



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – TURMA V
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MASF

ALBERLANE PEREIRA DE MATOS BARROS

**PERCEPÇÕES DE IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA
EM SOBRAL SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

SOBRAL – CE
2016

ALBERLANE PEREIRA DE MATOS BARROS

PERCEPÇÕES DE IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA EM
SOBRAL SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - *Campus Sobral* - CE, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

SOBRAL – CE
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B273p Barros, Alberlane Pereira de Matos.
PERCEPÇÕES DE IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA EM SOBRAL
SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE / Alberlane Pereira de Matos
Barros. – 2016.
132 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas..

1. Velhice . 2. Idoso. 3. Violência. 4. Violência Institucional. 5. Serviços de Saúde. I. Título.

CDD 610

ALBERLANE PEREIRA DE MATOS BARROS

PERCEPÇÕES DE IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA EM
SOBRAL SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Interdisciplinar / Saúde da Família.

Aprovada em: 29/07/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)
Orientadora

Prof.^a Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)
Examinadora

Prof.^a Dra. Antônia Eliana de Araújo Aragão
Associação Igreja Adventista Missionária (Faculdades INTA)
Examinadora Externa

À minha mãe, por tudo que ela representa na minha vida: primeiro afeto, cuidado, fortaleza, sabedoria, beleza, amizade, confiança, fé, etc. Para mim, uma extensão de Deus nesse mundo.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por me dar força e proteção todos os dias para superar todos os obstáculos. À minha mãe, Didi, por todo empenho e sacrifícios que fizeste para cuidar dos meus filhos e de mim. Sem você não teria conseguido. Sou eternamente grata.

Ao meu marido, Alexandre Barros, por todo o cuidado e amorosidade dispensado nesse processo: ora cobrava para eu ter foco, ora dizia que precisava relaxar. Agradeço sua companhia, mesmo dormindo mal numa rede ao meu lado enquanto virava as noites escrevendo.

Ao meu filho primogênito, Alexandre Filho, que de vez em quando, reclamava pela minha atenção me indagando sutilmente quando acabaria minha pesquisa.

À minha filha Lara Matos de Barros, que foi gerada e concebida, concomitantemente, com o Mestrado. Foi um período desafiador para conciliar tantas responsabilidades.

Ao meu pai, Tarcísio de Matos, por compreender as minhas necessidades e permitir ficar sem sua companhia nos dias mais agoniados para me ajudar a concretizar mais um sonho.

Aos meus irmãos, Laydiane e Gladstone, por torcerem e orarem por mim mesmo distantes.

A minha orientadora, Prof^ª Cibelly Freitas, por acolher minhas ideias e pela serenidade transmitida nos momentos de orientação. Você é exemplo de mulher, mãe e profissional que busquei inspiração.

À Banca examinadora desse estudo, composta pelas Professoras Isabelle Mont'Alverne e Eliana Aragão, que contribuíram na construção dessa dissertação. Grata pela participação nas bancas de qualificação e defesa.

Aos idosos e Profissionais do Serviço de Convivência de Sobral que se dispuseram a participar desse estudo. Muito obrigado! À Secretária de Desenvolvimento Social e Combate à Extrema Pobreza, Valdízia Ribeiro por autorizar meu estudo e à Andreyssa, pelo apoio e atenção prestada na pesquisa de campo.

Aos amigos de trabalho, Isabelle Melo, Francisca Lopes, Nayara Machado, Cícera, Noraney e Diogo, pelos diálogos e apoio que fizeram essa caminhada ser mais leve. Às Faculdades INTA pela liberação para minha qualificação.

Aos docentes do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família: Geison, Percy, Roberta Lira, Izabelle, Paulo Santos, Luis Achilles, Socorro Dias, Maristela, Adelane, Lissiana, Vicente Pinto e Mirna. Aprendi muito com todos!

Aos discentes da minha turma de Mestrado, Lucas Silveira, Lívia Dias, Lívia Muniz, Verena, Ítala, Alex, Gilmário, Júlia, Tamires, Katarina, Clauber e Neiline, pelo apoio e parceria nas dores e delícias que compõe esse processo.

Aos meus saudosos amigos, Ana Helena, Oliven, Fernanda Sales, Ana Camila, Ariane, que mesmo distantes, torcem e acreditam nas minhas empreitadas.

RESUMO

O aumento progressivo da população idosa tem gerado uma demanda de ações nas diversas áreas como a de estética, lazer, cultura, saúde e previdência, assim como a necessidade de discutir e garantir direitos da pessoa idosa. O idoso é quem mais procura os serviços de saúde e infelizmente se depara com a violência institucional, a qual se diferencia das demais violências por ser praticada por quem deveria proteger o idoso e garantir o seu acesso a direitos fundamentais. Dados e registros sobre este tipo de violência são escassos, pois as instituições não se reconhecem como possíveis perpetradores dessa tipificação. Esse contexto levou a realização de um estudo que verificou a satisfação dos idosos com a atenção prestada na Estratégia Saúde da Família; conheceu a visão dos profissionais que atuam com idosos sobre Violência e identificou a correlação dos discursos dos idosos e profissionais no que se refere à Violência Institucional nos Serviços de Saúde. Para o alcance desses propósitos foi utilizado uma abordagem quantiqualitativa. No que se refere à quantitativa entrevistou-se cento e onze (111) idosos do Serviço de Convivência utilizando um instrumento adaptado da Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ. Já para a abordagem qualitativa foi realizado uma Grupo Focal com oito (08) profissionais do CRAS que permitiu compreender as percepções destes sobre a velhice e a violência contra idosos. A coleta dos dados ocorreu no mês de maio e a metodologia de análise utilizada para os dados quantitativos foi a Estatística Descritiva enquanto para o Grupo Focal a Análise de Discurso (AD) de Flick. Os resultados demonstraram a satisfação dos idosos com os indicadores de acesso: gastam até trinta minutos de casa para a unidade de saúde (90,1%); conseguem marcar consultas (99,1%), sentem-se bem acolhidos, respeitados e cuidados pelos profissionais de saúde e têm uma boa estrutura física. Dentre as insatisfações foi apontado: falta de privacidade na hora da consulta pelas interferências de outros profissionais, ausência de exame físico nas consultas e de visitas domiciliar por outros profissionais e a principalmente a escassez de medicamentos. Essas insatisfações não correspondem aos princípios e diretrizes do SUS e se configuram como manifestações de violência institucional contra o usuário. Os profissionais entrevistados conheciam vários tipos de violência, exceto a violência institucional. No entanto apontaram dificuldades enfrentadas pelos idosos como a peregrinação em busca de atendimentos, a falta de medicamentos, o desrespeito dos profissionais. O estudo coincide com outros estudos, que expõem sobre o desconhecimento, a invisibilidade e a naturalização da violência institucional, pois ela não é percebida pela sociedade como violência. O conhecimento das manifestações dos diferentes tipos de

violência contra a pessoa idosa é necessário para uma intervenção mais humanizada nos serviços de saúde e proteção da população idosa diante das vulnerabilidades a que estão expostos.

Palavras-chave: Velhice, Serviços de Saúde, Violência, Violência Institucional.

ABSTRACT

The progressive increase in the elderly population has generated a demand for action in various areas such as aesthetics, leisure, culture, health and welfare, as well as the need to discuss and ensure rights of the elderly. The elderly are more who seek health services and unfortunately is faced with institutional violence, which differs from other violence to be practiced by those who should protect the elderly and ensure their access to fundamental rights. Data and records on this type of violence are scarce because the institutions do not recognize themselves as potential perpetrators of this classification. This context led to a study that found the satisfaction of the elderly with the attention paid in the Family Health Strategy; He met the view of the professionals who work with seniors on Violence and identified the correlation between the speeches of the elderly and professionals regarding the Institutional Violence in Health Care. To achieve these purposes we used one Quantiquitative approach. As regards the quantitative interviewed is one hundred and eleven (111) elderly Coexistence service using an adapted instrument Evaluation of Access Improvement Programme and The Quality of Basic-PMAQ attention. As for the qualitative approach was conducted one focus group with eight (08) CRAS professionals that allows us to understand these perceptions about aging and violence against the elderly. Data collection occurred in May and analytical methodology used for quantitative data was the descriptive statistics as to the Focus Group Discourse Analysis (DA) Flick. The results showed the satisfaction of the elderly with access indicators spend thirty minutes from home to health unit (90.1%); can make appointments (99.1%), feel welcomed, respected and care by health professionals and have a good physical structure. Among the dissatisfactions it was pointed out: lack of privacy at the time of inspection by interference from other professionals, lack of physical examination in consultations and home visits by other professionals and especially the shortage of medicines. These dissatisfactions not correspond to the principles and guidelines of SUS and are configured as manifestations of institutional violence against the user. The professionals interviewed knew various types of violence, except institutional violence. However they pointed out the difficulties faced by older people as a pilgrimage in search of care, lack of medicines, abuse of professionals. The study coincides with other studies that expose about ignorance, invisibility and the naturalization of institutional violence, because it is not perceived by society as

violence. The knowledge of the manifestations of different types of violence against the elderly is necessary for a more human intervention in health services and protection of the elderly population in the face of vulnerability to which they are exposed.

Keywords: Aging, Health Services, Violence, Institutional Violence.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	–	Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Horário de funcionamento atendendo às necessidades do idoso, Sobral-CE, 2016	69
Gráfico 2	–	Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo intenção de mudar de Equipe ou Unidade de Saúde, Sobral-CE, 2016.....	82
Gráfico 3	–	Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Satisfação com o cuidado recebido pela equipe da Unidade de Saúde (Média), Sobral- CE, 2016	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo o Centro de Referência de Assistência Social- CRAS do Grupo, Sobral-Ce, 2016	63
Tabela 2	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Características Pessoais, Sobral-Ce, 2016	64
Tabela 3	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Características sobre renda, Sobral-Ce, 2016	66
Tabela 4	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Acesso à Unidade de Saúde, Sobral-Ce, 2016	67
Tabela 5	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde, Sobral-Ce, 2016	68
Tabela 6	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Solicitação do idoso na mudança de Horário da Unidade de Saúde, Sobral - Ce, 2016	70
Tabela 7	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Marcação de Consultas pela Unidade de Saúde, Sobral- Ce, 2016	71
Tabela 8	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Acolhimento à Demanda Espontânea, Sobral- Ce, 2016	73
Tabela 9	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Características de Atenção à Saúde, Sobral- Ce, 2016	75
Tabela 10	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, Sobral- Ce, 2016	77
Tabela 11	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Coordenação do cuidado, Sobral-Ce, 2016	79
Tabela 12	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Satisfação do Usuário sobre a Unidade de Saúde, Sobral - CE, 2016	80
Tabela 13	– Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF	

	segundo Mecanismos de participação e interação dos usuários, Sobral- Ce, 2016	84
Tabela 14	– Distribuição dos Orientadores Sociais do Serviço de Convivência de Idosos segundo Características Pessoais, Sobral - Ce, 2016	86

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Aproximações com o objeto de estudo	19
2	OBJETIVOS	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	Contextualizando o Envelhecimento	25
3.2	Direitos e Políticas de Proteção a Pessoa Idosa	28
3.3	A Violência e sua interface com o Idoso	35
3.4	Qualidade da Assistência na Estratégia Saúde da Família: Idoso Satisfeito ou Idoso Violado?	44
4	METODOLOGIA	52
4.1	Natureza do estudo e sua abordagem	52
4.2	Cenário de Estudo	53
4.3	Participantes da Pesquisa	56
4.3.1	<i>Idosos do SCFV atendidos nos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família</i>	56
4.3.2	<i>Profissionais do Serviço de Convivência de Idosos</i>	56
4.4	Procedimentos para Coleta e Análise dos dados	57
4.4.1	<i>Idosos do SCFV atendidos nos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família</i>	57
4.4.2	<i>Profissionais do SCFV</i>	58
4.5	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	61
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5.1	Caracterização dos Idosos	63

5.2	Análise da (in) satisfação dos Idosos do SCFV atendidos pela ESF	67
5.2.1	<i>Acesso, Marcação de Consulta e Acolhimento à Demanda Espontânea</i>	67
5.2.2	<i>Atenção Integral à Saúde</i>	74
5.2.3	<i>Vínculo e Coordenação do Cuidado</i>	76
5.2.4	<i>Satisfação e Participação dos Idosos no serviço</i>	80
5.3	Análise do Discurso dos Profissionais que acompanham os Idosos do SCFV	85
5.3.1	Caracterização dos Profissionais do SCFV	85
5.3.2	Percepções sobre Velhice	88
5.3.3	Percepções da Violência contra a pessoa Idosa	92
6	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES	111
	APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para Idosos dos serviços de convivência	112
	APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os profissionais dos serviços de convivência	114
	APENDICE C - Roteiro de questões norteadoras para o Grupo Focal com os profissionais dos serviços de convivência para idosos	116
	APÊNDICE D – Formulário de Entrevista estruturada para os Idosos do Serviço de Convivência atendidos na ESF	117
	ANEXOS	128
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética e Pesquisa	129
	ANEXO B - Termo de Autorização para realização da Pesquisa	132

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial em virtude do seu aumento expressivo e apresenta múltiplas facetas de ordem cultural, social e econômica. O processo de envelhecimento é vivenciado por cada pessoa de maneira particular e ao mesmo tempo é um processo coletivo, pois ocorre na vida social e histórica.

Atualmente, vemos uma era de transição demográfica em todo o mundo, onde se verifica um crescente número de idosos devido ao aumento da expectativa de vida, à queda das taxas de mortalidade, associado à natalidade em declínio com a queda da taxa de fecundidade (FIOCRUZ, 2013).

De acordo com Minayo (2000), fatores como o controle de muitas doenças infecto-contagiosas e potencialmente fatais, sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa, a queda da mortalidade infantil, graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde assim como a acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida contribuíram para esse avanço.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população brasileira com até 25 anos de idade teve menor representatividade no quantitativo total da população no País, enquanto houve um aumento no número de pessoas idosas. Foi observado um crescimento na participação relativa da população com 65 anos ou mais, que passou de 4,8%, em 1991, para 5,9%, em 2000, chegando a 7,4%, em 2010. O crescimento absoluto da população do Brasil nestes últimos dez anos se deu, principalmente, em função do crescimento da população adulta, principalmente o aumento da participação da população idosa. No estado do Ceará a expectativa de vida acompanha a tendência nacional em que a população de idosos aumentou 61% em dez anos e representa 1.063 milhão de todo os habitantes do estado. No município de Sobral, de acordo com o último censo, há uma população de 188.233 habitantes, e destes 16.516 são pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 7,9% do total da população residente (IBGE, 2010).

Com o aumento progressivo dessa população surge uma demanda de ações voltadas para este público que vai desde a comercialização de diversos produtos em diversas áreas como de estética, lazer, cultura, saúde e previdência.

Diante de uma sociedade capitalista desigual, o aumento da população idosa traz consigo uma grave violação aos Direitos Humanos: a violência contra a pessoa idosa.

Embora haja leis internacionais de proteção à dignidade humana e às necessidades básicas como saúde, educação, alimentação e moradia, o que vivenciamos é uma acentuada vulnerabilidade da população idosa à serem vítimas, simultaneamente, da violência estrutural, que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação, da violência interpessoal que ocorre nas relações cotidianas como no âmbito familiar e violência institucional, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência (BRASIL, 2001).

As violências contra idosos, porém, são muito mais abrangentes e disseminadas no país, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, financeiros, sexuais e em negligências que muitas vezes não chegam aos serviços de saúde: ficam naturalizados, sobretudo, no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social e das políticas públicas (MINAYO, 2002).

Minayo (2003) alerta que as violências físicas não são as únicas que acometem os idosos brasileiros. Afirma que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em apostar-lhe os cuidados de que necessita, é uma das formas de violência mais presentes tanto em nível doméstico quanto institucional em nosso país, provocando em nossos idosos lesões e traumas físicos, emocionais e sociais. Expõe ainda que as principais causas de morte em idosos no Brasil, nos anos de 1980 a 1998, são causas externas, representando 3,5% da mortalidade geral, ocupando, nesse conjunto, o sexto lugar.

A violência contra o idoso vem crescendo amplamente, e dentre as formas mais comuns estão as de cunho patrimonial e psicológico, segundo dados do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) em Sobral. No estudo realizado por Freitas e Teófilo (2010), em Sobral-CE, afirma que os idosos sofrem vários tipos de agressão e esse sofrimento faz com que adquiram doenças crônicas de diversas formas: interferência negativa no tratamento da hipertensão arterial em decorrência de discussões em casa; anemia por falta de alimentação adequada; depressão provocada pela tristeza do abandono e da exclusão

social. Nesta investigação foi confirmado com os próprios idosos que a violência, além de prejudicar a convivência harmoniosa entre os familiares, contribui para o adoecimento.

Na política pública de Saúde, o reconhecimento do problema da violência vem acontecendo de forma fragmentada e lenta, tornando-se uma questão de saúde pública por afetar fortemente a saúde. Segundo Minayo (2006), a violência provoca morte, lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais. Acrescenta ainda que diminui a qualidade de vida das pessoas, exige uma readequação dos serviços de saúde, do atendimento médico preventivo ou curativo e evidencia a necessidade de uma atuação mais específica interdisciplinar e multiprofissional.

A violência institucional diferencia-se das demais violências por ser praticada por quem deveria proteger o idoso e garantir o seu acesso a direitos fundamentais. Ela pode ser compreendida como aquela que ocorre dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. De acordo com Minayo os serviços de seguridade social e de segurança pública são evidenciados pela própria população quando se refere à violência institucional (MINAYO, 2005).

Dados e registros sobre este tipo de violência são escassos, pois as instituições quando apontam ou registram violência contra a pessoa idosa são outras manifestações como a violência intrafamiliar. Já a violência institucional quando registrada é voltada para os idosos que vivem em instituições de longa permanência e asilos devido à condição de convivência diária.

No entanto, ela perpassa diversos espaços institucionais como na política de saúde, que tem essa população etária como a que mais busca serviços de saúde. Um episódio de ocorrências de negligência contra os idosos que veio a público com notoriedade nacional foi o da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, onde a morte de um grande número de idosos hospitalizados, entre os meses de abril e junho de 1996, foi amplamente denunciada pela imprensa e resultou na intervenção do Ministério da Saúde, com subsequente descredenciamento do estabelecimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses fatos chamam a atenção para a vulnerabilidade dessa população e a necessidade do SUS monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada ao idoso.

O Ministério da Saúde (2002) reconhece e utiliza o conceito de que violência institucional como aquela que acontece nos serviços de saúde pelos profissionais de saúde por ação ou omissão. Inclui dimensão mais ampla que vai desde a falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange os abusos de relações de poder entre profissionais e usuários. Essa concepção do Ministério da Saúde traz alguns exemplos que expressam essa forma de violência como: peregrinação em diversos serviços até receber atendimento, falta de escuta e tempo para clientela, frieza, rispidez e negligência, maus-tratos dos profissionais motivados por discriminação, desqualificação do saber prático, da experiência de vida entre outros.

Na pesquisa realizada pela assistente social Berzins (2009) foi analisada a percepção de profissionais de saúde acerca da violência institucional e mesmo sabendo que algumas práticas no atendimento aos idosos beiram a violência, os profissionais envolvidos preferem culpar o colega ou até mesmo a instituição. A mesma pesquisadora ainda aponta que o cidadão não reclama do mau atendimento por medo de não serem atendidos.

Diante desse contexto, pode-se afirmar que a violência institucional acontece nos diversos serviços de saúde, mas é resguardada pelo silêncio e falta de conhecimento dos usuários.

Assim, ouvir o que os idosos relatam sobre o cuidado que lhe é prestado e sobre sua satisfação nos serviços de saúde possibilita vislumbrar a violência institucional, bem como a avaliação do atendimento prestado aos mesmos pode ser uma estratégia de perceber e sinalizar indícios de violência institucional.

