto *et al.* (2017) evidenciam em seu estudo, através de discursos de mulheres que sofreram violência, a relevância dos elementos do meio social como auxílio para sair do ciclo de violência, no qual foram apontados alguns parentes e amigos como rede de suporte em direção à autonomia dessas mulheres.

Assim como se pôde denotar nos estudos anteriores, observou-se a predominância de temáticas voltadas para as adversidades encontradas no enfrentamento à violência nos demais artigos analisados, onde instigavam uma reflexão crítica acerca da temática e descrevendo possíveis caminhos para seu enfrentamento.

4 CONCLUSÃO

Neste estudo, a abordagem qualitativa foi utilizada na maioria das pesquisas, as quais tiveram maior publicação no ano de 2013, tendo a Revista Gaúcha de Enfermagem como periódico de maior publicação. Os resultados apresentaram a violência de gênero e doméstica como as mais prevalentes, tendo abordagens à criança, ao adolescente, mas principalmente à mulher.

Os resultados apresentaram mais semelhança entre as pesquisas do que discordâncias, além de refletir sobre a importância de publicações de enfermagem no que diz respeito as intervenções para o enfrentamento da violência em todo o contexto que a rodeia. A repercussão da análise proporcionou um agregado de conhecimentos sobre as lacunas existentes no enfrentamento à violência de gênero e doméstica contra a mulher, que foram enfatizadas na maioria da análise, bem como permitiu observar a carência de abordagem mais precisa aos demais subtipos de violência.

O despreparo profissional, foi um dos principais empecilhos abordados para o enfrentamento a violência, cabendo aos órgãos responsáveis subsidiar a carência com recursos humanos e financeiros, uma vez que a sobrecarga de trabalho dificulta uma abordagem a toda integralidade da vítima. Nesse sentido, a assistência integral à saúde foi apontada como ponto-chave para o enfrentamento e/ou resolução da

problemática enfrentada na violência de gênero e doméstica, considerando todos os determinantes que possam interferir positiva ou negativamente no enfrentamento, combate, redução e cessação do ciclo de violência.

Embora a pesquisa tenha sido feita em apenas um diretório de revistas, com periódicos nacionais de enfermagem e de saúde pública, ainda se considera escassas as publicações a respeito dessa temática pela enfermagem, uma vez que foi observado que o ano de maior publicação foi 2013, com baixa periodicidade nos demais anos. As pesquisas em enfermagem subsidiam a PBE, ao realizar uma investigação sistemática para responder perguntas e solucionar problemas, permitindo aos enfermeiros fundamentar suas condutas em pensamentos crítico-reflexivos, dando-lhes suporte para uma assistência especializada e resolutiva.

Considerando que a violência está presente nos diversos âmbitos, e na maioria das vezes as pessoas agredidas não têm noção que uma “simples” agressão verbal, por exemplo, se configura como violência, é necessário que além do suporte financeiro, os profissionais de enfermagem sejam capacitados no sentido de atuar na redução e resolução de problemas.

Assim, cabe aos estudantes e profissionais de enfermagem que atuam primariamente no acolhimento às vítimas de violência, fundamentar suas ações através de evidências, para que haja um atendimento preciso e com maior eficácia. Além disso, deve-se produzir pesquisas a respeito de hipóteses advindas de suas próprias experiências, para dar suporte aos demais profissionais da área, bem como de outros setores. Contudo, apesar das publicações já existentes, torna-se necessário o incremento de mais pesquisas sobre a temática e uma maior periodicidade dessas publicações.

REFERÊNCIAS

- [1] ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Giovana Calcagno; FONSECA, Adriana Dora da. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Texto Contexto Enferm.*, v.26, n.3, 2017.
- [2] BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, v.29, n.3, 2014.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [4] _____. BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de Vigilância em Violência e Acidentes, 2015. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def> >. Acesso em: < 24 ago. 2017 >.
- [5] _____. BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de informações de mortalidade, 2015. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def> >. Acesso em: < 24 ago. 2017 >.
- [6] CORTES, Laura Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIEIRA, Letícia Becker; LANDERDAHL, Maria Celeste; ARBOIT, Jaqueline. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Rev. Gaúcha Enferm.*, p. 77-84, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf> >. Acesso em: 23 Ago. 2017 >.
- [7] CRUZ, Suélen Henriques da; AZEVEDO, Mario Renato, GONCALVES, Helen. Vitimização por violência urbana em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.14, n.1, p.15-26, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2011000100002&script=sci_abstract >. Acesso em: <24 Ago. 2017 >.
- [8] DANTAS, Rodrigo Assis Neves; FARIAS, Glauce Maciel de; RAMOS, Cristiane da Silva; COSTA, Isabel Karolyne Fernandes. Tendências da produção científica brasileira de enfermagem sobre violência, no período de 2003 a 2008. *Rev. Min. Enferm.*, 2008.
- [9] DURAND, Julia Garcia; SCHRAIBER, Lilia Blima; FRANÇA-JUNIOR, Ivan; BARROS, Claudia. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev. Saúde Pública*, v.45, n.2, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200014 >. Acesso em: < 26.ago.2017 >.
- [10] EGRY, Emiko Yoshikawa; APOSTOLICO, Maria ROSA; MORAIS, Teresa Christine Pereira; LISBOA, Caroline Carapia Ribas. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: Como os profissionais percebem? *RevBrasEnferm.*, v.70, n.1, p. 119-125, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0119.pdf> >. Acesso em: < 25 Ago. 2017 >.
- [11] LEITE, Jéssica Totti; BESERRA, Maria Aparecid; SCATENA, Liliana; SILVA, Lygia Maria Pereira da; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2016, vol.37, n.2. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200415&script=sci_abstract >. Acesso em: <25 Ago. 2017 >.

[12] LIMA, Larissa Alves de Araújo; OLIVEIRA, Jaqueline Castilho de; CAVALCANTE, Francélia Alves; SANTOS, WerllaniaStheffannyi Veloso; SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Assistência de enfermagem a mulheres vítimas de violência doméstica. *RevEnferm UFPI*, 2017.

[13] NETTO, Leônidas de Albuquerque; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; LEITE, Franciele Maraboti Costa. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. *Escola Anna Nery*, v.21, n.1, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100207&script=sci_abstract&tlng=p >. Acesso em: 25.Ago.2017.

[14] OMS. Organização Mundial da Saúde. Repositório de Dados do Observatório Mundial de Saúde. Geneva: OMS, 2014. Disponível em:< <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en> >. Acesso em: 24.ago. 2017.

[15] _____. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a prevenção da violência. São Paulo: OMS, 2014. Disponível em:< <http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf> >. Acesso em: 25.ago. 2017.

[16] POLIT, Denise; BECK, TatanoCheryl. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. São Paulo, Artmed, 2011. 670 p.

[17] VALENTE, Aline Leidielly; DALLEDONE Mariana; PIZZATTO Eduardo; ZAITER Wellington; SOUZA Juliana Feltrin; LOSSO Estela Maris. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in Southern Brazilian Metropolis. *Braz. Dent. J.* v.26, n.1, p 55-60, 2015

Capítulo 3

Violência contra a pessoa idosa: baixa ocorrência ou a força do silêncio?

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Davidson Cruz de Oliveira Dantas

Ângelo Giuseppe Roncalli

Resumo: O envelhecimento populacional é um desafio para a saúde pública, pois o número de idoso aumenta a cada dia, e com ele o número de violência contra a pessoa idosa, enquadrada como física, psicológica, sexual, financeira, negligência, abandono e autonegligência, que ocorrem geralmente intradomiciliar. Objetivo: conhecer a realidade da violência percebida e autorreferida pelos idosos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. Método: Estudo transversal, descritivo. Amostra de 23.815 idosos, extraída do banco de dados da PNS-2013, inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil, selecionada com a pergunta: Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão. Trabalhou-se com as variáveis sexo, raça, saber ler e escrever, estado civil, agressor, local da agressão e tipo de agressão. Os dados foram agrupados e analisados por meio do pacote estatístico SPSS 20.0, utilizando-se média, desvio padrão (DP), proporção. Aspectos éticos preservados. Resultados: Foram autorreferidas 392 agressões causadas 44,4% por agressor conhecido e 55,6% por agressor desconhecido. Idade média dos idosos de 69,7, sendo 56,9% do sexo feminino, da raça branca, 56,6% não são casados e 55,9% vivem sozinhos. A agressão ocorreu 47,4% na residência, 60,2% tratava de violência psicológica. Conclusão: Houve baixa referência de ocorrência de violências/agressões contra os idosos, possivelmente decorrente do silêncio, do medo e da vergonha. Este estudo reforça o perfil epidemiológico das violências contra idosos no Brasil. Destaca como violência mais prevalente a psicológica. Aponta para a necessidade de se falar mais sobre violência, fortalecer a assistência na Atenção Primária à Saúde à pessoa idosa e para intensificação a notificação de maus tratos, confirmados ou suspeitos, contra o idoso, como forma de proteção e retribuição social.

Palavras chave: Idoso, Violência, Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, como fenômeno natural e irreversível, é um grande desafio à Saúde Pública, haja vista que o idoso é parte do contingente populacional que aumenta a cada dia. O Ministério da Saúde o define como a mudança na estrutura etária da população, e considera pessoa idosa aquela que tem 60 anos ou mais de idade, denominados em “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), este último constituindo-se o que mais cresce nos últimos tempos, representando mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2010a). E o Brasil tem, pois, apresentado um crescimento acelerado na população de idosos e apresentará, segundo projeção estatística para 2025, 46 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos (ANDREZZA et al., 2012).

Acompanhando esse crescimento, também cresce o registro de eventos violentos contra esse segmento populacional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é violência o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando, ou que tenha possibilidade de resultar em lesão, em morte, em danos psicológicos, em deficiência de desenvolvimento ou em privação. Quando classificadas, as violências podem ser enquadradas como: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, negligência, abandono e autonegligência (KRUG et al., 2002). Para Abath et al. (2013), ela é um fenômeno muito complexo, pois está vinculada às relações de classe e de gênero, determinadas por aspectos sociais, econômicos e culturais.

A incidência da violência contra o idoso, no mundo, apresenta um aumento significativo. Em revisão sistemática realizada por Cooper, Selwood e Livingston (2008) demonstrou-se que essa prevalência variou, em média, entre 3,2% e 27,5%. No Brasil, os dados sobre violência são historicamente escassos, não estão integrados e apresentam alto nível de complexidade para se sistematizar e as principais fontes oficiais de informações sobre tais dados são da Secretaria de Segurança Pública - boletins de ocorrência e laudos de exames de corpo de delito; das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - fichas preenchidas na atenção hospitalar e ambulatorial (SANTANA et al., 2016). Realidade que também se traduz nos estudos, nos quais é perceptível a preocupação pela pouca investigação sobre a violência contra idosos, apesar deste grupo, juntamente com os adolescentes, serem os que mais demandam atenção das instituições responsáveis pela prevenção da violência. Bona, Lourenço e Brum (2011) corroboram afirmando que idosos e adolescentes são os mais afetados pela mortalidade, quando se adota a classificação de mortes por causas externas.

Ademais, destaca-se que o idoso, por sua dependência física, psicológica ou financeira, divide seu espaço domiciliar com algum conhecido, fazendo com que a violência, geralmente, ocorra dentro de casa por um agressor conhecido. Esse tipo de violência é classificado em dois tipos: como a doméstica - que não se limita apenas à família, mas a todas as pessoas que convivem no mesmo espaço doméstico que o idoso, vinculadas ou não por laços de parentesco - e violência familiar - aquela praticada por filhos, netos, bisnetos, cônjuges ou companheiros, sobrinhos, afilhados dentre outras pessoas que possuem ligação familiar com ele. Essa última, considerada a violência mais preocupante, e a mais difícil de ser controlada, pois se relaciona aos vínculos afetivos e de convivência diária (OLIVEIRA et al, 2012). A violência no contexto das famílias ocorre em relações hierárquicas e intergeracionais, usualmente como forma de se relacionar, resolver conflitos ou educar (BRASIL, 2010b).

O idoso - vítima de violência - pode se sentir permanentemente ameaçado, e, por desconhecer os serviços de assistência e proteção contra a violência, não sabe ou tem medo de pedir ajuda, por isso hesita em denunciar seus agressores (OLIVEIRA et al, 2012).

Considerando a violência contra o idoso, por toda a complexidade que a rodeia, como um grave problema de saúde pública, sua baixa visibilidade e a necessidade de se falar mais sobre ela, e disseminar a informação, justifica-se a construção deste estudo, através do qual se buscou conhecer a realidade da violência percebida e autorreferida pelos idosos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, bem como identificar o tipo de agressão mais aplicada contra o idoso no cenário nacional.

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com uma amostra extraída do banco de dados da PNS-2013, inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil. O critério utilizado para selecionar a amostra de idosos foi o indivíduo que tinha 60 anos ou mais. Esse critério tem respaldo na idade definida pelo Ministério da Saúde para considerar idosos no Brasil (BRASIL, 2010a). Para a seleção dos casos, utilizou-se a seguinte pergunta: “Nos últimos 12 meses, o (a) Sr (a) sofreu alguma violência ou agressão?” Por esse critério a amostra ficou definida em 23.815 sujeitos, representando 11,59% da PNS.

Trabalhou-se com as variáveis sexo, raça, dicotomizada em branca e não branca (preta, parda, amarela, indígena), saber ler e escrever, estado civil, dicotomizado em casado e não casado (solteiro, separado, desquitado, divorciado, viúvo), agressor conhecido filho (a), irmão (ã) cônjuge, parceiro(a), amigo(a), vizinho(a) e desconhecido (bandido, agente legal, outro), local da agressão e tipo de agressão.

Os dados foram agrupados e analisados por meio do pacote estatístico SPSS 20.0, utilizando-se média, desvio padrão (DP) e proporção. Aspectos éticos se destacam na preservação dos dados da PNS, uma vez que a mesma foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, sob o Parecer no 328.159, de 26 de junho de 2013.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra da pesquisa encontra-se na Tabela 1. Ela foi composta de idosos com idade média de 69,77 (DP 8,08), com maioria feminina, de cor/raça não branca, pontuando na raça negra 52,2%, com baixa escolaridade, onde 22,6% não sabem ler e escrever e 35,8% possuem até oito anos de estudo. A maioria declarou-se casada, mas vive sozinha. Destaca-se ainda que a raça negra (cor preta e parda) pode ter valores mais prevalentes, pois a miscigenação no Brasil é muito grande e a variável cor é autorreferida, e pode não representar efetivamente as características necessárias à classificação, e sim como o indivíduo se reconhece. Segundo Santos et al. (2010), a cor não define a ancestralidade, pois raça refere-se ao âmbito biológico, para identificar categorias humanas a partir de características socialmente definidas.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos que compuseram a amostra, segundo a ocorrência de violência PNS2013.

Variável		Sofreu Violência				n
		Sim	%	Não	%	
Sexo	Masculino	169	1,6	10.372	98,4	10.541
	Feminino	223	1,7	13.051	98,3	13.274
Raça	Branca	202	1,8	10.819	98,2	11.017
	Não Branca	190	1,5	12.604	98,5	12.798
Sabe ler e escrever	Sim	246	1,4	17.739	98,6	17.985
	Não	146	2,5	5.684	97,5	5.830
Frequenta escola	Sim	8	1,9	419	98,1	427
	Não	384	1,6	23.004	98,4	23.388
Estado Civil	Casado	170	1,4	12.046	98,6	12.216
	Não casado	222	1,9	11.377	98,1	11.599
Como Vive	Sozinho	219	1,6	13.224	98,4	13.443
	Acompanhado	173	1,7	10.199	98,3	10.372

Fonte: PNS 2013

Percebe-se que há uma baixa referência de ocorrência de violências/agressões contra a pessoa idosa. Todavia nos cabe questionar se realmente é baixa ocorrência, ou ela é o resultado do silêncio decorrente do medo, da opressão, ou da falta de conhecimento do real significado da violência. Maziara et al. (2015) corroboram com esse questionamento quando afirmam que um dos fatores para a omissão da violência é a relação afetiva ou de dependência entre o idoso e seu agressor. Tal estudo aponta uma prevalência de 1,6%, menor que a mundial, que Silva e Dias (2016) apontam como sendo de 5% a 10%, com variações percentuais de acordo com o país e o tipo de agressão. Todavia, é importante destacar que como dados autorreferidos, muitas informações podem ter sido omitidas. Machado et al. (2014) destacam que os idosos são vulneráveis à violência intradomiciliar, principalmente por suas limitações físicas, emocionais e cognitivas inerentes ao processo de envelhecimento.

A maioria da amostra deste estudo, os que se declararam vítimas de violência, eram brancas, mulheres, de baixa escolaridade, não eram casadas e viviam sozinhas. Essas características corroboram com os resultados do estudo de Pinto et al. (2013) e Crippa et al (2016). Mascarenhas et al. (2012), também, apontam a mulher, principalmente a negra e de baixa escolaridade como vítima mais prevalente das agressões. Já Oliveira et al. (2012) encontraram uma amostra caracterizada na maioria por homens, cuja violência foi sofrida por idosos casados.

Contrariando este e outros estudos, Moraes et al (2008) evidenciaram que as violências mais graves ocorreram em idosos com escolaridade mais alta, mas essa condição pode ser justificada pelo silêncio gerado pelo medo, naqueles com baixa escolaridade que mantêm maior dependência financeira e de cuidados no dia a dia, de perder sua única fonte de cuidados e de afetos.

A caracterização do evento violência autorreferida encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da violência autorreferida, segundo o tipo de agressor, PNS 2013.

Variável		n	%
Agressor	Conhecido	174	44,4
Local	Desconhecido	218	55,6
	Residência	186	47,4
	Via Pública	141	36,0
	Trabalho	26	6,6
	Outros*	39	10,0
Tipo	Força Física	117	29,8
	Psicológica	236	60,2
	Sexual	1	0,3
	Outras+	38	9,7

Fonte: PNS, 2013; *Outros (Bar; Banco/Caixa eletrônico); + Outras (lançamento de objetos, objetos perfuro cortantes, contundentes, arma de fogo)

Percebe-se que a maioria dos agressores eram desconhecidos (56,6%) e que a violência/agressão ocorreu na residência (47,4%) do idoso. Vale destacar que, quando a violência ocorria na residência dos idosos, apenas 33,9% dos casos eram ocasionados por pessoa desconhecida. Os agressores desconhecidos normalmente são responsáveis pelas agressões em vias e ambientes públicos. Sendo assim, este estudo reforça o fato de que, na maioria das vezes, a agressão contra idosos ocorre por pessoas do seu convívio cotidiano, fazendo com que as violências se repitam com frequência, na ordem de mais de cinco vezes no percurso de um ano, em 34,5% dos idosos.

O fato descrito acima reforça outros estudos em que a vítima convive com o agressor em várias relações de dependência, física, financeira e/ou emocional, das quais a financeira pode ser tanto do idoso como do agressor, este último representado como pessoa muito próxima e conhecida, podendo ser filho, cônjuge, neto ou outros (SILVA; DIAS, 2016; MIZIARA et al, 2015; MACHADO et al., 2014). Essa realidade pode levar o idoso a descrever o agressor como desconhecido, como forma de proteger o seu cuidador e evitar expor a sua própria condição de vulnerabilidade.

Tal condição faz com que as violências ocorram dentro do próprio domicílio, caracterizando violência domiciliar, tendo como fatores determinantes o uso de álcool e droga, proximidade física por diminuição do espaço domiciliar, dependência financeira e relacionamento permeado por violência (SILVA; DIAS, 2016; MACHADO et al. 2014). Para Abath et al (2012) e Moraes, Apratto Junior e Reichenheim (2008), a dificuldade de se comparar a prevalência da violência doméstica contra a pessoa idosa decorrente das diversas definições adotadas, características da amostra e métodos utilizados nos estudos. Ademais, a violência doméstica normalmente é velada e a investigação, melhor forma de visibilizá-la, ao ser feita por meio da análise dos laudos médico-legais permite evidenciar a complexidade do fenômeno, que extrapola as relações de classe e de gênero, determinada historicamente por aspectos sociais, econômicos e

culturais, pois as famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a ser violentas (ABATH et al., 2012).

O tipo de agressão mais prevalente foi a psicológica (60,2%), seguida da física. Dos idosos que foram vítimas de agressão física, 16,7% fizeram referência a lesão corporal como resultado. E este estudo reforça os resultados de Oliveira et al (2012) onde a violência psicológica foi a mais frequente e contraria os resultados dos estudos de Miziara et al. (2015) e de Mascarenhas et al. (2012) em que a maior ocorrência foram as agressões físicas, que são exatamente as mais notificadas. Pinto et al. (2013) encontraram as negligências e abandono como as violências mais referidas, estando a psicológica como a menos referida. A violência psicológica, na qual o emocional é mais agredido, ocorre frequentemente contra as mulheres, e que, por não gerar lesões visíveis, muitas das vezes passam despercebidas e não são entendidas pelas vítimas como agressão. Destaca-se ainda que, ela geralmente é identificada como violência verbal, que segundo Silva e Dias (2016) está implícita nas demais formas de violência, apesar de não ser citada. No âmbito familiar, o membro mais vulnerável à violência física e psicológica é a mulher (MACHADO et al., 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem como fragilidade o fato de não podermos estimar a prevalência da violência em idosos, uma vez que a ocorrência da agressão foi autorreferida, e, na maioria das vezes, as vítimas têm medo, vergonha ou desconhecimento para se expressar.

Mesmo diante da fragilidade apontada, este estudo reforça o perfil epidemiológico das violências contra idosos no Brasil, cuja ocorrência é maior em mulheres idosas, dependentes, de baixa escolaridade, que tem no seu agressor a pessoa de seu convívio mais íntimo. Evidencia-se a violência psicológica como mais prevalente, mostrando que os idosos estão tomando conhecimento de que a agressão vai além do físico. Porém, nota-se ainda o silêncio para expor a violência, possivelmente decorrente do medo, da represália e do próprio estado de dependência e fragilidade próprio do processo de envelhecimento, que rouba sua autonomia e faz crescer o medo de ser abandonado.

Este estudo, pois, apresenta-se como ferramenta importante para disseminar conhecimentos, além de apontar para a necessidade de ser falar mais sobre violência, fortalecer a assistência à pessoa idosa, sensibilizar a equipe de saúde para ver além do visível, intensificar a notificação de maus-tratos, confirmados ou suspeitos, contra o idoso, como forma de proteger o idoso e retribuir socialmente aquilo que lhe é de direito: qualidade de vida e proteção.

REFERÊNCIAS

- [1] ABATH, M.B.; LEAL, M.C.C.; MELO FILHO, D.A. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v. 15, n. 2, p: 305-314, abril-junho, 2012.
- [2] ANDREZZA, M. D.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.O.P.; ESKINAZI, F.M.V.; DUQUE, A.M. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2199-208, 2012.
- [3] BHONA, F.M.C; LOURENÇO, L.M.; BRUM, C.R.S. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, v.63, n.1, p: 87-100, 2011.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- [5] _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento - Série B. Textos Básicos de Saúde-Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília, v. 12, 2010a.
- [6] COOPER, C.; SELWOOD, A.; LIVINGSTON, G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. v.37, n.2, p. 151-60, 2008.
- [7] CRIPPA, A.; ROHDE, K.L.C.; SCHWANKE, C.H.A. FEIJÓ, A.V.S. Violência contra pessoa idosa a partir da análise de boletins de ocorrência. *Sistema Penal & Violência*. Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 220-30, julho-dezembro. 2016.
- [8] IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

- [9] _____. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. [citado 2015 mar 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>
- [10] KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [11] MACHADO, J.C; RODRIGUES, V.P.; VILELA, A.B.A.; SIMÕES, A.V.; MORAIS, R.L.G.L.; ROCHA, E.M. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.828-840, 2014.
- [12] MASCARENHAS, M.D.M; ANDRADE, S.S.C.A.; NEVES, A.C.M.; PEDROSA, A.M.G.; SILVA, M.M.A; MALTA, D.C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva. v.17, n. 9, p. 2331- 41, 2012.
- [13] MORAES, C.L.; APRATTO JÚNIOR PC, REICHENHEIM ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. v.24, n.10, p. 2289-300, 2008.
- [14] MIZIARA, C.S.M.G.; BRAGA, M.V.; CARVALHO, F.I.; TEIXEIRA, T.V.; MIZIARA, I.D.; MUÑOZ, D.R. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. Saúde, Ética & Justiça. v.20, n.1, p. 1-8, 2015.
- [15] OLIVEIRA, M. L. C.; GOMES, A.C.G.; AMARAL, C.P.M.; SANTOS, L.B. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.15, n.3, p. 555-566. Rio de Janeiro, 2012.
- [16] PINTO, F.R.F.N.; BARHAM, E.J.; ALBUQUERQUE, P.P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estudos e pesquisas em psicologia. v. 3, n.13, p. 1159-81, July/Sept. 2013.
- [17] SANTANA I.O.; VASCONCELOS, D.C.; COUTINHO, M.P.L. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, v.68, n.1, p. 126-39, 2016.
- [18] SANTOS D.J.S., PALOMARES, N.B.; NORMANDO D.; QUINTÃO, C.C.A. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. Dental Press J Orthod. v.15, n.3, p. 121-4. may-june, 2010.
- [19] SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência Doméstica contra Idosos: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. Psicologia: Ciência e Profissão. v. 36, n.3, p. 637-652, July/Sept. 2016.

Capítulo 4

Perfil dos casos de violência provocados por cuidadores no Brasil

José Augusto de Sousa Rodrigues

Luiz Henrique da Silva

Mary Luce Melquiades Meira

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Resumo: A violência ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, afetando as pessoas de forma drástica, podendo causar tanto problemas físicos como psicológicos. As pessoas dependentes de cuidados sofrem diariamente por meio da violência, sendo ela praticada de várias formas por agressores que podem ser próprios constituintes da família, até pessoas de fora do lar. O presente estudo objetivou avaliar o perfil dos casos de violência provocados por cuidadores no Brasil entre os anos de 2011 a 2015. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de base secundária e de natureza quantitativa, realizado no mês de setembro de 2017. Os dados foram coletados no Sistema Nacional de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN). As variáveis selecionadas foram: faixa etária, local de ocorrência, sexo, região de notificação e evolução do caso. Constatou-se um total de 617.704 casos de violência no Brasil, no período de 2011 a 2015, sendo que 3.416 foram confirmados como violência causada por cuidadores, tendo uma prevalência maior de casos em crianças de um a nove anos e em pessoas maiores de 60 anos e do sexo feminino. Pode-se concluir que muitos casos de agressão se dão por meio de abandono ou por negligência de cuidados necessários a essas pessoas que estão totalmente dependentes, mostrando a importância dos profissionais da rede de atenção básica na realização de ações que possam identificar situações de violência domiciliar a pacientes que não tenham condições de visitar a unidade básica em busca de atendimento.

Palavras-chave: Violência, Cuidadores, Agressão.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um grave problema de saúde pública, que possui íntima relação com a conjuntura social e política, afetando drasticamente a saúde das pessoas. Este agravo não surgiu inerente à medicina, na verdade, trata-se de uma questão impregnada nas transformações da sociedade, podendo gerar consequências como lesões, traumas físicos, além dos agravos psicológicos (MARTINS; LEMOS; FERREIRA, 2017).

O custo humano e o sofrimento ocasionados pela violência são incalculáveis, sendo os danos tanto visíveis como invisíveis perante a sociedade, nos lares, ambientes de trabalho e organizações de saúde cujo objetivo principal é amor ao próximo, sendo em suma, pessoas jovens ou idosas que não podem se proteger de atos violentos, além de serem forçadas a manter o sigilo por meio de ameaças (OMS, 2002).

De acordo com os dados presentes no Atlas de violência constituído por Cerqueira et al., (2016), revela-se um cenário cada vez mais sombrio sobre a violência em termos nacionais. Somente no ano de 2014, ocorreram 59.627 casos de homicídios no Brasil, número que diferencia de todas as proporções em anos anteriores: de 2004 a 2007 foram de 48 mil a 50 mil homicídios e entre 2008 a 2011 cerca de 50 a 53 mil óbitos.

A violência interpessoal de modo geral, pode ocorrer tanto no âmbito familiar como fora dele. Na família, sofrem atos violentos, principalmente crianças e idosos, além de atos entre os parceiros íntimos (TORREZAN, 2017). Ademais, as crianças, por estarem no início da vida e idosos, com experiências e efeitos da senescência e pelo fato de ambos apresentam maiores riscos para não realização do autocuidado, necessitando assim de pessoas que auxiliem nesse processo, que são os cuidadores, indivíduos que passam a ter responsabilidade por realizar os cuidados eficazes no âmbito familiar, facilitando assim o intercâmbio entre família e serviços de saúde.

A atuação do cuidador é de vital importância, uma vez que podem observar riscos iminentes à saúde do paciente e intervir sobre tais problemas. Um fato interessante é que geralmente, o cuidador é uma pessoa da própria família, que sem nenhuma capacitação se vê na necessidade de ajudar, mesmo não sendo instigado com a devida preparação (ALMUTAIRI et al, 2016).

Todavia, há a necessidade da implementação da padronização em relação ao método de notificação compulsória da violência e reforçar a obrigação dos profissionais de saúde quanto a tal. Assim, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 104 no ano de 2011, que acrescentou a violência na lista de doenças, agravos e eventos em saúde correspondente a notificação compulsória em todo contexto nacional (BRASIL, 2011).

Através do preenchimento da ficha de notificação é possível compreender o real cenário da violência quanto aos envolvidos no ato, desde vítima a agressor e outras características (BRASIL, 2011).

Diante disso, o presente estudo justifica-se pelo fato do crescente aumento de cuidadores no Brasil que passam a exercer o papel de agressores, consequentemente afetando a qualidade de vida das pessoas dependentes de tais cuidados, por meio, principalmente de variados tipos de violência visível e invisível. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil dos casos de violência provocados por cuidadores no Brasil entre os anos de 2011 a 2015.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de base secundária, visto que a finalidade foi determinar a distribuição de condições associadas à saúde, tendo como base o tempo, lugar e características das pessoas vítimas da violência por cuidadores, onde foram utilizados dados pré-existentes para condução do estudo (LIMA; BARRETO, 2003), e de natureza quantitativa, uma vez que a partir dos dados obtidos e analisados, originaram-se números, sendo o estudo caracterizado por um meio quantificável (PRADRANOV; FREITAS, 2013), realizado no mês de setembro de 2017.

Os dados foram coletados no Sistema Nacional de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN) entre o período de 2011 a 2015. As variáveis utilizadas para a busca foram as que constavam na ficha de notificação do SINAN: faixa etária, local de ocorrência, sexo, região de notificação e evolução do caso. Para tratamento dos dados, os mesmos foram tabulados no Microsoft Excel 2010 e posteriormente utilizou-se de estatística descritiva.

A discussão dos resultados foi realizada com base na literatura científica pertinente à temática.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contatou-se um total de 3.416 casos de violência perpetrados por cuidadores, como mostram as tabelas a seguir.

A Tabela 1 apresenta os dados referentes à faixa etária da população vítima de violência causada por cuidadores.

Tabela 1: Distribuição dos casos de violência perpetrada por cuidadores de acordo com a faixa etária, 2017.

Faixa etária	n	%
Ign/ Branco	2	0,05
< 1 ano	248	7
1 a 9 anos	1.222	35,7
10 a 19	449	13
20 a 29	121	3,5
30 a 39	103	3,3
40 a 49	95	3,0
50 a 59	87	2,5
60 ou +	1085	32,0
Total	3416	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site 2017.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>, Acesso em: 14 set.2017.

Observa-se que o público mais acometido por violência causada por cuidadores foram as crianças de 1 a 9 anos 35,7% e os idosos com mais de 60 anos 32 %, isso se deve ao fato de ser uma questão que está presente desde a antiguidade onde as crianças eram vítimas de desprezo por parte dos pais e da sociedade em geral. As crianças e os idosos apresentam-se como grupos mais dependentes de cuidados, pois os mesmos estão em fases extremas do desenvolvimento humano, e dessa forma apresentam maior vulnerabilidade diante dos agressores, sendo estes da família ou não (GOMES; FONSECA, 2005).

Geralmente, os cuidadores justificam suas atitudes como uma forma de reprimir comportamentos inadequados da pessoa a quem prestam cuidados, como por exemplo, a desobediência das crianças, o descontrole emocional ou por achar que o gesto de bater na criança ajuda a educá-la (CORDEIRO et al., 2008).

No que diz respeito a violência contra a pessoa idosa, Pinto, Baham e Albuquerque (2013), apontam que esse público muitas vezes sofre agressão por parte dos próprios familiares, pois a maioria deles residem com filhos ou outros parentes sendo dependentes de seus cuidados. Dessa forma, a violência contra os idosos caracterizada pela precariedade e negligência de cuidados a essas pessoas ou agressões físicas, psicológicas e sexuais.

A Tabela 2 relaciona os casos encontrados de acordo com o sexo das vítimas.

Tabela 2: Distribuição dos casos de violência perpetrada por cuidadores de acordo com a sexo da vítima, 2017.

Sexo	N	%
Masculino	1376	40,3
Feminino	2040	59,7
Total	3416	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site 2017.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>, Acesso em: 14 set.2017.

Como observado, o sexo feminino sofreu mais por agressões de cuidadores, ressaltando-se mais ainda a afirmativa de Balduino, Zandonadi, Oliveira (2017), em relação à violência contra as mulheres por meio de pesquisa bibliográfica, retratou que tal violência tornou-se um aspecto cultural em nossa sociedade. Sendo

assim o cuidador que possui total liberdade sob a condição de saúde da mulher, faz com que sejam produzidos momentos de sofrimento e angústia, principalmente em situações distantes da presença da família.

No cotidiano, a mídia explicita todos os dias notícias e dados sobre a violência contra a mulher, assunto que permeia as cidades, o país e o mundo constantemente. Sabe-se que a violência contra a mulher, assim como agressões contra crianças e outras classes estão presentes na humanidade desde a antiguidade. Por outro lado, os sinais que permanecem no corpo dessas mulheres causam conflito em seu interior por toda a vida (TELES; MELO, 2017), as agressões e atos violentos podem ter ido embora, mas as marcas sobre a pele e, principalmente, sob a mente continuam por tempo indeterminado.

Este contexto corrobora com o estudo de Rodrigues, Rodrigues e Ferreira (2017), onde se demonstrou que mulheres em todo o mundo são vítimas da violência, sendo que muitos esforços estão sendo realizados para mudar esse cenário, porém com baixa eficácia. Como consequência, podem surgir inúmeras patologias associadas a violência sofrida por essas mulheres como argumentam Lettiere e Nakano (2011), em um estudo, em que as mulheres sofrem variadas formas sintomáticas e transtornos em decorrência da violência, como: doenças cardiovasculares, dores agudas ou crônicas musculares, desregulação do ciclo menstrual, em decorrência do acometimento do sistema endócrino, depressão, ansiedade, além de possível assassinato.

Desse modo, ressaltam-se as reflexões dispostas na obra “*A Dominação Masculina*” do sociólogo Pierre Bourdieu datada no ano 2012, sobre violência simbólica, cuja mesma é efetuada principalmente por meios de comunicação e do conhecimento, ou por assim dizer do desconhecimento, podendo ainda ser exercida em última hipótese através do sentimento. A violência simbólica é conhecida tanto pelo dominador quanto pelo dominado, onde os principais aspectos simbolicamente estão atrelados às propriedades corporais.

A Tabela 3 demonstra os principais locais onde ocorreram os casos de agressão por parte dos cuidadores.

Tabela 3: Distribuição dos casos de acordo com o local de ocorrência, 2017.

Local de ocorrência	n	%
Residência	2361	69,2
Escola	185	5,3
Via pública	163	4,7
Habitação coletiva	120	3,5
Comercio/serviços	31	1,0
Bar ou similar	17	0,7
Local de prática esportiva	6	0,3
Indústria/ construção	2	0,05
Outros	337	9,8
Ignorado	126	3,5
Branco	68	2,0
Total	3416	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site 2017.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>> , Acesso em: 14 set.2017.

Pode-se observar que o principal local onde as agressões ocorreram foi na residência (69,2%) das vítimas, sendo assim podemos inferir que os principais agressores são familiares ou pessoas que convivem na mesma residência da vítima, bem como pessoas próximas. Tal dado condiz com o estudo realizado na cidade de Curitiba, onde foi observado que os principais agressores são filhos de idosos financeiramente dependentes dos mesmos, pais, companheiros ou qualquer indivíduo que mantenha certa relação de poder entre o agredido no meio intrafamiliar. Diferente daqueles em que a ocorrência aconteceu em indústrias, com índice bem baixo fazendo essa comparação (SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011).

A Tabela 4 demonstra os dados colhidos relacionando-os de acordo com a região de ocorrência

Tabela 4: Distribuição dos casos de acordo com a região de notificação, 2017.

Região do país	n	%
Sudeste	1146	33,5
Sul	998	29,3
Centro-Oeste	654	19,2
Nordeste	460	13,4
Norte	158	4,6
Total	3416	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site 2017.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>, Acesso em: 14 set.2017

Os dados supracitados diferem de outros estudos como o realizado com o intuito de avaliar o custo por meio do PIB nacional em decorrência da violência, Capriolo, Jaitman e Mello (2017) explicitam que o Sudeste atualmente não é a mais violenta do país, alguns anos atrás o número exorbitante de homicídios entrou em decadência, assim como na região Sul.

A concentração de riquezas e mão-de-obra se dá de maneira heterogênea entre as regiões brasileiras, características que convergem com a desigualdade de direitos de acordo com contexto histórico da sociedade (ADORNO et al., 2002). Em seu estudo, Almeida (2010) retrata que a violência acompanha o caminhar da humanidade e suas transformações, tais transformações que concebem novos “circuitos biológicos, psicológicos e sociais”. Mas sempre houve a presença de circuitos primitivo, que ocasionam desordens tanto humanas como naturais. Desse modo percebe-se que a violência sempre esteve impregnada nas próprias pessoas da sociedade, tendo como resultado desordens externas e internas que geram problemas de saúde.

Em contexto nacional a violência nas grandes cidades, principalmente capitais vem tomando grandes proporções nas últimas décadas, com acréscimo das mudanças econômicas e crescente globalização, aspectos que se tornam um alicerce para o desenvolvimento de transformações no leito da sociedade, que se manifestam no mercado de trabalho, com o aumento do desemprego, que por sua vez faz surgirem novos meios para se adquirir dinheiro, desse modo ocorre a deficiência quanto a capacitação de cuidadores, mesmo estes presentes em grandes capitais ou regiões capitalistas, como o Sudeste. O trabalho informal acaba se tornando rotina, assim como os maus tratos desencadeados às pessoas dependentes de cuidados (MATTOS, 2013).

A Tabela 5 traz a evolução dos casos notificados.

Tabela 5: Distribuição dos casos de acordo com a evolução do caso. 2017

Evolução	n	%
Alta	2397	70,2
Evasão/fuga	66	1,9
Óbito por violência	31	1,0
Óbito por outras causas	44	1,3
Ignorado	595	17,3
Em Branco	283	8,3
Total	3416	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site 2017.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>, Acesso em: 14 set.2017

Os custos da violência para o sistema de saúde são grandiosos, atualmente existe a deficiência quanto aos dados mais recentes, mas sabe-se que o Brasil ultrapassa cerca de 200 bilhões para suprir as consequências da violência por ano, cerca de 5% de toda riqueza do país (SCHILLING, 2014).

No presente estudo houve prevalência de alta em relação às agressões sofridas, o que demonstra que a violência pode cessar, por enquanto, pois geralmente quando são notificados já não é a primeira agressão da vítima. Ainda é um desafio para a saúde pública e para a justiça nacional, principalmente, no que tange as mulheres, que enfrentam diariamente uma batalha contra vários tipos de violência, que por sinal foi preciso o surgimento de uma lei para tentar auxiliar na interrupção de tais ações, que sem dúvida é uma conquista para as mulheres (SANTOS, 2017).

Em relação aos óbitos por violência no Brasil, ocorrem quando o agressor ultrapassa os limites sendo seus atos não suportados pela vítima. No presente estudo, o agressor analisado é o cuidador, fato que se torna mais sombrio, pois geralmente as agressões ocorrem no leito da família, onde deveria ser um ambiente harmônico e feliz. Mascarenhas et al (2016), analisou os perfis das pessoas que são agredidos no ambiente domiciliar no Brasil, ressaltando justamente a evolução para o óbito: crianças (0,5%), adolescentes (1,2%), pessoas adultas (1,5%) e pessoas idosas (2,9%).

Além destes dados, vale destacar aqueles casos de ocorrência que foram ignorados e brancos, porque assim como os autores supracitados já afirmam, ainda existe a ameaça do medo, constrangimento e repreensão por parte do cuidador, uma vez que muitas vezes são eles mesmos os agressores. E isso faz com que os dados não sejam fiéis à realidade e prejudiquem as informações.

4 CONCLUSÃO

As pessoas mais agredidas pelos cuidadores no Brasil foram os idosos do sexo feminino e crianças de um a nove anos, as agressões ocorreram principalmente no âmbito intradomiciliar, o que leva a entender que essas pessoas se encontram em maior dependência dos cuidadores, dificultando mais ainda a descoberta desses casos, isso aponta para a necessidade de que se tenha uma maior busca ativa por parte dos profissionais de saúde, para que se tenha o conhecimento das necessidades desse público.

Vale ressaltar que há uma grande quantidade de subnotificação dos casos de violência, isto ocorre porque pessoa agredida sentir-se ameaçada pelo agressor e tem medo de represálias caso seja denunciado, com isso decidem omitir a informação. Há também a deficiência de informações sobre como essas pessoas devem agir diante dessas situações de violência e até o desconhecimento do que realmente se caracteriza a violência.

Dessa forma, é possível perceber que a equipe da Estratégia de Saúde da Família deve estar preparada para lidar com os casos de violência que adentram na Atenção Básica, oferecendo subsídios para o enfrentamento principalmente dos danos psicológicos que a violência provoca no indivíduo, mostrando-se de vital importância para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e levando esses casos ao conhecimento dos órgãos responsáveis pela punição dos agressores.

Frente aos achados, pode-se sugerir que os profissionais tenham maior atenção diante de casos suspeitos de agressão, devendo realizar visitas domiciliares rotineiramente para que se possa observar qual a realidade vivida pela pessoa dependente de cuidadores, a qualidade dos cuidados oferecidos a essas pessoas e quais as necessidades da mesma. É importante também que esse paciente seja acolhido na unidade pelos profissionais, realizando uma escuta ativa fora do ambiente domiciliar, para que o mesmo possa se sentir a vontade para conversar com o profissional de saúde sem sofrer qualquer tipo influência por parte do cuidador.

Vale ressaltar que os profissionais da unidade básica também podem elaborar estratégias, com o intuito de promover atividades de educação em saúde voltadas para os cuidadores, visando uma melhoria dos seus conhecimentos e preparando-os para que tenham competência adequada para prestação de cuidados aos pacientes que são assistidos por eles.

REFERÊNCIAS

- [1] ADORNO S. et al. Exclusão socioeconômica e violência urbana. Sociologias, v. 4, n. 8, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n8/n8a05>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- [2] ALMEIDA M. G. B. A violência na sociedade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>> Acesso em: 16 set. 2017.
- [3] ALMUTAIRI, K. M. et al. Assessment of Health-Related Quality of Life Among Caregivers of Patients with Cancer Diagnosis: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. New York: J Relig Health, 2016.

- [4] BALDUINO, R. C. P.; ZANDONADI, A. C.; OLIVEIRA, E. S. de. Violência doméstica: fatores implícitos na permanência em situação de sofrimento. *Revista FAROL*, v. 3, n. 3, p. 111-125, 2017. Disponível em: <<http://revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/39>>. Acesso em: 19 set. 2017.
- [5] BOURDIEU, P. A Dominação Masculina. 11º ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 set. 2017.
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, DF, 2011b. Diário Oficial da União. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 19 set. 2017.
- [8] CAPRIROLO, D.; JAITMAN, L.; MELLO, M. Custos de bem-estar do crime no Brasil: Um país de contrastes. Inter-American Development Bank, 2017. Disponível em: <<https://publications.iadb.org>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- [9] CORDEIRO E. D. C dos, et al. Motivações Da Violência Física Contra A Criança Sob A Ótica Do Cuidador Agressor. *Revista Mineira de Enfermagem*. v.12, n 1, p 79-85, 2008. Disponível em: <<http://reme.org.br>> : Acesso em 15 de setembro de 2017.
- [10] GOMES V. L. O, FONSECA A. D. Dimensões Da Violência Contra Crianças E Adolescentes, Apreendidas Do Discurso De Professoras E Cuidadoras. *Texto Contexto Enfermagem*. V. 14 edição especial. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org>: Acesso em 15 de setembro de 2017.
- [11] LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421966020.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- [12] LIMA, M. F. C.; BARRETO S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Saúde*. 12(4):189-201, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org>>. Acesso em: 19 set. 2017.
- [13] MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil-2014. *Revista Saúde em Foco*, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199/178>>. Acesso em: 16 set. 2017
- [14] MATTOS, R. F. S. da. Expansão urbana, segregação e violência: um estudo sobre a Região Metropolitana da Grande Vitória. EDUFES, 2013. Disponível em: < <http://edufes.ufes.br> >. Acesso em: 16 set. 2017.
- [15] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e saúde. Genebra, 2002.
- [16] PINTO F. N. F. R, BARHAM E. J, ALBUQUERQUE. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 13, n. 3, p. 1159-1181, 2013.
- [17] PRODRANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2º. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br>, Acesso em: 19 set. 2017.
- [18] RODRIGUES, W. F. G.; RODRIGUES, R. F. G.; FERREIRA, F. A. Violência contra a mulher dentro de um contexto biopsicosocial: um desafio para o profissional da enfermagem. *Revenferm UFPE online*, Recife, 11(4):1752-8, abr., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br> . Acesso em: 15 set. 2017.
- [19] SANTOS, M. C. et al. Violência Contra A Mulher No Brasil: Algumas Reflexões Sobre A Implementação Da Lei Maria Da Penha. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS*, v. 3, n. 3, p. 37, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/3625/2291>. Acesso em: 16 set. 2017.
- [20] SCHILLING, F. A sociedade da insegurança e a violência na escola. Summus Editorial, 2014. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 16 set. 2017.
- [21] SHIMBO A. Y, LABRONICI L. M, Mantovani MF. Reconhecimento Da Violência Intrafamiliar Contra Idosos Pela Equipe Da Estratégia Saúde Da Família. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 3, 2011.
- [22] TELES, M. A. A. de.; MELO, M. M. de. O que é violência contra a mulher. Brasiliense, 2017. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books>> Acesso em: 16 set. 2017.
- [23] TORREZAN, M. A. O. de. Violência contra idosos: um perfil das vítimas e dos agressores traçado a partir dos registros da delegacia de proteção à criança, adolescente, mulher e idoso da comarca de Tubarão/SC, no período de 2015 a 2017. Monografia (Graduação em Direito) - Universidade do Sul de Santa Catarina. Santa Catarina, 2017.

Capítulo 5

Perfil dos idosos vítimas de violência por negligência e/ou abandono no Brasil

Maria Joyce Tavares Alves

Gabrielle Mangueira Lacerda

Thaynara Maria Oliveira de Albuquerque

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Resumo: O alto índice de idosos negligenciados e/ou abandonados no Brasil é um assunto complexo, de difícil abordagem e controle, de modo que o profissional da atenção básica é por vezes visto como o vínculo mais próximo do idoso, ele acaba por desenvolver um papel que vai além da função assistencial, contribuindo na identificação dos casos. O objetivo deste estudo foi verificar o perfil dos idosos vítimas de negligência e/ou abandono no Brasil e compreender como os profissionais de saúde podem contribuir frente a este problema. Trata-se de um estudo descritivo, de base secundária e natureza quantitativa. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis de forma online pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra constituiu-se pelo quantitativo de idosos (60 anos ou mais) vítimas de negligência e/ou abandono nos anos de 2011 a 2015 no Brasil, onde foram utilizadas as variáveis: faixa etária; sexo; e autores dos atos violentos. Verificou-se que houve um percentual considerável de idosos negligenciados e/ou abandonados no Brasil entre 2011 e 2015, de modo que os filhos foram revelados como principais responsáveis por essa realidade, sendo as mulheres de 60 anos ou mais as principais acometidas por esse tipo de agressão. Essas questões sugerem uma discussão quanto à devida aplicabilidade das políticas públicas de saúde do idoso e destaca o papel dos profissionais de saúde na intervenção dos casos de idosos vítimas de negligência e/ou abandono.

Palavras- Chave: Atenção primária à saúde. Maus tratos ao idoso. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um grande desafio no âmbito da saúde pública, este fenômeno traz consigo uma série de situações que merecem atenção, como é o caso da violência, problemática bastante presente na realidade dos idosos brasileiros. Inclusive, em decorrência da importância relacionada a questões biopsicossociais, o que fundamenta investigações mais profundas que possibilitem a busca por soluções urgentes (CAMACHO; ALVES, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a violência contra o idoso pode ser considerada como sendo “ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento onde exista uma expectativa de confiança, que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017). Por se tratar de algo tão amplo, acaba se tornando um assunto complexo, de difícil abordagem e controle.

Aguiar et al. (2015) considera que a disseminação da violência demonstra a frequência dessa problemática. Explicando ainda que a violência contra o idoso pode ser desenvolvida por meio de violência física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono e/ou negligência e autonegligência. O que caracteriza a amplitude e complexidade da situação.

Desde o ano de 2011, por meio da Portaria MS/GM nº. 104/2011, a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional. A Lei nº. 12.461/2011 determina que os casos em que existam suspeitas ou confirmações da prática de violência contra idosos serão objeto de notificação compulsória à autoridade sanitária, tanto pelos serviços de saúde públicos, como pelos privados.

A violência é uma variável que faz parte da vida de alguns idosos brasileiros, assim, deve-se ressaltar que ela não ocorre apenas por meio de agressão física. A negligência, o abandono e os maus tratos deixam marcas tão profundas quanto às provocadas pelas agressões corporais, e pior, pois não costumam ser esquecidas (AGUIAR et al., 2015).

Rodrigues et al. (2017) acredita que esse tipo de agressão assim como os outros é considerado inaceitável e deve ser acompanhado de perto pela área da saúde, onde o profissional tem o papel de trabalhar não apenas na assistência prestada a esse idosos, mas contribuindo na identificação dos casos mediante seu contato com o indivíduo de maneira holística, podendo atuar junto a outras esferas, no combate à essas situações.

Os profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), em especial o enfermeiro, acabam por vezes sendo o vínculo mais próximo do idoso vítima de violência. Considerando isso, é preciso que os profissionais estejam atentos, realizando uma observação geral aprofundada, durante as visitas domiciliares ou mesmo em consultas na Unidade Básica de Saúde (UBS), focando na comunicação, no comportamento, gestos e expressões, visto que essa é uma oportunidade crucial para detectar tais casos (CAMACHO; ALVES, 2015).

Mesmo observando nitidamente a relevância em realizar estudos relacionados a esse assunto, eles têm sido escassos na literatura, devido a alguns fatores, como por exemplo, a dificuldade que o idoso sente em se expressar durante situações conflituosas, a pressão familiar e social que alguns sofrem em seu dia-a-dia, além da vulnerabilidade em decorrência de doenças senis e comorbidades relacionadas à própria idade (RODRIGUES et al., 2017). Essas questões são consideradas dificuldades que interferem na identificação e intervenção dos processos de negligência e/ou abandono.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é verificar o perfil dos idosos vítimas de negligência e/ou abandono no Brasil e compreender como os profissionais de saúde podem contribuir frente a isso.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de base secundária e natureza quantitativa, realizado em setembro de 2017.

Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas permitem ao pesquisador descrever as particularidades de determinada população ou fenômeno. E Figueiredo (2008) salienta que é possível por meio desse tipo de estudo, além de apresentar as características de determinada população ou fenômeno, firmar as relações entre eles.

Ribeiro (2008) explica que a pesquisa de natureza quantitativa atua à nível de realidade, pois os dados utilizados trazem a tona indicadores e tendências observáveis, que podem ser empregados para compreensão dos fenômenos utilizados para análise na pesquisa.

Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, disponíveis de forma online pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra constituiu-se pelo quantitativo de idosos (60 anos ou mais) vítimas de negligência e/ou abandono nos anos de 2011 a 2015 no Brasil.

Considerando as variáveis: faixa etária; sexo; e autores dos atos violentos, os dados utilizados foram tabulados no Excel 2010, analisados descritivamente em frequência absoluta e relativa, sendo posteriormente apresentados em forma de tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Negligência é um tipo de violência rotineiramente presente em idosos, que ocorre quando são omitidos cuidados básicos para o desenvolvimento humano, podendo ou não estar relacionado ao próprio abandono do idoso, em casos extremos (BRASIL, 2011).

Os resultados obtidos na pesquisa, nos permitiram evidenciar que em uma estimativa geral de violência por abandono e/ou negligência, milhares de pessoas foram vítimas desse tipo de agressão, sendo 12% desse índice, os idosos.

Os casos de negligência e/ou abandono de idosos no Brasil tem se mostrado um sério problema de saúde pública e passível, portanto, de notificação. Com base nisso, foram pesquisadas por meio do SINAN algumas variáveis capazes de estabelecer um perfil para os idosos vítimas desse tipo de agressão, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Idosos que sofreram violência por abandono e/ou negligência, segundo faixa etária e sexo, entre 2011 e 2015.

Variáveis	F	%
Faixa etária (anos)		
60 ou mais	8.957	12
Outros	65.377	88
Total	74.334	100
Sexo		
Feminino	5.343	59,6%
Masculino	3.614	40,4%
Total	8.957	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site. 2017.

Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 set. 2017.

Observou-se de acordo com as variáveis: faixa etária e sexo, um total de 8.957 idosos a partir de 60 anos que foram notificados como vítimas de negligência e/ou abandono entre os anos de 2011 e 2015, sendo a maioria 59,6% mulheres.

O gênero mais acometido nessa faixa etária foi o sexo feminino, nesse índice, explica-se que isso pode estar correlacionado ao elevado número de casos de violência contra a mulher. Mascarenhas et al. (2012) também identificou em seu estudo o maior índice de mulheres vítimas desse tipo de violência, justificando esse perfil devido ao sexo feminino ser considerado como o sexo frágil, principalmente quando as mulheres são acometidas por doenças psicológicas, neurodegenerativas, ou que as deixam com um alto grau de dependência.

Diante dos altos índices de idosos vítimas desse tipo de agressão, buscou-se investigar quem são os responsáveis por esses índices. Assim, os principais autores dos atos de violência encontram-se em destaque na tabela 2.

Tabela 2 - Idosos que sofreram violência por abandono e/ou negligência, segundo os autores dos atos de violência, entre 2011 e 2015.

Variável	F	%
Autores dos atos violentos		
Filho(a)	4715	52,6
Desconhecido	1401	15,6
Cuidador	856	9,6
Cônjuge	547	6,1
Irmão(a)	524	5,8
Autonegligência	450	5
Amigos/Conhecidos	252	2,8
Outros autores	212	2,4
Total	8.957	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Site. 2017.

Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 set. 2017.

A tabela acima evidencia que os filhos são os principais responsáveis pela negligência e/ou abandono sofrido pelos idosos durante a velhice, apresentando-se por meio do quantitativo de 52,6% dos casos. Isso pode estar relacionado à maior cobrança de comprometimento das relações familiares entre pais e filhos, o que por sua vez não justifica a negligência e/ou abandono do indivíduo, conforme disposto no dever jurídico da afetividade (BERTOLDO, 2017).

O alto índice de filhos como responsáveis por praticar essa violência contra os idosos, rompe todo o dever jurídico da afetividade que está implícito nas relações familiares, onde o comprometimento nessas relações pode afetar diretamente o desenvolvimento do indivíduo. É necessário ressaltar, que o rompimento desse dever jurídico da afetividade, só é justificada quando ocorre óbito ou perda do poder familiar (BERTOLDO, 2017).

Durante a pesquisa observou-se que 15,6% dos casos que são notificados não apresentam em categorias definidas os autores dos atos violentos.

O cuidador é o responsável por ofertar ações de cuidado a esse público, suprindo suas mais variadas necessidades, promovendo bem-estar e uma melhor qualidade de vida ao idoso (ARAÚJO et al., 2012). Foi visto no estudo que os idosos também estão passíveis a serem vítimas desse tipo de violências por parte de seus cuidadores, e isso compromete as relações entre o cuidador e os idosos, além de ocasionar certo receio na contratação desses profissionais, ao considerar essa evidência. O fator da sobrecarga de trabalho presente nessa profissão, justificada, por terem que lidar com idosos totalmente dependentes, provoca uma exaustão desses indivíduos, predispondo a violência (PAIVA; TAVARES, 2015).

Os idosos em muitos casos também são vítimas de violência por negligência e/ou abandono por parte de seus cônjuges, corroborando com Silva e Dias (2016), que afirma a predominância entre os vários perfis de agressores, o do cônjuge. Que por morar com o indivíduo e muitas vezes considera-lo dependente do mesmo para realizar as suas atividades do dia a dia, os deixam mais susceptíveis a esse tipo de violência, principalmente quando se trata das vítimas mulheres, que ainda aceitam e permitem a imposição do gênero, onde o homem é considerado o chefe da casa e a mulher deve obedecer-lo, propiciando uma dependência afetiva (PAIVA; TAVARES, 2015).

O rompimento do dever jurídico da afetividade, aplica-se também aos irmãos, que se fizeram presente nesse índice de violência e/ou abandono aos idosos, evidenciando que o reconhecimento jurídico se trata de uma conduta solidária, podendo estar ou não acompanhada do sentimento de afeto (BERTOLDO, 2017).

Sousa et al. (2010) explica que o idoso que ameaça a própria saúde ou segurança, pela recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado pode ser considerado auto negligente, podendo ser visto como autor de ato violento contra si mesmo.

Os amigos/conhecidos também estão relacionados aos casos de negligência e/ou abandono de idosos devido às fragilidades entre esses laços, não atendendo a responsabilidade que cuidar de um idoso necessita, por isso eles acabam sendo esquecidos e deixados de lado (BERTOLIN; VIECILI, 2014).

Com relação à variável “outros autores”, não foi visto um número significativo de agressões quando colocados em categorias separadas, assim, foram colocadas em uma mesma variável para fins de

informação. As categorias do sistema utilizadas para formular essa variável foram: pai; mãe; ex-cônjuge; namorado; e ex-namorado.

Percebe-se que a violência por negligência/abandono, esta correlacionada com a violência intrafamiliar, a qual é praticada por indivíduos que tem com laços familiares com a vítima. Destacando-se consideravelmente na população, devido a isso, vem sendo destacado como um problema de saúde pública, o qual requer dos gestores do Sistema Único de Saúde, uma maior atenção, que envolve um certo desafio, quanto a complexidade que envolve essa discussão (MACHADO, et al. 2014).

Nesse contexto o Ministério da Saúde, vem viabilizando estratégias que visem o fortalecimento de uma rede que identifique e previna casos de violência contra idosos. Com essa perspectiva a APS, é um incentivador e facilitador para se promover essas ações, por se tratar de um espaço próximo da comunidade, que tem a capacidade e dever de conhecer as vivências e disparidades que determinada família brasileira venha apresentar (SHIMBO et al., 2011; RIOS; ROSA, 2014).

Na APS os inúmeros casos de negligência e/ou abandono podem ser evidenciados como o tipo de violência mais perceptível pela equipe de saúde, mostrando-se como principal tipo de violência identificado pelos idosos usuários do serviço (SHIMBO et al., 2011).

Desse modo, os profissionais de enfermagem na APS, devem observar na assistência ao idoso a existência de possíveis agravos em saúde. Pois eles atuam como agentes transformadores, devendo buscar meios em sua prática que lhes permitam identificar a realidade vivenciada pelo sujeito, em busca de lhe ofertar um cuidado integral em saúde (KALINOWSKI, et al 2012).

Devido ser em sua maioria, violência intrafamiliar, esses profissionais se deparam com a existência de vínculo de afeto e dependência desse idoso por parte de seus familiares, dificultando suas ações frente a essa realidade por medo de retaliação, aumentando a dificuldade em revelar tais ocorrências (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Em consequência, no que se refere à notificação de casos de violência, os profissionais apresentam essas limitações, por não saberem agir diante desses acontecimentos de violência. Verificando que há um déficit no papel da APS quanto a essa realidade, prejudicando no cuidado disponibilizado a esse público (GOES; CEZARIO, 2017).

4 CONCLUSÕES

Verificou-se que houve um percentual considerável de idosos que sofreram negligência e/ou abandono no Brasil entre os anos de 2011 e 2015, de modo que os filhos foram evidenciados como principais responsáveis por essa realidade. Além disso, deve-se considerar que entre os idosos que passaram por esse tipo de agressão, as mulheres de 60 anos ou mais são as mais acometidas.

Essas questões sugerem uma discussão quanto a devida aplicabilidade das políticas públicas de saúde do idoso diante daqueles que sofrem violência, e destacam o papel do profissional de saúde na assistência, identificação e auxílio na intervenção dos casos.

Sugere-se que os profissionais da saúde ao receberem esses idosos possam realizar um acolhimento que facilite a abordagem dos assuntos relacionados à violência, desenvolvendo a escuta ativa e os devidos encaminhamentos para os órgãos competentes em outras esferas.

REFERÊNCIAS

- [1] AGUIAR, M. P. C.; LEITE, H. A.; DIAS, I. M.; MATTOS, M. C. T.; LIMA, W. R. Violência contra idosos: descrição de casos no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 2, p. 343-349, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0343.pdf>.
- [2] ARAÚJO, C, L. O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 2, p. 119-137, 2012. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13109/9638>.
- [3] BERTOLDO, D. L.O abandono afetivo inverso e a possibilidade de reparação decorrente da abstenção do dever de cuidado. *Revista do Curso de Direito da Universidade Braz Cubas*, v. 1, n. 2, 2017. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/revdubc/article/view/276/426>.
- [4] BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2017. DATASUS. <http://datasus.saude.gov.br/>.