A maioria das avaliações de serviços de saúde que tratam da qualidade e satisfação do usuário é voltada para apontar aos gestores caminhos para a melhor tomada de decisões, organizar os serviços e etc.

Felisberto (2006) ressalta que, nas últimas décadas, vem ocorrendo de forma progressiva no Brasil, maior interesse nas iniciativas voltadas à avaliação em saúde tanto na realização de pesquisas acadêmicas como o próprio Ministério da Saúde, busca para subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados.

1.1 Aproximações com o objeto de estudo

A aproximação com o tema de estudo ocorre desde a graduação de Bacharel em Serviço Social em que pesquisei e vivenciei em campo de estágio o fenômeno da violência. A

oportunidade de estágio no SOS Criança de Fortaleza durante dois anos me aproximou dessa realidade, principalmente das violências doméstica intrafamiliar perpetradas contra crianças e adolescentes. Essa vivência trouxe muitas inquietações acerca da questão da violência e mostraram em diversas situações a violência praticada contra outros grupos vulneráveis como mulheres, pessoas com deficiência e idosos. Além disso, percebeu-se que essa violência era oriunda de outras violências externas ao âmbito familiar.

Após a graduação fui atuar na área da saúde e logo pude observar a forte influência da violência sobre a saúde pública. Ao longo dos últimos oito anos, atuei como assistente Social nas Políticas de Saúde de dois municípios, sendo um de pequeno e, o outro de médio porte, e pude observar, empiricamente, que da população atendida nos serviços de saúde os idosos são maioria e via durante os atendimentos, tanto individuais quanto em grupo, a ocorrência ou suspeita de diversas manifestações de violência. No tocante à violência contra o idoso quase não se ouvia falar em ocorrências por outros profissionais e isso gerava algumas inquietações acerca da subnotificação e a falta de discussão entre profissionais sobre a questão. Percebia que muitos profissionais não reconheciam a violência como algo que fazia parte da sua atuação profissional, do seu território, do processo de adoecimento do idoso atendido no serviço de saúde.

Paralelo à política de saúde, observava o aumento no registro de casos de violência na política de assistência social e no meio jurídico. Coincidentemente, percebia que alguns casos eram atendidos pelas equipes de saúde que desconheciam ou se surpreendiam com a situação de violência vivenciada pelo idoso. Concomitantemente, observava algumas lacunas no atendimento a situações de violência que iam desde dúvidas nas notificações dos casos como na abordagem de atendimento e nos encaminhamentos.

Diante desse contexto, houve necessidade de realizar um alinhamento de saberes com capacitação que tive oportunidade de conduzir. O que essa vivência me mostrou coincide com os dados de pesquisas acerca da lacuna sobre violência na formação dos profissionais. A evolução dos casos de violência contra o idoso, não é só um desafio para os profissionais de saúde, mas também para outras áreas como a assistência social e o setor jurídico, pois esse tipo de situação envolve uma gama de fatores como realidades socioeconômicas e culturais e diferentes histórias de vida.

Além do atendimento a situações de violências, os idosos procuravam, diariamente, os serviços de saúde em busca de informações ou de cuidado, muitas vezes se

deparavam com a violência institucional sem percebê-la. Esta se caracteriza por relações desiguais, impessoais e discriminatórias entre profissionais e usuários. O Ministério da Saúde conceitua a violência institucional como aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão.

Nesse sentido, percebe-se um distanciamento da concepção de saúde como direito e cidadania preconizada em nossa Constituição Federal tanto pelos profissionais quanto pelos idosos. Estes entendem a saúde como serviço, em que o profissional detém o saber e o poder na tomada de decisão.

A interação com idosos em grupos de convivência em duas políticas setoriais distintas apontou algumas inquietações, tanto em relação ao conteúdo que era levado aos grupos quanto à percepção de diferentes necessidades dos idosos participantes do grupo. Nos grupos da política de saúde era perceptível a valorização do cuidado de doenças crônicas como hipertensão e diabetes sob uma lógica de polícia médica - termo desenvolvido no século XVIII, atribuído ao conjunto de ações estatais sobre a saúde pública e caracterizada pelo controle fiscalizador, sanitarista e obrigatório, visando a melhoria das condições de vida urbana - exercida pelos profissionais de saúde. Enquanto na assistência social as ações se voltavam mais para lazer e atividades culturais e muito pouco se discutia sobre seus direitos e cidadania, inclusive o direito a saúde e sua concepção ampliada. Outra observação acerca dos grupos de convivência era a ausência de protagonismo dos idosos nos Grupos, pois as ações já vinham determinadas e escolhidas pelos profissionais envolvidos.

Diante desse contexto, é que surgiu o interesse de conhecer o que os idosos e os profissionais dos Serviços de Convivência pensam acerca da violência institucional contra o idoso nos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família. Assim, destaca-se que a Violência Institucional contra a pessoa idosa nos serviços de saúde se configura como objeto deste estudo.

Para tanto, formulou-se os seguintes pressupostos: o idoso e o profissional sabem e reconhecem os maus tratos como violência, principalmente os abusos físicos; o idoso e o profissional não conhecem e nem percebem a violência institucional como forma de violência; o idoso no sistema de saúde compreende a saúde como serviço e não como direito; o idoso não denuncia a violência institucional por não reconhecê-la como tal, por não acreditar na solução ou por haver implicações nas relações de poder entre profissional e idoso ou idoso e serviço; o idoso ao avaliar sua satisfação com a assistência prestada apontará

evidências que se configuram como violência institucional. Essas premissas serão aprofundadas e melhor definidas ao longo da pesquisa para evitar possíveis vieses na sua realização.

A relevância desta pesquisa atende a uma lacuna em três áreas separadamente e conjuntamente: a Violência e Saúde, a Violência contra o Idoso e Violência institucional. As pesquisas na área da saúde que tratam da violência contra o idoso são voltadas, em sua maioria, para os maus-tratos sofridos pelos idosos. Já a violência institucional quando abordada está relacionada mais a situações de idosos em instituições de longa permanência. Esse contexto mostra que os serviços de saúde pelo seu caráter de cuidado, não são vislumbrados como agentes de violência institucional, ou seja, como uma contradição do cuidado.

Assim, esse estudo poderá contribuir para outras pesquisas na área e para uma melhor compreensão desse fenômeno por profissionais de saúde, gestores em saúde e estudantes que se identifiquem com a temática da violência contra o idoso nos serviços de saúde, especificamente a institucional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as evidências de Violência Institucional na atenção aos idosos do Serviço de Convivência de Sobral – Ceará, a partir da satisfação com o serviço na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a (in)satisfação dos idosos com a atenção prestada na Estratégia Saúde da Família;

- Conhecer a visão dos profissionais do Serviço de Convivência para Idosos de Sobral com relação à Violência contra idosos nos serviços de saúde;

- Identificar evidências da ocorrência de violência institucional contra idosos na avaliação em saúde, pontuando fatores de risco nos serviços prestados na Estratégia Saúde da Família.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo realiza uma breve análise das categorias empregadas nesse estudo. Segue abaixo quadro com as referidas categorias e as principais fontes e referências utilizadas.

Quadro 1- Distribuição das Referências Teóricas utilizadas de acordo com as categorias e suas respectivas contribuições.

CATEGORIAS	CONTRIBUIÇÕES	FONTES/ REFERÊNCIAS
Idoso e Velhice	Conceitos, Análise histórica e Dados.	BEAUVOIR S.(1990), BOURDIEU (1993), CAMARANO (1999), GOLDMAN (2000), MINAYO (2006), NERI (2001), PAIVA (2014), PEIXOTO (2003), SANCHEZ (2002), ESTATUTO DO IDOSO (2003) , OMS, IBGE(2010) E MINISTÉRIO DA SAÚDE.
Direitos e Políticas para Idosos	Análise das políticas e sua historia; Legislações de proteção a pessoa Idosa	BEHRING E BOSCHETTI (2010) , GONELLI, 2010OLIVEIRA E TEIXEIRA, (1989), ROSEN (1994), SPOSATI, (2003) DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, (1948), CONSTITUIÇÃO DE 1988, LOAS (1993), PNI (1994), ESTATUTO DO IDOSO (2003) , PNSPI (2006), PNAS (2004), OMS, IBGE, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
Violência e Violência contra o Idoso	Conceituação e Historicidade Classificação e Tipificação Dados Estatísticos	ARENDRT (2014), CHAUI, (2000), ODÁLIA (2004), ADORNO(1998) , MINAYO (2003) E (2009), KRUG (2002), BERZINS (2009), FALEIROS (2007), FREITAS (2011), MARTINEZ (2008), PAIVA (2014), QUEIROZ (2006), SÁ (2005), OMS, IBGE(2010) E MINISTÉRIO DA SAÚDE.
Avaliação em Saúde e Saúde da Família	Conceituação e Historicidade Classificação	ALMEIDA (2001), COTTA (2005), CONTANDRIOPOULOS (1999), DESLANDES (1997) , DONABEDIAN (2003) , FELISBERTO(2006), FREITAS (2011), SAVASSI, (2012), SERAPIONE(1999), STARFIELD (2002), UCHIMURA E BOSI (2002), PNAB (2011) E MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Fonte Primária

A análise desses referências estão subdivididas em quatro subitens desse capítulo da seguinte forma: primeiramente fez uma contextualização do envelhecimento seguido dos direitos e políticas existentes de proteção a pessoa idosa em diversas áreas. Por seguinte, se discute a categoria Violência e sua relação com o idoso, ressaltando a violência institucional que é objeto desse estudo. Para concluir essa análise é apresentado as concepções e modelos de avaliação em saúde feitas no Brasil, principalmente na Estratégia Saúde da Família.

3.1 Contextualizando o Envelhecimento

É importante, inicialmente, compreender o conceito do que é uma pessoa idosa, principalmente pela existência de diferentes nomenclaturas como velha, idosa ou terceira idade. Estudiosos as utilizam e nem tem um consenso de qual o melhor termo a ser usado.

O uso do termo velho advém da França do século XIX, para designar pessoas com mais de 60 anos de idade pertencentes às classes pobres. Já o termo idoso também era utilizado, mas atribuído àquelas pessoas de classes abastadas e com prestígio social e bens materiais (PEIXOTO, 2003). Esse fato, que serviu para separar os pobres de idade avançada dos ricos, deu à palavra “velha” uma conotação negativa sempre associada às pessoas com algum tipo de necessidade e dependência. Para reforçar essa idéia surge a ideologia do capitalismo, que para impulsionar o consumo de bens novos, trata os produtos velhos como descartáveis. O problema maior, além do consumismo, é que e as pessoas de idade avançada se recusam a serem chamadas de velhas, preferindo outras palavras mais amenas, como por exemplo, pessoa idosa.

O termo idoso foi inserido nos textos científicos e nas leis a partir dos anos 60, ao tratar o aposentado e/ou pensionista, independente de ser pobre. Por fim, o termo terceira idade é criado em 1970 pelo gerontologista francês Huet, ganhando logo aceitação da sociedade em geral e dos próprios idosos (GOLDMAN, 2000). Esta expressão nasceu atrelada ao conceito de idoso e em resposta à imagem preconceituosa gerada pelo termo velho, que concebia a velhice como uma etapa da vida onde prevalecia a decadência física e a invalidez.

A terceira idade tornou-se sinônimo de vivenciar um tempo privilegiado para executar atividades de lazer, realização pessoal. De acordo com Neri (2007), o termo terceira idade é consagrado pelo uso em vários países, desde sua criação por Pierre Vellas, na França, nos anos de 1960, que criou o modelo de universidade para a terceira idade e hoje é termo usado para designar a fase inicial da velhice.

Atualmente já se fala em uma nova terminologia a quarta idade, termo francês aos idosos que passam dos 75 anos de vida ou mais. É nesse contexto que surgem os grupos de convivência associados a organizações governamentais ou não governamentais, como uma das opções de espaços institucionalizados para o acolhimento de idosos objetivando ações coletivas de promoção de saúde do bem estar e da inclusão social.

Nos estudos de Peixoto (2003) é apontado que no Brasil o termo velho e idoso podem se confundir, mas idoso marca um tratamento mais respeitoso e velho apresenta os traços do envelhecimento e declínio.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) classifica a velhice em quatro estágios: a meia-idade, dos 45 aos 59 anos; o idoso, dos 60 aos 74 anos; o ancião, de 75 a 90 anos; e a velhice extrema, situada a partir dos 90 anos. A velhice se caracterizaria como a última etapa da trajetória, sujeita a eventos e transições, porém sem a contrapartida dos ganhos biológicos e sociais das demais etapas evolutivas, ou seja, primeira e segunda infância, adolescência, maturidade e meia-idade.

Bourdieu (1993) ressalta que a abordagem entre as divisões de idades são arbitrárias, e que não existe ao certo onde termina a juventude para começar a velhice, e que ambos são construídos socialmente nos campos de poder entre juventude e velhice.

A Organização das Nações Unidas (ONU) adota como idade de transição para o segmento idoso da população de acordo com o nível desenvolvimento do país. Para os países em desenvolvimento considera 60 anos. Já nos desenvolvidos, onde a expectativa média de vida é maior, adota-se o ponto de corte dos 65 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

De acordo com dados fornecidos pelas Nações Unidas revelavam que, no mundo, o número de pessoas com 60 anos e mais foi estimado em 605 milhões no ano de 2000, 893 milhões em 2011, com probabilidade de atingir cerca de 2 bilhões em 2050, tempo em que será tão alto quanto o da população infantil (0-14 anos). A maioria dessas pessoas idosas (53%) reside na Ásia, enquanto a Europa apresenta a segunda maior população envelhecida (24%). Na América Latina e Caribe vivem 8% dos idosos da população mundial.

As diferenças percentuais dessa conjuntura estão atreladas a um contexto que reúne desde condições psicológicas, econômicas e sociais de cada ambiente, local assim como os conceitos que cada sociedade tem de velhice. O processo de envelhecimento não é igual para todos e dependendo do contexto a expectativa de vida não chega nem aos 60 anos de idade.

É o que demonstra o relatório da Organização Mundial da Saúde (2003), cujo conteúdo denunciava a deterioração das condições de saúde em países da África onde, nos anos 1990 e início do século XXI, a taxa de mortalidade superava a dos anos 1970. No referido documento consta que, enquanto uma criança nascida no Japão, em 2003, esperava viver, em média, 85 anos, contando com pelo menos US\$ 550 gastos na sua saúde (por ano), uma criança em Serra Leoa provavelmente não viveria além dos 36 anos, sem contar com a certeza de ver um médico, durante esse curto tempo de vida, no país onde apenas US\$ 3,00 seriam gastos com sua saúde.

Esses dados coincidem com Teixeira (2008, p. 81), quando expõe que “o envelhecimento sofre determinações econômicas, sociais, culturais, étnicas, sexuais se diferenciado no tempo e no espaço, interditando tratamentos universalizantes e a-históricos”.

No mundo, em geral, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando se considera a população total de cada sexo. Existe um excedente, portanto, de mulheres idosas em relação aos homens em idade avançada. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e esta diferença é maior nas últimas faixas etárias da vida (a partir dos 80 anos). Em 1996, dos 12,4 milhões de idosos 54,4% eram do sexo feminino, passando para 55,1% em 2000, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA) de 1995 e o Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil de 2000 (IBGE, 2010).

No Brasil, como na grande maioria dos países, o aumento na expectativa de vida ao nascer tem sido mais significativo no sexo feminino. De acordo com Ribeiro e Pául (2012) a literatura disponível sobre as diferenças de gênero na velhice existem linhas interpretativas que ora são atravessadas por questões de ordem eminentemente biológicas, ora por questões de ordem estrutural, socioeconômica, feminista e política, dentre outras.

O aumento da longevidade ocorrido na população em nível mundial implica a existência de mais de uma geração de velhos (as) em uma mesma família, e as projeções demográficas indicam que no, futuro, essas gerações estarão compostas, principalmente, por mulheres velhas que, possivelmente, estejam cuidando de suas velhas mães ou avós. A pesquisadora Sanchez Salgado (2002) expõe em seus estudos que as mulheres de idade avançada enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica. As crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade, no atrativo sexual e físico. O contexto social atual ensina e perpetua o descrédito na mulher idosa, começando com a representação da mulher velha nas histórias clássicas como bruxas, feias e malvadas.

Outros fatores são apontados por contribuírem para a *feminilização* da velhice como a adoção de condutas menos agressivas; menor exposição aos riscos aumento no trabalho; maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde; melhor conhecimento destes; maior utilização dos serviços de saúde; menor consumo de tabaco e álcool; etc. (SANCHEZ, 2002).

No Brasil o aumento da expectativa de vida, principalmente no início do século XX, vem modificando progressivamente a pirâmide demográfica de nosso país. Segundo dados do IBGE (2011), no ano de 1991, a população idosa acima de 65 anos representava

4,8%, enquanto no ano de 2010, essa mesma população representava 7,4%, ou seja, a população idosa está aumentando. A expectativa de vida atual no Brasil é de 72 anos.

Segundo dados do IBGE houve uma ampliação no número de famílias, nas quais há idosos presente. No Brasil, 27% dos idosos são responsáveis por mais de 90% do rendimento familiar e nos municípios com até 20 mil habitantes essa contribuição é significativa, chegando a 35% das pessoas com 60 anos ou mais de idade se responsabilizam por 30 a 50% do rendimento familiar. Segundo informações dos "Indicadores Sociais Municipais - uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000" essa participação dos idosos pode ser explicada pelo fato de, em 2000, no Brasil, 66,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade estar aposentadas e 11,2% serem pensionistas.

Esses dados devem ser vislumbrados sob a análise do contexto demográfico, socioeconômico e cultural que vive a pessoa idosa. A situação social e econômica, para a maioria dos idosos no Brasil, é permeada de vulnerabilidades e questões sociais, pois de acordo com Minayo (2006) somente 25% desta população vive com três salários mínimos. Os demais são realmente pobres, morando com familiares pobres ou em instituições de longa permanência. Sua vulnerabilidade física e social se acentua à medida que as limitações impostas pela idade, problemas de saúde e dependência surgem.

Ainda há de se considerar os aspectos culturais herdados e constituídos pela lógica capitalista, que desvaloriza o velho pela sua ineficiência e/ou ausência nos meios de produção, criando mitos e uma similaridade da pessoa idosa com decadência, sem-valor, etc.

3.2 Direitos e Políticas de Proteção a Pessoa Idosa

Para compreender a atual conjuntura dos direitos e principais políticas voltadas para a pessoa idosa, faz-se necessário um resgate histórico das políticas sociais, compreendendo-as como modo de combater as manifestações advindas da questão social gerada no sistema de produção capitalista.

Segundo Behring & Boschetti(2010) as políticas sociais, como processo social, se gestaram na confluência dos movimentos de crescimento do capitalismo com a Revolução industrial, das lutas de classes e do desenvolvimento da intervenção estatal.

Rosen (1994) em sua obra "Uma história da Saúde pública" mostra a existência, ainda numa sociedade pré-capitalista da "Leis dos pobres", que tinham características assistencialista, minimalista, restritiva e passava longe da concepção de direito e, que foram reduzidas mais ainda a medida que davam emprego a essas pessoas gerando uma massa de trabalhadores em cidades de forma desorganizada.

O infortúnio social gerado por essa lógica liberal e assumido pelo estado capitalista, sucumbe na luta da classe trabalhadora mobilizada e organizada em prol de melhorias de condições de vida e de trabalho. É sob essa perspectiva que devemos visualizar os direitos sociais conquistados até hoje: como frutos do empenho da classe trabalhadora.

No Brasil ao longo da história, é perceptível na constituição dos direitos à população trabalhadora, que as classes dominantes eram vistas como um favor ou ato caridoso.

Observam-se algumas medidas de proteção social que, mesmo não sendo voltadas para os idosos, estes, eram contemplados como, por exemplo, a redução da jornada de trabalho para 12 horas em 1911, a regularização das situações dos acidentes de trabalho através de inquéritos policiais e a introdução das leis previdenciárias, através da Lei Eloy Chaves em 1923, criando a primeira caixa de aposentadorias e pensões.