- [5] _____. Ministério da Saúde (MS). Viva: Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, 2011.
- [6] _____. Lei nº. 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Diário Oficial da União 2011.
- [7] _____. Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União 2011.
- [8] CAMACHO, A. C. L. F.; ALVES, R. R. Maus tratos contra os idosos na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*, v. 9, n. 2, p. 927-35, 2015. file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/10418-21342-1-PB.pdf.
- [9] FIGUEIREDO, N. M. A. Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2008. 237p.
- [10] GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.
- [11] GOES, A. L.; CEZARIO, K. G. Atuação da equipe de saúde da família na atenção ao idoso em situação de violência: revisão integrativa. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 24, n. 2, p. 100-105, 2017. file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/638-1-5314-2-10-20170706.pdf.
- [12] KALINOWSKI, C. E.; MARTINS, V. B.; XIMENES NETO, F. R. G.; CUNHA, I. C. K. O. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. *SANARE*, v.11, n.1, p. 06-12, 2012. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260/233>.
- [13] MACHADO, J.C.; RODRIGUES, V. P.; VILELA, A. B. A.; SIMÕES, A. V.; MORAIS, R. L. G. L.; ROCHA, E. N. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.828-840, 2014. <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/88569/91454>.
- [14] MASCARENHAS, M. D. M. ANDRADE, S. S. C. A.; NEVES, A. C. M. N.; PEDROSA, A. A. G.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf>.
- [15] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Elder abuse. 2017. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/.
- [16] PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm.*, v. 68, n. 6, p. 1035-41, 2015. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1035.pdf>.
- [17] RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Evidência*, n. 4, p. 129-148, 2008. file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/328-1251-1-PB.pdf.
- [18] RIOS, A. F. M.; ROSA, P. S. Profissional da estratégia de saúde da família: importância de um sujeito ativo frente à violência contra a pessoa idosa. *MeMemorialidades*, n. 22, p. 65-83, 2014. <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/viewFile/684/641>.
- [19] RODRIGUES, R. A. P.; MONTEIRO, E. A.; SANTOS, A. M. R.; PONTES, M. L. F.; FHON, J. R. S.; BOLINA, A. F.; SEREDYNSKYJ, F. L.; ALMEIDA, V. C.; GIACOMINI, S. B. L.; DEFINA, G. P. C.; SILVA, L. M. Violência contra idosos em três municípios brasileiros. *Rev Bras Enferm*, v. 70, n. 4, p. 816-24, 2017. http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0783.pdf.
- [20] SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M.F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*, v. 15, n. 3, p. 506-510, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a09v15n3.pdf>.
- [21] SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016. <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf>.
- [22] SILVA, M. C. M.; BRITO, A. M. de; ARAÚJO, A. L.; ABATH, M. B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>.
- [23] WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORÉ, C. L. O. O. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2095-2103, 2012. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/20.pdf>.

- [24] SOUSA, D. J.; WHITE, H. J.; SOARES, L. M.; NICOLosi, G. T.; CINTRA, F. A.; D'ELBOUX, M. J. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a16v13n2.pdf>.
- [25] BERTOLIN, G.; VIECILI, M. Abandono afetivo do idoso: reparação civil ao ato de (não) amar?. *Revista Eletrônica de Iniciação Científica*, v. 5, n.1, p. 338-360, 2014.<https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/996/Arquivo%2018.pdf>.

Capítulo 6

A violação de direitos dos idosos e a articulação da rede de serviços sócio assistenciais

Iara Pereira Cavalcanti

Hilana Cristina Lins Machado

Ionara Pereira Cavalcanti de Moraes

Sandra Maria Figueiredo de Lima⁴.

Dayanne Alves Pereira

Resumo: A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elencou como um dos objetivos da Assistência Social o cuidado especial à pessoa idosa, concedendo benefício para o provimento das necessidades mínimas ao que comprove não possuir subsídios para provimento de sua subsistência, tendo mais adiante relacionado a importância da família na formação de uma sociedade cidadã e justa, colocando-a como um dos seus deveres os cuidados ao idoso. Ressalte-se que a Constituição Cidadã coloca ao longo do seu texto diversos direitos sociais de observância obrigatória pela legislação infraconstitucional. O Estatuto do Idoso trouxe com maestria a efetivação jurídica desses direitos, protegendo-o de possíveis violações, além de delimitar por meio de uma faixa etária quem como idoso deveria ser tratado, já que a Constituição não o fez. Como não poderia deixar de ser, a LOAS previu diversos programas sociais que visam no impedimento da perpetuação de quaisquer violações à pessoas que se encontrem submetidos à situação de vulnerabilidade, destacando-se crianças, adolescentes, idosos, mulheres, pessoas com deficiência, público LGBT etc. Dentre esses programas sociais há que ser ressaltado a importância de alguns órgãos como o CREAS e o CRAS, dentre outros programas de políticas públicas, bem como a integração com toda a rede de assistência, saúde, educação, segurança, Ministério Público e Poder Judiciário, que atuam de forma direta com esse público, conhecendo de maneira efetiva a realidade de cada comunidade que atua. Infelizmente, o Brasil possui um histórico de violações que perpassa décadas, mas que esse quadro tende a ser modificado conforme pesquisas que demonstram o aumento da expectativa de vida. Nesse sentido, objetiva-se situar as políticas públicas aplicadas a pessoas idosas na forma da lei, divulgar os serviços ofertados pela rede sócio assistenciais disponibilizados pelo município de São José de Piranhas – PB, bem como a importância do trabalho articulado com a rede de assistência e saúde, visando ainda, na apresentação de casos práticos advindos da pesquisa de casos pontuais acompanhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS Regional, sediado no município no qual se dá a pesquisa, demonstrando a eficiência e aplicabilidade dos serviços ofertados. A partir do estudo dessas fontes, pretendemos realizar algumas discussões, relacionadas aos casos encontrados nos prontuários referidos acima com intuito de nos situar sobre as Políticas Públicas de Assistência destinadas aos idosos. Assim, com o intuito de enriquecer nossa pesquisa, faremos uso de outras fontes diversas, como a legislação pertinente e artigos disponibilizados na internet.

Palavras-chave: Constituição Federal, Estatuto do Idoso, direitos, violações, programas sociais.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, datada de 1988, apresenta no art. 203, V, como um dos objetivos da Assistência Social, a garantia do benefício de um salário mínimo à pessoa idosa que comprovasse não possuir recursos para sua subsistência, dando provas da sua visão sócio assistencial, e por isso apelidada de Constituição cidadã. Reservou ainda, a Carta Magna um capítulo que trata de maneira detida sobre os componentes da sociedade, enfatizando a importância da família e do corpo social no cumprimento dos deveres e principalmente dos direitos a que as pessoas que se encontram em posição de vulnerabilidade social em razão da sua especial condição, podendo ser aqui colocados as crianças e adolescentes, e a pessoa idosa.

Ressalte-se que não exauriu a Carta Mor em uma única oportunidade os direitos inerentes à pessoa idosa, podendo ser encontrado ao longo do seu texto outros direitos, nem tampouco definiu quem assim deveria ser tratado, cabendo à norma infraconstitucional delimitar os atores sociais a serem beneficiados em decorrência da idade.

Nesses termos, coube à Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, popularmente conhecida por Estatuto do Idoso, definir por meio da faixa etária quem assim deveria ser reconhecido, e, portanto, sujeito de tratamento diferenciado. Dessa forma, dispõe que, quanto a Assistência Social, que esta será prestada de acordo com os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, assim como o disposto na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e outras normas pertinentes à pessoa idosa, devendo ser tratados como tais, assim sendo, conforme consta o seu primeiro artigo, a pessoa que conta com a idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Entretanto, nos termos do artigo 34, da LOAS, serão concedidos ao idoso com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos e que comprovem não possuem meios de subsistência o direito ao benefício de um salário mínimo mensal vigente.

Nesse contexto, objetiva-se situar as políticas públicas aplicadas a pessoas idosas na forma da lei, divulgar os serviços ofertados pela rede sócio assistenciais disponibilizados pelo município de São José de Piranhas – PB, bem como a importância do trabalho articulado com a rede de assistência e saúde, visando ainda, na apresentação de casos práticos advindos da pesquisa de casos pontuais acompanhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS Regional, sediado no município no qual se dá a pesquisa, demonstrando a eficiência e aplicabilidade dos serviços ofertados.

2 METODOLOGIA

Levando em consideração que essa pesquisa terá como base o estudo de relações familiares ligadas a pessoas idosas, faz parte do nosso contexto o retorno a Constituição Federal de 1988 e ao Estatuto do Idoso de 2003, bem como a utilização de prontuários disponibilizados pelo CREAS Regional, para análise de dados de casos específicos a serem abordados. A partir do estudo dessas fontes, pretendemos realizar algumas discussões, relacionadas aos casos encontrados nos prontuários referidos acima com intuito de nos situar sobre as Políticas Públicas de Assistência destinadas aos idosos.

Assim, com o intuito de enriquecer nossa pesquisa, faremos uso de outras fontes diversas, como a legislação pertinente e artigos disponibilizados na internet.

3 RESULTADOS

Da análise das pesquisas de alguns casos acompanhado pelo CREAS Regional polo de São José de Piranhas, que versa basicamente sobre situações de negligência e abuso patrimonial, restando configurada a violação de direitos, poderemos depreender que em sua grande maioria a violação não ocorre em razão da ausência de recursos financeiros, mas em decorrência deles, visto que há um desvio das finalidades a que se prestam os benefícios, quais sejam, a manutenção e bem-estar da pessoa idosa, assegurado constitucionalmente, conforme visto nos arts. 203, V, e 230, §1º, da CRFB, bem como na norma infraconstitucional específica, o Estatuto do Idoso.

Em segundo lugar, podemos pontuar a superproteção em alguns casos acaba por permitir a criação de um ser humano egoísta e paradoxalmente destituído de cuidados com quem lhe dedicou a vida, e que as várias angústias acumuladas pelos erros do passado são severas de tal ponto que pode gerar o desejo da moeda de troca, como se o Código de Talião ainda vigorasse.

Nesse contexto, a família não pode ser mais considerada o melhor sistema de suporte e apoio a pessoa idosa. Aquela se mostra gradualmente incapaz de prover condições satisfatórias de vida aos idosos. Ademais, por muitas vezes, é no seio familiar que se engendram as complexas relações de violência contra o idoso — especialmente, as de caráter psicológico, que acabam sendo naturalizadas pela cultura brasileira. Dificilmente, admitir-se-á que a violência psicológica é grave: suas marcas sutis são consideradas, no senso comum, como coisa desimportante. Em termos culturais, os idosos são indivíduos que se situam à margem das relações sociais. Há um comportamento preconceituoso que a sociedade brasileira historicamente assume com relação ao idoso, rotulando-o como incapacitado, improdutivo e dependente.

As violências contra idosos, de modo geral, são muito mais abrangentes e disseminadas no país do que geralmente se ajuíza. Abusos físicos, psicológicos, sexuais e financeiros são algumas das formas de violência contra a pessoa idosa registradas. A violência psicológica figura em um contexto particular, posto que seja dificilmente percebida sem denúncia: suas marcas são pouco explícitas como em outros tipos de violência.

Assim, geram sequelas marcantes para o resto de suas vidas, podendo desenvolver variados tipos de Transtornos psicológicos, tais como: Depressão, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Bipolar, Transtorno do Pânico, uso abusivo de Álcool e outras Drogas, entre outros. Portanto, é possível constatar que a velhice e a violência, em ocasiões frequentes, conjugam-se em um cruento relacionamento de sofrimento, angústia, medo e dor.

4 DISCUSSÃO

O Brasil se encontra na posição 12^o no ranking mundial dos países que oferecem políticas públicas para pessoas idosas, assim reconhecidas as que possuem idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, na forma do art. 1^o, do Estatuto do Idoso, que estabelece que “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”, cabendo tal classificação ao legislador infraconstitucional, já que a CFRB de 1988, apesar de trazer garantias importantíssimas ao desenvolvimento de políticas que beneficiassem as pessoas idosas, não classificou quem deveria ser tratado como tal.

A melhoria dos serviços públicos, principalmente da saúde e assistência, apesar de tímidos, foram capazes de aumentar a expectativa de vida no Brasil, o que levou a uma crescente população de pessoas idosas. Nesse sentido, o país tem em torno de 20,6 milhões de idosos, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em um estudo realizado no ano de 2014, o que representa cerca de 10,8% da população brasileira. Tomando como base os dados atuais, assegura o referido Instituto que no ano de 2060 esse percentual subirá para 26,7 dos brasileiros, ou seja, algo em torno de 58,4 milhões de pessoas idosas. E complementa afirmando os reais fatores para a ocorrência desse aumento da expectativa de vida.

O que explica esse aumento não é só a melhoria da qualidade de vida, que ampliou a expectativa de vida dos brasileiros, que pulará de 75 anos em 2013 para 81 anos em 2060 - com as mulheres vivendo, em média, 84,4 anos, e os homens 78,03 anos -, mas também a queda na taxa de fecundidade dos últimos 50 anos, que passou de 6,2 filhos nos anos 1960 para 1,77 (estimativa) em 2013. O governo federal vem tomando medidas e estabelecendo políticas que ajudem a melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. O Pacto pela Vida, de 2006, propôs explicitamente a questão do ciclo do envelhecimento como um tema fundamental na área de saúde, e o Estatuto do Idoso, de 2003, assegura, por exemplo, o tratamento de saúde e a assistência de um salário-mínimo para todo idoso que esteja na linha de pobreza (GOVERNO FEDERAL, 2014).

A melhoria do Sistema Único de Saúde, sistema não contributivo e solidário, que representa os serviços de saúde pública no país sem sombra de dúvidas tem um papel fundamental na mudança desses números, tendo para tanto aderido a novas estratégias que além de trazer grande resolutividade, acaba por baratear o serviço sem comprometer a qualidade, a Fiocruz, instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina, possui um Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente, o Ideia SUS, que é resultado da parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), onde se encontram disponibilizados ao público em geral as

políticas que deram certo, sendo também utilizado como fonte de pesquisa por profissionais e o gestores de saúde, que registram e compartilham técnicas, práticas, ações, iniciativas, projetos e programas para o enfrentamento nas áreas de saúde e ambiente, com foco no SUS. Há que ser evidenciado nessa oportunidade o desempenho fundamental do papel da Atenção Básica, que é de fato quem atende e melhor conhece o quadro de idosos já nos municípios, sendo resultado do esforço que é feito tanto da Fiocruz, quanto do Ict, que é Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, para incorporar o tema “saúde do idoso” dentro da atenção básica, qualificando os profissionais para melhor atender pessoas com essa característica etária.

No plano assistencial nos municípios, a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993, busca fundamento principalmente nos arts. 203 e 204, da CFRB, a qual dispõe sobre a organização da assistência social é a responsável pela distribuição das atribuições de cada ente, apresentando como uma de suas diretrizes a descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, ressaltando o comando único das ações em cada esfera de governo. Destaca ainda, o dever e o respeito às instituições assistenciais a serem aplicadas de forma efetiva nas municipalidades, destacando-se nessa oportunidade o CRAS e o CREAS que estão à frente das políticas sociais e mais próximos da realidade social, inclusive do idoso, definindo o que deve ser compreendido por estes órgãos. Senão vejamos:

Art. 6o-C. As proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social de que trata o art. 3o desta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1o O Cras é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2o O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 3o Os Cras e os Creas são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do Suas, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social (LEI..., 1993).

A Política de Assistência Social – PNAS, é, de maneira mais simplista quem faz uma espécie de mapeamento das desigualdades sócio territoriais, afim de conhecer a realidade efetiva de cada localidade, pretendendo dar efetividade ao que é garantido por lei, visando integrar à realidade das diferentes comunidades as garantias dos mínimos sociais assegurados constitucionalmente, buscando a universalização dos direitos sociais. A base principiológica das PNAS pode ser depreendida basicamente do art. 4º da LOAS, assim como suas diretrizes, que encontra respaldo, como não poderia deixar de ser, na Carta Magna de 1988.

O Sistema Único de Assistência Social – SUAS, trata da gestão das ações na área de assistência social, encontrando-se organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, na forma do art. 6º, da LOAS, onde se encontram situados seus objetivos. Estabelece ainda, de maneira específica no §1º do dispositivo citado, como objetivo a organização territorial do SUAS, além da preocupação com a família, a maternidade, a infância, e a adolescência, se refere de maneira expressa à velhice, reportando aos idosos, proteção especial.

Pode ainda, o SUAS ser classificado sob o foco de dois tipos de proteção social, a básica, encontrando-se compreendido o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, e o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com

deficiência e idosas, um exemplo é a atuação do CRAS. Por último a proteção social especial – PSE, são os serviços de média e alta complexidade, encaixando-se aqui o CREAS, onde se encontram homens, mulheres, adolescentes, idosos, público GLS em geral que se encontram em uma situação de risco ou violação já efetuados ou na eminência de o serem. Nessas circunstâncias, há situações em que, para se alcançar a resolutividade pretendida, faz-se necessária a intervenção do Ministério Público e do Poder Judiciário.

Verifica-se, pois, diante de tudo que foi até o presente momento explanado, que a rede sócio assistencial só funciona com maestria se caminhar lado a lado com os demais serviços de assistência, saúde, segurança, do Ministério Público e do Poder Judiciário, tornando-se muito pouco provável que o CREAS, por exemplo, logre êxito sem a participação do CRAS dos municípios, ou mesmo nos casos mais graves do apoio do Ministério Público. Para melhor visualizar a realidade fática que se encontra inserida a sociedade, faremos uma breve análise de alguns casos de negligência e abuso a pessoas idosas que passaram pelo CREAS Regional, polo de São José de Piranhas, e que tiveram resultados positivos graças à intervenção do Ministério Público, não fazendo citação expressa dos nomes dos usuários por uma questão de ética profissional.

Como dito alhures, os casos a seguir analisados são fruto do trabalho do CREAS que atua nas situações de violências já perpetuadas, agindo de modo a restaurar a coesão e tranquilidade familiar e social, afim de melhor acolher o idoso, sanando quaisquer violações antes denunciadas. Há situações em que a atuação isolada deste órgão é incapaz de trazer os resultados pretendidos, tais como a tranquilidade e os cuidados que necessita a pessoa de idade igual ou superior a 60 (sessenta anos), havendo a importância da atuação da Secretaria de Saúde, ou mesmo do Ministério Público em ocasiões de difícil resolução ou maior complexidade, ou mesmo, quando realizadas várias visitas e orientações sucessivas de cunho assistencialista a violação não cessa, não logrando êxito da sua atuação isolada.

O que se pretende aqui ressaltar é a necessidade da inter-relação das políticas assistenciais, podendo nesta oportunidade ser citado o CRAS, que atua no fortalecimento dos vínculos familiares e encaminhamento para melhor aproveitamento dos variados serviços sociais ofertados pelo município; o Conselho do Idoso; a Secretaria de Assistência Social; a Secretaria de Saúde; bem como o Ministério Público que de maneira mais enérgica determina a atuação direcionada dos atores sociais que intervêm de maneira direta na vida de cada idoso.

Partindo para análise detida dos prontuários apresentados a seguir, classificaremos os históricos nos referindo aos idosos como A, B e C, resguardando sua identidade por questões de ética profissional do serviço.

Nosso primeiro caso, a idosa A, demonstra a perpetuação de uma violação dos dias atuais que não é, infelizmente, uma particularidade, visto que além do abuso patrimonial efetuada por seus filhos, houve violência doméstica. A idosa que conta com a idade de 74 anos, é aposentada e pensionista, possuindo recursos financeiros capazes de suprir todas as suas necessidades básicas, porém, um de seus filhos comprometeu consideravelmente essa tranquilidade material pelo fato de ter a iludido e a levado a outra cidade para então realizar um empréstimo de valor expressivo, a tendo abandonado nesta outra municipalidade logo após ter logrado êxito no seu intento, sendo tal valor descontado mensalmente dos seus benefícios.

Como se não fosse suficiente tamanho agravo à tranquilidade da idosa, outro de seus filhos a extorquia continuamente exigindo valores com a única finalidade de manter o seu vício alcohólico, quando não mais suportava atender a todos as exigências, se negando a atender às exigências monetárias, agrediu-a fisicamente de maneira severa sua genitora, tendo o CREAS tomado conhecimento de todas peculiaridades do caso a partir de solicitação da Assistência Social do Hospital Regional de Cajazeiras.

O Centro de Referência em questão passou a acompanhar o caso de maneira ostensiva e procurou restaurar a coesão familiar, não tendo, apesar dos esforços da equipe logrado êxito, não havendo outra medida a ser tomada a não ser levar ao conhecimento do Ministério Público de São José de Piranhas, para que, interviesse, na forma do art. 90, do Estatuto do Idoso, o qual enfatiza que os agentes públicos em geral, no exercício de suas funções, ao tomarem conhecimento de fatos que possam configurar quaisquer violações contra o idoso, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, tendo este atuado de maneira a sanar a situação abusadora.

Em uma segunda situação de violência contra o idoso, esta ocorria em decorrência não de um fazer de algum ente familiar, mas da sua omissão, de modo que, ao tomar conhecimento da situação de abandono por meio de denúncia anônima, dirigiu-se o CREAS para realização de visita domiciliar para constatação

do que nos havia sido informado. Chegando ao local indicado não havia indícios iniciais de que naquele lugar morasse uma pessoa, era um verdadeiro casebre lotado de coisas velhas, um local esquecido, assim como nosso idoso. Como não haveria de ser, a primeira medida é contatar a família e procurar fortalecer ou restabelecer a harmonia familiar em nome da pessoa que mais importante nesses casos, a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade e violência. Realizadas diversas visitas e várias articulações com a rede, principalmente com a secretaria de saúde, conseguiu a equipe de assistência trazer resolutividade ao caso de maneira administrativa, não da maneira como gostaríamos que tivesse ocorrido, por meio da introdução desse idoso na família, mas logramos êxito ao provocar o seio familiar a retirar a pessoa idosa daquela situação de descarte, levando-o a ser acolhido por um abrigo.

É interessante nesse momento pontuarmos que neste caso a violação em decorrência da omissão se dava pelos fatos do passado, a pessoa hoje idosa teria outrora abandonado a família, havendo um histórico de rejeição difícil de ser sanado, que ultrapassava décadas. Diante desses fatos, provocar o incômodo na família e conquistar o direito da tranquilidade que a velhice exige já foi uma grande vitória, não para o CREAS, mas para o idoso B, já com seus 86 anos.

Nosso último caso a ser analisado nesta oportunidade volta a ter como motivação da violência o abuso patrimonial e a negligência em face da pessoa idosa. Nossa idosa C, aposentada e pensionista, já pelos seus 79 anos, morava sozinha em uma casa que já havia atravessado décadas, lá era o lugar em que teria morado com seu esposo hoje falecido e criado seu único filho, os anos foram implacáveis com aquela estrutura que não mais suportava o peso do tempo, era ela ainda que fazia todos os trabalhos domésticos à sua maneira, como visto, não usufruía do conforto que seus benefícios seriam capazes de lhe proporcionar, o agressor nesse caso era seu único filho.

Nesse caso a particularidade é que seu descendente possuía uma maneira um tanto peculiar de fazer com que a idosa permanecesse sob seu domínio, o vício do álcool. Nossa idosa possui dependência do álcool desde os 13 anos de idade, isso teria lhe trago algumas sequelas, dentre elas um problema de pele que formava manchas esbranquiçadas por todo seu corpo. Foram realizadas diversas tentativas no sentido de fazer sanar o histórico de negligência da idosa C, que restaram infrutíferas, tendo o CREAS contatado o Ministério Público que conseguiu retirar a idosa do casebre, além do contato direto com a rede de saúde para os cuidados que a idade e a pele requeriam.

Talvez o erro da idosa C não tenha sido pagar pelos erros do passado como nosso idoso B, mas amado e protegido demais, recaindo sobre si o peso de ter cuidado demais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme todas as informações apresentadas, tanto no seu plano teórico, demonstrando a organização da Assistência Social no território brasileiro, as políticas públicas e os órgãos que integram esses serviços, trouxemos alguns casos práticos para melhor visualizar o funcionamento efetivo dessas políticas.

Antes de mais nada queremos chamar a atenção para a necessidade da integração dos serviços, não apenas os ligados à assistência, mas à saúde, a exemplo das Secretarias de Saúde, aos órgãos do Ministério Público e do Poder Judiciário, não podendo ser excluído a importante participação das polícias, Civil e Militar, que atua no trabalho ostensivo de campo. Os casos trazidos evidenciam essa realidade e a necessidade de isso acontecer em nome da eficiência do serviço como um todo, de que nenhum desses órgãos supracitados são capazes de sozinhos, isolados lograr êxito em suas operações diárias sem a referência e a contrarreferência dessas instituições.

Os casos apresentados e analisados versam basicamente sobre algumas possibilidades de violações que envolvem idosos que foram sanadas graças a integração dos serviços de assistência, saúde e do Ministério Público, mas poderíamos ter falado sobre violações de quaisquer atores sociais, visto que, infelizmente o quadro de violações de direitos mínimos sociais estão longe de se resumirem a uma parcela vulnerável da sociedade, de modo que esta, atinge direta e indiretamente a todos, daí devendo ser observado que a Constituição Federativa de 1988, já previa que são deveres de todos os membros sociais o zelo pelos direitos de crianças, adolescentes e idosos.

Demonstramos por fim, que os casos de violência contra idoso é um caso de saúde pública, que não será resolvido apenas com as políticas de assistência em quaisquer de suas esferas, mas com o comprometimento e conscientização de toda sociedade, em suas várias esferas.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 05 de set. de 2017.
- [2] _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1º de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 05 de set. de 2017.
- [3] _____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em 10 de set. de 2017.
- [4] FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. A Fundação. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/funda%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 16 de set. de 2017.
- [5] GOVERNO FEDERAL. Brasil é reconhecido por políticas públicas em favor de idosos. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>>. Acesso em 14 de set. de 2017.
- [6] INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE DA FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Ict: compromisso com o SUS. Disponível em: <<https://www.ict.fiocruz.br/sobre-o-ict>>. Acesso em 16 de set. de 2017.
- [7] PIRES, Izabel Scheidt. POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SUAS e legislações pertinentes. 35 slides. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/Capacitacao/material_apoio/mariaizabel_suas.pdf>. Acesso em 19 de set. de 2017. Apresentação em Power-point.
- [8] TORRES, Mônica Carneiro. O IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA. Monografia apresentada como requisito para a conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. BRASÍLIA DEZEMBRO/2010.

Capítulo 7

Violência sexual contra crianças e adolescentes: caracterização, consequências e desafios

Rodrigo Sousa Lima

Thainá Nascimento Mota

Natália Bitu Pinto

Resumo: A violência contra a criança e o adolescente é um problema universal que atinge milhares de vítimas de forma silenciosa e dissimulada. Uma das principais formas de violência cometidas contra estes indivíduos é a violência sexual, que se caracteriza por atos praticados com finalidade sexual que, por serem lesivos ao corpo e a mente do sujeito violado desrespeitam os direitos e as garantias individuais como liberdade, respeito e dignidade. Trata-se de uma relação que busca satisfazer de modo unilateral o abusador e pode ser classificada de acordo com a forma e com o contexto onde ocorre. Sendo assim, essa população, em pleno crescimento e desenvolvimento, é muito vulnerável às situações de violência que ocorrem na família, na escola e na comunidade em que vivem, e dependem substancialmente da proteção dos adultos, das instituições e das políticas públicas. Ainda é difícil a obtenção de dados epidemiológicos precisos acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes devido à falta de sistematização das informações, assim como ao panorama de subnotificação deste tipo de violência. Tal fato é a representação da necessidade do investimento em estudos na busca por solução nesta problemática. O estudo apresentado trata-se de uma revisão integrativa de literatura, possuindo abordagem qualitativa com análise exploratória descritiva e que objetiva analisar a violência sexual realizada contra crianças e adolescentes a partir de suas características, de suas consequências e dos desafios para superá-los. O processo de levantamento dos artigos na literatura se deu através de uma busca durante os meses de julho a outubro de 2017 nas bases de dados LILACS, SciELO e Google Acadêmico, através da combinação dos descritores “Violência Sexual”, “Crianças”, “Adolescentes”, “Consequências” e “Desafios”.

Palavras-chave: Violência Sexual, Crianças, Adolescentes, Consequências, Desafios.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a criança e o adolescente é um problema universal que atinge milhares de vítimas de forma silenciosa e dissimulada. Trata-se, deste modo, de um problema que acomete ambos os sexos e não costuma obedecer nenhuma regra como nível social, econômico, religioso ou cultural (FLORENTINO, 2015).

Os maus-tratos ou abuso ocorrem quando “um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

Uma das principais formas de violência cometidas contra crianças e adolescentes é a violência sexual, que se caracteriza, segundo a Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente, por atos praticados com finalidade sexual que, por serem lesivos ao corpo e a mente do sujeito violado (crianças e adolescentes), desrespeitam os direitos e as garantias individuais como liberdade, respeito e dignidade (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990).

Sendo assim, essa população, em pleno crescimento e desenvolvimento, é muito vulnerável às situações de violência que ocorrem na família, na escola e na comunidade em que vivem, e dependem substancialmente da proteção dos adultos, das instituições e das políticas públicas (ASSIS *et al.*, 2009). Tal fato é a representação da necessidade do investimento em estudos na busca por solução nesta problemática.

2 METODOLOGIA

O estudo apresentado trata-se de uma revisão integrativa de literatura, possuindo abordagem qualitativa com análise exploratória descritiva e que objetiva analisar a violência sexual realizada contra crianças e adolescentes a partir de suas características, de suas consequências e dos desafios para superá-los.

O processo de levantamento dos artigos na literatura se deu através de uma busca durante os meses de julho a outubro de 2017 nas bases de dados LILACS, SciELO e Google Acadêmico, através da combinação dos descritores “Violência Sexual”, “Crianças”,

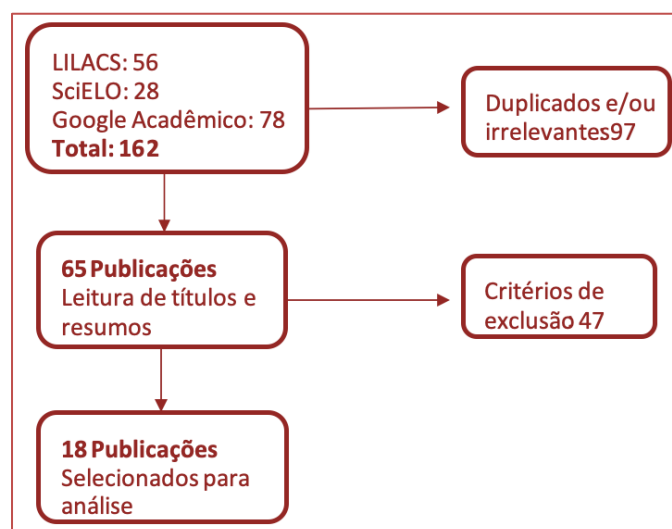
“Adolescentes”, “Consequências” e “Desafios”. Foram estabelecidos critérios para seleção, sendo os de Inclusão referentes à disponibilidade de texto completo em livre acesso online e em língua portuguesa, e os de Exclusão quanto a sua relevância ao escopo da revisão e duplicidade nas bases de dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi obtido o resultado de 56 publicações na base de dados LILACS, 28 no SciELO e 78 no Google Acadêmico, totalizando 162 artigos que apresentavam relação com a temática pesquisada. Após análise dos títulos e dos resumos, do total, 97 não possuíam relação direta com o tema do estudo ou estavam presentes em mais de uma base de dados.

A partir dos artigos selecionados (65 artigos), realizou-se um novo refinamento quanto à duplicidade de indexação, aos descritores utilizados e ao seu enquadramento nos critérios de inclusão e exclusão. Assim, obteve-se um número final de 18 (dezoito) artigos a serem analisados, pois contemplavam aos critérios de inclusão e exclusão anteriormente estabelecidos para o presente estudo (Figura 1).

Figura 1



Logo, constatou-se que maus-tratos aplicados contra a população infanto-juvenil representam uma doença médico-social que vêm assumindo proporções epidêmicas na população mundial. O abuso sexual de crianças e adolescentes é uma das formas mais frequentes, apresentando implicações médicas, legais e psicossociais que devem ser compreendidas e cuidadosamente estudadas pelos profissionais que lidam com tal questão (KAPLAN; SADOCK, 2016).

Trata-se de uma relação que busca satisfazer de modo unilateral o abusador e pode ser classificada de acordo com a forma e com o contexto onde ocorre. Os tipos ou formas de abuso sexual podem envolver contato sexual com penetração (oral, vaginal e anal), sem penetração (tentativa para ter sexo oral, vaginal e anal), atividade sexual envolvendo toque, carícias e exposição do genital, exploração sexual envolvendo prostituição, pornografia, voyeurismo e assédio sexual.

Quanto ao contexto, o abuso sexual pode ser intrafamiliar, extrafamiliar ou institucional. O abuso sexual intrafamiliar é o que acontece com maior frequência, ocorrendo a atividade sexual entre um(a) criança/adolescente e um membro imediato da família (pai, padrasto, irmão) ou próximo (tio, avô, tia). Esta forma de abuso representa uma manifestação de disfunção familiar e costuma ser crônica, recidivante e sem violência. Já o abuso sexual extrafamiliar é qualquer forma de prática sexual que envolve um(a) criança /adolescente e alguém que não faça parte da família. Na maior parte dos casos, o agressor é conhecido e tem acesso à criança (por exemplo, vizinho, religioso, professor, babá, amigo da família). O abuso sexual institucional acontece em instituições, cuja função é cuidar da criança no momento em que esta está afastada da família. Esta forma pode ser praticada por uma criança maior ou pelos próprios cuidadores ou funcionários (SANTORO, 2002).

O abuso sexual no contexto familiar é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa. O agressor utiliza-se, de modo geral, de seu papel de cuidador, da confiança e do afeto que a criança tem por ele para iniciar, de forma sutil, o abuso sexual. A criança, na maioria das vezes, não identifica imediatamente que a interação é abusiva e, por esta razão, não a revela a ninguém. À medida que o abuso se torna mais explícito e que a vítima percebe a violência, o agressor utiliza recursos, como “presentinhos” e ameaças para que a criança mantenha a situação em segredo. Estudos apontam que esse segredo é mantido, na maioria dos casos, por pelo menos um ano (HABIGZANG *et al.*, 2008).

Esta forma de violência é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência e ao impacto negativo de suas consequências no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e social das vítimas (HABIGZANG *et al.*, 2010).

Ainda é difícil a obtenção de dados epidemiológicos precisos acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes devido à falta de sistematização das informações, assim como ao panorama de subnotificação deste tipo de violência (HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015). O que se tem registrado no Brasil refere que a violência sexual responde por aproximadamente 35% das formas de violência contra crianças, sendo a terceira maior forma, superada apenas pela negligência/abandono e pela física (Figura 2); e cerca de 30% das formas de violência contra adolescentes, atrás apenas da física (Figura 3) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Figura 2 – Distribuição proporcional das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças (0 a 9 anos), segundo o tipo de violência. Brasil, 2011.

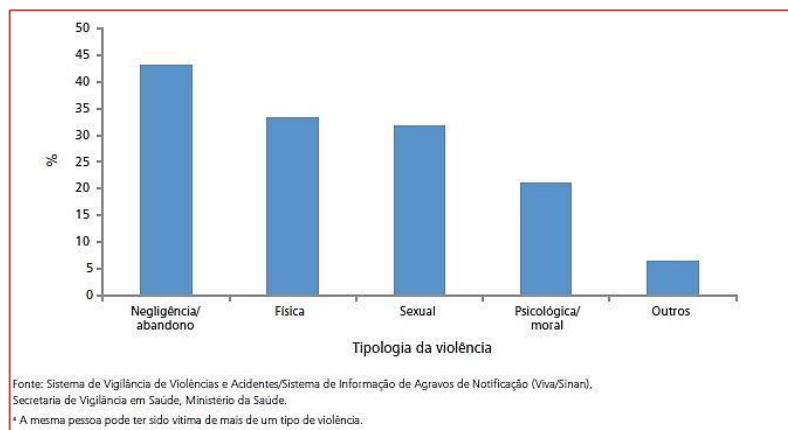
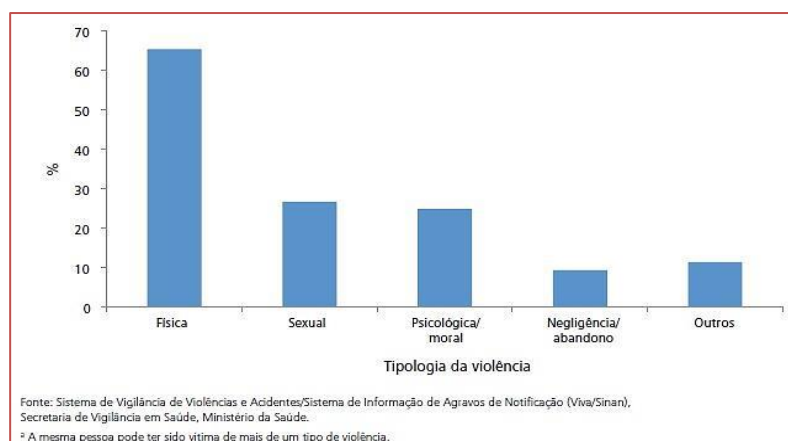


Figura 3 – Distribuição proporcional das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra adolescentes (10 a 19 anos), segundo o tipo de violência. Brasil, 2011.



Estimativas indicam que aproximadamente 25% das meninas e 17% dos meninos já sofreu alguma forma de violência sexual na infância ou adolescência. Tal dado faz referência a maior frequência de notificações de violência sexual contra meninas quando comparado à violência sexual contra meninos. Isso pode estar relacionado à dificuldade dos meninos em relatar o ocorrido, principalmente devido ao ideal machista em que a sociedade está inserida (HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Deve-se atentar a alguns indícios que podem sugerir abuso sexual, entre os quais incluem a presença de comportamento sexual precoce mostrado em brincadeiras ou conversas; lesões na região genital; lesões na região anal, como fissuras, hemorroidas, pregas anais rotas; sangramentos retal ou anal; diminuição ou ausência de tecido hímeneal; masturbação excessiva, levando a lesões dos órgãos genitais, e em público; doenças sexualmente transmissíveis como gonorreia, sífilis, condiloma e SIDA; dor na região anal ou genital; gravidez; detecção de sêmen na cavidade oral; petéquias e eritema em palato sugerindo sexo oral forçado; enurese e encoprese (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

A interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração (digital, genital ou anal). O abuso sexual também inclui situações nas quais não há contato físico, tais como voyerismo, assédio, exposição a imagens ou eventos sexuais, pornografia e exibicionismo (HABIGZANG *et al.*, 2008).

As consequências ou o grau de severidade dos efeitos do abuso sexual variam de acordo com algumas condições ou predeterminações de cada indivíduo, dentre as quais está a idade da criança quando se deu o início da violência; a duração e o número de vezes em que ocorreu o abuso; o grau de violência utilizado no ato; a diferença de idade entre a vítima e o agressor; se existe algum tipo de vínculo entre o abusador e a vítima; o acompanhamento de ameaças (violência psicológica) caso o abuso seja revelado.

É fundamental pensar o quão monstruosa é a deturpação da condição física, biológica ou orgânica, pois o

abuso sexual compreende uma violação do corpo da vítima. Além das manifestações físicas já citadas, queixas somáticas diversas são habituais após a ocorrência de abusos sexuais em crianças e adolescentes, as quais se manifestam na forma de mal-estar difuso; impressão de alterações físicas; persistência das sensações que lhe foram impingidas; enurese e encoprese; dores abdominais agudas; crises de falta de ar e desmaios; problemas relacionados à alimentação como náuseas, vômitos, anorexia ou bulimia; interrupção da menstruação mesmo quando não houve penetração vaginal (FLORENTINO, 2015). Existem pesquisas e estudos sustentando hipóteses de que situações de violência e abuso sexual podem acarretar em danos temporários ou permanentes na estrutura do cérebro (ROMARO; CAPITÃO, 2007). Apesar da discussão apresentada a partir dos aspectos biológicos e neurológicos, considera-se que a questão psicológica é ponto central no debate.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é a psicopatologia mais frequentemente apresentada pela vítima de abuso sexual, e é estimado que 50% das crianças que foram vítimas desta forma de violência desenvolvem sintomas (HABIGZANG *et al.*, 2008). Tal transtorno está ligado a experiências incomuns da existência humana que causam um impacto emocionalmente severo no indivíduo, deixando consequências que afetam a saúde física e mental (FLORENTINO, 2015).

Além de transtornos psicopatológicos, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual podem apresentar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais. Podem ser observada a presença de comportamentos sexuais inapropriados (brincadeiras de cunho sexual; introdução de objetos ou dedos nos órgãos genitais; masturbação excessiva; comportamento sedutor; solicitação de estimulação), isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação, comportamentos autodestrutivos, baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar, sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade (HABIGZANG *et al.*, 2008). Também podem manifestar outros tipos de transtornos causados pelo abuso sofrido na infância ou adolescência, como disfunções sexuais (falta ou perda do desejo sexual, disfunção orgástica, ejaculação precoce e dispaurenia não orgânica) (ROMARO; CAPITÃO, 2007).

Algo que deve se destacar é a questão do segredo, pois este compromete a vida das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, pois carrega consigo uma proibição de verbalizar. Logo, a vítima procura manter o segredo das situações vividas por temor de sofrer sanções e castigos ou por sentir a necessidade de manter o equilíbrio e a integridade familiar (CUNHA; SILVA; GIOVANETTI, 2008).

Com isso, o pacto de silêncio estabelecido se torna um verdadeiro entrave para que este seja impedido e os agressores punidos (ROMARO; CAPITÃO, 2007). A partir do momento que é oferecida oportunidade a uma criança de revelar este segredo, recebendo crédito e ajuda de profissionais, as manifestações mais notórias cessam. Isso faz com que a criança reencontre o interesse por si, pelos outros e pela brincadeira, apesar de que a angústia possa se desdobrar em outras formas de neurose, como medo do escuro, da solidão; agorafobia; afastamento da família, dos amigos, das pessoas do mesmo sexo do agressor.

É sabido que a criança ou adolescente facilmente encontrará razões para se sentir culpada diante de uma situação de abuso sexual. Sendo assim, é essencial ouvir a criança e permitir que se expresse ao nível de sua culpa, pois o que ela pode dizer e sentir no plano consciente, e também no inconsciente, talvez seja muito diferente de nossas projeções e de nossa lógica enquanto adultos.

Um fator também bastante associado ao abuso sexual e que traz dificuldades para que seja interrompida sua dinâmica, é a presença de outras formas de violência intrafamiliar, tais como negligência, abusos físicos e emocionais (HABIGZANG *et al.*, 2008).

A realização da denúncia do abuso aos órgãos de proteção e o acompanhamento do caso por profissionais da saúde são fundamentais e eles precisam estar conscientes das implicações legais e éticas de suas intervenções ou de sua omissão. Os profissionais e as instituições que compõe a rede de apoio social para crianças e famílias vítimas de violência sexual encontram-se diante do desafio de evitar formas traumáticas de intervenção sem incorrer, contudo, em uma postura negligente (HABIGZANG *et al.*, 2008).

Há uma emergente necessidade de criar serviços especializados de atendimento e capacitar os profissionais que trabalham com essas crianças e com suas famílias, permitindo-lhes obter uma compreensão real dos casos, bem como conduzir uma intervenção adequada (HABIGZANG *et al.*, 2006). Um exemplo, já existente, desta política de combate à violência sexual infanto-juvenil é a Comissão Interministerial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, que foi instalada em 11 de fevereiro de 2003. A referida comissão visa construir uma ação integrada de esfera federal no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, como uma luta ética (CARVALHO *et al.*, 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, através do Disque Direitos Humanos (Disque 100), recebe notificações de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de todo o país, representando importante aliado na luta contra esta forma de violência (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2010).

As crianças e os adolescentes que foram vítimas de violência sexual devem ser atendidas em serviços de proteção social especial devido a ocorrência de violação de seus direitos. Nos casos em que os agressores são afastados, as vítimas recebem atendimento via proteção social especial de média complexidade, principalmente nos Centros de Referência em Assistência Social (CREAS). Caso seja necessário o acolhimento institucional da vítima, essa passará a ser atendida em serviços de proteção social especial de alta complexidade (HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015).

Um dos principais locais para tratamento e acolhimento deste grupo é o Centro de Assistência Psicossocial Infantil (CAPSi), porém um grande empecilho que dificulta tal ocorrência está relacionada ao baixo número de CAPSi existentes no país, pois até 2011 havia apenas 149 no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Observando a variedade de consequências advindas do abuso sexual infantil, acredita-se que intervenções precoces realmente podem reverter os sintomas exibidos pelas vítimas de abuso, reduzindo os agravos a longo prazo, tanto para as vítimas quanto para a sociedade em geral (ALMEIDA, 2012). Para enfrentar esses desafios, é essencial que a área de saúde mental se articule a outros campos de atuação, como assistência social, justiça, educação e conselhos tutelares (ASSIS *et al.*, 2009).

As consequências da violência sexual, portanto, justificam o investimento em serviços de atendimento a fim de aumentar a qualidade de vida de crianças e adolescentes que foram vítimas de tal prática e prevenir a ocorrência de psicopatologias na infância, adolescência e idade adulta.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual compromete as crianças e os adolescentes de maneira estrondosa, destruindo o modo de se relacionar e confiar em outras pessoas. Estas vítimas possuem menor comportamento pró-social (compartilham menos, ajudam menos e se associam menos a outras crianças); apresentam retraimento e relacionamentos superficiais.

Dado a frequência com que ocorre e o grau de severidade de suas consequências, torna-se fundamental divulgar as formas de combate já existentes, buscar melhorá-las (através de melhor qualificação dos profissionais) e produzir novos meios para prevenção e eliminação desta prática que assola e assombra a população infanto-juvenil de nosso país.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, V. M. Tratamento psicoterápico para vítimas de abuso sexual infantil: evidências da literatura internacional. *Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais*, v. 22, n. 2, p. 221-5, 2012.
- [2] ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v.14, n.2, p. 349-61, 2009.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Saúde Mental em Dados 10, VII(10). Informativo eletrônico. 2012. Recuperado em 30 de setembro de 2017 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília, 2011.
- [5] BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 20 set. 2017.
- [6] BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Relatório disque denúncia nacional. Brasília. 2010. Recuperado em 29 de setembro de 2017, de <http://www.direitosdacrianca.org.br/midioteca/publicacoes/relatorio-geral-do-disque-1002010>
- [7] CARVALHO, Q. C. M. et al. Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. *Revista RENE. Fortaleza*, v. 9, n. 2, p. 157-64, abr/jun 2009.

- [8] CUNHA, E. P.; SILVA, E. M.; GIOVANETTI, A. C. Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2008.
- [9] FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 27, n. 2, p. 139-44, mai/ago 2015.
- [10] HABIGZANG, L. F. et al. Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 338-44, 2008.
- [11] HABIGZANG, L. F. et al. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse PósTraumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 27-44, 2010.
- [12] HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 395-415, 2012.
- [13] HOHENDORFF, J. V.; KOLLER, S. H.; HABIGZANG, L. F. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 182-98, 2015.
- [14] KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria*. 11 ed. Tradução de Maria Cristina Monteiro e Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016.
- [15] PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivo de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 12, n.1, p. 42-9, jan/mar 2005.
- [16] ROMARO, R. A; CAPITÃO, C. G. *As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões*. São Paulo: Vetor, 2007.
- [17] SANTORO, M. J. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Revista Brasileira de Medicina e Pediatria Moderna*, São Paulo, v.6, n. 38, p. 279-83, 2002.
- [18] SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli*. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. Ministério da Justiça. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2001.

Capítulo 8

Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher vítima de violência doméstica

Jovelina Fernandes dos Santos

Lucélia Fernandes Diniz

Nívea Mabel Medeiros

Larissa Mercielly Nobrega Medeiros

Mercia de França Nóbrega

Resumo: A violência contra a mulher representa um problema para saúde pública no Brasil, está presente nas mais diversas classes sociais, muitos casos ocorrem no silêncio do seu próprio lar por pessoas que fazem parte do seu convívio familiar, afetando não somente as vítimas, mas também a sociedade. Para se alcançar o objetivo do estudo, foi elaborado a seguinte indagação: Qual será a atuação do enfermeiro no atendimento as mulheres vítimas de violência doméstica. O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada nas seguintes bases eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScientificElectronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cidades Saúde (CidSaúde) indexada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) acessadas por meio da internet. A busca foi realizada nos meses de janeiro a fevereiro de 2017, empregando a combinação dos seguintes descritores: “Violência doméstica”, “Violência contra a mulher”, “Enfermagem” e “Cuidados de enfermagem”. A análise de dados se deu com 36 artigos encontrados, buscando atender aos objetivos da temática evidenciada, após a aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e a leitura na íntegra, destes foram utilizados 11 artigos para o desenvolvimento do estudo. De acordo com os resultados existe a falta de capacitação dos profissionais em identificar as mulheres em situação de violência e direcionar o cuidado adequado, destacando o encaminhamento como uma das medidas de intervenções de enfermagem. É importante ressaltar que há uma relevância no número de mulheres que não denunciam o agressor devido às ameaças sofridas. Consequentemente podem até procuram os serviços de saúde, porém não relatam que os danos evidenciados foram por violência doméstica, talvez por medo e/ou falta de informações. São muitos os fatores contribuintes para mulher não procurar os serviços de saúde, tais como: a falta de informações e conhecimento acerca dos seus direitos e sobre a rede de atendimento, entre outros. É evidente o avanço das conquistas de instrumentos legais que protegem judicialmente as mulheres contra a violência, garantindo seus direitos e proteção. Neste contexto, ainda existe fragilidade nos serviços de saúde quanto ao acolhimento dessa mulher, educação em saúde para toda população feminina, como também falta de capacitação do enfermeiro em acolher, direcionar e resolver as demandas provenientes das mulheres vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência contra a mulher; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher representa um problema para a saúde pública no Brasil, está presente nas mais diversas classes sociais, muitos casos ocorrem no silêncio do seu próprio lar por pessoas que fazem parte do seu convívio familiar, afetando não somente as vítimas, mas também a sociedade.

De acordo com o Mapa da Violência 2015: Homicídios de Mulheres no Brasil, (WASELFSZ, 2015) duas em cada três vítimas de violência foram mulheres que precisaram de serviços de saúde por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Isso mostra que cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida, o que resulta um claro indicativo dos níveis de violência hoje existentes contra as mulheres e uma elevada procura por serviços e ações de saúde.

Lei Maria da Penha, criada em 07 de agosto de 2006, no Art. 5º define violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.

No Art. 7º Lei no 11.340/2006 apresenta as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, que são apresentadas a seguir: a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; a violência psicológica corresponde a qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima; a violência sexual, compreendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; a violência patrimonial, assimilada a qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, bens, valores e direitos; a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Para se alcançar o objetivo do estudo, foi elaborado a seguinte indagação: Qual será a atuação do enfermeiro no atendimento as mulheres vítimas de violência doméstica? A violência está inserida no cotidiano das mulheres, sendo uma questão complexa, que integraliza multiprofissionais no contexto do cuidado a ser planejado.

Assim, faz-se necessário aos profissionais enfermeiros tomar conhecimento das temáticas, leis, para saber aplicar o plano de cuidados específicos a cada mulher violentada de forma humanizada e atendendo todas as suas demandas multidimensionais. Este estudo teve como objetivo geral analisar as produções científicas que relatem à atuação do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência doméstica.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com uma abordagem qualitativa. A revisão integrativa caracteriza-se como um recurso metodológico para análise e revisão da produção científica sobre determinado tema permitindo a síntese de conteúdos relevantes e a percepção ampliada acerca de determinados fenômenos (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A coleta de dados foi realizada nas seguintes bases eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cidades Saúde (CidSaúde) indexada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) acessadas por meio da internet. A busca foi realizada nos meses de janeiro a fevereiro de 2017, empregando a combinação dos seguintes descritores: “Violência doméstica”, “Violência contra a mulher”, “Enfermagem” e “Cuidados de enfermagem”, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Para elaborar este estudo, foi utilizado a método de revisão integrativa de literatura, seguindo as fases propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010): elaboração de uma pergunta norteadora; busca / amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: artigos completos on-line e gratuitos que abordassem a temática; disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais; publicados no idioma português ou inglês; no período compreendido entre 2008 a 2016. Foram excluídos artigos que se apresentaram de forma repetida e os que não se enquadram nos critérios de inclusão definidos.

A análise de dados se deu com 36 artigos encontrados, buscando atender aos objetivos da temática evidenciada, após a aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e a leitura na íntegra, destes foram utilizados 11 artigos para o desenvolvimento do estudo e em seguida foram organizados em um quadro sinóptico com os dados coletados, contemplando os seguintes aspectos: título, ano de publicação, revista,

idioma, autores e a atuação dos enfermeiros no atendimento à mulher vítima de violência doméstica com a finalidade de analisar os conteúdos expostos nas pesquisas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro abaixo esquematiza os resultados obtidos dos artigos pela pesquisa realizada.

Quadro 1 - Sinóptico dos artigos consultados após filtragem por critérios de inclusão e exclusão.

Titulo	Ano, revista e/ou periódico e idioma	Autores	Análise e interpretação dos resultados
Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa	2011; BDEFN; português.	MOURA; GUIMARÃES; CRISPIM.	Assistência às vítimas, orientar, usar estratégias, agir de acordo com as leis, prevenir os agravos, apoiar as vítimas nos tratamentos, realizar um atendimento integral. Acolhimento; realização do diagnóstico, planejamento do cuidado, implementação e evolução de enfermagem. Existe falta de conhecimento ou capacitação para o cuidado holístico a vítima e sanar problemas físicos.
O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica	2013; BDEFN; português.	AGUIAR.	Acolhimento, diálogo, encaminhar aos órgãos competentes, a construção de vínculo com a mulher e as visitas domiciliares fazem parte das ações de cuidado de enfermagem que devem ser prestadas às mulheres.
Cuidar das mulheres que enfrentam violência doméstica: Teoria fundamentada	2013; LILACS; inglês.	GOMES, et al	Apresenta despreparo profissional para identificar as mulheres vivenciando. O tempo limitado de consulta e à rotação de profissionais.
Violência contra a mulher: os limites e as potencialidades da prática de cuidados	2013; LILACS; português.	SILVA; PADOIN; VIANNA.	Acolhimento, escuta qualificada. Dificuldade de obter o relatório de mulheres que sofreram violência e envolvê-los em um projeto assistencial
Vivência e repercussões da violência conjugal: o discurso feminino	2012; LILACS; português.	GOMES, et al	Reconhecer o seguimento dos casos, entendendo que as demandas assistenciais destas mulheres estão relacionadas não somente aos danos físicos ou biológicos. Falta de preparo profissional na universidade
Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?	2012; LILACS; português.	BARALDI, et al.	Os enfermeiros têm conhecimentos sobre o manejo de casos, a necessidade de notificação e encaminhamentos de casos em situação de risco. Entretanto, desconhecem características epidemiológicas importantes da violência contra a mulher.

Quadro 1 - Sinóptico dos artigos consultados após filtragem por critérios de inclusão e exclusão.
(continuação...)

Titulo	Ano, revista e/ou periódico e idioma	Autores	Análise e interpretação dos resultados
Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência	2012; LILACS; português.	VIEIRA.	Reconhecer a realidade social e os condicionantes envolvidos no fenômeno, para além do aspecto biológico. Para que os profissionais sejam mais do que meros intervencionistas nas queixas físicas, assumindo a posição de agentes de promoção da saúde e prevenção de agravos, integrando uma rede de serviços.
Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem	2011; BDEF Enfermagem; português.	VIEIRA, et al.	Cuidados de enfermagem desenvolvidos a partir das necessidades individuais e sociais, reconhecendo que as demandas assistenciais estão relacionadas ao mundo da vida cotidiana das mulheres em situação de violência, possibilitando um direcionamento do cuidado no cotidiano assistencial para o enfrentamento da violência.
Fragmentos de corporeidade fêmea nas vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica	2014; LILACS; Inglês.	FERRAZ; LABRONICI.	Requer cuidados individualizados que transcendam a dimensão da cura e do tratamento, para construir uma relação de cuidado e ter a capacidade de escutar. A possibilidade de acolher cuidados de enfermagem permite uma visão humana e sensível da saúde da mulher, com o objetivo de recuperar sua autoestima, saúde mental e qualidade de vida.
O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica	2009; LILACS; português.	FERRAZ, et al.	Dificuldades para cuidar das vítimas podem estar relacionadas com a formação acadêmica dos enfermeiros. Os cuidados de enfermagem devem envolver o acolhimento; estabelecer vínculo de confiança individual e institucional; dialogar, permitindo-lhe fazer escolhas e fortalecer sua autoestima; apoiar a vítima que deseja fazer registro policial do fato; fazer encaminhamentos a outros órgãos competentes quando necessário; incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio; encaminhar para atendimento clínico os casos de lesões graves; sugerir à vítima atendimento para o casal ou família no caso de continuidade da relação; propor acompanhamento psicológico; fazer visitas domiciliares constantes para cuidar e acompanhar o caso.
Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté	2008; LILACS; português.	FARIA; ARAÚJO; BAPTISTA.	No atendimento de urgência acompanha os procedimentos do protocolo médico, orientando e apoiando a vítima e seus familiares.

São muitos os fatores que levam a mulher a não procurar os serviços de saúde, tais como a falta informações e conhecimento acerca dos seus direitos e sobre a rede de atendimento, além de terem sentimentos de medo, culpa e vergonha, a dependência econômica do agressor para a criação dos filhos e a falta de acesso aos serviços de atendimento a mulheres em situação de violência. (SILVA, PADOIN, VIANNA, 2013).

Os profissionais destacam o acolhimento, como medida primordial para assistir as mulheres em situação de violência, e desta forma sintam-se seguras ao exteriorizar seu sofrimento (SILVA, 2013; MOURA, 2011; AGUIAR, 2013). O acolhimento é uma das primeiras ações a serem desenvolvidos por esses profissionais, sendo necessário reconhecer a mulher pelo nome, fortalecer a escuta ativa e manter o sigilo profissional,

mostrando para a paciente o interesse pelo caso e demonstrar a capacidade de resolubilidade. É necessário que se crie vínculo afetivo entre os enfermeiros e a mulher para que juntos construam seu plano de cuidados de acordo com as necessidades específicas do sujeito.

Baraldi et al (2012) apresenta a importância do enfermeiro agir encorajando as mulheres a fazer o registro policial do fato e informá-la sobre o significado do exame de corpo de delito, ressaltando a importância de tornar pública a situação de violência e buscar apoio dos familiares. Corroborando com isso, Ferraz et al diz que o enfermeiro deve conhecer os órgãos judiciais competentes (FERRAZ ET AL, 2009).

Ainda de acordo o autor supracitado, a realização de visitas domiciliares constantes constituem um oportunidade para fazer busca ativa dos casos suspeitos, além disso, atuar com atividades em de educação em saúde. Também orientar a mulher a procurar o órgão para denunciar permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência.

É importante ressaltar que há uma relevância no número de mulheres que não denunciam o agressor devido às ameaças sofridas. Conseqüentemente podem até procuram os serviços de saúde, porém não relatam que os danos evidenciados foram por violência doméstica, talvez por medo e/ou falta de informações.

Denunciar, porém, não é fácil quando as agressões partem de uma pessoa com quem a vítima mantém relações íntimas de afeto, cujo rompimento coloca questões emocionais e objetivas, que envolvem a desestruturação do cotidiano e até mesmo o risco de morte para a mulher. Neste cenário complexo, enfrentado por muito tempo de forma solitária, é fundamental a presença do enfermeiro que ajude a mulher que rompe o silêncio seja bem acolhida pelos serviços de saúde.

Também é extremamente importante os enfermeiros estarem atentos ao caso de violência, saber identificar a agressão e ter cautela na abordagem da vítima, isso mostra a necessidade de um cuidado humanizado atendendo o sujeito na sua multidimensionalidade, e não focar somente nos cuidados físicos.

Contudo, observou-se a falta de capacitação dos profissionais em identificar as mulheres em situação de violência e direcionar o cuidado adequado, destacando o encaminhamento como uma das medidas de intervenções de enfermagem (MOURA, GUIMARÃES, CRISPIM, 2011). Uma fragilidade encontrada em alguns artigos foi a tempo limitado de consulta e à rotatividade de profissionais, que a mulher não se sente segura para estabelecer (GOMES, 2013).

Outras ações realizadas são orientações sobre os medicamentos utilizados e sobre os possíveis efeitos colaterais, causados principalmente pelos anti-retrovirais, que, além dos distúrbios gastrintestinais, podem alterar os efeitos de medicamentos anticoncepcionais. Questiona-se quanto a possíveis queixas ou dúvidas e orienta-se quanto aos retornos e exames laboratoriais (FARIA, ARAÚJO, BAPTISTA, 2008). Muitas vezes tratam a mulher como políqueixosa, não identificam as marcas das violências e temem o agressor. A medicalização também é muito usada como "solução" para todos os problemas da mulher (VIEIRA, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao termino desse estudo, percebeu-se que a atuação dos enfermeiros estão voltadas para as práticas técnicas e muito pouco para os aspectos biológicos do ser humano. Porém, na conjuntura atual de práticas cuidativas, o indivíduo é composto por várias dimensões, e todas essas devem ser trabalhadas, sendo necessário resgatar o cuidado humanizado e integral, elementos estes que contribuem para o cuidado sensível e ético da mulher.

O enfermeiro além de possuir habilidades de cuidar dos problemas físicos, é fundamental ter a capacitação para atender as necessidades psicossocial, emocional da mulher, necessitando ampliar o olhar sobre a violência, pois os danos psicológicos causados pela violência são mais graves que as marcas presentes pelo corpo, podendo permanecer ao logo de toda sua vida.

Apesar dos autores analisados no estudo não contextualizarem sobre o enfermeiro incentivar e em informar as mulheres sobre as medidas de denuncia ao agressor quando esta perceber os primeiros sinais de violência. Percebe que este é um método que pode reduzir a demanda da procura dos serviços de saúde relacionados a violência contra a mulher.

É evidente o avanço das conquistas de instrumentos legais que protegem judicialmente as mulheres contra a violência, tendo como objetivo garantir os direitos e proteger essas vítimas. Mas ainda existe

fragilidade nos serviços de saúde quanto ao acolhimento dessa mulher, e falta de capacitação do enfermeiro para agir diante desses casos tão comuns e que vem aumentando o número de vítimas.