Essas caixas foram se ampliando e em 1930 passam a ser chamadas de IAP's – Instituto de Aposentadorias e Pensões composto por trabalhadores de acordo com categorias profissionais. Aos idosos que não compunham o mundo do trabalho com sua força de trabalho, havia no campo da saúde as Santas Casas de Misericórdia e na área Assistencial, a LBA – Legião Brasileira de assistência, criada em 1942, continha uma linha programática de ações para idosos através de asilos e grupos de convivência. Em 1974 quando foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social foi também legalizada uma renda mensal vitalícia para idosos desprovidos de renda com idade a partir de 70 anos (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

O primeiro marco de conquistas relacionadas aos direitos dos idosos ocorreu em 10 de dezembro de 1948, quando na Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirmando que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, que não haverá distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, política, riqueza ou de qualquer outra natureza.

A concepção de direitos fundamentais as pessoas idosa é expressa no item XXV, §1º, ao colocar que todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar para si e sua família saúde e bem-estar, alimentação, moradia, vestuário, cuidados médicos, entre outros, e direito à segurança em caso de velhice. Estes princípios são importantes como fontes para elaboração de políticas públicas principalmente no que diz respeito aos idosos (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Na Constituição de 1988 foi estabelecido, pela primeira vez numa Lei maior, direitos relacionados à pessoa idosa. Alguns artigos referentes à idade destacam que o estado

deve promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; proíbe diferenças de salários, de exercícios de funções e de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil e ainda faculta o direito de votar aos maiores de 70 anos. Conhecida também como Constituição Cidadã, devido às influências do processo de Redemocratização do País e de outros movimentos como a Reforma Sanitária é que temos um modelo de proteção social mais progressista, onde no capítulo II a Seguridade Social é composta pelo tripé: previdência, saúde e assistência social. Em seu artigo 201 é salientado que a Previdência social atenderá, entre outros eventos de doenças, invalidez, morte e idade avançada (BRASIL, 2006).

No que tange a assistência Social no artigo 203 diz que

[...] a assistência social será prestada a quem dela precisar, independentemente de contribuição à seguridade social e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. II – a garantia de um salário mínimo mensal a pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988).

A grande mudança veio na Saúde com cinco artigos que determinam a saúde como direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, formando um sistema único. Há outros artigos relacionados a pessoa idosa como o artigo 229, que determina que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. No Artigo 230 é disposto que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes direito à vida” (BRASIL, 1988).

Após a promulgação da Constituição de 1988, outras leis surgiram amparando a pessoa idosa, entre elas: Código de Defesa do Consumidor (1990), Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), Política Nacional do Idoso (1994), Estatuto do idoso (2003) e Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa (2006), Política Nacional de Assistência Social.

A Política Nacional do Idoso - PNI/94, regulamentada através da lei nº8.842, de 04 de janeiro de 1994, objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, promovendo sua integração, participação e autonomia na sociedade. Suas competências pautam-se na supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação enquanto promoção de políticas públicas de assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, justiça,

habitação e urbanismo, cultura, esporte e lazer previstos na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Segundo Oliveira (2003), esta política foi importante por ampliar a concepção de velhice para todos aqueles que trabalham com o fenômeno do envelhecimento e norteia as mais diversas áreas das políticas públicas para o idoso.

Na PNI é considerada idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade. (BRASIL, 1994, p. 23). As ações governamentais estabelecidas pela PNI, na área de saúde, visam garantir ao idoso a assistência integral à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS; elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; criar serviços alternativos de saúde para o idoso; estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS; hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar, de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994).

A referida lei cumpre sua missão, quando atribui competências a órgãos e entidades públicos, sempre de forma alinhada a suas respectivas funções. Determina que cada ministério, de acordo com suas competências, elabore proposta orçamentária, visando ao financiamento de programas voltados aos idosos e promova cursos de capacitação, estudos, levantamentos e pesquisas relacionados à temática da velhice e envelhecimento, em suas múltiplas dimensões. A PNI institui várias modalidades de atendimento ao idoso, entre elas: Centro de Convivência; Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia; Casa-lar; oficina abrigada de Trabalho; atendimento domiciliar. Pontua que a atenção ao idoso deve ser feita por intermédio de sua família, em detrimento da internação em instituições de longa permanência.

Com o aumento progressivo dessa população e a necessidade de discutir seus direitos é criado em 2003 a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa: O Estatuto do Idoso através da Lei nº 10.741.

Nele é regulamentado os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. No artigo 3º, dispõe sobre as obrigações familiares e sociais com relação ao idoso e a efetivação dos direitos à vida, à educação, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. O

referido documento representa um grande avanço da legislação brasileira, iniciado com a promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 2010).

No que concerne à saúde, o Estatuto do Idoso também ampara o direito de atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Garante o acesso universal e igualitário para prevenção, promoção e proteção, bem como recuperação da saúde, estabelecendo o atendimento preferencial à pessoa idosa. Determina que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: cadastramento dos idosos; atendimento com geriatras e gerontólogos em ambulatórios ou unidades geriátricas; atendimento domiciliar; internação para aquele que dela necessite; tratamentos de recuperação de lesões ou sequelas decorrentes de agravo da saúde.

É importante salientar, ainda, que cabe ao poder público fornecer gratuitamente à pessoa idosa: medicamentos, inclusive aqueles de uso continuado, próteses, órteses, reabilitação ou habilitação. O idoso tem também o direito, em caso de internação ou observação, a acompanhante (RODRIGUES et al., 2007).

Por fim, o Estatuto do Idoso trata das medidas de proteção à pessoa idosa, com o objetivo de punir todo aquele que violar ou ameaçar seus direitos por ação ou omissão, não importando por quem seja praticada (estado, família ou sociedade).

Essas medidas podem ser aplicadas de forma isolada ou cumulativa, visando sempre à proteção ao idoso. Não sendo cumpridas, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, assim que tiverem conhecimento da lesão ao direito, tomarão as medidas legais necessárias, de modo a salvaguardar a integridade física, psíquica e moral da pessoa idosa.

O próprio estatuto estabelece, nos artigos 96 a 106, as penas para cada tipo de lesão, seja ela de cunho sexual, financeiro, psicológico, medicamentoso, de assistência médica ou alimentar, de ameaça, de cárcere privado, de abandono, de morte, de espancamento, de coação, de abandono, entre outros. No caso de agressão, deve-se fazer um Boletim de ocorrência e recorrer aos órgãos supracitados para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis (BRASIL, 2010).

É importante salientar que o estatuto do idoso é eficaz ao firmar direitos e deveres e estabelecer sanções a quem violá-los, devendo ser exercido e cobrado em face de quem tem o dever de fazer, contra aquele que o viola.

Outra Política importante na área da saúde pública voltada para o idoso aconteceu em 2006 com Pacto pela Saúde, que se enquadra como um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão. O Pacto pela Saúde tem como objetivo

promover a melhoria dos serviços ofertados á população e a garantia de acesso a todos. O Pacto pela Saúde é um instrumento que visa produzir mudanças significativas no SUS, e engloba três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (PACTO PELA SAÚDE, 2006).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação da saúde do país e das prioridades definidas nos três governos, dentre as prioridades está a Atenção à saúde do idoso.

No que concerne à saúde do idoso, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) segue as seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada ao idoso; estímulo às ações intersetoriais; a implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde do idoso; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na saúde do idoso; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/ Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

Na Atenção Básica, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive a relação profissional de saúde/ pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico. O território da atenção primaria constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade, possibilitando uma atuação contextualizada com a realidade cotidiana do idoso no seio familiar.

O idoso também é prioridade na Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004, que de acordo com a Resolução Nº 78, de 22 de junho de 2004, trata-se de uma legislação de base que define análises dos elementos que constituem a organização e operacionalização como propostas de orientação para o novo modelo de gestão e suas

diretrizes para a efetivação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) constituído por um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social para atender áreas de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o SUAS é organizado através de dois níveis de proteção: Proteção Social Básica (PSB) que é destinada a prevenção de riscos pessoais e sociais e, Proteção Social Especial (PSE) destinada às famílias que já tiveram seus vínculos familiares rompidos e direitos violados (BRASIL, 2004).

O primeiro nível (PSB) é responsável por disponibilizar para população usuária um conjunto de serviços, projetos, programas e benefícios da Assistência Social, trabalhando diretamente com a prevenção de situações de vulnerabilidade e riscos pessoais e sociais, tendo como estratégia o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Já o segundo nível (PSE) foi desenvolvido visando o benefício de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, eventualmente com seus direitos violados ou ameaçados por ocorrência de violência física e/ou psicológica, abuso ou exploração sexual; abandono, rompimento ou fragilização de vínculos ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas.

A Proteção Social Especial ainda divide-se em dois níveis, os de alta e média complexidade e dependendo diretamente da demanda do sujeito ou família que venham ao caso/situação.

Os serviços da Proteção Social Básica (PSB) são ofertados através do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, que é uma unidade pública estatal descentralizada. Neste nível de proteção estão os benefícios assistenciais que se dividem em Benefício de Prestação Continuada - BPC, que consiste no pagamento de um salário mínimo mensal às pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos e pessoas com deficiência cuja renda familiar não ultrapasse o valor de ¼ per capita e, os Benefícios Eventuais que são provisões oferecidas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situação de vulnerabilidade temporária e calamidade pública (GONELLI, 2010).

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovado através da Resolução 109 em 11 de novembro de 2009, os serviços da Proteção Social Básica ficam elencados da seguinte forma: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas; c) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para duas faixas etárias: de 0 à 17 anos e os idosos (RESOLUÇÃO n. 109 do MDS, 2009).

Dentre os inúmeros serviços ofertados pela proteção social básica de assistência social estão os Centros de Convivência para Idosos com objetivos de potencializar a família como referência através do fortalecimento de vínculos solidários externos e internos despertando o protagonismo, a convivência, o acolhimento e a socialização de seus membros (BRASIL, 2009).

De fato, as políticas públicas voltadas ao idoso supracitadas são dispositivos legais que norteiam ações e garantem os direitos das pessoas idosas com responsabilidades do Estado na proteção dos mesmos. É um aparato importante pelos seus valores de cidadania, participação e ética. Por outro lado, sua efetivação permeia um espaço contraditório de uma sociedade de mundialização da economia e de capital *fetichê*, que generaliza as relações mercantis, destitui direitos sociais e políticos e viola, gravemente e sutilmente, os direitos dos idosos (SPOSATI, 2003).

3.3 A Violência e sua interface com o Idoso

A violência tem assustado cada vez mais a sociedade, especialmente pelas consequências que estas trazem na vida das pessoas.

Minayo e Sousa (1998) conceituam a violência como sendo um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.

Não é um fenômeno novo e nem estranho à sociedade, pois, socialmente construído, a violência ocorre com muita frequência no interior da vida social e, portanto, precisa ser analisada criticamente.

Segundo Odália (2004), a violência esteve presente em todo o processo histórico da humanidade, sendo utilizada nas relações de conquista, poder e dominação.

Etimologicamente, violência vem do latim *vis*, força, e significa conforme Chauí (2000):

- Todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar);
- Todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar);
- Todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito;

- Consequentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

Chauí acrescenta que a violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos.

Para Arendt (2014), a violência tem um caráter instrumental e é oposta ao poder, enquanto Chauí (2000) a encara como uma relação de força em termos de classes sociais ou interpessoais, conceituando-a como um

[...] processo de redução de um sujeito à condição de coisa e encarando como um conjunto de mecanismos visíveis e invisíveis que vem do alto para baixo da sociedade, unificando-a verticalmente e espalhando-se pelo interior das relações sociais numa existência horizontal que vai da família, à escola, dos locais de trabalho, às instituições públicas, retornando ao aparelho do Estado (CHAUÍ, 2000).

Hannah Arendt percebe o fenômeno da violência como uma manifestação de poder, enquanto o fenômeno do poder tem que ser compreendido em termos de mando e obediência e toda essa discussão entre poder e violência se desdobra em quem domina quem.

Verifica-se que a violência é analisada de acordo com as interpretações de autores, as quais são subordinadas ao ramo de conhecimento em estudo. Geralmente, compreende-se a violência como um mecanismo de poder, ou método disciplinador que causa danos ao outro por intermédio do uso da força ou coerção.

Para Adorno (1988), a violência é uma forma de relação social interligada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência, expressando padrões de sociabilidade, modos de vida, comportamentos vigentes em um determinado momento de seu processo histórico. Adorno salienta ainda que

[...] ao mesmo tempo em que ela expressa relações entre classes sociais, expressa também relações interpessoais (...) está presente nas relações intersubjetivas que se verificam entre homens e mulheres, entre adultos e crianças, entre profissionais de categorias distintas (ADORNO Apud GUERRA: 1998:31).

Segundo Adorno (1998), a violência é também a negação de valores considerados universais, como a liberdade, a igualdade e a vida.

Em nossa sociedade, facilmente se observa o desrespeito a esses valores, apesar de serem garantidos como direito e dever individual e coletivo, conforme o previsto no artigo quinto da Constituição Federal de 1988. É certo que a violência assume diariamente índices alarmantes. A frequência de práticas violentas mostra o quanto este fenômeno tem sido naturalizado e banalizado.

No contexto social mais amplo, uma das formas mais frequentes de violência a que está sujeita a população, segundo Guerra (1998), é a violência estrutural, típica de nossa sociedade, marcada pela dominação de classes e por profundas desigualdades na distribuição da riqueza social.

Ela pode ser percebida no quadro de miséria que assola o país: na exploração de mão-de-obra, na falta de um salário que supra as necessidades básicas dos indivíduos, nas condições precárias e até inexistentes de habitação, saúde e educação. Esses, dentre outros preceitos, propiciam nas ruas, famílias e crianças praticando mendicância, roubo, prostituição, entre outros.

Vale salientar ainda o mito da não violência brasileira que é condenado por Marilena Chauí ao refutar a imagem de um povo alegre, sensual, cordial expondo que o mito é também uma forma de ação, cuja função é assegurar à sociedade a sua autoconservação, encobrendo a realidade. Para ela, com a hegemonia da cultura do mito, a violência se restringiria à delinquência e à criminalidade, o que legitimaria a ação do Estado, via-repressão, aos pobres, às supostas classes perigosas (CHAUÍ, 2000).

A violência é múltipla, complexa e trata-se de um dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência, se cruzam problemas da Política, da Economia, da Moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual (MINAYO, 1994).

Portanto, para entendê-la, há que se apelar segundo Minayo (2003), a violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, especialmente, e de forma continuada, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

De acordo com Krug *et al.* (2002), a abordagem da saúde pública à violência está baseada nos requisitos rigorosos do método científico. Ao deslocar-se do problema para a solução, ela apresenta quatro etapas importantes:

1) examinar o maior número possível de conhecimentos básicos sobre todos os aspectos da violência e unir sistematicamente dados sobre a extensão, o objetivo, as características e as consequências da violência a nível local, nacional e internacional;

2) investigar por que a violência ocorre, isto é, realizar pesquisas para determinar causas e fatores correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; os fatores passíveis de serem modificados por intermédio de intervenções;

3) usando a informação acima, explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e avaliando as intervenções;

4) levando a cabo, em cenários diversos, as intervenções que parecem promissoras, disseminando amplamente a informação, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas.

Para a Organização Mundial da Saúde a violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

A definição dada pela OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. São excluídos da definição os incidentes não intencionais, tais como a maioria dos ferimentos no trânsito e queimaduras em incêndio (KRUG *et al.*, 2002).

Em 1996, a Assembleia Mundial da Saúde convocou a OMS para desenvolver uma tipologia da violência que caracterizasse os diferentes tipos de violência e os elos que os conectavam. Há poucas tipologias existentes, e nenhuma é muito abrangente. A tipologia proposta dividiu a violência em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: a violência autodirigida, a violência interpessoal e a violência coletiva.

Estas três categorias amplas são ainda subdivididas, a fim de melhor refletir tipos mais específicos de violência.

– A Violência Auto-infligida, que é subdividida em comportamento suicida e agressão auto-infligida. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídios propriamente ditos. A auto-agressão inclui atos como a automutilação.

– A Violência Interpessoal, que ocorre na interação entre as pessoas com dificuldade de resolver conflitos por meio da conversa, como nas relações entre pais e filhos, homens e mulheres, irmãos, entre outras, nas quais estão caracterizadas as relações de poder (MINAYO, 2009). Esse tipo de violência é dividido em duas subcategorias:

1) violência intrafamiliar – isto é, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares;

2) violência na comunidade – violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem. Geralmente ocorre fora dos lares. Neste grupo inclui a violência da juventude, atos variados de violência, estupro ou ataque sexual por

desconhecidos e violência em instituições como escolas, serviços de saúde, locais de trabalho, prisões e asilos.

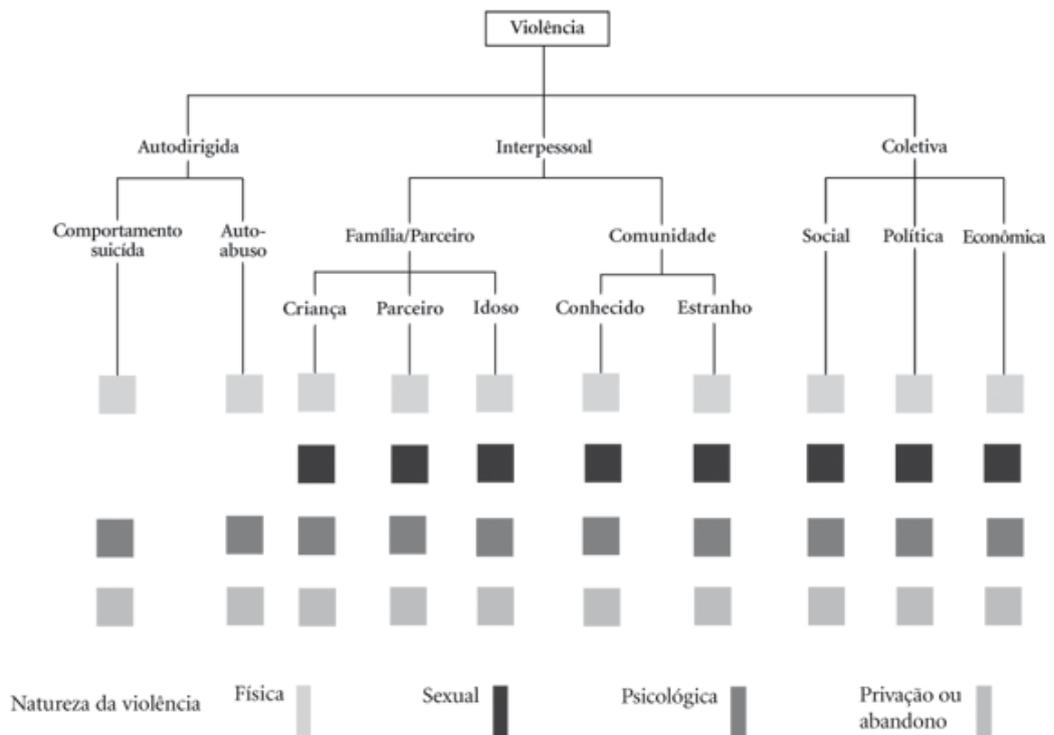
– Violência Coletiva, que é subdividida em violência social, política e econômica. É em geral cometida por grandes grupos ou pelo Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusiva ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial, étnica e social que tenha o propósito ou efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou de qualquer outro domínio da vida pública.

A violência política inclui a guerra e conflitos violentos a ela relacionados, violência do estado e atos semelhantes praticados por grandes grupos. A violência econômica inclui ataques de grandes grupos motivados pelo lucro econômico, tais como ataques realizados com o propósito de desintegrar a atividade econômica, impedindo o acesso aos serviços essenciais, ou criando divisão e fragmentação econômica.

Na figura 1, além dos tipos de violência é apresentada na parte inferior da figura a violência segundo a natureza de sua manifestação.

Figura 1 – Tipologia da Violência de acordo com a OMS

Gráfico 1
Tipologia da violência.



De acordo com essa classificação, a natureza do ato violento poderá ser manifestada das seguintes formas:

– Violência física, caracterizada como todo ato violento com uso da força física intencional, não acidental, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2004).

– Violência psicológica, que é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento do outro. Pode ser manifestada em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização do outro para atender as necessidades de outrem. (BRASIL, 2004)

– Violência sexual, que é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente o outro, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas, e anus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e praticas eróticas não consentidas e impostas (BRASIL, 2004).

– Privação ou Negligência e Abandono, caracterizada pela omissão de responsáveis por crianças, idosos, deficientes ou incapazes, de prover as necessidades básicas. Inclui a privação de medicamentos, a falta de atendimento à saúde e educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência a escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual. Já o abandono é a forma mais grave e negligencia (BRASIL, 2004).

Krug et al (2002) analisam que esta classificação, embora imperfeita e não universalmente aceita, fornece uma estrutura útil para a compreensão dos tipos complexos de violência praticada em todo o mundo, assim como a violência na vida cotidiana de indivíduos, famílias e comunidades. Ela também supera as muitas limitações de outras tipologias, na medida em que capta a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre agente e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para a violência.

Existem condições particulares, individuais, familiares ou coletivas, que aumentam o risco de ocorrência de violência. Com o aumento progressivo da população idosa é notório o aumento de ocorrência de violações contra esse grupo etário. A pessoa idosa se torna mais vulnerável à violência na medida em que apresenta maior dependência física ou

mental. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação.

A violência contra idosos se manifesta nas formas: *estrutural*, que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação; *interpessoal* que se refere nas relações cotidianas como no âmbito familiar; e *institucional*, que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência (BRASIL, 2001).

Vários estudos do Ministério da Saúde (Brasil, 2007) têm demonstrado que a violência contra os idosos é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifesta-se de diversas maneiras: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, abandono, negligência e auto-negligência. Para enfrentar esse problema é necessária a construção de uma rede integrada de atendimento aos idosos, envolvendo diferentes setores (governamentais e não governamentais) para atuação conjunta com a área de saúde. Na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde caracteriza a violência como fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa.

A pessoa idosa está vulnerável as várias manifestações de violência já supracitadas. Cabe aqui incluir uma violação que não é citada na classificação da OMS, que é a Violência Financeira ou Econômica, que é caracterizada pela exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso.

A violência contra a pessoa idosa tornou-se objeto de vigilância epidemiológica no Brasil a partir de 2006, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), atendendo ao que determina a Lei nº. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), artigo 19 que diz que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde”.

De acordo com a pesquisa de Mascarenhas (2012), foram registradas 3.593 notificações de violência contra idosos nos estabelecimentos notificadores do Sinan Net no ano 2010. As notificações eram procedentes de 524 municípios brasileiros. Os tipos de violência mais relatados foram: abuso físico (67,7%), violência psicológica (29,1%) e negligência (27,8%). Em menor proporção, foram referidos casos de violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%) e tortura (3,3%). Com exceção do abuso físico, significativamente mais frequente entre os homens, os casos de violência psicológica, negligência, financeira, sexual e tortura apresentaram frequência significativamente maior entre as mulheres. Os meios mais utilizados para efetivar as agressões contra idosos foram

força corporal (47,8%) e ameaça (16,6%), com distribuição proporcional significativamente superior entre as mulheres.

Durante o ano de 2013, casos de negligência, violência psicológica e abuso financeiro foram a maioria das denúncias feitas através do Disque 100, serviço gratuito de denúncias por telefone da secretaria de Direitos Humanos (SDH) da Presidência da República. De acordo com os dados da SDH, filhos e netos são os principais agressores de idosos e as mulheres idosas são as principais vítimas. O número de denúncias cresceu 65,7% visto que no ano de 2013 foram 38.976 e em 2012 foram 23.523 denúncias. O aumento pode ser justificado pela maior divulgação do serviço, que iniciou suas atividades em 2011, e também pelo conhecimento da população a respeito da proteção ao idoso.

Segundo dados desse serviço os tipos mais comuns de violação contra os mais velhos são a negligência (68,7%), a violência psicológica (59,3%) e o abuso financeiro e econômico relacionado à violência patrimonial com 40,1% dos casos.

Quanto à violência institucional à pessoa idosa, que é o foco desse estudo, é traz um escasso conhecimento sobre sua ocorrência no contexto brasileiro. Essa questão raramente aparece em denúncias e sua incidência contribui na consolidação de uma ordem social injusta que precisa ser superada.

Existe uma naturalização e invisibilidade da Violência Institucional. É muito pouco difundida nos diversos segmentos da sociedade, tanto dos usuários quanto dos profissionais das distintas áreas dos serviços, sejam eles públicos ou privados (MARTINEZ, 2015).

A violência Institucional é cometida principalmente contra os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. É aquela exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso a serviços, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições.

O Ministério de Saúde (2002) conceitua violência Institucional como aquela exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional.

Esta violência pode ser identificada de várias formas:

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- Falta de escuta, tempo, privacidade para os usuários;

- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência;
- Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;
- Desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico;
- Tortura e violência física;
- Banalização das necessidades e direitos dos usuários;
- Críticas ou agressões a quem expressa desespero, diante da ausência de serviços que atenda as suas necessidades, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa e fornecer informações necessárias;
- Violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis).

Sua ocorrência pressupõe o espaço institucional, pois ocorre em instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário, serviços sócio-assistenciais, entre outros. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos.

O debate sobre a Violência Institucional está diretamente relacionado aos Direitos Humanos, pois é incompatível com a construção de uma sociedade, que respeite plenamente à Dignidade da Pessoa Humana.

Os Direitos Humanos defende como valor a Dignidade da Pessoa Humana e é fator determinante para a aplicação da Constituição Brasileira que tem o Estado como responsável para garantir e promover a Dignidade de todas as pessoas.

O reflexo mais direto da violência institucional é o aumento da vulnerabilidade de quem sofre. A vulnerabilidade diminui a capacidade de respostas das pessoas aos vários riscos (sociais, ambientais, físicos, etc.) que afetam as condições de bem-estar. Segundo Paiva (2014) apesar de existir uma legislação relativa aos cuidados da pessoa idosa, a sua execução ainda é insatisfatória. A autora cita vários desafios para a Saúde pública, dentre eles a abolição de práticas sociais profissionais que promovem a estigmatização e segregação da velhice, ao desvincular o (a) velho (a) da sua condição de indivíduo social no âmbito do SUS.

Minayo (2003) entende-se violência institucional a ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas

cujos objetivos seriam prestar serviços aos cidadãos. Tal situação frequentemente acontece em serviços de saúde, em escolas e, sobretudo, em internatos e prisões.

Já Queiroz (2006) chama atenção para a violência institucional contra o idoso que ocorre nas instituições de longa permanência e que se evidenciam quando os níveis de cuidado estão com padrões abaixo do esperado e definido pela legislação como: falta de higiene, cuidado físico e qualidade de vida precários, falta de qualificação da equipe de cuidados, falta de privacidade e outros fatores como uso exagerado de medicamentos para dopar, desnutrição, contenções e até agressões físicas.

Faleiros (2007) e Minayo (2003) chamaram esses espaços de instituições totais, por predominar um modelo de atendimento estruturado pela dominação do corpo do asilado ferindo direitos como a liberdade e o direito civil de ir e vir.

Essa forma de violência sofrida pelos idosos é muito complexa sua configuração devido ao seguinte caráter contraditório: Como pode o espaço institucional de cuidado tornar-se espaço de violação desse cuidado?

Sá (2005) expõe que a violência institucional não é percebida, é deslocada porque as instituições aparecem como protetoras e formadoras. Dados e registros sobre este tipo de violência são escassos. As instituições quando apontam ou registram violência contra a pessoa idosa são outras manifestações como a violência intrafamiliar. A violência institucional fica restrita aos discursos de usuários, familiares e alguns profissionais.

Diante dessa realidade, é perceptível o quanto é desafiador tratar da violência institucional contra o idoso, que apesar da normatização legal de proteção social, ainda há desafios desde a sua divulgação e real conhecimento na sociedade até a efetivação na garantia dos direitos da população idosa.

3.4 Qualidade da Assistência na Estratégia Saúde da Família: Idoso Satisfeito ou Idoso Violado?

No cotidiano das instituições e serviços de saúde a inserção de práticas avaliativas tem se mostrado cada vez mais frequente nas políticas e programas do Ministério da Saúde.

Para o Sistema Único de Saúde (SUS) a implementação de processos avaliativos vem contribuir para aprimorar a capacidade técnica em todos os níveis assistenciais, embasar os processos de planejamento, gestão e de tomada de decisão, fornecer subsídios para a elaboração e aprimoramento de políticas, a capacitação de gestores e profissionais e a participação popular (FELISBERTO, 2004).

No entanto a preocupação com avaliação sistemática de políticas públicas surge com o desenvolvimento do planejamento como ferramenta de governo na primeira metade do século XX com o advento do socialismo e de uma sociedade planejada pelo Estado na União soviética. Para Contandriopoulos et al (1999), foi nesse contexto que os economistas, pioneiros da avaliação, desenvolveram métodos para analisar custos e vantagens dos programas públicos.

Na avaliação em saúde, Avedis Donabedian foi o autor que mais contribuiu por meio de seus oito livros e mais de cinquenta artigos, tornando os sistemas de saúde em campos de investigação da qualidade da atenção à Saúde. O mesmo desenvolveu um quadro conceitual embasado na abordagem normativa da Administração Clássica, com enfoque na tríade eficiência-efetividade-eficácia para definição de estratégias, critérios e padrões para se medir qualidade em serviços de saúde (MENDES, 2010).

Para Donabedian (2003), os processos de avaliação são divididos da seguinte forma: estrutura, envolvendo recursos físicos, humanos, organizacionais e materiais dos serviços; processos, caracterizados pelo conteúdo e dinâmica da assistência à saúde, relações entre profissionais e usuários; e resultados, que constituem respostas alcançadas junto a indivíduos e grupos referentes a melhorias nas condições de saúde e bem-estar e ao nível de satisfação com os serviços e os cuidados recebidos.

As definições de avaliação de programa são inúmeras. Contrandiopoulos et al.(1997), trouxeram certo consenso ao redefini-la como uma atividade baseada fundamentalmente em se fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes afim de que ajude na tomada de decisões. Eles expuseram três dimensões no processo de avaliações normativas: dimensões técnica, que aprecia a adequação dos serviços às necessidades dos usuários e a qualidade dos serviços; a dimensão interpessoal, que considera os aspectos relacionados a subjetividade, como o apoio aos pacientes, a satisfação destes, a cortesia dos produtores de cuidados e o respeito à pessoa e por fim a dimensão organizacional, que envolve a acessibilidade, cobertura/continuidade dos cuidados.

Dessa forma, uma intervenção pode ser avaliada de forma normativa, que procura estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios; e pode ser através de uma pesquisa avaliativa, utilizada neste estudo, pois examina, através de um procedimento científico, as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção.

Nas últimas décadas, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde foram desenvolvidas no Brasil. Felisberto (2006) aponta a realização de pesquisas acadêmicas e

interesse do ministério da saúde nas avaliações dos serviços de saúde afim de que possam subsidiar a elaboração de políticas e programas e difusão de seus resultados.

Para Almeida (2001), a avaliação da qualidade dos serviços passa a ter relevância pelas exigências dos órgãos internacionais e da reforma da administração pública brasileira com a reforma do estado.

Serapione (1999) percebe o uso da avaliação como instrumento para racionalizar os gastos públicos presente nos anos oitenta e noventa. Já Deslandes (1997) afirma que a avaliação de serviços é uma área consolidada em várias abordagens com reconhecimento e ampla divulgação da utilização de indicadores de avaliação em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficiência, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados e outros mais).

Contrandriopoulos (2006) expõe que é necessário institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, de criar uma verdadeira cultura de avaliação, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências cientificamente comprovadas.

Nesse estudo focou-se nas avaliações nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) que além de ser porta de entrada preferencial do sistema é considerada estratégica para reorganização do sistema de serviços de saúde de forma a promover e garantir o princípio constitucional do direito à saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), a atenção básica caracteriza-se por

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”(PNAB,2011).

A Política apresenta os seguintes princípios e fundamentos: i) ter território definido como base para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde e intersetoriais; ii) garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resoluto, devendo consolidar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, iii) atuar em território adscrito, com população definida, desenvolvendo vínculo e responsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território; iv) coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, ao mesmo tempo, garantir e integrar ações programáticas e demandas espontâneas, atuando em rede e desenvolvendo articulação entre

equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade; v) estimular a participação social (BRASIL, 2011).

É nesse contexto da PNAB, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é defendida e incentivada como modelo de organização dos serviços de APS. Deve atuar com equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes são responsáveis por uma população adstrita, territorializada, com no máximo 4.000 pessoas. A equipe deve conhecer e estabelecer vínculos com as famílias do território sob sua responsabilidade deve ofertar ações individuais e coletivas, ser o primeiro contato, se responsabilizar pelo encaminhamento para outros pontos do sistema de serviços de saúde e pelo cuidado longitudinal dos pacientes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) desde sua implantação há pouco mais de duas décadas tem um expressivo aumento de cobertura contribuindo assim para o aumento do acesso aos cuidados em saúde e da melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira. No entanto, ainda há muitos desafios que precisam ser tratados no que diz respeito a equidade do acesso, a resolutividade e a qualidade da atenção.

Dessa forma, a avaliação e monitoramento da Atenção básica são necessários para enfrentar esses desafios. Felisberto (2004) aponta a institucionalização da avaliação na AB como elemento crucial para a qualificação deste nível assistencial, favorecendo a constituição de processos organizados e sistemáticos, envolvendo a gestão, o cuidado e o impacto sobre o perfil epidemiológico.

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o instrumento “Sala de Situação em Saúde”, mecanismo que envolve a utilização de indicadores apresentados através de planilhas e gráficos, voltados para a sinalização das condições assistenciais das unidades de saúde através de categorias de risco representada na cor vermelha, amarela e verde, mostrando o maior ou menor afastamento do padrão apontado para cada categoria, sendo também direcionada para equipes de Atenção Básica (EAB). Esse mecanismo envolve padrões para análise de demanda, oferta e produtividade, permitindo a consolidação de informações importantes para apoio ao planejamento, gestão e avaliação (SAVASSI, 2012).

Outra avaliação que favoreceu a estruturação da Política de Avaliação na AB foi implantada em 1998 pelo Ministério da Saúde, quando iniciou uma pesquisa para conhecer a satisfação de usuários em unidades de pronto atendimento, internações e ambulatórios, configurando o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Este abrangia também a utilização de um roteiro técnico abordando aspectos relacionados à estrutura e aos processos, aplicado pela gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de

Saúde em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. O desenvolvimento transcorreu entre 2001 e 2002 e os serviços hospitalares foram classificados em níveis de acordo com a qualidade aferida (péssimo, ruim, regular, bom, ótimo) (BRASIL, 2004).

Em 2005, o Ministério da Saúde, instituiu um grupo técnico para a institucionalização da proposta denominada “Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família” (AMQ), que objetivava estimular a prática de avaliação e monitoramento nos processos de trabalho de equipes de Saúde da Família (SAVASSI, 2012).

A adesão à proposta AMQ é livre por parte dos municípios e equipes, com ausência de incentivos financeiros ou punições decorrentes de resultados das avaliações. A avaliação da AMQ é orientada pela abordagem autoavaliativa, ao ser um diagnóstico realizado pelos atores, enfocando a organização de práticas e funcionamento dos serviços para análise situacional dos pontos críticos ou favoráveis, propiciando a reorganização das práticas a partir do planejamento estratégico situacional.

Outro componente que favoreceu o desenvolvimento da cultura avaliativa na Atenção Básica foi o Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Vida, firmado pelos gestores dos três entes federativos a partir de 2006, que objetivava a consolidação de compromissos e metas através de processos de pactuação, com monitoramento e avaliação dos acordos assumidos.

Em 2010, foi validada o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCAtool -Primary Care Assessment Tool), proposto por Starfield (2002) buscando avaliar a qualidade da APS a partir das dimensões estrutura, processo e resultado (BRASIL, 2010).

A mais recente proposta do Ministério da Saúde de avaliação da Atenção Básica é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), lançado por meio da Portaria 1.654, publicada em 19 de julho de 2011. Trata-se de uma ampla estratégia do MS denominada Saúde mais perto de você – Acesso e Qualidade (BRASIL, 2011a) e traz no seu ensejo pela primeira vez a vinculação do repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o PMAQ tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Essa mudança é verificada por meio do processo de Avaliação Externa, a qual se configura como uma das fases na qual é realizado um conjunto de ações que averiguará as

condições de acesso e de qualidade dos municípios e Equipes da Atenção Básica que participam do referido Programa sendo que a lógica do repasse de recursos aos quais estão atrelados dependerá do desempenho obtido pelas equipes no processo de Avaliação Externa.

Essa lógica, além de se configurar como um componente da nova Política de Atenção Básica (PNAB) instituída no país anunciou as mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo (BRASIL, 2011).

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e já em 2015, iniciou seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber: 1 – Adesão e Contratualização/Recontratualização; 2 – Desenvolvimento; 3 – Avaliação Externa e 4– Recontratualização.

Destaca-se aqui a Avaliação Externa por apoiar na elaboração do instrumento de pesquisa desse estudo. Nessa terceira fase do PMAQ é realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ.

O instrumento utilizado na Avaliação Externa do PMAQ guarda semelhanças com a Autoavaliação para Melhoria do Acesso da Qualidade na Atenção Básica (AMAQ). Esta fase é executada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa e seus instrumentos estão organizados nos seguintes quatro Módulos:

I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva colher informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo III- Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Módulo IV - é eletrônico e compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica.

Nesses módulos estão contemplados elementos relacionados à estrutura, equipamentos e condições de trabalho nas UBS; à qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; ao apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada.

Uma das dimensões do PMAQ para avaliar a qualidade na atenção básica, está relacionada a satisfação dos usuários e será tratada aqui de forma particular devido o interesse de realizar essa avaliação junto a idosos e usuários dos serviços de Atenção básica em município de médio porte.

No tocante à satisfação do usuário existem vários estudos que consideram como um atributo relacionado à qualidade. Para Donabedian (2003) a satisfação do usuário, está incluída como um dos aspectos importantes para se medir resultados.

Savassi (2010), afirma que um dos aspectos fundamentais da qualidade de um serviço, refere-se à satisfação de seu usuário. Segundo o autor, a percepção do usuário interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na conseqüente horizontalidade do cuidado, e com reflexos na atuação da equipe.

No estudo realizado por Cotta (2005) acerca da satisfação de usuários do Programa Saúde da Família já aponta a relevância da percepção dos usuários visto que a comunidade é a razão da existência do serviço e nada melhor para a democracia em saúde do que seus sujeitos avaliando e intervindo no próprio sistema de saúde.

Uchimura e Bosi (2002) consideram a importância dos atores, e principalmente dos usuários na avaliação. Acrescentam ainda que a dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços de saúde remete a um terreno pouco explorado.

Na avaliação da qualidade dos serviços e ações de saúde, a análise da satisfação do usuário é muito importante para perceber as necessidades, expectativas e diferenças individuais dos usuários dos Sistemas de Saúde.

Ressalta-se que nesse estudo foi utilizado o instrumento do Módulo III do PMAQ-AB que trata da entrevista com usuários na Unidade Básica de Saúde com algumas adaptações tanto no instrumental quanto na forma de execução. No PMAQ a entrevista é realizada com quatro usuários no espaço da Unidade Básica de saúde. A nossa proposta foi

focada para a população idosa atendida na ESF e o espaço para realização da entrevista foi nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV para idosos.