REFERÊNCIAS

- [1] AGUIAR, Ricardo Saraiva. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2013.
- [2] BARALDI, Ana CyntiaPaulin et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 12, n. 3, p. 307-318, 2012.
- [3] BRASIL. [Lei Maria da Penha (2006)]. Lei Maria da Penha : Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
- [4] FARIA, AL; ARAÚJO, CAA; BAPTISTA, VH. Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 4, 2008.
- [5] FERRAZ, Maria Isabel Raimondo; LABRONICI, Liliana Maria. Fragments of female corporeality in victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 24, n. 3, p. 842-849, 2015.
- [6] FERRAZ, Maria Isabel Raimondo et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitareenferm*, v. 14, n. 4, p. 755-9, 2009.
- [7] GOMES, Nadirlene Pereira et al. Vivência e repercussões da violência conjugal: o discurso feminino. *Rev. enferm. UERJ*, v. 20, p. 585-90, 2012.
- [8] GOMES, Nadirlene Pereira et al. Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 12, n. 4, p. 782-93, 2013.
- [9] GOMES, Nadirlene Pereira et al. Vivência e repercussões da violência conjugal: o discurso feminino [The experience and impact of domestic violence: women's discourse][Experiencia y repercusiones de la violencia conjugal: el discurso femenino]. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 5, p. 585-590, 2013.
- [10] MOURA, Mayra Patrícia Batista de; GUIMARÃES, Núbia Cristina Ferreira; CRISPIM, Zeile da Mota. Assistência de Enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*, p. 571-582, 2011.
- [11] SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015.
- [12] SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 6, p. 608-613 2013.
- [13] SOUZA, MT. SILVA, MS. CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1): 102-6.
- [14] VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 12 (3): 307-318 jul. / set., 2012.
- [15] VIEIRA, Letícia Becker et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. *Acta paul enferm*, v. 25, n. 3, p. 423-9, 2012.
- [16] VIEIRA, Letícia Becker et al. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, p. 410-414, 2011.
- [17] WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2015. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil, 1ª Edição Brasília – DF – 2015.

Capítulo 9

Utilização de psicotrópicos pelos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa

Letícia de Sousa Eduardo

Jeysica Paloma Medeiros dos Santos

Julia Karoline Amorim

Nívea Mabel Medeiros

Resumo: Os profissionais de saúde apresentam-se vulneráveis para desenvolver alterações no seu estado psicossocial e isso pode estar atrelado à dinamicidade de situações potencialmente geradoras de estresse pelas quais são vivenciadas no ambiente de trabalho. Nesse contexto, o estudo busca sintetizar os conhecimentos científicos da literatura acerca da utilização de psicotrópicos pelos profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa, na qual realizou a busca por artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, indexados nas seguintes bases de dados: CINAHL, BDNF e LILACS, sem intervalo de tempo especificado. Foram utilizados os descritores cadastrados no DeCS- Descritores em Ciências da Saúde, nos idiomas: português, espanhol e inglês: “Saúde do Trabalhador”; “Psicotrópicos” e “Enfermagem”. Além disso, realizou-se uma associação entre os descritores por meio do operador booleano “and”. Sendo assim, após os critérios de inclusão e exclusão, apenas seis artigos foram inclusos nesse estudo, destes, quatro eram nacionais e dois internacionais. Nessa perspectiva, a maioria dos artigos analisados descreveram que a utilização dos psicotrópicos pelos profissionais de enfermagem está relacionada aos fatores estressantes presentes no ambiente de trabalho, tais como: jornada laboral e precarização do processo de trabalho, que culminam favorecendo o envolvimento destes trabalhadores com essas substâncias. Portanto, destaca-se a necessidade de novas pesquisas nesta área, visto a escassez de estudos que abordam a utilização de substância psicoativas pelos enfermeiros. Ademais, faz-se necessário criar medidas combativas ao estresse gerado decorrente do ambiente de trabalho, visto que os efeitos provenientes dessas substâncias interferem diretamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Psicofármacos. Esgotamentoprofissional.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que atua em todas as etapas da vida do ser humano, desde o nascimento até a morte, possuindo então uma gama de atribuições e responsabilidades. Nesse contexto, de acordo com Cunha, Souza e Mello (2012), a execução dessas diversas competências, faz com que os profissionais de enfermagem se tornem vulneráveis a desenvolver estresse ocupacional, visto que muitas situações do processo de trabalho em enfermagem constituem fatores potencialmente estressantes.

Sendo assim, justamente por serem esses profissionais que dispõem de maior tempo junto do paciente, tendo, constantemente, de vivenciar o sofrimento alheio relacionado à dor da perda da saúde, situações de morte e morrer, além de dilemas éticos relacionados à tomada rápida de decisão em situações de urgência e emergência, faz com que assumam uma posição de vulnerabilidade ao envolvimento com substâncias psicotrópicas, o que representa um grave problema de saúde, visto que o uso incorreto geram graves efeitos adversos, além da dependência.

Esses fármacos atuam no cérebro, interferindo no pensar, agir e sentir do indivíduo. Além de atuar no controle da ansiedade, depressão, angústia, insônia, agitação, entre outras. Portanto, podem ser classificadas em três grupos, conforme a atividade que exercem no sistema nervoso central: estimulando, deprimindo e perturbando (RODRIGUES et al, 2011).

Desse modo, na busca de rendimento nas atividades laborais, alívio e enfrentamento das situações estressantes vivenciadas no contexto hospitalar, faz com que muitos profissionais façam o uso de maneira irracional e abusivo dessas substâncias, que além de interferir na sua saúde, alguns atuam gerando diminuição da produtividade, rendimento individual, dificuldade de atenção, altos índices de absenteísmo, baixa força muscular, memória entre outros (DIAS et. al, 2011).

Nesse sentido, este estudo se torna relevante à medida que traz uma síntese do conhecimento científico a respeito da utilização de psicotrópicos pelos profissionais de enfermagem, possibilitando que os enfermeiros e estudantes utilizem estas informações para facilitar a sua prática clínica baseada em evidências. Assim, o presente trabalho tem o objetivo de sintetizar o conhecimento científico da literatura, a respeito da utilização de psicotrópicos pelos enfermeiros, para que a partir de então, os profissionais promovam o uso de práticas clínicas baseadas em evidências científicas. Sendo assim, a questão que norteou este estudo foi: Quais os fatores predisponentes para o uso de psicotrópicos pelos profissionais de enfermagem?

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método permite que pesquisas anteriores sejam sumarizadas e conclusões sejam estabelecidas a partir da avaliação crítica de diferentes abordagens metodológicas. Segundo os autores Mendes; Silveira; Galvão (2008), o seu objetivo é sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico a partir da síntese ou análise dos achados dos estudos, com propósitos teóricos e ou intervencionistas. Nessa perspectiva, as etapas que conduziram esta revisão integrativa foram: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, apresentação dos resultados e conclusões.

Foi então realizada uma busca por artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, indexados nas seguintes bases de dados: CINAHL, que foi acessada por meio de endereço eletrônico do portal CAPES- Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior, BDENF- Banco de Dados em Enfermagem e LILACS- Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, acessadas por meio do endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os descritores cadastrados no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, nos idiomas: português, espanhol e inglês: "Saúde do Trabalhador"; "Psicotrópicos" e "Enfermagem". Além disso, realizou-se uma associação entre os descritores por meio do operador booleano "and". *Occupational Health and Psychotropic and Drugs and Nursing*. "Saludocupacional"; "psicotrópico" e "enfermagem".

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 12 anos e que abordassem a problemática em questão, teses e dissertação nos três idiomas: português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram artigos em duplicata e que não estivessem disponíveis na íntegra. Sendo assim, foram encontrados 27 artigos nas bases de dados consultadas. Porém, após realizar o filtro de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, apenas seis artigos que foram inclusos para a construção do estudo em questão.

A análise dos artigos foi realizada através da categorização das temáticas encontradas. Sendo assim, foram identificadas duas categorias: “drogas psicotrópicas e suas consequências” e “utilização de psicotrópicos pelos profissionais: fatores predisponentes”. A síntese dos achados foi colocada em tabela, e a análise e discussão foram feitas por meio das categorias supracitadas. Vale ressaltar que foi construído um fluxograma composto por três etapas, para melhor filtro dos artigos.

Portanto, na primeira etapa foi feito uma busca nas bases de dados de todos os artigos, onde foi encontrado um total de 27. Na segunda etapa, foram excluídos nove artigos, devido a duplicidade de títulos, restando apenas 18. Quanto à terceira etapa, foram excluídos doze artigos por apresentarem títulos e resumos em discordância com a temática. Os seis artigos restantes foram analisados na íntegra e utilizados na construção do presente estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme especificado nos métodos utilizados, foram analisados seis artigos. Foi construído uma tabela com a distribuição dos artigos segundo os autores, título do artigo, ideia principal e o banco de dados e ano de publicação. Os referidos estudos foram publicados na base de dados Medline, LILACS, BVS, BDENF E CINAHL no período compreendido entre os anos de 2012-2017.

3.1 DROGAS PSICOTRÓPICAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

As drogas psicotrópicas agem no sistema nervoso central (SNC) e passam a produzir alterações de comportamento, humor e cognição, levando o indivíduo à dependência. Nesse sentido, a palavra psicotrópico é composta de duas outras: psico e trópico. Psico é de origem grega e se refere à dimensão psíquica do homem, já o trópico deriva de tropismo, que é atração por algo (DIAS et al, 2011).

Os agentes psicoativos atuam de três maneiras, tais como: deprimindo, estimulando e perturbando o SNC. As drogas depressoras têm a potencialidade de atuar diminuindo a atividade neuronal, afetando o cérebro e fazendo com o mesmo trabalhe de forma lenta, gerando diminuição da atenção, concentração, tensão emocional e a capacidade intelectual. As substâncias estimulantes atuam acelerando o funcionamento do SNC, os psicofármacos perturbadores têm a função de produzir distorções no funcionamento do cérebro, como, por exemplo, delírios e alucinações (MARTINS et al, 2009).

Segundo Moutinho; Lopes, (2008), o profissional de enfermagem possui facilidade em obter os agentes psicotrópicos no ambiente hospitalar, o que sugere a susceptibilidade à automedicação, influenciando negativamente no seu comportamento, gerando diminuição no rendimento, absenteísmo, culminando em uma convivência complexa e desconfortável. Essas substâncias apresentam efeito a curto e longo prazo, interferindo na prática do trabalhador de saúde, visto que alguns psicofármacos podem induzir o profissional a cometer erros durante a execução das suas práticas laborais, comprometendo, portanto na qualidade da assistência do paciente.

Sendo assim, as consequências da utilização de psicotrópicos perpassam a saúde individual, uma vez que os efeitos dessas drogas podem interferir na segurança do paciente, que o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, criou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria GM/MS nº 529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Tabela 1: Classificação dos estudos selecionados, segundo título, base de dados e ano, autores e ideia

Autores	Título do artigo	Ideia principal	Base de dados e ano de publicação
MARTINS, E. R.C CORRÊA, A.K.	Lidar com substâncias psicoativas: O significado para o trabalhador de enfermagem	Compreender o significado do lidar com substâncias psicoativas para os trabalhadores de enfermagem que atuam em clínica médica de uma unidade hospitalar.	BDEF (2004)
MARTINS, E. R.C. ZEITOUNE, R.C.G. FRANCISCO, M.T.R. THELMA, S. MARTA, C. B	Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos	Descrever o uso de substâncias psicoativas pelos profissionais e as concepções de tal sobre os riscos de seu consumo e sua relação com o trabalho.	LILACS (2008)
DIAS, J. R. F. ARAÚJO, C. SMARTINS, E.R.C CLOS, A.C FRANCISCO, M T. R	Fatores predisponentes ao uso próprio de psicotrópicos por profissionais de enfermagem.	Investigar os fatores predisponentes para o uso de substâncias psicotrópicas, evidenciaram-se alguns fatores, tais como: estresse elevado, carga horária ocupacional, cobranças e insatisfação no ambiente de trabalho ou familiar.	CINAHL (2011)
VIEIRA, T. G BECK, C. L. C DISSEN, C. M CAMPONOGAR A, S GOBATTO, M COELHO, A. P. F	Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva	Identificar o adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva.	BDEF (2013)
BAGGIO, M. A. FORMAGGIO, M.F.	Automedicação: desvelando o descuidado de si dos profissionais de enfermagem	Compreender o significado do (des) cuidado de si dos profissionais de enfermagem, a partir da prática da automedicação	BDEF (2013)
PERRY, LIN; LAMONT, SCOTT; BRUNERO, SCOTT; GALLAGHER, ROBYN; DUFFIELD, CHRISTINE	A saúde mental dos enfermeiros em ambientes hospitalares agudos: uma pesquisa transversal.	Descrever o estado de saúde mental e as características relacionadas dos enfermeiros que trabalham em dois hospitais de ensino metropolitano agudo.	CINAHL (2015)

Fonte: Construído pelos autores a partir das bases de dados SciELO, Lilacs e Bdef 2012 a 2017.

3.2 UTILIZAÇÃO DE PSICOTRÓPICOS PELOS PROFISSIONAIS: FATORES PREDISPOENTES

Nesse contexto, segundo Dias et al (2011), diversos fatores atuam contribuindo para que os profissionais de enfermagem façam o uso desses agentes psicotrópicos, tais como: carga horária de trabalho, o estresse gerado pelo ambiente laboral, que por muitas vezes culminam gerando a insatisfação e conseqüentemente desinteresse pelo o que faz. Além disso, o processo de lidar com o sofrimento alheio, gerando assim, a angústia, medo e sofrimento psíquico, que culmina interferindo na homeostase do sujeito que cuida.

O trabalhador de enfermagem enfrenta uma diversidade de situações, tanto em sua vida pessoal como profissional, muitas associadas às dificuldades econômicas, aos transtornos do ritmo acelerado da vida urbana, todos esses fatores são geradores de estresse físico e emocional, fazendo com os profissionais passem a fazer o uso dos psicoativos como uma estratégia para aliviar as tensões do dia a dia (BARROS; GRIEP; ROTENBERG, 2009).

Corroborando com o autor supracitado, Vieira et al (2013), afirma que devidos os trabalhadores de enfermagem conviverem com pessoas que lidam diariamente essas substâncias no ambiente hospitalar, e por terem o conhecimento dos seus mecanismos de ação, passam a ter livre acesso a essas drogas, e conseqüentemente facilita a utilização, em busca de aliviar o estresse da sua rotina de trabalho.

A equipe de enfermagem possui profissionais que desempenham diversas funções em sua área de trabalho, carregando consigo responsabilidades importantes, buscando ser flexível para solucionar diversas situações expostas em seu ambiente de laboral. Com isso, a carga de trabalho torna-se cada vez

elevada, pois a pressão externa e interna, as cobranças, fazendo com que eles se tornem sobrecarregados, refletindo negativamente na condição física e principalmente mental. A soma desses fatores podem fazer com que o profissional passe a negligenciar sua vida social, em detrimento do trabalho, prejudicando assim, sua saúde, em virtude do aparecimento de diversas doenças somáticas (BARROS; GRIEP; ROTENBERG, 2009)

Ainda conforme o autor supracitado, muitos profissionais não possuem conhecimento sobre os efeitos colaterais e muito menos dos adversos, que tais substâncias causam no organismo, ou seja, dos riscos que as mesmas oferecem à saúde. Porém, ainda assim por acharem que ao fazerem uso de tais substâncias terão alívio para os problemas existentes em seu contexto social, dão continuidade a automedicação e agravam a situação existente. Corroborando com a ideia da carga horária de trabalho como fator predisponente para a utilização de agentes psicotrópicos, os autores Mauro e Veiga (2008) afirmam que a automedicação dos profissionais está relacionada com sintomas gerados pela profissão, ou seja, o surgimento de dores lombares, nos membros inferiores, estresse psicológico, mudança de humor, transtornos do sono, varizes, agonia e aflição.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se uma escassez dos estudos que abordassem a utilização de psicofármacos pelos profissionais de enfermagem, mostrando que esta temática é pouco trabalhada pelos profissionais e pela comunidade científica. Além disso, percebeu-se através dos estudos analisados, que a utilização dessas drogas interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro, visto as inúmeras consequências decorrentes dos psicoativos, passando a interferir na execução de suas práticas, na saúde do trabalhador, bem como refletindo na segurança do paciente.

Além disso, a carga horária de trabalho e o estresse gerado pelo ambiente laboral são apontados como fatores predisponentes para o envolvimento dos profissionais no uso de psicotrópicos. Desse modo, faz-se necessário criar medidas combativas ao estresse gerado decorrente do ambiente laboral, e a redução das elevadas jornadas de trabalho, a fim de trazer benefícios na saúde do trabalhador e contribuir também para uma assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

- [1] BARROS, A. R. R; GRIEP, R.H; ROTENBERG, L. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. Revista Latino-americana Enfermagem. 17:(6), 2009.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- [3] DIAS, J. R. F; ARAÚJO, C. S MARTINS, E.R.C et al. Fatores predisponentes ao uso próprio de psicotrópicos por profissionais de enfermagem. Revista. enfermagem. UERJ,9(3):445-51, 2011.
- [4] MAURO MYC, VEIGA AR. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. Revista enfermagem UERJ. 2008; 16: 64- 9.
- [5] MAURO, M.Y; RODRIGUES, C. A.V. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materna infantil. Revista Enfermagem UERJ. 16 (1): 64-9, 2008.
- [6] MENDES, K.D.S; SILVEIRA RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto contexto – enfermagem.2008;17(4):758-64.
- [7] MOUTINHO ECVS, LOPES GT. Enfermeiro do programa saúde da família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. Revista enfermagem UERJ. 2008; 16:51-7.
- [8] SILVEIRA, M.; CAMPONOGARA, S.; BECK, C. L. C. As produções científicas sobre o trabalho noturno na enfermagem: uma revisão de literatura. Journal ofResearch: Fundamental Care Online., 8(1):3679-3690, jan./mar., 2016..
- [9] VIEIRA, T. G; BECK, C.L. C; DISSEN, C. M. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Revista Enfermagem. 3(2):205-214, 2013.

Capítulo 10

Enfermeiro da atenção básica: Elementos dificultadores na prática do gerenciamento.

Paloma Karen Holanda Brito

Julia Karoline Duarte de Amorim

Jaine da Silva Batista

Marcelo Costa Fernandes

Resumo: A prática gerencial surgiu na enfermagem como uma importante ferramenta para o cumprimento das políticas públicas de saúde, possuindo papel fundamental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir do momento que é preciso reconhecer os seus problemas de saúde e buscar soluções para que os pontos traçados no planejamento sejam alcançados. O principal objetivo do enfermeiro enquanto gerente é organizar o trabalho e os profissionais de enfermagem, porém, para que isso aconteça, faz-se necessário que este se cerque de subsídios para ajudá-lo a cumprir tal tarefa com êxito. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, onde a pesquisa foi realizada na Atenção Básica no município de Cajazeiras, Paraíba. Os participantes dessa pesquisa são 15 enfermeiros dos 23 que compõem as 19 Unidades de Saúde da Atenção Básica da cidade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, realizadas individualmente em local privado e gravadas com a autorização prévia dos entrevistados. Com base nas falas dos enfermeiros obtidas durante as entrevistas, no que se refere aos elementos que influenciam a prática gerencial do enfermeiro na Atenção Básica, foi possível identificar quatro categorias que serão apresentadas e discutidas com os seus respectivos discursos. A primeira categoria aborda sobre os conflitos que intervêm na realização das práticas gerenciais na Atenção Básica, pois a partir do cotidiano do trabalho em saúde, nem sempre a interação entre os trabalhadores é harmoniosa, o que pode gerar conflitos, tornando necessária a intervenção do líder a fim de evitar prejuízos, seja na relação entre os próprios profissionais, quanto na segurança do paciente. A segunda categoria mostra que o excesso de burocracias interfere prejudicando o processo gerencial do enfermeiro, onde os enfermeiros citaram como um fator dificultador na realização da gerência a sobrecarga de atividades burocráticas, as quais são associadas às ações de registro de trabalho, como preenchimento de formulários, protocolos e do consolidado das atividades realizadas durante o mês de todos os profissionais da equipe multidisciplinar. A terceira categoria relata a sobrecarga de trabalho como fator prejudicial ao enfermeiro e os mesmo mencionaram como um ponto negativo, a execução de várias funções, inclusive as que não são de sua competência, tornando-o sobrecarregado, uma vez que agrega diversas atribuições ao seu cotidiano de práticas, distanciando, com isso, da sua essência que é o cuidado. A quarta categoria aborda a dificuldade na limitação dos recursos materiais, insumos e medicamentos que reverberam no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica, pois a falta de insumos é um dos principais fatores que interferem na qualidade da assistência, dificultando a realização de procedimentos e de ações que promovem a saúde, comprometendo de forma significativa a continuidade do cuidado. Os elementos influentes do processo de trabalho gerencial da enfermagem apresentados e discutidos no estudo poderão auxiliar na modificação da realidade, estimulando a profissão a crescer cada vez mais e oferecendo a toda sociedade os benefícios dessas alterações.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; enfermagem; gerenciamento.

1 INTRODUÇÃO

A prática gerencial surgiu na enfermagem como uma importante ferramenta para o cumprimento das políticas públicas de saúde. Possui papel fundamental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir do momento que precisa reconhecer os seus problemas e buscar soluções para que os pontos traçados no planejamento sejam alcançados. O gerenciamento torna-se elemento fundamental em uma organização, visto que inúmeras decisões e atividades precisam ser desempenhadas com êxito para que haja um bom funcionamento da mesma (FERNANDES et al., 2010).

O gerenciamento envolve o fato de se trabalhar com pessoas, dessa forma vários recursos estão envolvidos para que os objetivos de uma organização sejam alcançados. Algumas atividades como planejar, avaliar, organizar, liderar e controlar são fundamentais para um bom gerenciamento, além das habilidades que devem ser desenvolvidas por quem o realiza, para que tais ações obtenham efetividade e alcancem resultados positivos. Portanto, o sucesso de uma organização depende da capacidade do gerente em controlar as informações e desempenhar suas atividades cruciais (PINHEIRO, 2009).

De acordo com Felli e Peduzzi (2010), o principal objetivo do enfermeiro enquanto gerente é organizar o trabalho e os profissionais de enfermagem, porém, para que isso aconteça, faz-se necessário que este se cerque de subsídios para ajudá-lo a cumprir tal tarefa com êxito. Para isso, há diversos instrumentos técnicos e científicos, como planejamento, organização da equipe de enfermagem e ações de educação permanente, além de recrutar, supervisionar e avaliar o desempenho.

A função gerencial do enfermeiro encontra-se respaldada pela lei nº 7.498/86 de junho de 1986, a qual dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e normatiza as atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação das ações e serviços assistenciais ofertadas pela enfermagem como atividades privativas do enfermeiro e associadas ao processo de trabalho gerencial (BRASIL, 1986).

Para que o enfermeiro desenvolva o processo gerencial, este profissional deve ter entendimento e estar de acordo com as diretrizes operacionais decorrentes do Pacto pela Saúde, além de ter compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de consolidar a Atenção Básica. A gerência pode então ser compreendida como responsabilidade dos dirigentes em conjunto com os trabalhadores e usuários na expectativa de construção de um programa que supere as reais necessidades da população e que está voltado para a integralidade, uma das diretrizes do SUS, com evolução cotidiana, e precisa constantemente ser analisado e modificado (WEIRICH et al., 2009).

Neste sentido, com base no exposto, objetiva-se compreender os elementos dificultadores na prática gerencial do enfermeiro na Atenção Básica.

2 METODOLOGIA

Este estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Atenção Básica no município de Cajazeiras, Paraíba. Nesta cidade estão cadastradas 19 Unidades de Saúde da Família. Os participantes dessa pesquisa são 15 enfermeiros dos 23 que compõem as 19 Unidades de Saúde da Atenção Básica da cidade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, realizadas individualmente em local privado e gravadas com a autorização prévia dos entrevistados.

Para organizar os dados obtidos nas entrevistas, utilizou-se do processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é baseado nos discursos individuais, obtém-se ideias que expõem o pensamento do coletivo, através do discurso. O uso desta ferramenta permite analisar o material coletado, e retirar deste as Ideias Centrais (IC) e suas Expressões-Chave (ECH). As IC são expressões linguísticas que representam o sentido do discurso, e as ECH são trechos ou fragmentos do discurso que demonstram a essência deste.

Para analisar o conteúdo extraído dos depoimentos, realizou-se uma leitura das falas e posteriormente, foram realizadas leituras sucessivas a fim de verificar os núcleos de sentido relacionados as perguntas que compõem o roteiro da entrevista. A pesquisa iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande, sob o número do processo 1.642.763, entre os meses de julho e agosto de 2016. Para participar do estudo, os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas falas dos enfermeiros obtidas durante as entrevistas, no que se refere aos elementos que influenciam a prática gerencial do enfermeiro na Atenção Básica, foi possível identificar quatro categorias que serão apresentadas e discutidas com os seus respectivos DSC.

A primeira categoria aborda sobre os conflitos que intervêm na realização das práticas gerenciais na Atenção Básica. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram quatro enfermeiros.

3.1 CATEGORIA 01: CONFLITOS INTERPESSOAIS

DSC 01: Administrar as pessoas, que onde a gente tem muita dificuldade e complica muito, tem hora que ninguém quer lhe ouvir, nem lhe atender, aí fica complicado. O que dificulta muitas vezes é a falta de diálogo entre a equipe! Os problemas com funcionários, às vezes tem muita "picuinha" um com o outro e acaba prejudicando o andamento do serviço porque um não está gostando de alguma coisa, chega e não conversa, ainda tem esse problema, não com todos, mas com alguns. Minha dificuldade é essa. Tem coisas que deveriam ser realizadas, mas não mudam.

A partir do cotidiano do trabalho em saúde, nem sempre a interação entre os trabalhadores é harmoniosa, o que pode gerar conflitos, como demonstrado no DSC 01. Tal situação é necessário a intervenção do líder a fim de evitar prejuízos, seja na relação entre os próprios profissionais, quanto na segurança do paciente.

Segundo Ferreira (2010), o termo conflito significa: luta, enfrentamento; oposição entre duas ou mais partes, divergência de ideias, de opiniões. Situação esta que o gerente deve planejar estratégias para tentar preservar um ambiente de trabalho mais harmonioso.

Diante do cenário atual no qual a enfermagem encontra-se, o controle das ações de gerenciamento é fundamental para que haja uma atuação efetiva deste profissional em novas circunstâncias. Algumas habilidades são indispensáveis para um bom gerente, uma delas é a administração dos conflitos que surgem na equipe de trabalho. Os conflitos interpessoais costumam interferir no bom andamento da assistência, afetando negativamente a motivação e o desempenho, portanto é fundamental que tais desavenças sejam evitadas ou amenizadas, sendo resolvidas pelo enfermeiro, líder da equipe, demonstrando sua competência (AMESTOY et al, 2014).

Além da harmonia que deve existir na equipe de trabalho das unidades de saúde, para que a assistência aconteça de forma efetiva é preciso que haja o trabalho em equipe, então, a distribuição de tarefas pode ser algo favorável, visto que todos irão trabalhar com o mesmo propósito, de contribuir para realização das ações com qualidade. Busca-se uma nova reorganização interdisciplinar dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa a integralidade do sujeito, com ações em conjunto, que apresentam maior resolubilidade dos problemas que acometem o paciente e a população (FERNANDES, 2012).

Portanto, manter um bom relacionamento dentro do ambiente de trabalho é de extrema importância para o funcionamento efetivo da unidade e o bom desempenho dos funcionários, a fim de otimizar o cuidado com qualidade e priorizar os atores sociais, prestando um serviço de qualidade para realizar o processo de trabalho de forma harmoniosa e organizada. Para isso, é indispensável que o enfermeiro gerente tenha o olhar crítico-reflexivo sobre os profissionais para que haja diálogo e uma boa convivência entre os mesmos, evitando assim frustrações e conflitos negativos futuros.

A segunda categoria mostra que o excesso de burocracias interfere prejudicando o processo gerencial do enfermeiro. Participaram na construção do DSC, sete enfermeiros.

3.2 CATEGORIA 02: BUROCRACIA EXCESSIVA.

DSC 02: Você vai perceber que a maior parte do nosso tempo o que toma mais é a parte do gerenciamento bem mais que qualquer outra. Então assim, é um trabalho que você tem que estar a pá de tudo, é muitas atribuições pra você, tem muita papelada, muita burocracia pra se resolver. Porque assim, eu acredito que na unidade deveria ter um administrador, uma pessoa responsável para gerenciar a burocracia da unidade, porque em alguns momentos que estou em atendimento tenho que pedir pro paciente muitas vezes aguardar um pouco pra resolver um problema e a burocracia na maioria das vezes fala mais alto que a assistência, no modo de falar [...] A burocracia é muita hoje em dia. E lidar com muita burocracia, muito papel, muita ficha dentro da AB é algo assim muito difícil.

Percebe-se no DSC acima que os enfermeiros citaram como um fator dificultador na realização da gerência

a sobrecarga de atividades burocráticas, as quais são associadas às ações de registro de trabalho, como preenchimento de formulários, protocolos e do consolidado das atividades realizadas durante o mês de todos os profissionais da equipe multidisciplinar. (FERNANDES, 2012)

A dupla atuação do enfermeiro na Atenção Básica, tendo de suprir as necessidades assistências e burocráticas, vem os sobrecarregando, e os mesmos atribuem à maior carga as questões burocráticas, que apesar de serem de suma importância para o andamento da unidade, é necessária uma melhor articulação para que sejam armazenadas de forma mais rápida e não arcaica. Desta maneira, não há prejuízos quanto a assistência que este profissional deve fornecer à população, o que necessita de maior dedicação, sendo muitas vezes reduzida pelo fato das questões burocráticas (FERNANDES, 2012).

Ao desenvolver diversas atividades, o enfermeiro acaba tendo uma pesada jornada de trabalho, fator que traz pontos negativos não apenas para assistência que presta a população e a unidade de saúde, mas principalmente acarretando problemas a seu próprio bem-estar físico e mental. Um ambiente estressante e que não possibilite um bom desenvolvimento de suas atividades, tem acarretado problemas aos profissionais da saúde, e esse é um cenário que precisa ser modificado, uma luta por melhores condições de trabalho é o mínimo, ao sabermos que a saúde do trabalhador é essencial para o desenvolvimento de qualquer organização (SILVA et al., 2006).

Entretanto, compreende-se que o registro do enfermeiro é uma ferramenta essencial para a realização das ações em seu cotidiano de práticas, uma vez que a partir dessas informações obtidas, por meio do das atividades burocráticas, o enfermeiro poderá construir um plano de ação que possa atender as reais necessidades dos usuários do serviço. Nota-se que a dificuldade está na forma arcaica como as fichas, notificações e mapas são desenvolvidas, sendo o enfermeiro na maioria das vezes o responsável por uma gama de informações (FERNANDES, 2012).

Em decorrência desse excesso de atividades burocráticas, há uma influência na assistência prestada aos usuários pois, de certa forma, o enfermeiro tem responsabilidades tanto burocráticas quanto assistenciais, impossibilitando assim uma melhor sistematização do cuidado de enfermagem, devido as inúmeras responsabilidades de registros, em que o enfermeiro demanda tempo para realizar, interferindo negativamente no processo de trabalho, onde notou-se no DSC dos enfermeiros, ausência em certas situações de cuidado direto ao aos sujeitos, família e comunidade, para resolver questões burocráticas.

A terceira categoria relata a sobrecarga de trabalho como fator prejudicial ao enfermeiro. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram sete enfermeiros.

3.3 CATEGORIA 03: SOBRECARGA DE TRABALHO

DSC 08: O que dificulta é a sobrecarrega, está entendendo? [...] e às vezes acaba fazendo outros serviços que não lhe compete. Então a sobrecarga é o ponto negativo e acaba dificultando muito o serviço, aí implica também no andamento de atividades de todo mundo! Muito serviço que poderia ser dividido, né? Não ser só competência do enfermeiro.