Essa investigação oportunizou conhecer a satisfação e percepção dos usuários idosos quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização, além de identificar evidências de violência institucional, uma vez que a "baixa" ou falta da qualidade das dimensões postas no instrumental geram violência institucional conforme preconiza o Ministério da Saúde.

A escolha de fazer essa mediação a partir da avaliação da qualidade se deu pela complexidade da categoria violência, principalmente a institucional, que é desconhecida, negada e pouco falada pelos atores envolvidos como profissionais, gestores e usuários.

No estudo de Freitas (2011) sobre violência contra o idoso é identificado no atendimento dos serviços de saúde as negligências caracterizadas pela omissão de cuidados ao idoso sem organização das linhas de cuidado nas redes assistenciais, deixando de garantir o acesso às políticas públicas voltadas ao idoso, gerando a violência institucional.

Nos discursos de profissionais da assistência e gestores acerca da percepção e tipologia de violência contra o idoso são apontados a violência estrutural, familiar e as negligências em diversos âmbitos (FREITAS,2011).

Ainda nessa pesquisa percebe-se a palavra violência institucional é substituída por negligência nos discursos dos entrevistados. Os profissionais da assistência expõem que o idoso ao adentrar à unidade de saúde tem seu atendimento negligenciado por diferentes agentes. Já os gestores chamam atenção para a qualificação dos profissionais no sentido de trabalhar suas competências para lidar com os casos de violência contra o idoso.

Apesar dos avanços nos serviços de saúde ainda é imenso o abismo entre a lei e o que é praticado cotidianamente. A violência institucional se faz presente através da burocracia, da discriminação por classe, gênero e de idade, das longas filas, da falta de comunicação, da ausência de cuidado, entre outras.

Diante desse contexto, é evidente que a análise da qualidade dos serviços a partir da ótica de satisfação do usuário permite melhorar a assistência e diminuir violações aos direitos dos nossos velhos.

4. METODOLOGIA

4.1 Natureza do estudo e sua abordagem

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, que utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa, numa perspectiva de complementaridade.

Para Gil (2008), a pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população pesquisada. Estabelece dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados. São utilizados instrumentos para a pesquisa que podem ser: inventários, questionários, entrevistas, entre outros.

Já a pesquisa exploratória busca se familiarizar com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. Ao final de uma pesquisa exploratória, você conhece mais sobre aquele assunto, e estará apto a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2008).

A escolha por uma pesquisa de natureza qualitativa deve-se a necessidade de compreender essa investigação, visto que ela perpassa um mundo de subjetividades relacionado a valores, sentimentos e concepções de sujeitos distintos através de seus relatos. Além disso, evidencia questões particulares e aspectos subjetivos.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1998).

A violência institucional nos serviços de saúde, enquanto objeto de estudo já traz em seu bojo uma série de contradições, que aponta a necessidade de uma abordagem qualitativa perpassando pelas vivências, histórias de vida e da subjetividade dos sujeitos pesquisados.

A abordagem quantitativa complementou o estudo para apresentar dados mensuráveis e centrada na objetividade. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

Dessa forma, foi utilizado um instrumento padronizado para consolidar resultados da satisfação do idoso com a assistência prestada na ESF.

De acordo com Fonseca (2002), a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

4.2 Cenário de Estudo

A pesquisa foi realizada no território de saúde de Sobral-Ceará. A cidade de Sobral localiza-se na Região Noroeste do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, entre as águas do Rio Acaraú e a Serra da Meruoca. Sobral limita-se ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca, ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré, a leste com Itapipoca, Irauçuba e Canindé, e a oeste com os municípios de Coreau, Mucambo e Alcântara.

Sobral vem experimentando um forte processo de modernização em sua estrutura econômica. Há 50 anos, a cidade era o mais importante polo comercial do norte do Estado. Nascido em 1841, o município ocupa uma área de 2.129 quilômetros quadrados, tem uma população, estimada em 200 mil habitantes de acordo com projeções do IBGE para o ano de 2014 e está a uma altitude de 70 metros.

O sistema de saúde do município sobralense, desde 1998, está enquadrado na Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a NOB 01/96 e NOAS (2002) e integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Ceará, com capacidade instalada para realização de serviços em seus diferentes níveis de complexidade conforme o Relatório de Gestão Municipal de Sobral-CE.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) de Idoso articulado pelo Centro de Referência em Assistência Social- CRAS foi o cenário para esta pesquisa, tendo como objeto de análise as percepções dos idosos e profissionais do Serviço de Convivência sobre a assistência prestada nos serviços de saúde da atenção primária em Sobral, assim como relacionar com a ocorrência da violência institucional.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) objetiva contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo; assegurar espaço de encontro para pessoas idosas e encontros intergeracionais, de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária; detectar suas necessidades e motivações, bem como desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; propiciar vivências que valorizem as suas experiências e que estimulem e potencializem a capacidade de escolher e decidir.

O município possui seis CRAS implantados (ativos no CadSuas), onde quatro são na zona urbana e dois na zona rural. Cada CRAS é responsável por seus territórios e estão divididos da seguinte forma:

1) CRAS Dom José com oito (08) territórios acompanha Alto do Cristo, Dom José, Edmundo Monte Coelho, Jardim, Juazeiro, Padre Ibiapina, Padre Palhano e Sumaré;

2) CRAS Irmã Oswalda com dezesseis (16) territórios acompanha Alto da Brasília, Alto da Expectativa, Betânia, Campo dos Velhos, Centro, Colina Boa Vista, Coração de Jesus, Derby Club, Doutor Juvêncio de Andrade, Jerônimo de Medeiros Prado, Nações, Novo Recanto, Parque Silvana, Pedrinhas, Várzea Grande e Residencial Meruoca;

3) CRAS Mimi Marinho com nove (09) territórios acompanha Cidade Gerardo Cristino de Menezes, Cohab I, Cohab II, Distrito Industrial, Dom Expedito, Jatobá, Santa Casa, Sinhá Sabóia e Tamarindo;

4) CRAS Regina Justa com dez (10) territórios acompanha Boqueirão, Cachoeiro, Cidade Dr. Jose Euclides Ferreira Gomes Jr., Cidade Pedro Mendes Carneiro, Domingos Olimpio, Junco, Mucambinho, Nossa Senhora de Fátima, Renato Parente e Vila União;

5) CRAS Aracatiaçu com oito (08) territórios acompanha Aracatiaçu, Bilheira, Caioca, Caracará, Patos, Patriarca, Salgado dos Machados e Taperuaba;

6) CRAS Jaibaras com oito (08) territórios acompanha Alto Alegre, Aprazível, Baracho, Bonfim, Jaibaras, Jordão, Rafael Arruda, São Jose do Torto.

A Proteção Social Básica (PSB) no município de Sobral possui 15 grupos de Serviço de Convivência para Idosos, distribuídos nos seis CRAS.

O estudo foi realizado nos CRAS da zona urbana, os quais totalizam dez Grupos de Serviço de Convivência da seguinte forma: quatro (04) grupos no CRAS Irmã Oswalda, dois (02) grupos no CRAS Dom Jose, dois (02) no CRAS Mimi Marinho e também dois (02) no CRAS Regina Justa.

Em cada grupo há vinte e cinco idosos cadastrados sob a responsabilidade de um orientador social. Dessa forma é prevista uma população de 250 idosos cadastrados para o estudo quantitativo.

No entanto, o número de idosos variou de acordo com a participação e as condições de saúde e cognição dos indivíduos que compõem cada grupo.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009), as atividades podem ser realizadas em dias úteis, feriados ou finais de semana, em horários programados, de acordo com a demanda existente no município. Em Sobral o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) de Idoso funciona duas vezes por semana, em horários planejados e programados entre equipe e idosos.

A composição da equipe de referência dos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS no município de Sobral é formada por quatro técnicos de nível superior (duas Assistentes Sociais, um Psicólogo e um Pedagogo) e quatro técnicos de nível médio.

As equipes de referência do CRAS contam sempre com um coordenador, devendo o mesmo, ter o seguinte perfil profissional: ser um técnico de nível superior, com experiência em trabalhos comunitários e gestão de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais.

O registro de participação dos usuários no SCFV é feito no Sistema de Informações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SISC, sendo de responsabilidade do gestor municipal. Esse SISC é uma ferramenta de acompanhamento e gestão do SCFV, que possibilita obter informações relativas a todos os usuários que participam do Serviço.

Dentre as atividades realizadas é comum ter oficinas de cidadania, por meio das quais são obtidas informações sobre acesso a direitos, riscos sociais, violência contra a pessoa idosa, etc.; oficinas de esporte e lazer, com atividades físicas, dinâmicas e jogos coletivos; oficinas artísticas e culturais, com o desenvolvimento de conhecimento e habilidades com pintura, danças, instrumentos musicais, etc.; sessões de cinema com reflexão e debate dos temas abordados nos encontros do serviço; passeios e visitas a equipamentos de cultura, lazer e cívicos.

É nesse espaço e contexto que considero oportuno para almejar os propósitos do estudo com abordagem qualitativa, junto aos profissionais do SCFV, e quantitativa junto a todos os Idosos participantes do SCFV no município.

A escolha deste serviço que compõe a política municipal de Assistência Social e não na própria política de saúde foi devido ser um espaço de interação social e distante do espaço saúde, o qual poderia não representar para os sujeitos um espaço neutro.

4.3 Participantes da Pesquisa

Considerando o objeto de estudo, foram definidas duas unidades de análise: a primeira trata-se dos idosos participantes do SCFV que utilizam os serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral e a outra unidade de análise são os profissionais do Serviço de Convivência do município de Sobral que acompanham os idosos semanalmente através de atividades dos grupos de convivência.

4.3.1 Idosos do SCFV atendidos nos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família

Participaram da pesquisa uma amostra de cento e onze (111) idosos participantes de oito (08) grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos- SCFV de Sobral.

Foram incluídos na pesquisa todos os idosos participantes do SCFV que foram atendidos nas unidades de saúde da ESF de Sobral há menos de um ano e com idade a partir de 60 anos ou mais, conforme definição do Estatuto do Idoso. (BRASIL, 2003)

Foram excluídos idosos que não compareceram ao grupo na data da coleta, que se recusaram a participar, que tinham idade abaixo de 60 anos e os que apresentavam comprometimento de comunicação e/ou cognição. Também foram excluídos dois grupos de convivência do CRAS Irmã Oswalda, que acontece em Instituição de Longa Permanência- ILPS.

O motivo dessa exclusão ocorreu devido os idosos não serem atendidos nas unidades de saúde, pois recebem atendimento na própria ILP's. Além disso, a grande maioria desses idosos não apresenta condições de saúde, comunicação e cognitivas para participar do estudo.

4.3.2 Profissionais do Serviço de Convivência de Idosos

Participaram da pesquisa oito orientadores sociais que assistem os Idosos do SCFV dos CRAS do município de Sobral.

A escolha desses trabalhadores para a realização do Grupo Focal foi devido atenderem aos critérios de inclusão determinado para o estudo: 1) profissionais que atuam no SCFV há pelo menos um ano, por favorecer à proximidade e conhecimento com os idosos, o serviço e o território; 2) Acompanhar semanalmente e de forma direta as ações no junto ao grupo de idosos.

Antes do início da aplicação dos instrumentos de coleta, todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e sua relevância, assim como foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o direito de não participar, de desistir da pesquisa a qualquer momento e de garantir o sigilo das informações.

Foram elaborados dois termos de consentimento livre e esclarecido: um para os Idosos do SCFV atendidos na ESF (APÊNDICE 1) e outro para os profissionais do SCFV que participaram do grupo focal (APÊNDICE 2).

4.4 Procedimentos para Coleta e Análise dos dados

A coleta de dados foi procedida por meio de dois instrumentos: um Formulário, que foi aplicado aos idosos do SCFV e uma Entrevista em Grupo Focal, para os profissionais do SCFV.

4.4.1 Idosos do SCFV atendidos nos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família

Os dados foram coletados durante o mês de maio de 2016 no dia, horário e local de realização das reuniões dos grupos de Idosos do SCFV. Em alguns grupos houve necessidade de remarcar a data para não atrapalhar outras atividades agendadas, em outra ir novamente. Essas reuniões foram agendadas antecipadamente com o apoio dos profissionais do SCFV para convidar os idosos a participar como também permanecer com os demais enquanto aconteciam as entrevistas.

A técnica utilizada foi a entrevista estruturada que apresenta uma relação padronizada e fixa de perguntas (questionário ou formulário), cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados. (GIL, 2008)

Cada entrevista teve duração média de 20 minutos com a aplicação do Formulário sobre a Qualidade da Assistência na ESF para os Idosos (APÊNDICE 4). Esse formulário foi uma adaptação do instrumento de Avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Da Qualidade da Atenção Básica –PMAQ lançado pelo Ministério da Saúde em 2012.

Nessa adaptação, utilizou-se somente o Módulo III, que visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Esse módulo é dividido em 24 subdimensões e foram excluídas oito(08) referentes a saúde da mulher, Gravidez e Pré-natal, Acolhimento Específico à Gestante, Atenção ao Pós-parto Saúde da Criança, Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento da Criança e

Amamentação/Alimentação da Criança devido a não aplicação desses itens para os idosos e objetivos do estudo.

Para organização e análise desses dados utilizou-se a Estatística Descritiva que:

compreende o manejo dos dados para resumi-los ou descrevê-los, sem ir além, isto é, sem procurar inferir qualquer coisa que ultrapasse os próprios dados (FREUND, SIMON, 2000).

Ao analisar as variáveis da amostra estudada, optamos por apresentar seus valores absolutos e percentuais, por meio de tabelas para melhor visualização.

A partir desse tipo de análise os dados foram tabulados e analisados a partir de programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 20, que é um software aplicativo do tipo científico que transforma dados em informações. Essas informações foram categorizadas e descritas em apresentação tabular e gráfica.

4.4.2 Profissionais do SCFV

A entrevista com o Grupo Focal aconteceu no dia 03 de junho de 2016 pela manhã, numa sala de reuniões da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza de Sobral conforme convite firmado antecipadamente com os participantes. Para recebê-los, a sala foi organizada da seguinte forma: círculo de cadeiras ao redor da mesa para entrevistados e moderador, disponibilidade na mesa de café, água e lanche, cadeira e birô no canto da sala para o observador.

A técnica do Grupo Focal configura-se como uma entrevista em grupo apropriada para pesquisa qualitativa devido a comunicação e interação. Sua realização permite explorar opiniões, pontos de vista, atitudes, compreensões, valores, estratégias ou concepções presentes entre os participantes do grupo.

Foi utilizado pela Moderadora (pesquisadora desse estudo) um Roteiro de Questões norteadoras (APENDICE 3) para aplicação junto aos profissionais do CRAS com o objetivo de compreender como esses percebem a velhice e a violência perpetrada contra idosos. Utilizou-se também o Registro do Grupo Focal (APENDICE 5) para anotações tanto da Moderadora quanto da Observadora.

Participaram da entrevista grupal oito (08) orientadores social, que consentiram a gravação das entrevistas em aparelho de áudio para garantir um melhor registro das falas. Com relação ao número de profissionais participantes para o grupo focal, a literatura apresenta uma variação entre seis a quinze. O tamanho ideal para um grupo focal é aquele que

permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004).

Após as discussões das questões do roteiro foi realizado uma Dinâmica de Grupo com o objetivo de escolher codinomes para os participantes e garantir o anonimato. Inicialmente, foram espalhadas na sala diversas tarjetas com frases sobre Velhice destacadas por importantes personalidades nas áreas da arte, filosofia, poesia, dentre outras. Solicitou-se que cada participante observasse todas as frases e, por fim, escolhesse a que mais gostou e/ou que chamasse atenção. Feita a escolha, cada um apresentou sua frase e motivo da escolha. A moderadora ao final esclareceu que o autor de cada frase escolhida será o nome fictício utilizado nas falas dos participantes, garantindo assim a confidencialidade e anonimato de cada participante no estudo. A seguir atribuímos os nomes fictícios escolhidos e suas respectivas frases:

- ELIANE BRUM: “Quando chegar a minha hora, por favor, me chamem de velha. Me sentirei honrada com o reconhecimento da minha força.”
- FRANÇOIS CHATEAUBRIAND: “Outrora, a velhice era uma dignidade; hoje, ela é um peso.”
- LEONARDO DA VINCI: “O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria armazena suavidade para o amanhã.”
- TALMUDE: “Para o ignorante, a velhice é o inverno da vida; para o sábio, é a época da colheita.”
- ALBERT SCHWEITZER: “Os *anos enrugam* a pele, mas renunciar ao entusiasmo faz enrugam a alma.”
- MÁRIO QUINTANA: “Idades *só há* duas: ou se está vivo ou morto. Neste último caso é *idade* demais, pois foi-nos prometida a Eternidade.”
- JAMES HILLMAN: “A principal patologia da velhice é a nossa ideia de velhice.”
- ROUSSEAU: “O que *viveu mais não* é aquele que *viveu* até uma idade avançada, mas aquele que *mais* sentiu na vida.”

Além do anonimato, a Dinâmica de grupo permitiu a exposição de mais uma opinião sobre o tema pesquisado ratificando ou discordando o que tinha sido falado anteriormente.

O tempo de duração da discussão no grupo focal com a dinâmica de grupo foi de uma hora e quarenta e oito minutos e toda a gravação do Grupo Focal foi transcrito na íntegra para subsidiar a análise.

Para organização e análise dos dados obtidos utilizou-se a Análise de Discurso (AD) de Uwe Flick, que possui uma natureza qualitativa e que é dirigida à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos sociais. (FLICK. 2009, p. 37)

Para tal, ele cita três classes “genéricas” de perspectivas dentro da pesquisa social qualitativa e seus respectivos métodos usuais para a coleta de dados: (a) Foco no ponto de vista do sujeito, onde predominam as entrevistas semiestruturadas ou narrativas e procedimentos para codificação e análise de conteúdo; (b) Foco na descrição do processo na produção de situações, meios e ordens sociais existentes: onde predominam os dados que podem ser coletados através de grupos focais, etnografia ou observação (participante) e pelo registro de interações em áudio ou vídeo e, (c) Foco na reconstrução das estruturas profundas que produzem ação ou sentido: onde há a predominância de os dados serem coletados principalmente através do registro das interações com o uso de material visual.

Flick (2009), ainda alerta que as perspectivas acima descritas também podem ser influenciadas por questões que envolvam o desenho, planejamento e o desenvolvimento da pesquisa, como por exemplo: (1) experiências muito pessoais (o indivíduo); passando por (2) experiências e circunstâncias sociais (os grupos sociais); a até (3) problemas da sociedade e comprometimento público (a sociedade).

Na descrição de cada caso é contemplado tanto a pessoa em relação a pesquisa quanto ao que foi mais mencionado pela mesma relação de novo ao tema em estudo. Esse cuidado foi importante para concluir a análise do caso e gerar um sistema de categorias. Após a análise do primeiro caso, realizou-se uma checagem cruzada entre as categorias elaboradas e os domínios temáticos associados aos casos únicos (FLICK, 2009).

4.5 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

De acordo com a Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012 todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos devem atender aos seus fundamentos éticos e científicos. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos

participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Para atender a esses pressupostos esse estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Primeiramente o projeto foi apresentado ao fiel depositário, que deu parecer favorável para realização da pesquisa (ANEXO A).

Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e aprovado com o registro nº CAAE: 53431616.4.0000.5053 (ANEXO B).

A Resolução esclarece também que a pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deve observar as seguintes exigências: a) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal; b) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

O termo de consentimento livre e esclarecido obedeceu aos seguintes requisitos: a) foi elaborado pelo pesquisador e cumprido cada uma das exigências acima; b) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação; c) foi assinado por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa; d) foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador (BRASIL, 2012).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, temos o desafio de apresentar a discussão e resultados de duas unidades de análise: a dos Idosos e dos Profissionais dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de Sobral. Para elucidar a organização desses resultados é apresentado no Quadro 2 a seguir uma síntese da composição das categorias que foram discutidas e analisadas conforme abordagem, método em cada unidade de análise.

Quadro 2– Síntese das Categorias discutidas na Análise Quantitativa e Qualitativa do estudo

ABORDAGEM	MÉTODO DE ANÁLISE	UNIDADE DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Análise Quantitativa	Estatística Descritiva	(In) Satisfação dos Idosos do SCFV atendidos pela ESF	<i>Caracterização dos Idosos do SCFV</i>
			<i>Acesso, Marcação de Consulta e Acolhimento à Demanda Espontânea</i>
			<i>Atenção Integral à Saúde</i>
			<i>Vínculo e Coordenação do Cuidado</i>
			<i>Satisfação e Participação dos Idosos no Serviço</i>
Análise Qualitativa	Análise do Discurso	Discurso dos Profissionais que acompanham os Idosos do SCFV e suas Percepções sobre Velhice e Violência contra a pessoa Idoso	<i>Caracterização dos Profissionais do SCFV</i>
			<i>A Velhice Relutante</i>
			<i>A Velhice Privada</i>
			<i>A Velhice Negada</i>
			<i>A Velhice Ativa</i>
			<i>Violência mais citada</i>
			<i>Violência sem Classe social</i>
			<i>Violência da Peregrinação</i>
			<i>Violência da Escassez</i>
<i>Violência do Desrespeito</i>			

Fonte: Primária

Primeiramente, optou-se em apresentar uma breve caracterização dos idosos e, em seguida, a discussão oriunda da análise estatística descritiva dos idosos sobre o acesso e a utilidade dos serviços na Atenção Básica como estratégia de evidenciar violência institucional.

Posteriormente, resgatou-se a análise dos discursos dos Profissionais do SCFV acerca da Velhice e da Violência contra o Idoso, especificamente a institucional. Para essa análise foi feito a categorização temática e posterior discussão com a literatura pertinente.

5.1. Caracterização dos idosos

Os idosos desse estudo participam do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos- SCFV de Sobral e são usuários da Unidade de Saúde. Foram visitados oito grupos de convivência pertencentes aos quatro serviços de CRAS, onde em cada serviço foram dois grupos entrevistados.

A amostra contou com cento e onze (111) idosos e a margem de erro dessa amostra foi de 7% e o nível de confiança de 95%.

Tabela 1- Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo o Centro de Referência de Assistência Social- CRAS do Grupo, Sobral-CE, 2016.

Centro de Referência de Assistência Social	Número de Idosos	%
CRAS Dom José (2 Grupos)	27	24,3
CRAS Irmã Osvalda (2 grupos)	23	20,7
CRAS Mimi Marinho	18	16,2
CRAS Regina Justa	43	38,7
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

O número de idosos da Tabela 1 se refere a dois grupos de SCFV para cada CRAS e cada um foi feito em dias distintos. Vale salientar alguns obstáculos durante o período da coleta em dois CRAS com ausência dos idosos devido a episódios recentes de violência na comunidade, inclusive para o pesquisador, que agendou um outro dia para entrevista.

Isso atenta para um tipo de violência vivenciada diariamente por idosos, que apesar de não ser objeto desse estudo, vai interferir no direito a liberdade, do ir e vir diante do medo da violência urbana.

Nessa avaliação optou-se por não relacionar cada idoso a sua unidade de saúde, devido a diferença na divisão territorial pela política de saúde e de assistência social da seguinte forma: a área de atendimento de um único serviço do CRAS abrange várias unidades de saúde.

Quanto às características pessoais a Tabela 2 traz um breve perfil de acordo com sexo, idade, raça e escolaridade dos idosos.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Características Pessoais, Sobral-CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Sexo		
1. Masculino	12	10,8
2. Feminino	99	89,2
Total	111	100,0
Faixa etária		
De 60 a 69 anos	69	62,16
De 70 a 79 anos	31	27,93
80 anos ou mais	8	7,21
Não informou	3	2,70
Total	111	100,0
Raça		
1. Branca	18	16,2
2. Preta	23	20,7
3. Amarela	3	2,7
4. Parda/mestiça	51	45,9
7. Não sabe/não respondeu/não lembra	16	14,4
Total	111	100,0
Escolaridade		
1. Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)	40	36,0
2. É alfabetizado (sabe ler e escrever)	36	32,4
3. Ensino fundamental incompleto	28	25,2
5. Ensino médio incompleto	2	1,8
6. Ensino médio completo	4	3,6
10. Não sabe/não respondeu/não lembra	1	0,9
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

De acordo com os dados relativos ao **sexo**, observa-se que a grande maioria são mulheres correspondendo a um percentual de com 89,2%. A pouca participação de homens em grupos de convivência pode ser explicado pela *feminilização* da velhice, que aponta o gênero feminino como o que mais busca os serviços de saúde e espaços de serviço de convivência. Além disso, estão menos expostas a riscos, ao consumo de drogas e etc. (SANCHEZ, 2002).

Em relação à faixa etária, a grande maioria tem entre 60 a 69 anos representando no total da amostra um percentual de 62,16%. Vale salientar que apesar de se tratar de um Serviço de Convivência para Idosos, havia muitos com idade abaixo de 60 anos e que por isso foram excluídos do estudo. É notório que à medida que aumenta a idade diminui a quantidade de idosos. Esses resultados difere de outros estudos, como na pesquisa de Borges *et al*(2008) em que há uma baixa presença de idosos entre 60 e 69 anos associados a possível permanência no mercado de trabalho ou fuga do estereótipo de idoso.

De acordo com as respostas dos idosos, 45,9% se consideram pardos ou mestiços. O interessante nesse item foi a negação do termo mestiço pelos idosos, ainda que fossem negros, se consideravam morenas.

No quesito escolaridade apenas 3,6% concluiu o ensino médio e 36% nem sabem ler e escrever. As perspectivas para os novos idosos são bem diferente de acordo com Camarano (2004) que aponta um perfil de idosos do gênero feminino com mais escolaridade, inserção no mercado de trabalho o que se pode presumir o aumento no nível de escolaridade dos futuros idosos.

Da amostragem, apenas sete (07) idosos confirmaram ainda trabalhar, e desses, quatro (04) informaram receber entre um a três salários mínimos. Quanto aos demais idosos, 45,9%(51 idosos) recebem o Benefício de Prestação Continuada - BPC e 48,6% (54 idosos) não o recebem. Diante desses dados é perceptível um grande número de idosos sem renda alguma.

O fato de receber o BPC já infere no perfil desse idoso, que para ter direito a esse Benefício assistencial precisa atender aos seguintes critérios: ter sessenta e cinco (65) anos ou mais e não ter condições de prover sua manutenção. Para avaliar essa condição é feito um cálculo em que o total de sua renda mensal e dos membros de sua família, divididos pelo integrantes, seja menor de 1/4(um quarto) do salário mínimo vigente, ou seja, atualmente para que um idoso tenha a concessão desse benefício a renda *per capita* de sua família não pode ultrapassar R\$220,00.

A renda principal apontada na amostra foi o Benefício Assistencial, que está previsto em diversas legislações: na Constituição de 1988, no artigo 2º da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742/1993) e no Artigo 34 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Características sobre renda, Sobral-Ce, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Trabalha		
1. Sim	7	6,3
2. Não	104	93,7
Total	111	100,0
Sabe quanto recebeu de salário no mês anterior (n=7)		
1. Sim	5	71,4
2. Não	1	14,3
3. Não informou	1	14,3
Total	7	100,0
Valor do Salário Recebido (n=5)		
1. Menos de 1 SM	1	20,0
2. De 1 a 3 SM	4	80,0
3. Não informou	1	14,3
Total	111	100,0
Recebe BPC		
1. Sim	51	45,9
2. Não	54	48,6
3. Não sabe/não respondeu/não lembra	6	5,4
Total	111	100,0
Algum profissional da Unidade já falou sobre o BPC (n=60)		
1. Sim	1	1,7
2. Não	56	93,3
3. Não sabe/não respondeu/não lembra	3	5,0
Total	60	100,0

Fonte: Primária.

Dos 60 idosos que não recebem ou não sabem do que se trata o BPC, apenas um (01) declarou que foi informado sobre o BPC por profissional de saúde. Esse dado levanta a questão do desconhecimento e desinformação acerca de direitos tanto dos profissionais de saúde como dos idosos.

As condições socioeconômicas do idoso estão altamente associadas com o status de saúde e a necessidade dos serviços de acordo com vários estudos. No estudo de Romero (2002), a baixa renda e baixo nível de escolaridade apresentado no perfil dos idosos dos Serviços de Convivência de Sobral inferem nas necessidades de saúde demandando um melhor acesso e utilização dos serviços públicos de saúde.

5.2. Análise da (in) satisfação dos Idosos do SCFV atendidos pela ESF

5.2.1 Acesso, Marcação de Consulta e Acolhimento à Demanda Espontânea.

A atenção primária como porta de entrada do SUS é considerado o serviço que apresenta maior acesso e utilidade de acordo com a pesquisa nacional de saúde 2013 realizada através de convênio entre Ministério da Saúde em parceria com o IBGE e a FIOCRUZ (2015).

Primeiramente, compreender que o Acesso não é tão simples visto a diversidade de conceitos e terminologias empregadas. Travassos e Martins (2004) fazem uma revisão sobre esse conceito e expõem vários autores como Donabedian que utilizará o termo acessibilidade, como qualidade de algo que esta acessível. Já Andersen (1995), amplia o conceito de acesso inserindo a utilização de serviços de saúde, constituindo dois elementos: “acesso potencial”, que são fatores capacitantes do uso de serviços nos indivíduos, e “acesso realizado” representa a utilização dos serviços.

Starfield (2002) diferencia acesso de acessibilidade, em que este último, aponta como se caracteriza a oferta e o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Além disso, a forma como o usuário percebe a disponibilidade do serviço, horário de funcionamento e marcação de consultas afeta na decisão de procurá-los.

Tabela 4- Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Acesso à Unidade de Saúde, Sobral-Ce, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Tempo entre a Unidade de Saúde e a residência		
1. Até 30 minutos	100	90,1
2. Mais de 30 até 60 minutos (1h)	11	9,9
Total	111	100,0
Facilidade para chegar até a unidade de saúde		
1. Muito fácil	27	24,3
2. Fácil	63	56,8
3. Razoável	11	9,9
4. Difícil	9	8,1
5. Muito Difícil	1	0,9
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

O tempo gasto da sua residência até a Unidade saúde não ultrapassa uma hora, pois 90,1% chegam até 30 minutos e 9,9% em até 60 minutos. Isso representa uma distância curta

da residência até a unidade de saúde, tornando-se assim um indicador positivo em relação ao acesso dos idosos a Unidade de saúde.

No entanto, a facilidade para chegar à unidade não coincide com o tempo, pois há idosos que necessitam pegar ônibus, outros subir ruas íngremes para chegar à unidade. Apesar de ser rápido o tempo para a chegada do idoso a unidade, há dificuldades para chegar conforme opinião dos pesquisados. Os dados que se referem aqueles com dificuldades de chegar à unidade são de idosos do mesmo grupo, mesma unidade de saúde e com espera de conclusão da construção de unidade de saúde em seu bairro há três anos. Esses idosos anseiam pela continuidade e finalização da obra para facilitar o seu acesso.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde, Sobral-Ce, 2016.

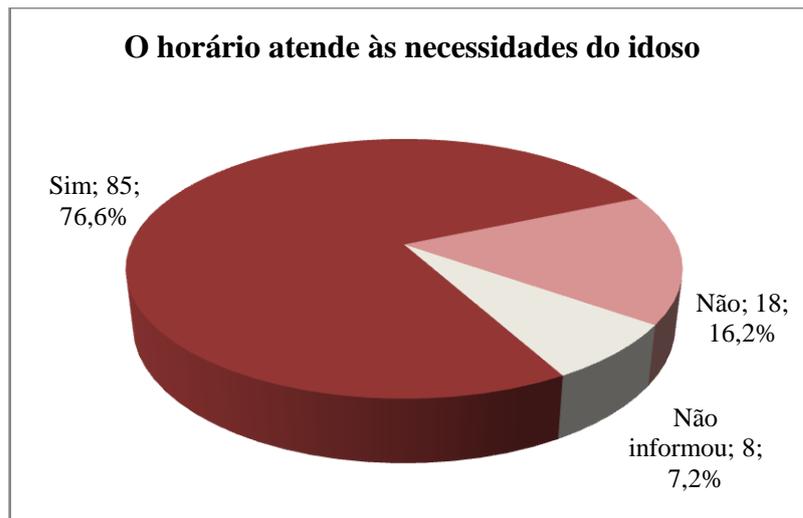
CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Resposta do idoso: A unidade de saúde funciona nos seguintes dias		
Segunda	108	97,3
Terça	109	98,2
Quarta	110	99,1
Quinta	110	99,1
Sexta	109	98,2
Sábado	0	0,0
Domingo	0	0,0
Horário de atendimento (turno)		
Manhã	104	93,7
Tarde	101	91,0
Noite	2	1,8
A equipe divulga o horário que a unidade funciona		
1. Sim	89	80,2
2. Não	17	15,3
3. Não sabe/não respondeu/não lembra	5	4,5
Total	111	100,0
A unidade possui horário fixo de funcionamento		
1. Sim	103	92,8
2. Não	2	1,8
3. Não há horário fixo	2	1,8
4. Não sabe/não respondeu/não lembra	4	3,6
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

Com relação ao horário de funcionamento das Unidades de Saúde, os resultados apontam que as unidades funcionam todos os dias da semana em dois turnos. De acordo com as

falas dos idosos 80,2% das equipes divulgam o horário que a unidade funciona. Os dados apontam também que 92,8% dos idosos informaram que as unidades possui horário fixo de funcionamento. Em algumas falas foi apontado que há um turno na semana que a unidade não atende devido às reuniões das equipes.

Gráfico 1 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Horário de funcionamento atendendo às necessidades do idoso, Sobral-CE, 2016



Fonte primária.

Quando indagados se o horário de funcionamento da unidade de saúde atendia as suas necessidades 76,6% responderam que sim e 16,2% que não. Nos resultados nacionais divulgados pelo Ministério da Saúde o percentual de cidadãos entrevistados que afirmam que o horário de funcionamento atende suas necessidades é maior com 86% dos entrevistados atendidos em suas necessidades em relação ao horário de funcionamento.

Em Sobral, o horário de funcionamento dos Centros de Saúde da Família é de 07h00min as 11h00min e 13h00min às 17h00min segundo informações da Secretaria de Saúde.

Nesse estudo foi indagado aos entrevistados o horário de início e término do funcionamento da Unidade de Saúde. De acordo com a amostra, noventa e nove (99) idosos responderam que a unidade abre as 07h00min horas e noventa e cinco (95) idosos que fecha as 17h00min horas.

Os demais idosos responderam diminuindo ou crescendo uma hora, sem muita certeza. Esses dados apontam que a grande maioria dos idosos está ciente do funcionamento dos serviços de atenção básica, para quando necessitarem utilizar o serviço.

Tabela 6- Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Solicitação do idoso na mudança de Horário da Unidade de Saúde, Sobral - CE, 2016.

MUDANÇAS SOLICITADAS	Número de Idosos	%
Atender aos sábados	35	31,5
Começar mais cedo pela manhã	17	15,3
Atender à noite	15	13,5
Atender no horário de almoço	05	4,5
Atender aos domingos	03	2,7
Atender até as 18 horas	01	0,9
Não sabe responder	30	27,0

Fonte: Primária.

Os idosos participantes do estudo expuseram algumas mudanças no horário de funcionamento da unidade que gostariam que tivesse: 31,5% desejaria atendimento aos sábados, 15,3% começar mais cedo pela manhã, 13,5% ter atendimento a noite, 4,5% atender no horário de almoço, 2,7% atender a noite, 0,9% atender até as 18 horas e 27% não responderam e nem propuseram mudanças.

Os dados comparativos mostram que mesmo aqueles que responderam que a unidade atendia as suas necessidades, trouxeram solicitações que modificam o horário de funcionamento trazendo assim uma contradição, pois desejam ampliação do horário.

Outro indicador de acessibilidade nos serviços de saúde que foi avaliado nesse estudo é a Marcação de Consultas na Unidade de Saúde. Para esse indicador é apresentado como as unidades de saúde da família organizam a marcação de consultas em relação a forma de marcação, horário e momento da marcação.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Marcação de Consultas pela Unidade de Saúde, Sobral- CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Marcação de Consultas pela Unidade de Saúde		
1. Sim	110	99,1
2. Não	0	0,0
3. Não sabe/não respondeu/não lembra	1	0,9
Total	111	100,0
Formas de marcação de consultas		
Vai a Unidade e marca	58	52,3
Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha	42	37,8
Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila	13	11,7
O agente comunitário de saúde marca a consulta	8	7,2
Marca por telefone	1	0,9
Marca pela internet	0	0,0
Outros	2	1,8
Não sabe	6	5,4
Horários de marcação de consultas		
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário.	49	44,1
Em qualquer dia da semana, em horários específicos.	39	35,1
Dias específicos fixos, em qualquer horário.	8	7,2
Dias específicos fixos, em horários específicos	10	9,0
Outros	2	1,8
Não sabe	5	4,5
Nenhuma das anteriores		
Quando consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia		
1. Sim	41	36,9
2. Não	65	58,6
3. Não sabe/não respondeu/não lembra	4	3,6
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

Para a marcação de consultas quase todos os idosos, 99,1% afirmaram que é feito na própria unidade de saúde da família. Quanto à forma de marcação de consultas 52,3% dos idosos vão à unidade e marcam, 37,8% vai à unidade e fica na fila para pegar ficha, 11,7% vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila. Houve um percentual de 7,2% que declarou que marcou com o Agente comunitário de saúde.

O horário de marcação de consultas segundo os idosos ocorre em qualquer dia da semana, em qualquer horário (44,1%), em qualquer dia da semana, em horários específicos

(35,1%), dias específicos fixos, em qualquer horário (8%) e dias específicos fixos, em horários específicos (10%).

Essa variação nas formas e horários de marcação pode estar relacionada a diferentes formas de organização das unidades de saúde ou ligada aos diferentes procedimentos dos idosos, que não é apurado, pois não corresponde aos objetivos do estudo.

Quando consegue marcar consulta 36,9% dos idosos disseram que era para o mesmo dia e 58,6% é para outra data.

Na maioria das vezes, quando se consegue marcar a consulta o momento para atendimento dos idosos é respectivamente: 43,2% por ordem de chegada, 31,5% com hora marcada, 18% em horários definidos, 1,8% por encaixe e 5,4% não informou.

Em relação ao momento de espera da consulta foi relatado por alguns idosos situações de outros profissionais colocarem pessoas na frente, privilegiando conhecidos.

Essas ações não são compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS e se configuram como uma manifestação de violência institucional contra o usuário.

Na portaria ministerial de nº1820 de 2009 são dispostos os direitos e deveres dos usuários da saúde e em seu artigo dois no inciso 5º é destacado que

[...] quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios (BRASIL, 2009).

Diariamente a unidade de saúde da família recebe demandas espontâneas e no Acolhimento se expõe as necessidades de saúde apresentadas pelos idosos. Um bom acolhimento constitui-se numa ampliação do acesso, portanto é importante avaliar este indicador.