No DSC acima os enfermeiros mencionaram como um ponto negativo, a execução de várias funções, inclusive as que não são de sua competência, tornando-o sobrecarregado, uma vez que agrega diversas atribuições ao seu cotidiano de práticas, distanciando, com isso, da sua essência que é o cuidado.

Assim, o enfermeiro ao realizar uma gama excessiva de atribuições na unidade de saúde, como demonstrado também nos discursos desses profissionais na investigação desenvolvida por Soares, Biagolini e Bertolozzi (2013) na AB de uma região do Município de São Paulo, acabam por ficarem com excesso de atividades, o que dificulta a implementação do cuidado junto à população do seu território, em decorrência da sobrecarga de função, como demonstrado em diversos estudos no cenário brasileiro (MACIEL, LAGE, 2011; RÊGO et al., 2015; SILVA et al., 2013; VISENTIN et al., 2015).

Portanto, para que exista um bom funcionamento e andamento do serviço na AB, é indispensável que o enfermeiro gerente disponha de condutas que aprimorem o serviço, de maneira que haja uma distribuição das funções designadas por cada profissional da equipe, de forma que vise uma melhor assistência prestada e menos sobrecarga de trabalho.

A quarta categoria aborda a dificuldade na limitação dos recursos materiais, insumos e medicamentos que reverberam no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica. Participaram desse discurso oito enfermeiros.

3.4 CATEGORIA 04: DEFICIÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS

DSC 09:Então são mais fatores que dificultam a gerência. Porque a gente se depara com ausência de insumos. Então, sinceramente é muito complicado. Falta material, equipamentos, às vezes o pessoal da secretaria mesmo avisa que o material vai demorar chegar e que não dispense algumas coisas ou que nem use. Então tudo isso a gente é informado e uma das principais reclamações dos ACS e das técnicas é falta de insumos que não têm. Às vezes você está lá pra gerenciar, mas você já recebe uma lista que diz que tem que ser assim e assim, ai fica complicado, está entendendo? E às vezes não tem nem sequer metade dos materiais que está na lista. A questão dos contraceptivos que estão sem vir também e tantos outros. Medicamentos é uma coisa séria. Sua falta atrapalha muito. Essa parte dos recursos é algo que implica muito na gerência, pois tudo que acontece no posto seja da falta ou de excesso recai sobre a gente.

Apontou-se no DSC 09 que os enfermeiros referiram como um fator dificultador na realização da gerência na AB, a deficiência de recursos materiais, as quais interferem diretamente na viabilização da produção do cuidado do enfermeiro nesse cenário de atenção.

Os recursos materiais disponíveis são de extrema importância em qualquer ambiente que seja exercido o trabalho de enfermagem, como materiais de limpeza, equipamentos, fichas, medicamentos, instrumentos necessários para realização de procedimentos, entre outros, que são fundamentais em qualquer unidade de saúde. A realidade que é vivenciada apresenta inúmeras precariedades, e o profissional tem que prestar uma assistência de qualidade com a quantidade mínima de recursos. A falta de insumos é um dos principais fatores que interferem na qualidade da assistência, pois dificulta a realização de procedimentos e de ações que promovem a saúde, comprometendo de forma significativa a continuidade do cuidado. (MOURA et al, 2010).

Segundo Schimith(2004), considera-se esse aspecto, toda a programação, principalmente do consumo de medicamentos, como forma de garantir o acesso e a continuidade do tratamento, é importante contemplar uma margem de segurança para garantir a distribuição de medicamentos à população que demanda o serviço, evitando problemas futuros. A falta de medicamento é um fator que impossibilita a continuidade do atendimento e leva a equipe a sentir-se insatisfeita com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação diante do sofrimento do usuário e da dificuldade de agir a determinadas situações. Assim, as práticas profissionais do enfermeiro nas UBS sofrem influência da falta de materiais e insumos, o que dificulta o desenvolvimento das atividades previstas no que tange as ações definidas pela Política Nacional da Atenção Básica(PNAB) gerando assim insatisfação.

Com o intuito de solucionar as deficiências de recursos materiais, estruturais ou medicamentosos, é imprescindível que os enfermeiros gerentes tomem providências para suprir tais necessidades, principalmente a partir do trabalho em equipe, a fim de sensibilizar a gestão na manutenção periódica de recursos, com o intuito de manter os materiais necessários para o atendimento com qualidade e segurança da população do território de atuação da UBS.

4 CONCLUSÕES

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), o enfermeiro exerce atividades gerenciais, porém, há diversos elementos que podem interferir na realização deste papel. Com este estudo, foi possível identificar quatro fatores: conflitos interpessoais; burocracia excessiva; sobrecarga de trabalho e a deficiência de recursos materiais.

Assim, os elementos influentes do processo de trabalho gerencial da enfermagem apresentados e discutidos no estudo poderão auxiliar na modificação da realidade, estimulando a profissão a crescer cada vez mais e oferecendo a toda sociedade os benefícios dessas alterações.

Espera-se que o estudo possa despertar o interesse de acadêmicos e profissionais a pesquisarem e discutirem cada vez mais sobre novas ações gerenciais adaptadas à realidade atual da profissão e que possam nortear os processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com mais eficiência e eficácia.

REFERÊNCIAS

[1] AMESTOY, S. C. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014.

- [2] BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de junho de 1986.
- [3] FERNANDES, M. C et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. Rev. bras. enferm. v. 63, n. 1, 2010.
- [4] FERNANDES, M. C. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2012.
- [5] FERREIRA, A. B. H. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8a Ed. Curitiba: Positivo; 2010.
- [6] FELLI, V. E. A; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª e. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- [7] MACIEL, L. M.; LAGE, A. M. D. O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família. R. Enferm. Cent. O. Min. v. 1, n. 4, p.445-461, out./dez., 2011.
- [8] MOURA, B.L.A et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. v. 10 (Supl. 1), p. 69-81, 2010.
- [9] PINHEIRO, A. L. S. Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. Rev. APS, v. 12, n. 3, p. 262-270, 2009.
- [10] RÊGO, C. C. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul./set. 2015.
- [11] SILVA, B. M et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. v. 15, n. 3, p. 442-8, 2006.
- [12] SILVA, C. C. S. et al. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba - Brasil. Rev. Eletr. Enf., Goiânia, v. 15, n. 1, mar. 2013.
- [13] SOARES, C. E. S.; BIAGOLINI, R. E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de Enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 915-921, ago. 2013.
- [14] VISENTIN, F. et al. A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. Invest. educ. enferm, Medellín, v. 33, n. 3, dez. 2015.
- [15] WEIRICH, C. F et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto Contexto Enferm, v. 18, n. 2, p. 249-57, 2009.

Capítulo 11

Aspectos epidemiológicos dos casos de internação por causas externas em jovens entre 15 a 19 anos

Gláucia de Souza Abreu Alencar

Tatiana Farias Teódulo Palitot

Maria do Socorro Sarmiento Pereira

Alessandro Leite Cavalcanti

Resumo: Objetivo: caracterizar os casos de internação por causas externas em jovens de 15 a 19 anos, em hospitais do Estado da Paraíba – Brasil entre 2013 e 2015. Métodos: estudo descritivo, com dados secundários a respeito das internações hospitalares relacionadas a causas externas no Estado da Paraíba, através do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Foram organizados em bancos de dados, usado programa estatístico SPSS e análise descritiva e organizados em tabelas. Resultados: foi evidenciado que dentre as internações, o sexo masculino foi predominante, bem como em relação aos óbitos. Quanto à cor/raça, os indivíduos pardos foram mais afetados nas internações e óbitos. Em relação ao agravo, o acidente de transporte destacou-se, seguido das quedas, nas internações, e quanto aos óbitos, os acidentes de transporte também foram predominantes, seguidos da exposição a forças mecânicas inanimadas. A taxa de mortalidade foi predominante em relação aos envenenamentos/intoxicação acidental e exposição a substâncias nocivas. Conclusão: diante do exposto há a necessidade de se continuar buscando mais informações nessa temática a fim de contribuir com mais ações e elaboração de atividades planejadas, que façam o controle mais positivo das intervenções e seus resultados.

Palavras-Chave: Causas externas, Assistência, Internação, Adolescentes.

1 INTRODUÇÃO

As causas externas podem ser definidas como sendo traumas de diversas naturezas, de cunho intencional ou não, de início súbito e de consequências imediatas na vida das pessoas envolvidas, podendo citar os acidentes de transporte, agressão, por armas de fogo e armas brancas, afogamentos, envenenamentos, quedas e outros tipos de acidentes e violências¹.

Dos 47.455 atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência em 24 capitais e no Distrito Federal, entre setembro e outubro de 2011, registrados pelo Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), o tipo de ocorrência mais frequente foram as quedas (30,9%), seguidas por acidentes de transportes (26,2%). Tal sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, com a finalidade de analisar a tendência e descrever o perfil das violências e dos acidentes atendidos em unidades de urgência e emergência, em decorrência da importância destes problemas e suas sequelas na saúde pública.

Além disso, dentre as políticas públicas desenvolvidas no Brasil, encontra-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, cujo objetivo principal é reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população³.

Atualmente, o panorama de morbimortalidade entre jovens vem se modificando de forma drástica. Desde 1980, as causas externas se configuram como sendo a segunda causa de mortalidade no Brasil e a primeira para os indivíduos que se encontram na faixa etária entre cinco e trinta e nove anos de idade. Neste cenário, as doenças intrínsecas ao indivíduo deixaram de ser a principal causa de mortalidade nessa faixa etária e as causas externas assumiram lugar de destaque em diversos estudos¹⁻⁴.

É notável a grande vulnerabilidade dos adolescentes, que muitas vezes adotam hábitos de vida não seguros, tais como uso de drogas lícitas e ilícitas e se envolvem em agressões físicas e em acidentes de transporte. Tais fatores, além de outros, são favoráveis para o aumento alarmante dos índices de mortalidade, fazendo com que o governo busque alternativas para tentar minimizar esses indicadores⁴.

Estudo de revisão sistemática, realizado entre os anos de 2000 e 2009, mostrou que as causas externas são responsáveis por 10,7% das mortes evitáveis em vítimas com traumatismos¹. Segundo dados do DATASUS, no ano de 2013 foram registrados 15.984 óbitos por causas externas em jovens de 15 a 19 anos e vale salientar que este número corresponde a 74,54% do número total de óbitos registrados⁵.

A adolescência pode ser entendida como a fase do desenvolvimento humano em que as pessoas se sentem mais livres e buscam descobrir novas experiências. É caracterizada pela passagem da infância para a vida adulta e nesse momento os indivíduos passam por diversas experiências, que podem acarretar riscos para a sua saúde e comprometer seu bem estar⁶.

Neste sentido, as ações de promoção da saúde, quando bem articuladas e direcionadas, podem gerar grandes efeitos e colaborar para mudanças positivas e construtivas. Sendo assim, as pesquisas se tornam aliadas importantes na busca de identificar os aspectos contribuintes e determinantes para que esses eventos tenham sua cadeia de progressão interrompida⁶.

No Brasil, as políticas de proteção à saúde do adolescente buscam mudar esses indicadores de mortalidade desfavoráveis, de modo que, para isso, os serviços de saúde, sejam eles de atenção primária, secundária e/ou terciária, precisam articular medidas conjuntas que possam desencadear uma maior conscientização dos jovens e, conseqüentemente, a adoção de hábitos mais seguros. Levando em consideração a recorrência desses eventos e a população envolvida diretamente em maior número serem os jovens, estudos nesse sentido buscam colaborar de forma positiva, com o intuito de guiar intervenções e contribuir com o número de estudos nessa área que ainda se mantém escasso⁷. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo caracterizar os casos de internação por causas externas em jovens de 15 a 19 anos, em hospitais do Estado da Paraíba – Brasil entre 2013 e 2015.

3 MÉTODOS

O estudo é do tipo descritivo, pois fornecem dados quanto à distribuição de um evento em determinada população, podendo ser expresso nas formas de incidência ou prevalência⁹, é transversal e com abordagem quantitativa, pois se utilizam de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa, avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão a agravos e ameaças através da quantificação¹⁰.

Foram utilizados dados referentes às internações hospitalares relacionadas a causas externas, em jovens de 15 a 19 anos, registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), para realizar um levantamento do perfil dos casos supracitados no período de 2013 a 2015.

A amostra foi do tipo censitária, pois abrange todas as internações hospitalares no período de 2013 a 2015 coletadas no SIH. As variáveis estudadas foram sexo, cor/raça, grupo de causas, divisão administrativa estadual e óbitos, conforme estão definidos no Sistema.

Para a análise de dados foi utilizado os softwares Excel e SPSS – Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0, sendo realizada a exportação dos dados do DATASUS e uso de tabelas para apresentação dos resultados.

Não foi necessária a apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se tratar de pesquisa em dados secundários, de domínio público, sem a identificação dos indivíduos.

4 RESULTADOS

Ocorreu a internação hospitalar de 4012 jovens entre 15 e 19 anos, vítimas de causas externas, no Estado da Paraíba, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015 e destes 83 evoluíram para o óbito, sendo a taxa de mortalidade de 2,07% e uma média anual de aproximadamente 1338 internações.

Tabela 1 – Distribuição das Internações, Óbitos e Taxa de mortalidade segundo sexo e cor/raça – 2013 a 2015

Variáveis	Internações		Óbitos		Taxa de mortalidade (%)
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	3282	81,8	72	86,7	2,19
Feminino	730	18,2	11	13,3	1,51
Total	4012	100	83	100	2,07
Cor/raça					
Branca	243	6	2	2,4	0,82
Preta	24	0,6	-	-	-
Parda	1343	33,5	13	15,7	0,97
Amarela	73	1,8	-	-	-
Indígena	2	0,1	-	-	-
Sem informação	2327	58	68	81,9	2,92
Total	4012	100	83	100	2,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A tabela 1 mostra que dentre as internações, o sexo masculino foi predominante, representando 81,8% dos casos e, quanto à cor/raça, os indivíduos pardos foram mais afetados (33,5%), entretanto não foi possível definir uma proporção correta em relação às categorias, uma vez que 58% das internações não apresentaram tal informação. Dentre os óbitos, a maior proporção também foi do sexo masculino (86,7%) e, quanto à cor/raça, a maioria, 15,7%, eram indivíduos pardos, mas não foi possível definir uma proporção correta em relação aos óbitos nas diversas categorias, uma vez que 81,9% dos casos não apresentam tal informação.

Tabela 2 – Distribuição das Internações, Óbitos e Taxa de mortalidade segundo grupo de causas – 2013 a 2015

Variáveis	Internações		Óbitos		Taxa de mortalidade
	N	%	N	%	
Grupo de causas					
Acidentes de transporte	1653	41,2	30	36,1	1,81
Quedas	835	20,8	4	4,8	0,48
Exposição a forças mecânicas inanimadas	281	7	27	32,5	9,61
Exposição a forças mecânicas animadas	53	1,3	-	-	-
Afogamento e submersão acidentais	1	0,0	-	-	-
Outros riscos acidentais à respiração	2	0,0	-	-	-
Expos cor.elétr.rad,temp pressão extr	35	0,9	1	1,2	2,86
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	18	0,4	1	1,2	5,56
Contato fonte de calor e subst quentes	50	1,2	-	-	-
Contato animais e plantas venenosos	25	0,6	-	-	-
Exposição às forças da natureza	8	0,2	-	-	-
Enven/intoxacid expos a subst nocivas	12	0,3	2	2,4	16,67
Expos acid a outr fatores e não espec	344	8,6	-	-	-
Lesões autoprovocadas voluntariamente	12	0,3	-	-	-
Agressões	335	8,3	16	19,3	4,78
Eventos cuja intenção é indeterminada	17	0,4	-	-	-
Intervenções legais e operações de guerra	1	0,0	-	-	-
Complic assistência médica e cirúrgica	84	2,1	1	1,2	1,19
Seqüelas de causas externas	244	6,1	1	1,2	0,41
Causas externas não classificadas	2	0,0	-	-	-
Total	4012	100	83	100	2,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A tabela 2 traz as internações, óbito e taxa de mortalidade segundo os dados do SIH definidos como grupo de causas. Nesta tabela, verificamos que a principal causa externa de internação foi o acidente de transporte, representando 41,2% dos casos, seguida das quedas (20,8%). Quanto aos óbitos, os acidentes de transporte também foram predominantes (36,1% dos casos), seguidos da exposição a forças mecânicas inanimadas, representando 32,5%.

Com relação à taxa de mortalidade, ainda na tabela 2, a maior foi verificada em relação aos envenenamentos/intoxicação acidental exposição a substâncias nocivas, representando 16,67%.

Tabela 3 – Distribuição das Internações e Óbitos segundo Divisão Administrativa Estadual – 2013 a 2015

Variáveis	Internação		Óbitos	
	N	%	N	%
Divisão Administrativa Estadual				
I NRS*	2131	53,1	65	78,3
II NRS	137	3,4	-	-
III NRS	1296	32,3	18	21,7
IV NRS	59	1,5	-	-
V NRS	26	0,6	-	-
VI NRS	196	4,9	-	-
VII NRS	-	-	-	-
VIII NRS	4	0,1	-	-
IX NRS	135	3,4	-	-
X NRS	24	0,6	-	-
XI NRS	-	-	-	-
XII NRS	4	0,1	-	-
Total	4012	100	83	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Núcleo Regional de Saúde

A tabela 3 mostra a ocorrência de internações em decorrência de causas externas nos jovens de 15 a 19 anos, nos diversos Núcleos Regionais de Saúde da Paraíba. Tais internações ocorreram principalmente nos Núcleos Regionais de Saúde I e III, representando respectivamente 53,1% e 32,3% dos casos. Os óbitos em decorrência das causas externas estiveram presentes apenas nestas duas regiões, com 78,3% e 21,7%, respectivamente.

5 DISCUSSÃO

As causas externas constituem a terceira causa de óbito no país, entretanto, entre jovens representam a primeira causa de morte. Pode-se notar que os Jovens do sexo masculino sofrem mais acidentes e violências quando comparado ao sexo feminino. Vários estudos apontam que esse fato tem sido atribuído a questões culturais, que estimulam os meninos a realizarem atividades com maior potencial de exposição a acidentes e violências, a liberdade conferida aos jovens muitas vezes se reflete em um risco maior de sofrer traumas e essa tendência aumentada pode se estender para a vida adulta⁶.

Neste contexto, os jovens do sexo masculino se configuraram como sendo os mais vulneráveis a violência das mais variadas naturezas. Os fatores socioeconômicos, baixa renda, escolaridade e raça negra configuram um estreitamento de fatores que corroboram para o aumento dos números em óbitos por causas violentas^{12,6}, muitas vezes relacionadas à maior exposição a hábitos e ambientes não seguros. O ambiente domiciliar também aparece em alguns estudos como sendo cenário de traumas¹³.

Em relação à raça, é conhecida a tendência de adolescentes negros serem mais frequentemente submetidos a grandes desigualdades sociais e a maior insegurança, estando, por isso, potencialmente, mais expostos aos riscos, especificamente as violências. A etnia em si não é considerada um fator de risco, mas a inserção social adversa se constitui em característica de vulnerabilidade¹⁴.

Entretanto, referente à cor/raça (definição do SIH), a proporção correta em relação às internações, óbitos e taxa de mortalidade fica prejudicada, uma vez que encontramos a maior parte dos registros no SIH sem esta informação, o que impede uma análise satisfatória dos dados. Tal característica é importante, pois auxilia na identificação de grupos mais suscetíveis a determinadas situações de doenças e agravos, orientando a tomada de decisão nas políticas de saúde¹⁵. Portanto, constata-se a importância do correto preenchimento das informações no SIH, pois podem nortear as políticas públicas de prevenção destes acidentes.

O método de identificação de raças utilizado atualmente no Sistema único de Saúde (SUS) é o do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de autotranscrição ou autodeclaração, o que pode ser a causa da dificuldade dessa definição, uma vez que, em algumas situações, os indivíduos questionados reagem de forma agressiva, principalmente por questões pessoais, sociais, culturais e históricas, como a escravização dos negros africanos, ou não conseguem definir essa raça devido à grande mistura de etnias na população brasileira, além de não entenderem a importância dessa informação e, muitas vezes, os próprios profissionais sentem-se constrangidos ao fazer tal pergunta¹⁵. Portanto, para que essa informação seja adquirida, os profissionais responsáveis precisam ter conhecimento de formas mais adequadas de indagação, explicando as razões para esta e as possíveis formas de miscigenação, para auxiliar na identificação da raça pelos indivíduos¹⁵.

Quanto ao grupo de causas, os acidentes de transporte destacam-se como causa importante de atendimentos de emergência por causas externas entre jovens, uma vez que está relacionado ao comportamento de risco decorrente da imaturidade, espírito desafiador, combinação de álcool e drogas com direção, resultando em abuso de velocidade e manobras arriscadas, além da falta de equipamentos de segurança¹⁶.

Neste sentido, estudos apontam que os riscos para os acidentes de trânsito são inúmeros e dentre eles destacam-se o aumento progressivo da frota de veículos, incluindo as motocicletas e as condições das vias públicas, bem como o impacto dessas ocorrências sobre a saúde da população tem contribuído para a diminuição da qualidade e da expectativa de vida entre adolescentes e jovens, de modo que, repercute no aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absentismo à escola, além dos gastos com infraestrutura e manutenção de rodovias¹⁶.

Nessa perspectiva, devemos considerar os fatores de risco que, uma vez afastados, podem ajudar na redução das diversas naturezas de traumas. Estudos indicam que há um conjunto de elementos que, ao interagirem entre si, podem atuar positivamente ou negativamente nos hábitos e comportamentos de um

indivíduo e uma vez a cadeia sendo quebrada, podemos alcançar diminuição dos números de óbitos que acometem os jovens de 15 a 19 anos por causas evitáveis¹⁶.

Podemos notar também que, em determinadas áreas, a natureza do trauma pode diferenciar, uma vez que em unidades sentinelas foi evidenciado que as principais causas de acidentes foram as quedas, outros acidentes e o trânsito, e entre as violências predominaram as agressões⁶. Já em outros estudos, os acidentes de trânsito adotaram local de destaque^{1,6,17}.

A falta de consciência devido à imaturidade pode interferir na dinâmica da relação direção segura e motorista. Os jovens frequentemente dirigem sem respeitar as leis de trânsito, dispensam o uso dos dispositivos de segurança, tais como cinto de segurança e capacete e aliam o uso de álcool nos seus momentos de lazer, conseqüentemente se expõem a atividades perigosas, que envolvem principalmente o abuso na velocidade de condução, resultando em acidentes graves¹⁷⁻¹⁸.

Quanto aos dados relativos ao local de internação nas divisões administrativas estaduais, verificou-se que a Paraíba apresentou este problema de saúde pública em todo o seu território, o qual está dividido em 12 Núcleos Regionais de Saúde. A ocorrência das internações e óbitos em quantidade expressiva em 2 destes 12 Núcleos pode ser explicada pelo fato de tais regiões abrangerem os hospitais de Referência para Urgência e Emergência, sendo direcionados para estas regiões os casos mais graves e, conseqüentemente, com maior risco de óbito.

Diante do exposto, há a necessidade de se continuar buscando mais informações nessa temática a fim de contribuir com mais ações e elaboração de atividades planejadas que façam o controle mais positivo das intervenções e seus resultados. Existe uma grande dificuldade de identificar números fidedignos dos óbitos por causas de mortalidade externas devido à subnotificação que existe nos bancos de dados, que muitas vezes interferem no planejamento e elaboração de estratégias e políticas que galguem diminuir esses números e mudá-los, uma vez que despertam grande preocupação no campo da saúde e na sociedade como um todo.

6 CONCLUSÃO

O planejamento em saúde surge na perspectiva de mudar determinados fatores contribuintes para que a causa estressora seja eliminada ou minimizada. Neste sentido, no campo da saúde, os agravos por causas externas tornaram-se um assunto muito debatido, porém, a cada dia que passa, os números alarmantes não se reduzem e essa realidade surge como algo que determina a adoção de medidas mais efetivas, que resultem em melhorias para mudar o atual panorama.

As ocorrências relacionadas a causas externas entre jovens de 15 a 19 anos desencadeiam intensas perdas e prejuízos tanto para a vítima, quanto para seus familiares e sociedade. O estado deve adotar medidas mais efetivas de prevenção e promoção da saúde, que busquem minimizar os danos, que muitas vezes são irreparáveis, no tocante àqueles que perdem sua vida de forma precoce e evitável.

De acordo com os dados expostos, verifica-se a importância para a saúde Pública de estudos que explorem os acidentes e violências e suas conseqüências, bem como forneçam características locais e que descrevam o perfil das vítimas destas ocorrências, buscando mostrar a principal parcela da população acometida por este problema, para que sejam, então, adotadas medidas de prevenção mais efetivas, baseadas na realidade do local de estudo e com a finalidade de desenvolver estratégias capazes de diminuir a frequência desses acontecimentos e, conseqüentemente, diminuir os gastos na saúde pública em decorrência destes.

REFERÊNCIAS

- [1] Gonsaga RAT; Rimoli CF; Pires EA; Zogheib FS; Fujino MVT; Cunha MB. Evaluation of the mortality due to external causes. Revista col. Bras. Cir. 2012; 39(4): 263-267.
- [2] Brasil. Ministério da 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. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf. Acesso em: 25 de Set. 2016.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed. Acesso em 24 de Set.de 2016.

- [4] Mascarenhas MDM; Silva MMA; Malta DC; Moura L; Goes PSA; Moysés ST; et.al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 Sup: S132, 2012.
- [5] DATASUS. Mortalidade por causas externas em adolescentes entre 15 a 19 anos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acessado em: 22/07/2015.
- [6] Malta DC; Mascarenhas MDM; Bernal RTI; Andrade SSCA; Neves ACM; Melo EM; et.al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas capitais Brasileiras – 2009. Ciência & Saúde Coletiva, 17(9): 2291-2304, 2012.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [8] Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- [9] Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo : Atlas, 2002.
- [10] Pereira, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- [11] Marconi, M A; Lakatos, E M. Fundamentos de Metodologia Científica. 7ª ed. São Paulo: Atlas, p. 149, 2010.
- [12] Biscegli TS; Benati LD; Faria RS; Boeira TR; Cid FB Gonsaga RAT. Perfil de crianças e adolescentes internados em unidade de tratamento de queimados do interior do estado de São Paulo. Revista Paulista de Pediatria. 2014;32(3): 177-182.
- [13] Pedrosa AAG; Mascarenhas MDM; Costa EM; Cronemberger LP; Atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência – Teresina, Piauí – 2009. Ciência & Saúde Coletiva, 17(9): 2269-2278, 2012.
- [14] Lemos CAG; Jorge MT; Ribeiro LA; Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento em o Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. Revista Brasileira de epidemiologia. 2013; 16(2): 482 – 92.
- [15] Brasil, Centro de Referência e Treinamento DST/aids. Como e para que Perguntar a Cor ou Raça/Etnia no Sistema Único de Saúde? Série: Prevenção às DST/aids. São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/manual_quesito_cor.pdf. Acesso em: 24 de set. 2016.
- [16] Martins CBG; Jorge MHPM; Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. Revista Brasileira de epidemiologia. 2013; 16(2): 454-68
- [17] Gaspar VLV; Souza ECO; Carmo JH; Pereira WD. Características de crianças e adolescentes hospitalizados em decorrência de causas externas. RevMed Minas Gerais 2012; 22(3): 287-295.
- [18] Medeiros TJ; Malfitano APS. Mortalidade de jovens por causas externas em São Carlos, SP, de 2000 a 2010: Consequência da interiorização da violência? BEPA 2012;9(105):4-17.

Capítulo 12

Mortalidade por causas externas entre jovens de 15 a 19 anos

Gláucia de Souza Abreu Alencar

Katiana Macêdo Duarte

Maria da Conceição da Silva

Milena Nunes Alves Sousa

Resumo: As causas externas podem ser definidas como sendo traumatismos de diversas naturezas de cunho intencional ou não, de início súbito e de consequências imediatas na vida das pessoas envolvidas, podemos citar os acidentes automobilísticos, agressão por armas de fogo e armas brancas, afogamentos, envenenamentos, quedas e outros tipos de acidentes. Objetivo: identificar, por meio da literatura, os índices de mortalidade por causas externas de jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos no Brasil. Métodos: trata-se de uma revisão integrativa que foi desenvolvida a partir do levantamento bibliográfico, através dos seguintes descritores: causas externas, assistência, mortalidade e adolescentes, por meio dos bancos de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, Medline e Bireme, utilizando os artigos publicados entre os anos 2012 e 2015. Resultados: foram utilizados os descritores “causas externas” cruzado com “adolescente”; depois cruzado “causas externas” e “assistência” e por ultimo cruzado “causas externas” com “adolescente” com “mortalidade”, que foram integrados a partir do operador lógico booleano, evidenciando que o sexo masculino, a raça negra e fatores tais como: baixa escolaridade e baixo nível social interferem negativamente no aumento dos números de traumas de diversas naturezas, quanto à faixa etária, predominou a de 15 a 19 anos, sendo a que apresenta a mais alta frequência de morbidades e de mortalidade por causa externas entre os jovens de até 19 anos, as agressões físicas perderam em números apenas para os acidentes automobilísticos. Conclusão: diante do exposto há a necessidade de se continuar buscando mais informações nessa temática a fim de contribuir com mais ações e elaboração de atividades planejadas que façam o controle mais positivo das intervenções e seus resultados.

Palavras-chave: Causas externas, Assistência, Mortalidade.

1 INTRODUÇÃO

As causas externas podem ser definidas como sendo traumatismos de diversas naturezas de cunho intencional ou não, de início súbito e de consequências imediatas na vida das pessoas envolvidas, podemos citar os acidentes automobilísticos, agressão por armas de fogo e armas brancas, afogamentos, envenenamentos, quedas e outros tipos de acidentes (GONSAGA, 2012).

Atualmente o panorama de morbimortalidade entre jovens, vem se modificando de forma drástica, desde 1980, as causas externas se configuram como sendo a segunda causa de mortalidade no Brasil e a primeira para os indivíduos que se encontram na faixa etária entre cinco e trinta e nove anos de idade. Nesse cenário as doenças intrínsecas ao indivíduo deixaram de ser a principal causa de mortalidade nessa faixa etária e as causas externas assumiram lugar de destaque em diversos estudos (MASCARENHAS, 2007).

É notável a grande vulnerabilidade dos adolescentes que muitas vezes adotam hábitos de vida não seguros, tais como uso de drogas lícitas e ilícitas, se envolvem em agressões físicas e em acidentes automobilísticos, todos esses fatores além de outros, são favoráveis para o aumento alarmante dos índices de mortalidade, fazendo com que o governo busque alternativas para tentar minimizar esses indicadores. (GONSAGA, 2012).

Estudo de revisão sistemática realizado entre os anos de 2000 a 2009 mostrou que as causas externas são responsáveis por 10,7% das mortes evitáveis em vítimas com traumatismos. (GONSAGA, 2012). Segundo dados do DATASUS no ano de 2013, foram registrados 15.984 óbitos por causas externas em jovens de 15 a 19 anos; vale salientar que este número corresponde a 74,54% do número total de óbitos registrados.

A adolescência pode ser entendida como a fase do desenvolvimento humano em que as pessoas se sentem mais livres e buscam descobrir novas experiências. É caracterizada pela passagem da infância para a vida adulta e nesse momento os indivíduos, passam por diversas experiências que podem acarretar riscos para a sua saúde e comprometer seu bem estar (MALTA, 2009).