Apesar de existir várias definições, o acolhimento está relacionado à implementação de atitudes humanizadas, como o saber ouvir e ter interesse em resolver os problemas apresentados pelos usuários.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Acolhimento à Demanda Espontânea, Sobral- CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Já precisou ir à unidade de saúde sem hora marcada		
1. Sim	66	59,5
2. Não	45	40,5
Total	111	100,0
Formas de marcação de consultas (n=66)		
1. Muito bem	17	25,8
2. Bem	36	54,5
3. Regular	7	10,6
4. Ruim	5	7,6
5. Muito Ruim	1	1,5
Total	66	100,0
Foi realizado algo (n=66)		
1. Sim	49	74,2
2. Não	16	24,2
3. Não sabe/não respondeu/não lembra	1	1,5
Total	66	100,0
Tempo de espera para ser atendido (n=66)		
1. Até 30 minutos	16	24,2
2. Mais de 30 até 60 minutos (1h)	15	22,7
3. Mais de 60 minutos até 90 minutos (1h e 30min)	5	7,6
4. Mais de 90 até 120 minutos (2h)	15	22,7
5. Mais de 120 até 150 minutos (2h e 30 min)	5	7,6
6. Mais de 150 até 180 minutos (3h)	7	10,6
7. Mais de 180 até 210 minutos (3h e 30min)	2	3,0
8. Não sabe/não respondeu/não lembra	1	1,5
Total	66	100,0
Profissional que atendeu (n=66)		
1. Médico	24	36,4
2. Enfermeiro	35	53,0
3. Auxiliar/técnico de enfermagem	2	3,0
4. Recepcionista	1	1,5
5. Não sabe/não respondeu	4	6,1
Total	66	100,0

Fonte: Primária.

Dos idosos entrevistados, 59,5% já precisou ir à unidade de saúde sem hora marcada e desse percentual, 54,5% consideram que a forma de marcação de consulta foi bem e 25,8% muito bem. Além disso, 74,2% declarou que foi realizado algo.

Pode-se considerar a partir desses dados que o acolhimento dessa demanda favorece a acessibilidade nas unidades de saúde da família. O acolhimento aqui denota a efetivação do princípio da universalidade, uma relação de confiança do usuário com o serviço e com os profissionais. Essas boas referências em relação ao acolhimento da demanda espontânea contribuem para outros indicadores de acesso como o vínculo e a resolutividade, os quais serão explanados mais adiante.

Quanto ao tempo de espera para ser atendido 24,2% dos idosos foram atendidos em até trinta (30) minutos, 15% em até uma hora, 15% em até duas horas. A maioria dos idosos foi atendida pelos seguintes profissionais: 36,4% dos idosos foram atendidos pelo Médico e 53% pelo Enfermeiro.

Quanto ao profissional da equipe que mais atende no Acolhimento está o profissional de Enfermagem. Esse dado coincide com outros estudos e avaliações nacionais como a de Arruda e Silva (2012) que confirmam que o profissional da equipe de SF mais envolvido, e que mais escuta em relação ao acolhimento é o enfermeiro.

No entanto, esse contexto que incide em um profissional não desresponsabiliza o envolvimento de outros membros da equipe, uma vez que essa acolhida deve ser partilhada entre profissionais, planejadas a partir de modelos baseados no perfil da população, nas quantidades de equipes por unidades, dentre outros.

Feito esse planejamento a unidade de saúde poderá definir a melhor forma de funcionamento do acolhimento considerando o menor tempo de espera, as classificações de risco e os encaminhamentos necessários.

Verificou-se com os idosos se a unidade de saúde atende urgência e 61,3% responderam que sim, 22% que não e 21% não soube responder. No entanto, dos idosos que declararam ter atendimento de urgência na sua unidade de saúde, 17,6% não utilizam a unidade para algum atendimento de urgência porque precisa chegar cedo, porque está fechado no momento da urgência ou porque a Unidade não atende a sua urgência.

Em relação a outros tipos de atendimento realizados na unidade de saúde, os idosos entrevistados informaram que a unidade de saúde faz curativo e injeção (93,7%), retira ponto (88,3%), faz nebulização (83,8%), dar ponto (33,3%), retirar furúnculo (28,8%) e retira unha (15,3%).

5.2.2 Atenção Integral à Saúde

A integralidade é um princípio doutrinário do SUS ligado ao cuidado á saúde que visa um modelo de assistência que contemple as necessidades de saúde da população. De acordo com SUS esse modelo contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Devem dispor de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Características de Atenção à Saúde, Sobral- CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
A equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde		
1. Sempre	42	37,8
2. Na maioria das vezes	54	48,6
3. Quase nunca	9	8,1
4. Nunca	1	0,9
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	5	4,5
Total	111	100,0
O consultório é um lugar reservado (tem privacidade)		
1. Sim	97	87,4
2. Não	12	10,8
3. Não sabe/não respondeu	2	1,8
Total	111	100,0
A equipe faz o exame físico, examina seu corpo, sua garganta, sua barriga.		
1. Sempre	29	26,1
2. Na maioria das vezes	31	27,9
3. Quase nunca	16	14,4
4. Nunca	26	23,4
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	9	8,1
Total	111	100,0
Os profissionais orientam a necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios		
1. Sempre	64	57,7
2. Na maioria das vezes	19	17,1
3. Quase nunca	10	9,0
4. Nunca	10	9,0
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	8	7,2
Total	111	100,0
Os profissionais orientam sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando		
1. Sempre	60	54,1
2. Na maioria das vezes	19	17,1
3. Quase nunca	11	9,9
4. Nunca	10	9,0
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	11	9,9
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

Em relação à resolubilidade de problemas na própria unidade, 48,6% dos idosos respondeu que na maioria das vezes a equipe resolve e 37,8% respondeu que sempre é resolvido.

Mais da metade dos idosos pesquisados afirmam que os profissionais sempre orientam sobre necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios conforme 57,7% dos idosos. Em relação aos sinais que indicam a melhora ou piora do estado

de saúde 54,1% afirmou que sempre recebem essa orientação da equipe e na maioria das vezes para 45% dos idosos os profissionais sugerem soluções possíveis conforme realidade do idoso.

Já no que se refere ao exame físico apenas 26,1% dos idosos afirmam que sempre a equipe examina corpo, garganta e etc. Outros 23,4% de idosos afirmam que nunca é examinado pela equipe durante as consultas.

Em relação ao espaço do consultório 87,4% responderam que é um lugar reservado, mas que a privacidade é afetada devido à entrada e saída de outros profissionais durante a consulta. Entretanto, constatou-se que, 54,1% dos idosos sempre se sentem à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações e 88,3% sempre se sente respeitado (a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião.

Diante dos resultados, pode-se apurar que nessa relação profissional-usuário, as equipes de saúde da família realizam uma boa *anamnese*, uma escuta respeitosa e prestam orientações adequadas e preventivas para a população idosa. No entanto é evidenciado o incômodo dos idosos em relação às interferências ocorridas durante o atendimento no consultório, que podem ser evitadas a partir da organização do processo de trabalho dos diversos profissionais.

O mais importante é notar que a integralidade se estabelece por meio dessas interações entre o usuário e profissionais da equipe e estes último não podem vislumbrar os velhos idosos somente como doentes.

Mattos (2006) sugere que a concepção dos indivíduos atendidos contemplando a totalidade de suas necessidades e potencialidades, exige para sua efetivação, a horizontalização dos programas fornecidos, articulando as demandas espontâneas da população àquelas programadas pelas unidades.

Destaca-se nesse contexto que a Atenção Primária é um nível de atenção oportuno para a efetivação dessa Integralidade, pois a proximidade do território possibilita um acompanhamento longitudinal aos usuários.

5.2.3 Vínculo e Coordenação do cuidado

A Política Nacional de Atenção Básica explicita o vínculo entre as equipes de atenção primária e a população adscrita como um dos princípios deste nível de atenção. O vínculo diz respeito a uma boa relação entre profissional de saúde-paciente.

Alguns autores indicam caminhos para criar e manter o vínculo da relação profissional-paciente. Caprara e Rodrigues (2004) expõem que uma boa relação médico-

paciente envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo.

Esses autores chamam atenção para os atendimentos centrados na doença proveniente do modelo biomédico, pois focando na doença o paciente não é percebido em sua integralidade.

Avaliar o vínculo pressupõe perceber como o paciente é atendido pelo mesmo médico e/ou enfermeiro, se estes profissionais conhecem seu histórico familiar, se o tempo do atendimento está a contento entre outros fatores como é apresentado na Tabela a seguir:

Tabela 10 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, Sobral- CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Tempo de consulta com o médico é suficiente		
1. Sim	85	76,6
2. Não	24	21,6
3. Não sabe/não respondeu	2	1,8
Total	111	100,0
Tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente		
1. Sim	81	73,0
2. Não	23	20,7
3. Não sabe/não respondeu	7	6,3
Total	111	100,0
É atendido(a) pelo mesmo médico		
1. Sempre	45	40,5
2. Na maioria das vezes	38	34,2
3. Quase nunca	12	10,8
4. Nunca	11	9,9
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	5	4,5
Total	111	100,0
É atendido (a) pelo mesmo enfermeiro		
1. Sempre	55	49,5
2. Na maioria das vezes	29	26,1
3. Quase nunca	11	9,9
4. Nunca	14	12,6
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	2	1,8
Total	111	100,0
Os profissionais da unidade de saúde lhe chamam pelo nome		
1. Sim	98	88,3
2. Não	12	10,8
3. Não sabe/não respondeu	1	0,9
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

Em relação ao vínculo, observa-se que 76,6% dos idosos considera que, durante as consultas médicas, o tempo é suficiente para que possa falar sobre seus problemas e 40,5% são atendidos sempre pelo mesmo médico na unidade. Para as consultas com enfermeiro, 73%

responderam que o tempo de consulta é suficiente e 49,5% são atendidos sempre pelo mesmo enfermeiro.

A maioria dos idosos (88,3%) afirma ser tratada pelo nome, mas 50,5% informa que os profissionais nunca perguntam por seus familiares. O vínculo estabelecido junto a esses idosos expõe uma relação interpessoal de cuidado do profissional e de confiança por parte do usuário, mas não é estendida ao contexto familiar do idoso. Essa lacuna em relação ao histórico familiar fragiliza o vínculo e o cuidado prestado pelo profissional, uma vez que é no âmbito familiar que se encontra determinantes sociais em saúde.

Quando precisa tirar dúvidas após as consultas, 41,4% referem que sempre tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam. Dos idosos entrevistados, 62,2% consegue tirar as dúvidas indo à unidade de saúde e, 32,4% falando com o Agente Comunitário de Saúde- ACS. A busca pelo ACS para esclarecimento de dúvidas é justificada pelos idosos tanto por ser mais rápido devido à proximidade como pela confiança da comunidade nesse profissional.

Quanto à interrupção de tratamento ou não ir à consulta, dos idosos entrevistados 32,4% nunca interrompeu o tratamento ou faltou consulta e outros 32,4% referem que nunca os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento.

Essa busca pelo paciente tem relação com o acompanhamento em domicílio, que no caso desse estudo, 61,3% dos idosos informou receber visita do agente comunitário de saúde (ACS) e apenas 13,5% informa que sempre outros profissionais da equipe realizam visita.

Para corroborar a omissão da busca pelos faltosos e pelos que abandonam tratamento é importante considerar os 64,9% de idosos que nunca recebe visita de outros profissionais da equipe.

Diante desse contexto, pode-se apontar a necessidade de maior responsabilização do cuidado, organização e acompanhamento das ações. Ressaltam-se aqui situações facilitadoras de acesso e de vínculo em ações realizadas no interior da unidade de saúde, como por exemplo, o tratamento e atendimento prestado a cada idoso.

Na tabela 11 é explanada quando há necessidade da Coordenação do Cuidado dimensionar para a integração entre níveis assistenciais, ou seja, quando precisa de outros serviços fora da unidade de saúde da família.

Tabela 11- Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Coordenação do cuidado, Sobral-CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Precisou ser encaminhado para outro serviço de saúde		
1. Sim	57	51,4
2. Não	47	42,3
3. Não sabe/não respondeu	7	6,3
Total	111	100,0
Quando é necessário ser encaminhado, sabe como é marcada a consulta (n=57)		
1. A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois	16	28,1
2. A consulta é marcada na central de marcação de consultas especializadas	11	19,3
3. Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional	27	47,4
4. Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que desejar	1	1,8
5. A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois	4	7,0
6. Não sabe/não respondeu/não lembra	7	12,3
Encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames		
1. Sempre	45	40,5
2. Na maioria das vezes	35	31,5
3. Quase nunca	22	19,8
4. Nunca	4	3,6
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	5	4,5
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

Dos idosos entrevistados 51,4% precisou ser encaminhado para outro serviço de saúde, e destes o encaminhamento foi feito da seguinte forma: 47,4% recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional; 28,1% a consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois e 19,3% a consulta é marcada na central de marcação de consultas especializadas.

Quanto aos idosos que não precisou de encaminhamento para outro serviço corresponde a 42,3% da amostra total. Estes alegam que não precisou do encaminhamento por dois motivos: alguns têm resolutividade na própria unidade e outros dizem que quando buscaram outro serviço foi em caráter de urgência/emergência, necessidade de internações sem passar pela unidade.

Um cuidado da unidade de saúde relatada por alguns idosos diz respeito a doenças crônicas, como Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, as quais são acompanhadas pela equipe. Para essa amostra, a prevalência de idosos com Hipertensão Arterial é de 56,8% e a

prevalência de Diabetes *Mellitus* corresponde a 37,8%. Dos idosos acometidos 81,5% e 67,3% fazem uso de medicação para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, respectivamente. A atenção a essas doenças crônicas se deve ao fato de que as mesmas requer acompanhamento profissional e medicamentoso permanentemente e para que isso ocorra exitosamente é necessário que se tenha acesso, vínculo e linhas de cuidado específico.

No próximo subitem é explanada a satisfação dos idosos apontando inclusive a disponibilidade de medicação na unidade.

5.2.4 Satisfação e Participação dos Idosos no serviço

A avaliação de um serviço nos remete a ocorrência ou não da violência institucional, por isso considera-se importante saber a opinião dos usuários quanto à satisfação em relação ao serviço ofertado.

Portanto, serão explanadas as opiniões dos idosos entrevistados em relação à: avaliação das instalações físicas, dos insumos e medicamentos; avaliação do cuidado recebido; avaliação dos profissionais da equipe e para finalizar averiguar os mecanismos de participação e interação dos idosos.

Tabela 12- Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Satisfação do Usuário sobre a Unidade de Saúde, Sobral - CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Como o senhor avalia as instalações da unidade		
1. Muito bom	25	22,5
2. Bom	50	45,0
3. Regular	30	27,0
4. Ruim	5	4,5
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	1	0,9
Total	111	100,0
Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde		
1. Sempre	4	3,6
2. Na maioria das vezes	26	23,4
3. Quase nunca	56	50,5
4. Nunca	23	20,7
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	2	1,8
Total	111	100,0
O cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é		
1. Muito bom	15	13,5
2. Bom	54	48,6
3. Regular	30	27,0
4. Ruim	2	1,8
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	10	9,0
Total	111	100,0

Fonte primária.

A Satisfação dos Idosos com as instalações da unidade variam, principalmente, entre: Muito bom (22,5%), Bom (45%) e Regular (27%). Quanto às condições de higiene e limpeza, os idosos consideram que 81,1% das instalações estão em boas condições de uso; 60,4% estão em boas condições de limpeza e 38,7% tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera.

Em geral, pode-se considerar como Bom a avaliação da estrutura física das unidades, considerando as falas dos entrevistados que assinalam várias reformas e construções de unidades de saúde.

A avaliação das instalações está relacionada com o acolhimento. No estudo de Medeiros et al (2010), envolvendo satisfação e acolhimento é apontado a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, garantindo confortabilidade, condições adequadas de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas.

Quanto à disponibilidade de medicamento na unidade de saúde, 23,4% diz ter na maioria das vezes. Já 50,5% dos idosos expõe que quase nunca tem o medicamento e 20,7% declara que nunca tem o medicamento. Se somarmos os usuários respondentes com "quase nunca" e "nunca" teremos um percentual de 71,2% de idosos com dificuldades de acesso a medicação no município de Sobral.

Essa realidade é pertinente em todo o país. Segundo um levantamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems,2005), mais da metade dos brasileiros que já precisaram de medicamentos afirma que não encontrou no SUS o remédio prescrito. Outra pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC em 11 cidades no país confirmou a falta de medicamentos essenciais nos postos de saúde.

A falta de medicamentos nas unidades de saúde geralmente custa mais caro aos cofres públicos, pois não realizando o tratamento, a doença se agrava e o paciente necessitará de internação hospitalar, que possui um maior custo ao SUS.

Além disso, o acesso aos medicamentos é um direito social assegurado na constituição federal de 88 e na Lei Orgânica da Saúde e, a não garantia desses direitos vem gerando a *judicialização* da saúde. Trata-se de um fenômeno observado quando o paciente não tem acesso ao medicamento recorrem ao Poder Judiciário para garantir o direito de acesso aos meios e recursos necessários a melhoria de suas condições clínicas.

Por isso que a falta de medicamentos tem gerado muitas ações na Justiça. Cury (2005) expõe que durante o ano de 2001, somente nas Varas de Fazenda Pública do Rio de

Janeiro, mais de duzentas ações individuais teriam sido ajuizadas por pessoas interessadas no fornecimento de medicamentos.

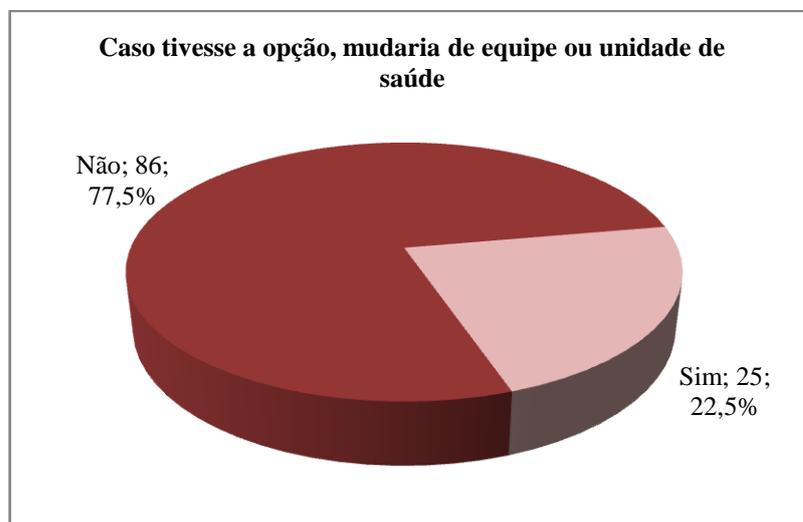
No entanto, o acesso a medicamentos nas unidades de saúde da ESF é um importante indicador para aumentar a resolutividade desse nível de atenção. Do contrário, a falta de medicação interfere e atrapalha no vínculo do paciente com a unidade e com a equipe passando a sensação de um atendimento que não resolve suas necessidades.

Essa deficiência no acesso à medicação evidencia a não garantia de um direito, a omissão do Estado, representado pelos serviços de saúde, e a falta de acesso se configura como violência institucional.

Em relação à satisfação do usuário com o cuidado recebido pelos seus familiares na unidade 48,6% dos idosos considerou bom, 13,5% muito bom e 27% considerou regular.

Quando questionados sobre se tivessem a opção de mudança de equipe ou de unidade, 77,5% dos usuários mencionaram que não mudariam.

Gráfico 2 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo intenção de mudar de Equipe ou Unidade de Saúde, Sobral-CE, 2016.

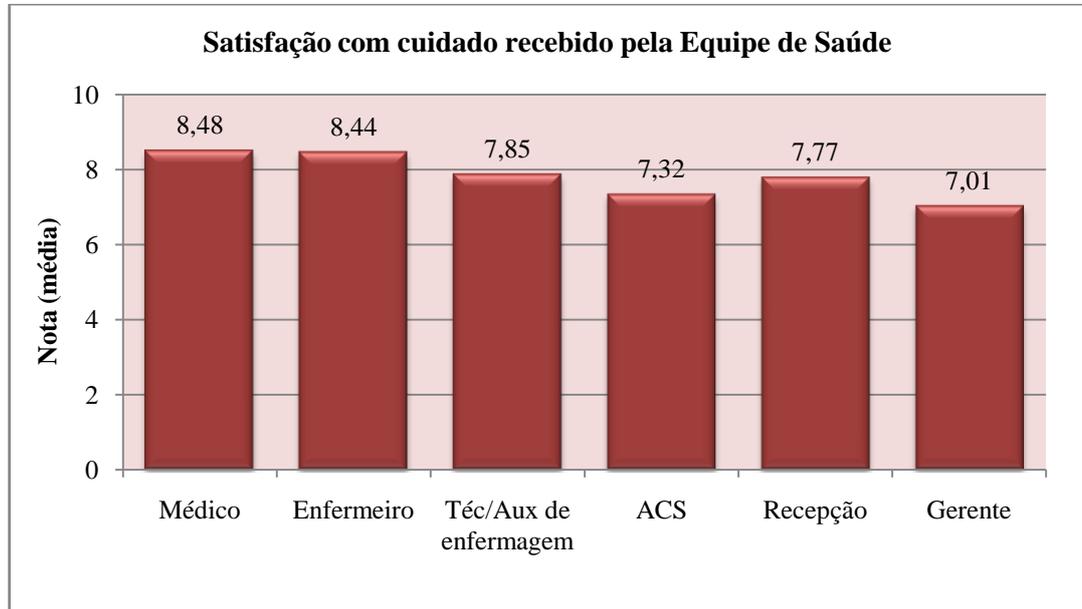


Fonte: Primária

Interessante nesse dado é que mesmo aqueles idosos que apontam insatisfação em relação à unidade de saúde ou a equipe não apresenta o desejo de mudança. Esse contraponto pode ser considerado pelo sentimento de pertença ao território, pois residem há muitos anos naquele bairro e/ou pelo fato de ter que indicar suas insatisfações para que essas sejam eliminadas.

Por conseguinte, é trazida a avaliação da satisfação dos idosos com o cuidado prestado por cada membro da equipe de saúde.

Gráfico 3 - Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Satisfação com o cuidado recebido pela equipe da Unidade de Saúde(Média), Sobral- CE, 2016.



Fonte: Primária

Na pesquisa, cada idoso avaliou sua satisfação com o cuidado recebido pelo Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde - ACS, Recepção e Gerente da Unidade de Saúde atribuindo uma nota de zero (0) a dez (10) para cada um.

A média calculada a partir da amostra dos entrevistados em relação à satisfação com o cuidado da equipe e apresentadas na Figura 3 indica uma nota de 8,48 para o atendimento médico e 8,44 para o enfermeiro. Os demais profissionais foram atribuídos notas entre 7,01 e 7,85. A menor nota foi direcionada para o gerente da unidade, que parte dos entrevistados declarou não conhecê-lo.

Destacamos que a participação dos usuários em conselhos e em outras instâncias do controle social é de fundamental importância para ampliação e melhorias nas políticas públicas de saúde.

Tabela 13- Distribuição dos idosos do Serviço de Convivência atendidos pela ESF segundo Mecanismos de participação e interação dos usuários, Sobral-CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Idosos	%
Consegue fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde		
1. Sim	17	15,3
2. Sim, mas com dificuldade.	4	3,6
3. Não	13	11,7
4. Nunca precisou	68	61,3
5. Não sabe/não respondeu/não lembra	9	8,1
Total	111	100,0
Sabe da existência de telefone da Ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde		
1. Sim	15	13,5
2. Não	54	48,6
3. Não sabe/não respondeu	42	37,8
Total	111	100,0
Na sua unidade de saúde existe Conselho Local de saúde ou outros espaços de participação popular		
1. Sim	12	10,8
2. Não	42	37,8
3. Não sabe/não respondeu	57	51,4
Total	111	100,0

Fonte: Primária.

Os entrevistados quando questionados se conseguiam fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, 15,3% respondeu que sim e 61,3% nunca precisou. Dos que fizeram alguma reclamação ou sugestão, 8,2% teve retorno rapidamente e 5,1% teve retorno com demora.

Apenas 13,5% dos idosos tem conhecimento sobre a existência de telefone da Ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde e 37,8% afirma que não existe Conselho Local de saúde ou outros espaços de participação popular na sua unidade de saúde.

O acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade estão previstos na Carta de Direitos dos Usuários do SUS.

No entanto, é notória a pouca participação e interação dos idosos junto ao serviço de saúde e seu desconhecimento acerca dos espaços de controle social.

Durante a aplicação deste instrumento é perceptível muitas dúvidas e insegurança dos idosos ao falarem de sua unidade de saúde, embora tenha sido realizado em um local distante do espaço avaliado.

Ao mesmo tempo, a amostra desse estudo é feito com idosos ativos e participantes em grupos de convivência. Os serviços de convivência são um espaço propício para discussão, ampliação e autonomia dos idosos sobre as políticas sociais.

Essa postura cautelosa e de desconhecimento pode estar relacionada com o baixo nível de escolaridade dos idosos. No estudo de Cotta et al.(2005) é corroborado que o baixo nível de escolaridade pode favorecer a satisfação em relação ao serviço de saúde a partir da condescendência dos idosos em relação ao serviço. Os autores acrescentam ainda a renda mensal familiar.

Diante desse contexto, é claro que a avaliação da qualidade dos serviços a partir da ótica de satisfação do usuário permite melhorar a assistência, assim como facilitar na tomada de decisões e prioridades nos serviços de saúde.

Além disso, a utilização de instrumentos avaliativos como o que foi utilizado nesse estudo conseguiu identificar evidências de violência institucional sem tratar diretamente da temática violência com os idosos.

Não obstante o presente estudo avaliativo das unidades de saúde feita pelos idosos poderá contribuir para melhoria da assistência como também para diminuir violações aos direitos desse grupo etário.

5.3. Análise do Discurso dos Profissionais que acompanham os Idosos do SCFV

Os profissionais que acompanham e conhecem os idosos do SCFV são os orientadores sociais, os quais apresentam um bom vínculo com os idosos nos serviços de convivência.

Para esta análise, inicialmente, é apresentada a caracterização dos profissionais entrevistados e, por conseguinte, é explanado a categorização temática e os códigos oriundos da análise do Grupo Focal.

5.3.1 Caracterização dos Profissionais do SCFV

A importância de conhecer os profissionais que atuam diretamente com Idosos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV ofertado nos CRAS de Sobral faz-se necessária para a análise do discurso proposto nesse estudo.

Segue, na Tabela 14, uma descrição das características relativas ao gênero, idade, raça, religião, escolaridade, situação conjugal e renda familiar.

Tabela 14- Distribuição dos Orientadores Sociais do Serviço de Convivência de Idosos segundo Características Pessoais, Sobral - CE, 2016.

CARACTERÍSTICAS	Número de Orientadores Social	%
Sexo		
1. Masculino	04	50,0
2. Feminino	04	50,0
Total	08	100,0
Faixa etária		
De 20 a 29 anos	07	88,5
De 30 a 39 anos	01	12,5
Total	08	100,0
Cor/Raça		
1. Branca	0	0,0
2. Preta	3	37,5
3. Amarela	1	12,5
4. Parda/mestiça	4	50,0
Total	08	100,0
Escolaridade		
1. Ensino médio completo	1	12,3
2. Ensino superior incompleto	5	62,5
3. Ensino superior completo	2	25,0
5. Pós- Graduação	0	0,0
Total	08	100,0
Religião		
1. Católico	8	100,00
2. Outras	0	0,0
Total	08	100,0
Situação Conjugal		
1. Solteiro(a)	7	88,5
2. Casado(a)	1	12,5
Total	08	100,0
Renda Familiar		
Até 1 Salário Mínimo	4	50,0
1 a 3 Salários Mínimo	4	50,0
Total	08	100,0

Fonte: Primária.

Dentre as características sociodemográficas dos orientadores sociais participantes do estudo em relação ao **sexo** é igual com 50% para feminino e masculino, sendo que a **idade** variou entre 20 e 39 anos, com média de 26,6 anos.

Em relação **a cor**, 50% declarou ser pardo/mestiço, 37,5% preto e 12,5% amarelo. Os entrevistados em sua **maioria possui ensino superior incompleto** (62,5%) e 25% já concluiu o ensino superior.

Quanto à **religião**, todos (100%) informaram ser católicos. A maioria dos orientadores é solteira (88,5%), sendo que a **renda familiar** da metade dos entrevistados (50%) é de até um salário mínimo e a outra metade(50%) tem uma renda familiar de um a três salário mínimo.

Vale salientar que nas informações sobre religião, situação conjugal e renda foram ofertadas mais opções de respostas, as quais não são expostas na Tabela 19.

Quanto à **moradia**, 50% dos orientadores social residem com seus pais e 37,5% escolheram a opção outros, na qual foi informado que mora com amigos ou com namorado. Apenas um profissional mora sozinho (12,5%). Deste grupo 25% reside com alguma pessoa idosa.

Durante a realização das entrevistas, foi indagado como **buscavam conhecimentos** para atuar nas atividades com os idosos. A grande maioria afirma usar a internet como estratégia de busca e de atividades para realizar com idosos:

[...] a internet também é um bom lugar de se procurar alguma atividade, livros também, mas também a partir das conversas [...] (Talmude).

Eu procuro mais também na internet, livros também, em parte de leitura com eles, eles gostam muito de oficina de trabalho (Leonardo Da Vinci).

Além desses dispositivos foi apontada a busca por parcerias com outros profissionais e que principalmente devia ser conversado com os idosos sobre o que desejavam discutir ou fazer no serviço. Talmude apontou que acompanha dois grupos com diferentes perfis: um grupo é mais passivo e o outro é mais criativo e os idosos propõem atividades.

Ressalto a preocupação dos entrevistados em manter uma boa escuta dos idosos e a partir dessa escuta perceber suas reais necessidades.

5.3.2 *Percepções sobre Velhice*

O olhar dos entrevistados sobre a velhice traz muitas convergências e divergências de opiniões que geraram os códigos explanados a seguir: a velhice relutante; a velhice privada; a velhice negada e a velhice ativa.

- ***A Velhice Relutante***

As diversas falas retratam a resistência dos idosos em modificar sua rotina e esse comportamento foi relacionado à cultura.

[...] a cultura é algo muito forte em todas as pessoas, mas no idoso é algo impressionante poder que se tem, desconstruir algo é muito ruim e difícil (Chateaubriand).

Eles tem que ir e muitas vezes não podem e nem querem ir pro grupo porque tem que pegar o neto e isso não muda (Eliane Brum).

O idoso tem muito isso, pela manhã, não, não posso ir porque tenho que limpar a casa, fazer o almoço [...] Calma você fez isso a vida toda (Chateaubriand).

Esse pensamento coincide com o exposto na obra *Corpo, Envelhecimento e Felicidade* de Goldenberg (2011), que traz um estudo intitulado “A velhice como desculpa”, em que o fator etário já justifica aceitar o posicionamento do idoso sem necessitar discussão.

Simplemente, o fator etário já coloca o idoso numa situação de vulnerável a qualquer embate ou discordância, sendo permissivo, gerando uma falsa ideia de empoderamento do idoso.

A generalização dessa opinião nos entrevistados acaba dificultando possíveis transformações que são previstas nos objetivos do grupo de convivência. Apenas um entrevistado ressalta a necessidade de motivação dos idosos.

[...] muitos desses idosos que pensam desse jeito é porque não são motivados (Schweitzer).

Nesse sentido, considera-se a necessidade de empreender estratégias para diminuir essa relutância dos idosos e abrir possibilidades que tragam autonomia e empoderamento.

- ***A Velhice Privada***

Esse código diz respeito à opinião exposta pelos entrevistados acerca da privação voluntária dos idosos em prol da família. Em quase todas as falas é apontado que os idosos se privam pela prole.

São pessoas geralmente muito carinhosas, mas que, na maioria das vezes, elas se privam de viver a própria vida pra dar conta da vida dos filhos deles né. "Essa questão do salário como já foi falado, deixa de comprar as coisas pra si mesmo pra dar para os filhos e alguns netos." (Mário Quintana).

Eles acabam deixando de viver a própria vida pra poder da atenção aos filhos e os netos (Rousseau).

Tem idosa que tem necessidades do dinheiro dela pra fazer as coisas dela dentro de casa, e o filho dela que é vizinho fica com o dinheiro dela (Eliane Brum).

Dessa porcentagem tem uns que são envolvidos no voluntariado né, que são os idosos que tem a renda, que sofrem violência patrimonial que não tem acesso ao seu dinheiro (Chateaubriand).

Diante dessas interlocuções é notória a ocorrência de violência financeira perpetrada pelos familiares contra os idosos. Os entrevistados trazem em seus relatos diversas situações em que o idoso contribui ou sustenta praticamente toda a família como também ocorre a apropriação de sua renda.

O estudo de Acosta e Vitale (2015) sobre as avós e sua configuração na família contemporânea coloca que as mesmas cumprem funções afetivas na relação com os netos, auxiliam na socialização das crianças ou mesmo do sustento contribuindo financeiramente.

Estão descritas situações em que o idoso não vai ao Serviço de Convivência ou a outro equipamento social como a igreja devido às demandas dos filhos como afazeres domésticos e cuidarem dos netos e outros mais.

A gente chega lá e convida ela pra ir para o grupo e o filho tá lá na rede e ela na cozinha fazendo o almoço pra ele que está deitado e pra mulher dele que tá lá assistindo televisão (Eliane Brum).

Porque que a senhora não foi? Não fui porque a minha filha teve que trabalhar e eu tive que ficar olhando meu neto, aí não da pra eu ir, e no outro dia foi o outro filho que veio pra cá e eu não queria deixar ele sozinho (Rousseau).

Camarano (2004) acrescenta, baseando-se em pesquisa sobre o idoso brasileiro, que o idoso tende a passar da condição de dependente para a de provedor.

Uma pesquisa sobre o perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil, desenvolvida pelo IBGE em 2000 aponta um aumento de idosos chefes de família e desse universo 54,5% vivem com os filhos é a principal fonte de sustento destes.

Durante a discussão no grupo focal foi questionado se realmente o idoso era privado ou se era a escolha dele ficar com a família. Foi exposto por alguns entrevistados que o idoso se priva por uma obrigação moral e instintiva e outros acreditam que a família é prioridade.

Realmente o idoso prioriza a família e as demandas dela (Leonardo Da Vinci).

[...] é instintivo do idoso, principalmente quando é mãe ou pai. Ele sente como se fosse obrigação dele como mãe ou pai. [...] do ser humano de proteção de cuidar dos filhos ate tarde (Hillman).

No entanto, esse contexto com seus diversos olhares traz no seu ensejo a privação dos idosos. Ela ocorre em coisas simples do cotidiano como o desejo de comprar algo ou ir algum lugar tendo que fazer escolha entre algo para si ou para sua prole. E acontece de forma cruel a partir da violência patrimonial da sua renda, dos seus pertences, entre outros.

Sob uma ótica mais abrangente, pode-se reiterar que a velhice é cerceada e privada independente da coerção social imposta ou não, pois esses padrões de cuidado são construídos cultural e socialmente e difícil reversão.

Faz-se necessário respeitar o princípio de autonomia do idoso embora não concordemos com a sua decisão e ficar atentos para os sinais de violência, que pode inibir a capacidade de decisão do idoso.

Odália (2012) resume essa análise quando diz que toda vez que o sentimento experimentado é o da privação, o de que determinadas coisas estão sendo negadas, sem razões sólidas e fundamentadas, pode-se assegurar que uma violência está sendo cometida.

- ***A Velhice Negada***

Esse código recebe essa qualidade de "negada" pelo fato da negação em algumas falas por ser velho. Inclusive, trazendo um entendimento equivocado do que vem a ser idoso e velho. Ambos fomos postos como antônimos, conforme pode ser visto na seguinte fala:

Idoso é somente mais um etapa da vida do ser humano de formação e maturação do ser humano, velho é um estado de espírito [...] ninguém ali é velho se não se sentir velho, só é velho se sentir velho (Hillman).

O velho aqui é apontado como alguém que só é velho se a mente permitir e que sua idade cronológica não interfere. A premissa aqui é a busca por ser jovem negando o ser velho.

Berzins (2009) coloca que essa representação da velhice associada a um fenômeno que não acontece no corpo, mas na cabeça é negar a pessoa idosa.

Essa negação da velhice ainda tem um caráter fragmentado, pois desconsidera outros fatores físicos e psicossociais e foca na mente e na vontade do indivíduo. Essa

perspectiva gera uma responsabilidade do idoso, que não pode e nem tem direito a ser, sentir e nem querer ser velho.

Vale ressaltar que o envelhecimento é um fenômeno processual, heterogêneo e ocorre individualmente em cada pessoa sob diversos aspectos de cunho biológico, social e psicológico. Todo esse processo acontece ao longo da vida de cada ser humano de forma muito particular e por isso deve ser compreendida para que não se imponha o discurso do "velho jovem". Essa imposição é violenta e descarta todo um processo construído historicamente por cada indivíduo.

- *A Velhice Ativa*

Essa concepção de velhice ativa é algo novo pertencente à contemporaneidade. Alguns estudiosos expõem que o idoso deve ser ativo e não o idoso que vive em seu quarto lembrando-se do passado.

Kachar (2001) ao escrever que o idoso do século XXI, deve ser ativo, capaz de produzir, consumir e intervir nas mudanças sociais e políticas. Nas interlocuções foi pontuado por diversas vezes a relevância de o idoso ser ativo ou tornar-se ativo.

Quando a gente propôs uma atividade pra eles, eles vão além do que a gente pede, do que a gente esperava deles [...], assim eles se tornam ativos (Chateaubriand).

Tem idoso que já pensa diferente de modo ele ser mais ativo de passear, ah já to velho mesmo, tem mais que sair passear, e ele se cuida mesmo sozinho sem ter outras pessoas pra cuidar, eles correm atrás de seus afazeres (Leonardo Da Vinci).

Acho que foi a primeira vez na minha vida que eu vi um idoso de 70 e poucos anos de idade correndo como uma criança, sorrindo (Hillman).

Ser ativo vai além dos cuidados com o corpo e atividade física para melhorar a saúde. Deve-se cuidar de outras dimensões da vida como, por exemplo, realizar atividade mental e intelectual.

O discurso do grupo era voltado para o cuidado com o corpo e exercícios físicos. Poucas foram às falas que fizeram alusão às atividades de cunho intelectual.

É uma pessoa assim muito rica né, cheia de histórias (Mário Quintana).

São muito ativos em repassar algum saber, alguma experiência (Chateaubriand).

Relacionado com o envelhecimento ativo, alguns estudos propõe a concepção de envelhecimento saudável, que tanto considera as capacidades físicas e mentais que servem de apoio em qualquer momento como a capacidade funcional, o ambiente em que a pessoa vive e suas interações.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS define,

O envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem estar em idade avançada (OMS, 2015).

Dessa forma pode se considerar que o envelhecimento saudável não está associado exclusivamente à ausência de doenças, mas sim a manutenção do cuidado para minimizar os efeitos e danos de alguma doença para que o idoso experimente um envelhecimento ativo, que contemple suas escolhas, o cuidado para manter as funções cognitivas e físicas assim como a conservação das interações sociais.

Os entrevistados embora ressaltassem a importância do envelhecimento ativo, afirmavam alguns mitos e concepções justificando ser uma ótica da sociedade e não sua.

A sociedade pensa que ser idoso é uma pessoa, uma etapa de que você está inútil, mas é como eu falei né, quando a gente propôs uma atividade eles fazem (Chateaubriand).

Considerando a necessidade de conhecer e programar ações para o envelhecimento ativo, faz-se necessário que a sociedade e principalmente os profissionais que lidam com idosos aperfeiçoem sua formação em Gerontologia.

5.3.3 Percepções da Violência contra a pessoa