Nesse sentido as ações de promoção da saúde quando bem articuladas e direcionadas, podem gerar grandes efeitos e colaborar para mudanças positivas e construtivas. Sendo assim, as pesquisas se tornam aliadas importantes na busca de identificar os aspectos contribuintes e determinantes para que esses eventos tenham sua cadeia de progressão interrompida (MALTA, 2009).

No Brasil as políticas de proteção à saúde do adolescente buscam mudar esses indicadores de mortalidade desfavoráveis, de modo que, para isso os serviços de saúde sejam eles de atenção primária, secundária e/ou terciária precisam articular medidas conjuntas que possam desencadear uma maior conscientização dos jovens e consequentemente a adoção de hábitos mais seguros. Levando em consideração a recorrência desses eventos e a população envolvida diretamente em maior número serem os jovens, estudos nesse sentido buscam colaborar de forma positiva, com o intuito de guiar intervenções e contribuir com o número de estudos nessa área que ainda se mantem escasso (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo identificar, por meio da literatura, os índices de mortalidade por causas externas de jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos no Brasil.

2 MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa acerca da mortalidade por causas externas entre jovens, foi desenvolvido a partir de pesquisa realizada em literatura existente sobre a temática de acordo com os descritores: causas externas, assistência, mortalidade, adolescente. Com o intuito de responder aos seguintes questionamentos: Qual a faixa etária mais susceptível à mortalidade por causas externas na adolescência e quais agravos causa maior número de mortalidade na adolescência?

A revisão integrativa pode ser definida como um tipo de pesquisa que permite a avaliação de estudos por meio da síntese de conhecimentos. Neste sentido efetuou-se o levantamento bibliográfico por meio dos bancos de dados ScientificElectronicLibrary Online-(SCIELO), National Library of Medicine-(Pubmed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-(LILACS), Medical LiteratureAnalysisandRetrieval System Online-(MEDLINE), utilizando os artigos publicados entre os anos 2012 e 2015. O estudo foi realizado entre os meses de janeiro a julho do ano de 2016.

A revisão literária obedeceu aos critérios de inclusão e exclusão definidas para a seleção dos artigos, de modo que se considerou as produções consonantes com a temática, disponibilidade na íntegra e gratuitos, idiomas em português e inglês; serão desconsiderados os artigos que abordem outras faixas etárias. Ao utilizar os descritores foram selecionados 871 artigos de início, porém, após aplicar os critérios de

inclusão e exclusão foram selecionados para o presente estudo 13 artigos que contemplaram os anseios da pesquisa.

3 RESULTADOS

Foram utilizados os descritores “causas externas” cruzado com “adolescente”; depois cruzado “causas externas” e “assistência” e por ultimo cruzado “causas externas” com “adolescente” com “mortalidade”, que foram integrados a partir do operador lógico booleano. A tabela 1 mostra a técnica de busca utilizada.

Tabela 1: Estratégia de busca dos artigos no portal da BVS. Cajazeiras, 2016

Estratégias	Descritores	Estudos encontrados				Total
		LILACS	BDEFN	PUBMED	SCIELO	
Primeira etapa	Causas externas/ adolescente	512	15	2	11	543
Segunda etapa	Causas externas /assistência	128	19	0	29	176
Terceira etapa	Causas externas/ adolescente/ mortalidade	141	9	0	2	152
Total						871

A amostra final desta revisão integrativa foi constituída por treze artigos destes artigos que compuseram a amostra, 62% (08), são do ano de 2012, 31% (05) de 2013 e 7% (01) corresponde ao ano de 2014. Em relação ao idioma 93% (12) estavam em português e 7% (01) em inglês. Conforme mostra a tabela 2:

Tabela 2: Síntese do estudo

Ano	Título	Tipo de estudo	Local do estudo	Prevalência
2012	Evaluation of the mortality due to external causes	Retrospectivo, transversal, exploratório e descritivo	Catanduva - SP	Predominância de acidentes por transportes 45,6%.
2012	Atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência - Teresina, Piauí - 2009	Transversal	Terezina-PI	1.815 (88,1%) por acidentes e 246 (11,9%) por violência. Acidentes de transporte (31,5%), quedas (22,6%) e queimaduras (<1,0%).
2012	Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009	Transversal	Capitais brasileiras	6.434 (89,8%) dos pacientes foram vítimas de acidentes e 730 (10,2%) de violências. As principais causas de acidentes foram as quedas, de trânsito e entre as violências predominaram as agressões.
2012	Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007	Descritivo	Distrito federal e 36 cidades	Foram registradas 131.032 mortes por causas externas, das quais 47.707 (36,4%) decorreram de homicídios e 38.419 (29,3%) resultaram de acidentes de transporte
2012	Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal - Brasil, 2009	Transversal	Distrito federal e capitais brasileiras	Entre 35.646 atendimentos de emergência por acidentes, identificaram-se 9.934 (27,9%) atendimentos por Acidentes de transporte
2012	Características de crianças e adolescentes hospitalizados em decorrência de causas externas	Prospectivo, transversal e descritivo	Ipatinga-MG	Acidentes de transporte (37,7%); quedas (32,8%); exposição a forças mecânicas inanimadas (10,9%); queimaduras (5,5%); agressões (3,8%); contato com animais venenosos (3,3%); exposição a forças mecânicas animadas (3,3%); e outros tipos (2,7%).
2012	Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009	Transversal	Cuiabá-MT	de 131 óbitos estudados, 61,1% foram por agressão, 16,8% por acidentes de transporte e 13,0% por outros acidentes.
2012	Mortalidade de jovens por causas externas em São Carlos, SP, de 2000 a 2010: consequência da interiorização da violência?	Documental	São Carlos-SP	85,1% das mortes ocorreram por acidentes de Transportes..
2013	Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: Uma revisão bibliográfica.	Bibliográfico	Banco de dados: MedLine, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes	As causas mais prevalentes de óbito foram os acidentes de transporte (40,2%), seguidos por asfixia (22,7%), homicídio (24,2%) e suicídio (9,4%).
2013	Quedas de crianças e de adolescentes: prevenindo agravos por meio da Educação em saúde.	Quantitativo	Rio Grande do Sul	Dentre 3.144 atendimentos realizados no Pronto Socorro, 390 foram quedas que ocorreram dos zero aos dezoito anos.
2013	Óbitos por causas externas em Cuiabá. O a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade.	Seccional	Cuiabá	Entre os óbitos intencionais, 72,5% das vítimas já haviam sofrido violência
2013	Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção	Revisão sistemática	Bases de dados Lilacs, Medline e Scielo	Houve ingestão de álcool entre as vítimas de agressões (39,1%), tentativas de suicídio (25,4%), acidentes de transporte (16,8%) e quedas (5,9%).
2014	Perfil de crianças e adolescentes internados em unidade de tratamento de queimados do interior do estado de São Paulo.	Transversal, retrospectivo	Catanduva- SP	Foram incluídos no estudo 382 pacientes, o sexo prevalente foi o masculino, e a faixa etária predominante foi a de menores de 6 anos. O domicílio foi o local de 67,3 % dos acidentes e 47,1% deles aconteceram com líquidos aquecidos. A mortalidade foi de 1,6%.

Nos trabalhos analisados 71,42% (10) enfatizaram a predominância do sexo masculino no envolvimento de acidentes por causas externas na adolescência, sem diferença significativa entre os tipos de violências. Além disso, segundo os dados, existem outros fatores que contribuem para que esses eventos ocorram, são o baixo índice de escolaridade e a cor não branca.

Em relação às causas externas que mais atingem os jovens, os dados indicam os acidentes automobilísticos com maior incidência, seguido pelas agressões físicas, suicídios.

4 DISCUSSÃO

As causas externas constituem a terceira causa de óbito no país, entretanto, entre jovens representam a primeira causa de morte. Pode-se notar que os Jovens do sexo masculino sofrem mais acidentes quando comparado ao sexo feminino, dessa forma, vários estudos apontam que esse fato tem sido atribuído a questões culturais, que estimulam os meninos a realizarem atividades com maior potencial de exposição a acidentes e violências, a liberdade conferida aos jovens muitas vezes se reflete em um risco maior de sofrer traumas e essa tendência aumentada pode se estender para a vida adulta (MALTA, 2009).

Nesse contexto, os jovens do sexo masculino se configuraram como sendo os mais vulneráveis a violência das mais variadas natureza, os fatores socioeconômicos, baixa renda, escolaridade e raça negra configuram um estreitamento de fatores que corroboram para o aumento dos números em óbitos por causas violentas (BISCEGLI, 2014). Muitas vezes relacionada à maior exposição a hábitos e ambientes não seguros. O ambiente domiciliar também apareceu em alguns estudos como sendo cenário de traumas (PEDROSA, 2012).

Em relação à raça é conhecida a tendência de adolescentes negros serem mais frequentemente submetidos a grandes desigualdades sociais e a maior insegurança, estando, por isso, potencialmente, mais expostos aos riscos, especificamente as violências. A etnia em si não é considerada um fator de risco, mas a inserção social adversa se constitui em característica de vulnerabilidade.

Quanto à faixa etária, predominou a de 15 a 19 anos, sendo a que apresenta a mais alta frequência de morbidades e de mortalidade por causa externas entre os jovens de até 19 anos (DATASUS). Nesta perspectiva, os acidentes de transportes destacam-se como causa importante de atendimentos de emergência por causas externas entre jovens, uma vez que, está relacionado ao comportamento de risco decorrente da imaturidade, espírito desafiador, combinação de álcool e drogas com direção, resultando em abuso de velocidade e manobras arriscadas, além da falta de equipamentos de segurança (MARTINS, 2013).

Neste sentido, estudos apontam que os riscos para os acidentes de trânsito são inúmeros e dentre eles destacam-se o aumento progressivo da frota de veículos, incluindo as motocicletas e as condições das vias públicas.

O impacto dessas ocorrências sobre a saúde da população tem contribuído para a diminuição da qualidade e da expectativa de vida entre adolescentes e jovens, de modo que, repercuti no aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola, além dos gastos com infraestrutura e manutenção de rodovias.

Nessa perspectiva, deve-se considerar os fatores de riscos que uma vez afastados podem ajudar na redução das diversas naturezas de traumas. Estudos indicam que há um conjunto de elementos que ao interagirem entre si, podem atuar positivamente ou negativamente nos hábitos e comportamentos de um indivíduo, uma vez a cadeia sendo quebrada, pode-se alcançar a redução dos números de óbitos que acometem os jovens de 15 a 19 anos por causas evitáveis (MARTINS, 2013).

Pode-se notar também que em determinadas áreas, a natureza do trauma pode diferenciar, em unidades sentinelas foi evidenciado que as principais causas de acidentes foram as quedas, outros acidentes e o trânsito, e entre as violências predominaram as agressões. Já em outros estudos os acidentes automobilísticos adotaram local de destaque (GASPAR, 2012).

A falta de consciência devido à imaturidade pode interferir na dinâmica da relação direção segura e motorista. Os jovens frequentemente dirigem sem respeitar as leis de trânsito, dispensam o uso dos dispositivos de segurança, tais como: Cinto de segurança e capacete e aliam o uso de álcool nos seus momentos de lazer, conseqüentemente se expõem a atividades perigosas que envolvem principalmente o abuso na velocidade de condução, resultando em acidentes graves (MEDEIROS, 2012).

Foi evidenciado que a faixa etária entre 15 a 19 anos engloba jovens que de uma forma bem peculiar estão mais susceptíveis aos traumas e que os acidentes automobilísticos foram o destaque nas causas de óbito nesses jovens perdendo apenas para as agressões físicas.

Diante do exposto há a necessidade de se continuar buscando mais informações nessa temática a fim de contribuir com mais ações e elaboração de atividades planejadas que façam o controle mais positivo das intervenções e seus resultados. Existe uma grande dificuldade de identificar números fidedignos dos óbitos por causas de mortalidade externas devido à subnotificação que existem nos bancos de dados, que muitas vezes interferem no planejamento e elaboração de estratégias e políticas que galguem diminuir esses números e mudar esses números que despertam grande preocupação no campo da saúde e na sociedade como um todo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento em saúde surge na perspectiva de mudar determinados fatores contribuintes para determinada causa estressora ser eliminada ou minimizada, nesse sentido, a mortalidade por causas externas, tornou-se um assunto muito debatido no campo da saúde, a fim de buscar meios que minimizem esses números, porém a cada dia que passa os números alarmantes não reduzem e essa realidade surge como algo que determina a adoção de medidas mais positivas que resultem em melhorias para mudar o atual panorama.

Com isso, a mortalidade por causas externas entre jovens de 15 a 19 anos desencadeia intensas perdas e prejuízos tanto para a vítima, quanto para seus familiares. O Estado deve adotar medidas mais efetivas de prevenção e promoção da saúde que busque minimizar os danos que muitas vezes são irreparáveis no tocante àqueles que perdem sua vida de forma precoce e evitável.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAÚJO, E. M; COSTA, M. C. N; HOGAN, V. K; MOTA, L. A.; et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 405-412.
- [2] BISCEGLI, T.S; BENATI, L.D; FARIA, R.S; BOEIRA, T.R; et.al. Perfil de crianças e adolescentes internados em unidade de tratamento de queimados do interior do estado de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014; 32(3): 177-182.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [4] DATASUS. Mortalidade por causas externas em adolescentes entre 15 a 19 anos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acessado em: 22/05/2016.
- [5] GASPAR, V. L. V; SOUZA, E. C. O; CARMO, J. H; PEREIRA, W. D. Características de crianças e adolescentes hospitalizados em decorrência de causas externas. *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22(3): 287-295.
- [6] GONSAGA, R. A.T; RIMOLI, C.F; PIRES, E.A; ZOGHEIB, F.S; et.al. Evaluation of the mortality due to external causes. *Revista Col. Bras. Cir.* 2012; 39(4): 263-267.
- [7] LEMOS, C. A. G; JORGE, M.T.; RIBEIRO, L. A. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013; 16(2): 482 – 92.
- [8] MASCARENHAS, M. D. M; SILVA, M. M. A; MALTA, D.C; MOURA, L; et.al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 Sup: S132, 2012.
- [9] MALTA, D.C; MASCARENHAS, M. D.M; BERNAL, R. T.I; ANDRADE, S. S. C.A; et.al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas capitais Brasileiras – *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009 17(9): 2291 - 2304 2012.
- [10] MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013; 16(2): 454-68
- [11] MATOS, K.F.; MARTINS, C. B. G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: Uma revisão bibliográfica. *Revista espaço para a saúde*. 2013. Londrina. v. 14.n1 e 2. P. 82 – 93.
- [12] MARTINS, C. B. G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 578-84.

- [13] MALTA, D. C; BERNAL, R. T. I; MASCARENHAS, M. D. M; MONTEIRO, R. A; et.al. Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal – Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(1): 31-42, jan-mar 2012.
- [14] MATOS, K. F; MARTINS, C. B. G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde v.21 n.1 Brasília mar. 2012
- [15] MEDEIROS, T. J; MALFITANO, A. P. S. Mortalidade de jovens por causas externas em São Carlos, SP, de 2000 a 2010: Consequência da interiorização da violência? BEPA 2012; 9 (105): 4-17.
- [16] PEDROSA, A. A. G; MASCARENHAS M. D. M; COSTA, E. M; CRONEMBERGER, L. P; Atendimentos por causas acidentais em serviços públicos de emergência – Teresina, Piauí – 2009. Ciência & Saúde Coletiva, 17(9): 2269-2278, 2012.
- [17] POLL, M. A; HECK, T.W; ENGEL, R. H; BORGES, T. A. P; et. al. Quedas de crianças e de adolescentes: Prevenindo agravos por meio da educação em saúde. Revista Enfermagem UFSM 2013; 3 (Esp): 589-598.

Capítulo 13

A efetividade dos direitos fundamentais do idoso: análise jurídico-social

Edna Leandro da Cruz Poujeaux Gonçalves

Monnizia Pereira Nóbrega

Resumo: Os direitos fundamentais destacam-se como sustentáculo primacial de um Estado Democrático de Direito e na legislação pátria foram recepcionados no Texto Constitucional, agindo no intuito de colocar o ser humano como cerne da questão, a fim de que sejam mitigadas as desigualdades econômicas e sociais. Todavia, há situações em que, mesmo positivados, determinados direitos não alcançam a efetividade a que se propuseram no momento de sua edição, isto porque a sociedade, mesmo conhecendo a letra da lei, não faz uso dela, o que acaba por tornar um texto normativo ineficaz. Diante disso, surge a figura do idoso, que mesmo resguardado pelos direitos fundamentais, essencialmente aqueles que protegem a vida e a dignidade da pessoa humana, se encontra desamparado e excluído do corpo social. Nos polos da desigualdade apresentada no presente estudo, encontram-se os elencados na lei como responsáveis pela garantia dos direitos da pessoa idosa – a família, a sociedade e o Estado – e o idoso em si, que além da proteção recebida na esfera constitucional, recebeu atenção da legislação infraconstitucional, por meio do Estatuto do Idoso e demais leis. Tal desigualdade se vislumbra em todas as esferas sociais, haja vista a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos, perder, na visão de muitos, além da juventude, a utilidade. Os cidadãos, vítimas da ineficácia da lei, geralmente são aqueles que por alguma doença, ou até mesmo em decorrência da velhice, acabam por ficar dependentes da ajuda de terceiros, sendo visualizados com ojeriza e desprezo por parte de quem lhes deveria tratar com afeição. São estes, na maioria das situações, receptores de violência verbal, psicológica e até mesmo física. Questiona-se, diante disso, quais as atitudes necessárias a fim de que tais abusos se extingam, adotando como parâmetro os princípios essenciais de um Estado Constitucional. A pesquisa considera, pois, a indispensabilidade de contrabalancear o que ocorre na coletividade da qual faz parte a parcela idosa, por meio do princípio da dignidade da pessoa humana e a legislação que protege e ampara aos idosos. Assim, objetiva o presente trabalho analisar, pelo prisma jurídico, o modo mais eficaz a ser utilizado no intuito de promover aos direitos fundamentais a efetividade que lhes é necessária. Ante o exposto, tem-se que, o ordenamento jurídico brasileiro, por si só já abarca os direitos e garantias necessários à proteção dos indivíduos em análise, não sendo necessária a positivação de novas leis. Antes, é necessário o respeito às que já existem para que os direitos nelas constantes sejam efetivamente aplicados, o que ocorrerá mediante a conscientização de todos os indivíduos.

Palavras Chave: Efetividade. Direitos Fundamentais. Idoso. Constituição Federal de 1988. Estatuto do Idoso.

1 INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais assumem o posto de premissa em um Estado Constitucional, o que se faz absolutamente necessário para que haja a garantia do respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. Assim, o legislador editou normas que tem como função serem protetoras dos direitos dos idosos, atentando sempre para os direitos e garantias fundamentais previstos na Carta Magna de 1988.

Sendo assim, adveio a Lei 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, trazendo a excelência de fornecer maior concretude à tutela do idoso, impedindo que a ausência de regulamentação exaurisse o conteúdo da norma constitucional e, com isso, agravasse o encadeamento de exclusão social das pessoas idosas. O referido Estatuto estipula medidas de proteção aos idosos, regulamentando os direitos dos mesmos e estabelecendo obrigações às entidades assistenciais.

Dessa forma, questiona-se a efetividade das normas e dos demais dispositivos legais do ordenamento jurídico brasileiro com vistas à proteção dos direitos e garantias

fundamentais direcionados aos sujeitos de terceira idade, levando em consideração o descaso que a população idosa brasileira tem sido vítima, mesmo diante da existência de dispositivos legais, a exemplo do mencionado Estatuto, que apesar de terem sido elaborados com o propósito de contemplar os direitos inerentes aos idosos, não tem sido suficiente, no sentido de conseguir alcançar, na maioria dos casos, o propósito que os inspirou.

Assim, a presente pesquisa justifica-se posto que se propõe a analisar a efetividade das normas contempladas no Estatuto do Idoso face a Constituição Federal de 1988, assegurando os direitos inerentes aos idosos, buscando combater a exclusão e o abandono, que ainda hoje são bastante costumeiros, uma vez que não somente é dever da família o amparo, zelo e cuidado a estes, como também é responsabilidade da sociedade agir como sentinela, e do Estado se aperceber de que a lei está sendo posta em prática e os que lhe são sujeitos estão tendo os direitos resguardados e as garantias que lhe são devidas efetivadas.

Deste modo, o presente trabalho terá como objetivo geral analisar a efetividade dos direitos fundamentais face às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. E como objetivos específicos, demonstrar a importância do princípio da dignidade da pessoa humana, aliado à legislação vigente, que protege aos cidadãos da terceira idade; identificar a efetividade da legislação pátria no amparo e proteção a que veio; e constatar os avanços históricos das normas e sua influência na sociedade brasileira.

Portanto, buscar-se-á constatar que o idoso é sujeito de direitos, mesmo quando da negativa do cumprimento destes; e que a velhice, apesar de ser considerada e divulgada como um problema é na verdade um privilégio que, infelizmente, nem todos alcançam, afinal, chegar à etapa em que o indivíduo se torna idoso é constatar que houve o resguardo do principal direito fundamental: a vida.

2 METODOLOGIA

Nesse diapasão, para que se alcance os objetivos discriminados, se utilizará do método hipotético-dedutivo, como método de abordagem, consistindo este na eliminação de erros de uma hipótese a partir de uma análise de resultados experimentais em uma situação real. Como métodos de procedimento, se utilizará do método histórico-evolutivo, consistindo tal no fato de que as atuais formas de vida têm sua origem no passado, e o estudo comparativo, que consiste na investigação de fenômenos ou fatos e explicá-los segundo suas semelhanças e diferenças.

E como técnica de pesquisa, sendo esta o meio pelo qual se alcançarão os dados

necessários à fundamentação e elaboração da pesquisa, far-se-á uso da documentação indireta, que se caracteriza pela coleta de dados ante pesquisa documental e bibliográfica, utilizando-se de artigos publicados em revistas especializadas e especialmente doutrinas, legislação e jurisprudência correspondentes.

3 RESULTADOS

Para uma análise mais concreta acerca da efetividade de todo e qualquer direito já positivado, necessário é que se verifique o posicionamento dos Tribunais diante deles. Para tanto, observa-se o que dispõe a jurisprudência, uma das fontes do Direito, que para Diniz¹ pode se conceituar como:

O conjunto de decisões reiteradas dos tribunais. Para alguns autores, seria a criação do Direito no concreto, portanto, fonte do Direito. Entende-se, porém, tal pensamento ser equivocado. A jurisprudência não é fonte, e sim, instrumento de integração, interpretação do Direito, vez que constitui apenas uma orientação a ser seguida, não sendo vinculante.

Acerca do entendimento jurisprudencial, preciosa é a abordagem de Nader² quando esclarece que:

Em seu contínuo labor de julgar, os tribunais desenvolvem a análise do Direito, registrando na prática, as diferentes hipóteses de incidência das normas jurídicas [...] Ao revelar o sentido e o alcance das leis, o Poder Judiciário beneficia a ordem jurídica, tornando-a mais definida, mais clara e, em consequência, mais acessível ao conhecimento. Para bem se conhecer o Direito que efetivamente rege as relações sociais, não basta o estudo das leis, é indispensável também a consulta aos repertórios de decisões judiciais. A jurisprudência constitui, assim, a definição do Direito elaborado pelos tribunais.

Para tanto, é dever do Poder Judiciário a garantia dos direitos fundamentais, e em sua inobservância, no descumprimento dessa função, perde sua legitimidade. Conforme Ramos³, “pesa sobre o Poder Judiciário a responsabilidade de construir uma hermenêutica que tenha como base a dignidade da pessoa humana, o desenvolvimento e a prevalência dos direitos humanos, [...] objetivos da Constituição [...] de 1988”. Deste modo, é necessário que o mesmo esteja preocupado em implementar os direitos, cujos destinatários são os idosos, nas esferas coletiva e individual. O referido autor³, ainda acrescenta que:

A prestação jurisdicional devida a esse seguimento populacional não pode tardar, sob pena de não cumprir a sua finalidade. Apesar de a expectativa de vida vir aumentando no Brasil, as pessoas de mais idade, de qualquer forma, possuem muito menos tempo para ver seus direitos reconhecidos que as pessoas de outras faixas etárias. Se nenhum acidente de percurso ocorre, um jovem tem mais tempo pela frente que um velho.

Assim, apesar da dificuldade com que a população idosa brasileira tem sobrevivido, tem o Poder Judiciário cuidado em aplicar a norma infraconstitucional aos casos concretos, como se verifica na decisão do Egrégio Tribunal de Justiça de Minas Gerais⁴, no julgamento da Ag. Inst. Cv. 1.0114.09.117299- 8/001, quando da preservação dos direitos fundamentais, que decidiu por manter a imposição ao município de que este colocasse idosos que vivessem em situação de risco, por omissão da família, em modalidades asilares no intuito de que se preservasse a proteção à vida e à saúde, em condições dignas.

Tendo o referido Tribunal⁵ mantido seu posicionamento em defesa da parcela populacional idosa em ocasião de decisão posterior em sede de Ag. Inst. Cv. 1.0145.11.062231-6/001, na qual, mesmo o idoso possuindo família, é preferível que seja dela afastado como medida de proteção para receber os devidos cuidados e atenção, no sentido de que se assegure a preservação de sua saúde física e mental e possa viver em condições de liberdade e dignidade.

No que concerne à prestação de alimentos, presente no artigo 12 da Lei 10.741/03, decidiu o Tribunal de Justiça de Santa Catarina⁶ em sede do Ag 2013.072555-9, pela ratificação da solidariedade entre os filhos, sendo esta o traço que caracteriza a prestação alimentar dos filhos para com os pais, tendo o alimentante o direito de escolha para fins de endereçamento do pleito, entre um dos coobrigados.

Em relação ao direito à saúde, o Superior Tribunal de Justiça⁷, como se vê pelo REsp 1106557/SP, decidiu pela proibição do reajuste das mensalidades dos Planos de Saúde, em razão da idade avançada dos idosos, sob alegação da alta sinistralidade do grupo, conforme o que dispõe o artigo 15, § 3º, do Estatuto do Idoso.

¹ DINIZ, Fernanda Paula. Direito dos Idosos na perspectiva civil-constitucional. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2011, p. 25.

² NADER, Paulo. Introdução ao Estudo do Direito. 37 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015, p. 171.

³ Ibidem.

⁴ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Agravo de Instrumento: Cv 1.0114.09.117299- 8/001.

⁵ _____ . Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Agravo de Instrumento: Cv 1.0145.11.062231-6/001.

⁶ SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Agravo de Instrumento. Ag 2013.072555-9.

⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial: REsp 1106557/SP.

Acerca da prestação de medicamentos a idoso que não tem condições financeiras de arcar com tratamento médico, o Tribunal de Justiça da Paraíba⁸ decidiu pela exigibilidade do cumprimento da prestação, haja vista se tratar da efetividade do direito fundamental à saúde, e ser obrigação do ente público fornecer as condições necessárias não somente ao idoso, mas a todo sujeito que necessite, conforme se verifica na Apelação Cível 0003777-07.2010.815.0371/PB.

No que se refere ao benefício assistencial previdenciário àqueles que não têm fonte alguma de renda, manifestou-se o Tribunal Regional Federal da 4ª Região⁹(2007), em julgamento da Apelação Cível: 3652 SC 2007.72.99.003652-3, pela exigibilidade do benefício, haja vista a parte autora ter preenchido os requisitos para obtenção, mesmo o cônjuge sendo beneficiário de aposentadoria.

Acerca desse benefício social, comenta Peres¹⁰ que:

A proteção à velhice figura entre os objetivos da assistência social, que é prestada a quem dela necessitar, nos termos do art. 203, caput, da Constituição Federal brasileira. Por esse motivo, caso nenhum dos parentes tenha recursos para pagar a pensão alimentícia sem desfalque do necessário ao seu sustento, a pessoa idosa poderá recorrer ao Estado, solicitando um benefício mensal de um salário mínimo, independentemente de contribuição à Seguridade Social.

Assim, verifica-se que o Poder Judiciário, mesmo com suas limitações, através de suas decisões, tem tratado do tema relacionado aos direitos fundamentais da população idosa do Brasil. Posicionando-se a favor da proteção de que tal parcela necessita, garantindo-lhes a efetivação das garantias que lhe foram conferidas, não só pela Lei 10.741/03, como pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.842/94 (Lei da Política Nacional do Idoso).

4 DISCUSSÃO

Os direitos fundamentais reputam-se básicos para todo e qualquer ser humano, compondo um agrupamento inviolável de direitos humanos conformados a certa ordem jurídica, independentemente de condições pessoais particulares. Em face desta terminologia, precioso é o ensinamento de Moraes¹¹ quando deslinda a expressão objeto do tópico. Para este, “os direitos fundamentais, portanto, colocam-se como uma das previsões absolutamente necessárias a todas as Constituições, no sentido de consagrar o respeito à dignidade humana, garantir a limitação de poder e visar o pleno desenvolvimento da personalidade humana”.

Os direitos fundamentais estão entabulados no Título II, da Constituição Federal de 1988, subdivididos em cinco capítulos. Inicialmente, estão previstos no artigo 5º e seus incisos os direitos individuais e coletivos, sendo estes ligados ao conceito de pessoa humana e sua personalidade, bem como à vida, à igualdade, à segurança, à honra, à liberdade e à propriedade.

A partir do artigo 6º estão elencados os direitos sociais, que prescrevem ao Estado o dever de garantir aos indivíduos suas liberdades positivas, referentes à educação, saúde, trabalho, previdência social, lazer, segurança, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados, tendo como objetivo regular a melhoria das condições do modo

de vida dos que lhe estão sujeitos, promovendo desta forma a igualdade social.

O Texto Constitucional reúne as estruturas democráticas do Estado Brasileiro e assim age pondo o ser humano no âmago da questão, na tentativa de que se mitiguem as desigualdades de caráter econômico, social e regional, enfatizando o princípio da igualdade entre todos, na distribuição dos bens de modo equânime, sobrepunando toda e qualquer forma de discriminação, abuso ou violência. Assim age para que haja a garantia de tratamento igualitário, sem quaisquer distinções, na tentativa de promover um mínimo existencial, protegendo a vida e os direitos do homem.

É nesta acepção que o legislador, através da Constituição Federal de 1988, estabeleceu como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana, ao dispor no artigo 230 o

⁸ PARAÍBA. Tribunal de Justiça da Paraíba. Apelação Cível. AC 00037770720108150371/PB.

⁹ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Apelação Cível: AC 3652/SC 2007.72.99.003652-3.

¹⁰ PERES, Ana Paula Ariston Barion. Proteção aos idosos. Curitiba: Juruá Editora, 2011, p. 109.

¹¹ MORAES, Alexandre de. Direitos humanos fundamentais. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2011, p. 20.

direito a um envelhecimento com dignidade, na concordância com que deliberou à família, à sociedade e ao Estado a incumbência de suscitar o arrimo das pessoas idosas. Assim, regulando-se pelo valor do citado princípio, a legislação infraconstitucional tomou cautela em prever diversas providências, com o intuito de garantir esse direito fundamental.

Doravante, entendeu-se indispensável a formulação de um documento legal que operacionalizasse direitos e políticas públicas destinadas unicamente aos idosos. Nesse sentido, tem-se a Lei 8.842/94¹², que instituiu a Política Nacional do Idoso, que apesar das boas intenções com que foi criada, não conseguiu alcançar seu propósito, pois quase nada trouxe de concreto para melhorar a realidade da população idosa brasileira.

A proteção nas esferas social e jurídica relativa à população idosa é um acontecimento hodierno na realidade brasileira, visto que o processo de regulamentação de garantias sociais específicas ao idoso foi desencadeado apenas durante a década de 90, embora a Carta Magna já houvesse introduzido alguns dispositivos de proteção à população idosa, sem o devido aprofundamento nas questões específicas a este segmento da sociedade. Para tanto, editou-se o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) com o fim de legitimar tais direitos e garantias na forma jurídica, que deve ser visto como ponto de partida na obtenção da melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Desta forma, o Título I, que traz as disposições preliminares, legisla acerca de quem é o idoso e quais são as metas de amparo e proteção que lhe são garantidas. Assim, a supracitada lei, por meio de seu artigo 1º, se encarregou de respaldar o disposto no artigo 2º da Lei 8.842/94, que instituiu a Política Nacional do Idoso, e pioneiramente estabeleceu um critério cronológico para definir quem é considerado idoso no Brasil, e destinatário das leis que beneficiam esta parcela da sociedade, pois segundo este “considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade”.

Conforme o disposto no artigo 3º do diploma em análise, à família, à comunidade, à sociedade e ao Poder Público é imposto o dever de possibilitar à pessoa idosa, com prioridade incontestável a efetivação dos direitos que lhe são próprios. Acerca do papel da família designado pela norma, entende Felix¹³ sucintamente que este “é fundamental, constituindo crime o abandono”.

Em seguida, no artigo 4º, a lei em estudo trata da proteção da saúde física e moral, onde prevê que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”, e estatui que é dever de todos, indistintamente, a prevenção contra ameaça ou violação dos direitos desta parcela social.

O Título II trata dos direitos fundamentais, a começar pelo direito à vida, que segundo Diniz¹⁴ deve ser “digna e saudável”, e é abordado nos artigos 8º e 9º, sendo o maior dos direitos. Segundo Bulos¹⁵, “o direito à vida é o mais importante de todos os direitos”. Logo, para que haja a garantia do direito à vida aos idosos, necessário é que se proporcione a eles um envelhecimento benéfico e em condições de dignidade.

Sobre o direito à vida, Bitencourt¹⁶ instrui que “a conservação da pessoa humana, que é a base de tudo, tem como condição primeira a vida, que, mais que um direito, é a condição básica de todo direito individual, porque sem ela não há personalidade, e sem esta não há que se cogitar de direito individual.”

Como característica inevitável do indivíduo, o envelhecimento que atinge a população acarreta inúmeros desafios a serem vencidos; sendo nessa esfera o maior propósito e responsabilidade do Estado a garantia de que o idoso seja membro integrante da comunidade de maneira ativa e que seu direito a igualdade seja premissa em meio a uma sociedade que discrimina e descarta o indivíduo que não tem mais utilidade. Assim, na lição de Pereira¹⁷:

Para tanto, o desafio é encará-la como um tempo de possibilidades, de redeterminação da própria vida e não como um tempo dirigido exclusivamente à finitude. Nessa perspectiva, envelhecer não pode significar,

¹²BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Planalto.

¹³FELIX, Renan Paes. Estatuto do Idoso. 6 ed. Salvador: JusPODIVM, 2014, p. 42.

¹⁴DINIZ, Fernanda Paula. Direito dos Idosos na perspectiva civil-constitucional. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2011, p. 41.

¹⁵BULOS, Uadi Lammêgo. Curso de Direito Constitucional. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 442.

¹⁶BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal: parte especial 2, dos crimes contra a pessoa. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 46.

¹⁷PEREIRA, Elizabeth Thomaz. A terceira idade na universidade aberta. Jundiá: Paco, 2014, p. 38.

necessariamente, declínio ou perda das faculdades e funções. Não é o número de anos que determina o comportamento e as vivências na velhice, mas há a influência de vários fatores, como por exemplo: gênero, classe social, saúde, educação, personalidade, história passada e contexto histórico-social, mesclados com a idade. Consequentemente, a velhice é uma experiência vivenciada de forma diferente, podendo ser considerada para além dos critérios cronológicos. Os idosos, em nosso país, experimentam o envelhecimento de forma desigual.

Mas, ocorre que, apesar de o ordenamento jurídico brasileiro tratar de temas relacionados a esta parcela social, e lhes fornecer um tratamento legal que contemple e abranja as áreas principais de sua proteção, grande parte desse grupo social tem vivido como se a lei não existisse ou fosse mera letra morta.

Entretantes, na sociedade brasileira, vislumbra-se a desvalorização destes, em um contexto de idosos sem lar, que sobrevivem à custa da caridade alheia, abandonados em casas de repouso. Pessoas que quando jovens tinham uma vida laboral ativa, que tomavam suas próprias decisões, recebem hoje como recompensa por tanto esforço empregado na vida o desprezo de quem antes lhes havia sido totalmente dependente, que a esses deveria demonstrar gratidão. Muitos idosos acabam padecendo em suas próprias casas, vítimas de violência, devido à incompreensão dos seus, no que deveria ser seu “seio familiar”.

Para tanto, reflete Ramos¹⁸ que “envelhecer é perder e ganhar. Todavia, as sociedades ocidentais apontam a diminuição e o enfraquecimento como as características essenciais do envelhecimento. E não poderia ser de outra forma dentro do modelo de sociedade capitalista. Trata-se de uma postura quase natural. Não parece lógico gastar dinheiro, elaborar políticas públicas, dedicar atenção a um segmento da população que nada mais tem a oferecer para um modelo de sociedade em dinâmica transformação e acumulação. O ritmo ágil do sistema capitalista não tolera o ritmo lento do velho.” Assim, na visão de muitos, não há por que investir se não haverá retorno.

Para Peixoto¹⁹, de um modo geral, “a noção de velho é, pois, fortemente assimilada à decadência e confundida com incapacidade para o trabalho: ser velho é pertencer à categorização emblemática dos indivíduos idosos e pobres”, ou seja, os idosos são tidos como a parcela improfícua da sociedade.

São estes um estorvo para essa nova geração que exalta a beleza e a juventude. Em se tratando do contexto familiar, aqueles que um dia tiveram saúde e jovialidade, e hoje enfrentam o peso da idade, não encontram espaço nas casas e nas vidas de seus filhos. São eles um peso morto que a sociedade carrega e que a Previdência Social antipatiza.

Embora o cuidado que o legislador impõe primeiramente à família com relação aos indivíduos que pertencem à parcela idosa seja, devido à positivação, obrigatório, é fundamental que se leve em consideração elementos afetivos que permeiam a construção familiar que são totalmente independentes de jurisdição. Segundo corrobora Madaleno²⁰, “o afeto é a mola propulsora dos laços familiares e das relações interpessoais movidas pelo sentimento e pelo amor, para ao fim e ao cabo dar sentido e dignidade à existência humana”.

Há ainda aqueles que desprovidos de total compaixão entregam os seus a pessoas estranhas para que estas façam o papel que é da família, eximindo-se da responsabilidade que é, não apenas por força de lei, mas de cunho moral.

Deste modo, levando em consideração o fato de que nem todas as famílias se constituem numa unidade de propósito e amor, mas em muitos casos são apenas membros separados, que não se unem por laços afetivos, e tem o idoso que conviver à mercê da boa vontade de quem lhe queira cuidar, é necessário que haja uma interação entre família, sociedade e Estado para a completa efetivação dos direitos fundamentais dos idosos; pois em muitas situações a família, mesmo possibilitada de agir em cumprimento ao que dispõe a lei, não a cumpre.

Assim, sem a tríplice cooperação e incentivo de todas as partes não haverá uma garantia de que as leis que os defendem sejam colocadas em prática, sendo fundamental a presença do Estado em fiscalizar o tratamento dado aos idosos em seus ambientes familiares e ação do Poder Judiciário gerando punições ao descaso que a família porventura destine aos seus velhos, não no sentido da conservação da obrigatoriedade de amar, pois esta não é compulsória, mas afim de que se garanta a responsabilidade do dever do amparo.

¹⁸RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Curso de Direito do Idoso. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 30. (grifos do autor).

¹⁹ PEIXOTO, Clarice Ehlers. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velhos, velhote, idoso, terceira idade. BARROS, Myriam Moraes Lins de (Org.) Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, p. 72.

²⁰MADALENO, Rolf. Curso de Direito de Família. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011, p. 95.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existem oscilações de entendimento quanto à certeza de que os direitos fundamentais garantidos na Constituição Federal compõem os alicerces básicos de um Estado Social, primando este pela garantia do bem-estar da população como um todo. Cabe ao Estado, pois, a responsabilidade de assegurar a dignidade dos seus cidadãos, colocando em prática os fundamentos de que a Lei Maior dispõe, para que haja a promoção da paz e da ordem social.

Deste modo, tem-se a figura do idoso, que apenas recentemente recebeu o reconhecimento e a positividade de direitos, que se deram somente após a promulgação da Carta Magna de 1988, responsável por conferir ao ser humano, dentre outros direitos e garantias, indistintamente, os direitos à dignidade e cidadania.

Assim, compreende-se que com a edição do Estatuto do Idoso - podendo este ser compreendido como o diploma legal principal a representar os interesses e direitos dos idosos - não mais se faz necessário o aditamento de outras normas que intentem causar algum impacto na sociedade, pois a Lei 10.741/03 já é o suficiente para alcançar os propósitos desejados. Sendo a família o principal agente de socialização e que nela o princípio da dignidade da pessoa humana encontra o melhor ambiente para se firmar.

Vê-se portanto, que os desafios da efetividade dos direitos fundamentais face os idosos, se mostra nos avanços legislativos com a promulgação da Lei 10.741/03, que instituiu o Estatuto do Idoso, trazendo à legalidade diversos benefícios à parcela com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como regulou sanções a serem aplicadas no caso de descumprimento do que a lei assevera. Neste sentido, pode-se observar que o posicionamento dos Tribunais pátrios, tem se mostrado a favor dos direitos dos idosos, executando o que a lei ordena e assim atua dirimindo as desigualdades e descasos de que são vítimas os idosos.

Todavia, verificando o que ocorre rotineiramente na realidade brasileira, apercebe-se claramente que a efetividade de tais normas regulamentadoras destes direitos e garantias constitui ainda um lento processo, porquanto mesmo com a elaboração de simples textos legais, ainda que venham a contemplar todos os direitos, essas letras não têm sido o bastante para colocar tais direitos e garantias em prática com eficácia nas diferentes esferas sociais, políticas, econômicas e culturais.

Desta forma, a solução para que haja a efetividade social dos direitos dos idosos, parte da conscientização da população, pois é dever de todos – família, sociedade e Estado – o amparo e a responsabilidade para que se garanta uma velhice com dignidade a todos os cidadãos. Tal conscientização é um processo lento, mas que deve mobilizar todas as camadas sociais e a princípio, arraigar-se nas escolas, para que em um futuro próximo os que são adultos hoje encontrem nos adultos do porvir o amparo de que necessitam.

Sendo de fundamental importância que se supere a visão distorcida acerca da velhice, associando esta a inutilidade e ruína do ser humano, para que assim se resolva o problema da exclusão e desprezo para com os idosos, de forma que a velhice possa ser entendida como um direito humano fundamental e não como uma mera questão fundamental.

Portanto, não mais se faz necessária a confecção de outros diplomas legais que protejam os cidadãos sob análise, pois estes já receberam a proteção legal necessária. Assim, é primordial que se conscientize a população de que o idoso é, não somente sujeito de direitos, mas é também, essencialmente, um ser humano e deve indiscriminadamente ser tratado como tal.

REFERÊNCIAS

- [1] BULOS, UadiLammêgo. Curso de Direito Constitucional. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- [2] BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal: parte especial 2, dos crimes contra a pessoa. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- [3] BRASIL. Constituição Federal de 1988. VadeMecum. 19 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.
- [4] _____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria
- [5] o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm> Acesso em 10 Set. 2017.
- [6] _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso dá outras providências. Brasília: Planalto. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm> Acesso em 20 Set. 2017.

- [7] _____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial: REsp 1106557/SP. Relator:
- [8] Ministra Nancy Andrighi. Julgamento em: 16/09/2010. Disponível em:
- [9] <[http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17406501/recurso-especial-resp-1106557-sp-2008-](http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17406501/recurso-especial-resp-1106557-sp-2008-0262553-6)
- [10] 0262553-6> Acesso em: 17. Set. 2017.
- [11] _____. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Apelação Cível: AC 3652/SC
- [12] 2007.72.99.003652-3. Relator: Revisora. Julgamento em: 09/02/2010. Disponível em:
- [13] <[http://trf4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17153684/apelacao-civel-ac-3652-sc-](http://trf4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17153684/apelacao-civel-ac-3652-sc-20077299003652-3-trf4)
- [14] 20077299003652-3-trf4> Acesso em: 17. Set. 2017.
- [15] DINIZ, Fernanda Paula. Direito dos Idosos na perspectiva civil-constitucional. Belo
- [16] Horizonte: Arraes Editores, 2011.
- [17] FELIX, Renan Paes. Estatuto do Idoso. 6 ed. Salvador: Juspodium, 2014.
- [18] MADALENO, Rolf. Curso de Direito de Família. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
- [19] MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Agravo de Instrumento: Cv
- [20] 1.0114.09.117299- 8/001. Relator: Des. Afrânio Vilela. Julgamento em: 01/06/2010.
- [21] Disponível em: < <http://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/121160823/agravo-deinstrumento-cv-ai-10133130039729001-mg/inteiro-teor-121160898>> Acesso em: 17. Set.2017
- [22] _____. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Agravo de Instrumento: Cv 1.0145.11.062231-6/001. Relator: Des. Albergaria Costa. Julgamento em: 28/06/2012. Disponível em: <<http://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/121160823/agravo-deinstrumento-cv-ai-10133130039729001-mg/inteiro-teor-121160898>> Acesso em: 17. Set. 2017
- [23] MORAES, Alexandre de. Direitos humanos fundamentais. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- [24] NADER, Paulo. Introdução ao Estudo do Direito. 37 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.
- [25] PARÁIBA. Tribunal de Justiça da Paraíba. Apelação Cível. AC 00037770720108150371/PB.
- [26] Relator: Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho. Julgamento em: 14/07/2015. Disponível em: <<http://tj-pb.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/210167092/apelacao-reexame-necessario-reex-37770720108150371-0003777-0720108150371>> Acesso em: 12. Out. 2017.
- [27] PEIXOTO, Clarice Ehlers. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velhos,velhote, idoso, terceira idade. BARROS, Myriam Moraes Lins de (Org.) Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- [28] PEREIRA, Elizabeth Thomaz. A terceira idade na universidade aberta. Jundiá: Paco, 2014.
- [29] PERES, Ana Paula Ariston Barion. Proteção aos idosos. Curitiba: Juruá Editora, 2011.
- [30] RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Curso de Direito do Idoso. São Paulo: Saraiva, 2014.
- [31] SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Agravo de Instrumento. Ag2013.072555-9. Relator: Henry Petry Junior. Julgamento em: 12/06/2014. Disponível em: <<http://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25129056/agravo-de-instrumento-ag-20130725559-sc-2013072555-9-acordao-tjsc/inteiro-teor-25129057>> Acesso em: 12. Out. 2017

Autores

ADRIANA LIMA GONÇALVES

Graduada em Psicologia pela Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte-CE no ano de 2017. Pós-graduação em desenvolvimento e aprendizagem (em curso)

ADRIANA VIEIRA NOBRE

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Especializando-se em Saúde da Mulher pela Faculdade Dom Alberto. Técnica em enfermagem pela E.E.E.P Amélia Figueiredo de Lavor.

ALESSANDRO LEITE CAVALCANTI

Possui Pós Doutorado em Odontopediatria pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014), Doutorado em Odontologia pela UFPB e Mestrado em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1997). Atualmente é Professor Associado da Universidade Estadual da Paraíba, Editor Científico dos Periódicos Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (1519-0501) e International Journal of Dentistry (1687-8736), Professor dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública (Mestrado) e em Odontologia (Mestrado e Doutorado). Atuou como Coordenador do Mestrado em Saúde Pública (2011-2016). Desempenha atividades como Membro do Corpo Editorial de periódicos internacionais, a exemplo do Contemporary Clinical Dentistry (0976-2361), Journal of IMAB ? Annual Proceeding (1312-773X), International Journal of Clinical Dentistry (1939-5833), Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial (1646-2890), Pakistan Oral & Dental Journal (1012- 8700) e Ciência & Saúde Coletiva (1413-8123). É Revisor Ad Hoc de periódicos nacionais (Revista de Saúde Pública, Odonto Ciência, Arquivos em Odontologia, entre outros) e internacionais (International Journal of Paediatric Dentistry, Human Resources for Health, Bulletin of the World Health Organization, Acta Stomatologica Croatica, Brazilian Oral Research, Journal of Applied Oral Science, Indian Journal of Dental Research, Pakistan Oral & Dental Journal e African Health Sciences). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, e em Odontopediatria, atuando principalmente nos seguintes temas: Prevenção e Promoção de Saúde, Epidemiologia, Materiais Dentários, Violência e Causas Externas de Morbi- mortalidade.

ÂNGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

Pós-Doutorado pela University College London (2013), Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000), Mestrado em Odontologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1993) e Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1988). Atualmente é professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte atuando na Graduação em Odontologia e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva, atuando principalmente nas áreas de Epidemiologia, Saúde Coletiva e Políticas Públicas de Saúde. A produção científica inclui um livro organizado e 26 capítulos de livro publicados desde 1997 e 84 artigos em periódicos desde 1998.

BEATRIZ DE CASTRO MAGALHÃES

Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri – URCA/ Unidade Descentralizada de Iguatu. Integrante do Grupo de Pesquisa em Sexualidade, Gênero, Diversidade Sexual e Inclusão (GPESGDI/CNPq) - URCA, Iguatu.

BRUNA ERILANIA VIEIRA DE SOUSA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri – URCA/ Unidade Descentralizada de Iguatu.

CICERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Integração do Sertão (FIS), possui Mestrado em Saúde Pública, pela Universidade Estadual da Paraíba, está cursando o Doutorado em Ciências da Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Trabalhou como Enfermeira no Bloco Cirúrgico e Centro de Materiais e Esterilização do Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada - PE. Atuou como Professora de disciplina prática na Faculdade de Integração do Sertão, no curso de Bacharelado em Enfermagem, das disciplinas: Enfermagem em Saúde Coletiva II, com foco em Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador e Enfermagem Emergencial, com foco em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Atuou como Professora Voluntária no curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), da disciplina Atenção ao Paciente Crítico (teoria e prática). É professora efetiva da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras, com dedicação exclusiva. Áreas de atuação: Saúde Coletiva, Sociedade, Saúde do Trabalhador, Violência e Saúde, Assistência de Enfermagem a Pacientes Críticos.

CRISTIANA RUSSO LIMA DA SILVA

Especialista em Direito Penal e Criminologia pela Universidade Regional do Cariri - Ceará (2009) e Especialista em Mediação, Conciliação e Arbitragem - pelo Unipê (2016). Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba (1995). Graduada em Direito pela Universidade Federal de Campina Grande (2008). Atualmente, é docente vinculada ao Curso de Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais (Direito) da Faculdade de Filosofia, ciências e Letras de Cajazeiras (FAFIC). É Coordenadora do Núcleo de Prática Jurídica na mesma IES. Foi Coordenadora do Projeto de Extensão da FAFIC, intitulado "Defender direitos humanos"; . É serventuária da Justiça Estadual da Paraíba, exercendo a função de Assessora de Juiz de 1º grau junto ao Fórum Ferreira Júnior (1992-atual). Possui experiência em direito público, principalmente em Direito Penal, Processual Penal, mediação, conciliação e arbitragem e Execução Penal. É palestrante sobre os temas ligados aos direitos especiais da pessoa humana, Direito Penal e Processual Penal. Mestre em Sistemas agroindustriais pela UFCG.

DAVIDSON CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

Formação em inglês no nível Pós-intermediário. Estudante de Medicina - UFRN/EMCM - Caicó - RN. Participou das Ligas Acadêmicas de oftalmologia e dermatologia do Seridó. Participou de projetos de pesquisa, extensão e monitoria. Publicou diversos trabalhos em congressos, 1 artigo em periódico científico e 1 capítulo de livro

DAYANNE ALVES PEREIRA

Bacharel em fisioterapia pela Faculdade Santa Maria.

EDNA LEANDRO DA CRUZ POUJEAUX GONÇALVES

Possui graduação em Direito pela Universidade Federal de Campina Grande (2016). Atuou como Conciliadora Voluntária no Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (TJ-PB) e como estagiária na Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE-PB). Atualmente é Conciliadora Voluntária da Justiça Federal do Estado da Paraíba (JF-PB) na Subseção de Patos e Advogada com inscrição na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-PB nº 23.598), tendo sido agraciada pela Câmara Municipal de Vereadores de Patos com o Título de Cidadã Patoense (2017)

FRANCISCA MAÍRLA DA SILVA

Graduada pela UNILEÃO, especialização em Psicologia do Trânsito pela UNIP, especialização em Terapia Cognitivo Comportamental pela CBI kg miami (em conclusão), Formação em avaliação psicológica pela ETHOS.

GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2018), Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

GLÁUCIA DE SOUZA ABREU

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Santa Maria-FSM. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Santa Maria-FSM. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria-FSM. Especialista em Docência para o Ensino Superior pela Faculdade Santa Maria. Especialista em Regulação em Saúde no SUS pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio-Libanês - IEP/HSL. Membro Pesquisador do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde-GPVS / UFCG. Possui Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (2014). Tem experiência na área hospitalar nos setores de Centro Cirúrgico, Urgência e Emergência, UTI e Maternidade; Atuou na área de Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no Município de Patos durante oito anos; Atua no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de Cajazeiras desde 2014 e atua no Pronto Atendimento do Hospital Universitário Júlio Bandeira da rede EBSERH.

HILANA CRISTINA LINS MACHADO

Licenciatura em Psicologia e Formação Acadêmica em Psicologia Clínica com Abordagem em Sistêmica Familiar; Especialista em Saúde da família, Saúde Pública, Saúde Mental; e Pós-graduanda em Especialização do Desenvolvimento Humano e Espectro Autista - TEA. Atua em Políticas públicas na área da Saúde e da Política de Assistência Social.

IARA PEREIRA CAVALCANTI

Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Fundação de Ensino Superior de Cajazeiras-FESC, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Cajazeiras – FAFIC; pós-graduada em Gestão Tributária pela FESC-FAFIC. Advogada. Atuou como técnica jurídica do Centro de Referências Especializada de Assistência Social – CREAS no biênio 2016/2017.

INGRID MIKAELA MOREIRA DE OLIVEIRA

Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri – URCA, Especialista em Enfermagem no Cuidado Pré-Natal pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Especialista em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional do Cariri- URCA, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Bioprospecção Molecular da Universidade Regional do Cariri - URCA e Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde e Trabalho da URCA/CNPq.

IONARA PEREIRA CAVALCANTI DE MORAIS

Licenciada em História pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Cajazeiras/PB; Especialista em História do Brasil e Cultura Afro- brasileira pelo Instituto São Judas Tadeu. Atua como professora de Ciências Humanas no Programa Projovem Urbano Paraíba

JAINÉ DA SILVA BATISTA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Especialização iniciada em Urgência e Emergência e UTI.

JEYSICA PALOMA MEDEIROS DOS SANTOS

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG e Pós-graduanda em Docência do Ensino Superior

JOSÉ AUGUSTO DE SOUSA RODRIGUES

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG-CFP (2018); e Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC da Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2019). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Campina Grande. Membro do Grupo de Pesquisa em Extensão Popular - EXTELAR da Universidade Federal da Paraíba.

JOVELINA FERNANDES DOS SANTOS

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Pós-graduanda em Saúde Coletiva pelas Faculdades integradas de Patos (FIP). Enfermeira da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso-PB.

JULIA KAROLINE DUARTE DE AMORIM

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2019). Preceptora do supervisionado II na rede hospitalar, no Hospital Regional de Sousa com alunos do Técnico de Enfermagem da instituição Masters Gold.

KATIANA MACÊDO DUARTE

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2013). Atualmente é enfermeira da Prefeitura Municipal de Cajazeiras e da prefeitura de São José de Piranhas. Especialista em urgência e emergência e em enfermagem obstétrica pela FSM. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem.

LARISSA MERCIELLY NOBREGA MEDEIROS

LPO-D do Comitê de Saúde Pública do IFMSA-Patos-PB. Acadêmica do Curso de medicina do Centro Universitário de Patos (UNIFIP)

LEONARDO RUSSO LIMA DA SILVA

Possui curso-técnico-profissionalizante em Edificações pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba(2015) e ensino-médio-segundo-grau pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba(2014). Graduando na área da saúde na Faculdade Santa Maria - Cajazeiras -PB

LETICIA DE SOUSA EDUARDO

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Naturais e Biotecnologia-(PPGCNBIotec) do Centro de Educação e Saúde -CES/UFCG, campus Cuité-PB. Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande- UFCG/CFP. Atuou como Bolsista do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica- PIBIC/CNPq, bem como no Programa Institucional de Voluntariado em Iniciação Científica-PIVIC/CNPq. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre a Assistência Para a Saúde Humana- GEPASH; Violência e Saúde-GPVS e do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GPSC/UFCG.

LUCELIA FERNANDES DINIZ

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Membro do grupo de pesquisa em Saúde Coletiva - UFCG/CNPq

LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Possui afinidade nos seguintes temas: enfermagem, saúde pública, geoprocessamento. É membro do Laboratório de Estatística Aplicada ao Processamento de Imagens e Geoprocessamento (LEAPIG) da UFPB.

MAIARA BEZERRA DANTAS

Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/ Unidade Descentralizada de Iguatu-CE. Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC)/URCA.

MARCELO COSTA FERNANDES

Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual do Ceará-UECE e especialista em Enfermagem Clínica: aspectos farmacológicos e patológicos do cuidar-UECE. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE. Doutor pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE. Docente da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG campus Cajazeiras, atualmente coordenador acadêmico do curso. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde - LATICS / UFCG / CNPq.

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras; Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria.

MARIA DO SOCORRO SARMENTO PEREIRA

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2014). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Atua no Pronto Atendimento do Hospital Universitário Júlio Bandeira da rede EBSEH.

MARIA JOYCE TAVARES ALVES

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

MARY LUCE MELQUIADES MEIRA

Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo - USP, possui Mestrado em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Graduação em Enfermagem pela União de Ensino Superior de Campina Grande (2008), Graduação em Administração de Empresa pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (1998) e Especialização em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto. Professora da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

MERCIA DE FRANÇA NOBREGA

Enfermeira, docente da UAENF/CFP da Universidade Federal de Campina Grande. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul-SP. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo-SP.

MILENA NUNES ALVES SOUSA

Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Especialista em Gestão e Análise Ambiental, Saúde da Família, Administração e Auditoria em Serviços de Saúde e em Docência em Enfermagem. Ainda possui MBA em Liderança Sustentável e Coaching Executivo, Mestrado em Ciências da Saúde, Doutorado e Pós-Doutorado em Promoção de Saúde. Pós-Doutorado em Sistemas Agroindustriais. Docente, Coordenadora no Eixo de Práticas Investigativas em Saúde e Coordenadora de TCC do Curso de Bacharelado em Medicina das FIP. Atua com as seguintes temáticas: Saúde do Trabalhador; Promoção de Saúde; Qualidade de Vida; Gestão em Saúde; Biossegurança; Administração Estratégica. Tem competência em ensino e pesquisa.

MONNIZIA PEREIRA NÓBREGA

Possui graduação em Direito pela Universidade Federal de Campina Grande (2002). Especialista em Direito Processual Civil pela Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - Campus Sousa- PB (2005). Mestre em Sistema Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina - Centro de Ciências e Tecnologia Agroalimentar - Campus Pombal - PB (2016). Advogada - Ordem dos Advogados do Brasil. Membro da Universidade Federal de Campina Grande - Professor efetivo - Professor Assistente I. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Empresarial.

NATÁLIA BITU PINTO (CO-AUTOR/ ORIENTADOR)

Possui Graduação em Farmácia (2007) pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com Mestrado (2009) e Doutorado (2015) em Farmacologia pelo Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da UFC. Tem Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica pela UFSC (2015) e em Docência do Ensino Superior pela FJN (2017). Atualmente é Professora Adjunta DE da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) onde ministra as disciplinas de Farmacologia, Bioquímica e Toxicologia Clínica no curso de Medicina. Tem experiência na área de Farmacologia de Produtos Naturais, Inflamação, Gastroproteção e Neuroproteção. Atua também na linha de pesquisa Saúde, Ciências e Práticas Sociais no Semiárido Brasileiro. Coordena as atividades de pesquisa do Laboratório de Farmacologia e Pesquisa Experimental (LFPE/CFP/UFCG), bem como é Coordenadora Adjunta da Central de Laboratórios e Líder do Grupo de Pesquisa em Farmacologia Pré-Clínica da UFCG e membro do LATICS/UFCG. Vice-coordenadora do CEUA/CFP/UFCG e Coordenadora de Pesquisa e Extensão da UACV/CFP/UFCG.

PALOMA KAREN HOLANDA BRITO

Enfermeira graduada na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, Paraíba. Especialista em Pediatria e Neonatologia no Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa (CEFAPP). Atualmente é membro do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária (GESCAAP), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

RODRIGO SOUSA LIMA (AUTOR)

Acadêmico de medicina pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, com graduação prevista para o período 2019.2. Realizou um Curso de Extensão na área de Farmacologia e Toxicologia Clínica pela Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETESC). Foi monitor de Embriologia Sistêmica por 2 semestres consecutivos e monitor de Fisiologia Sistêmica por 1 semestre. Membro da Liga Acadêmica de Pediatria e Neonatologia no ano de 2017.

ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

Doutorada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em modelos de decisão e saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre profissionalizante em terapia intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica; Saúde Pública e Educação. Licenciatura e Bacharelado em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1988). Graduanda em Psicologia na Faculdade Santa Maria. Atualmente é docente da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde pública, educação e gestão. Líder do Grupo de pesquisa Ser idoso e membro do grupo de pesquisa violência e saúde. Produção científica de 21 artigos e sete capítulos de livro desde 2008.

SANDRA MARIA FIGUEIREDO DE LIMA

Graduação plena em fonoaudiologia pela UNICAP/PE; Especialista em voz pela UFPE; Especialista em Motricidade Orofacial pelo CEFAC/São Paulo; e Especialista em Saúde da Família pela UFPB.

TATIANA FARIAS TEÓDULO PALITOT

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Possui Pós-Graduação em nível de Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Faculdades Integradas de Patos-FIP e graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (2008). Atua como Enfermeira no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes no Estado da Paraíba. Tem experiência na área de Enfermagem, tendo atuado nas áreas de Clínica Médica, Neuroclínica, Neurocirurgia, Centro Cirúrgico, UTI neonatal e na Estratégia Saúde da Família.

THAINÁ NASCIMENTO MOTA (CO-AUTOR)

Acadêmica de medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, com graduação prevista para o período 2022.2. Foi monitora por 2 semestres consecutivos no módulo de Embriologia Sistêmica. Participante do Projeto de Extensão “Qualidade de vida do idoso institucionalizado: identificando fatores e estratégias intervenientes”, vinculado a UFCG. Membro da Liga Acadêmica de Nutrologia e Fisiologia do Esporte.

THAYNARA MARIA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

Graduada em Enfermagem pela UFCG- Campus Cajazeiras e Acadêmica em Técnico em Segurança no Trabalho pelo IFPB-EAD Campus Cajazeiras. Formada em Magistério pela E.E. de Curso Normal em Nível Médio São José.



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7042-181-4

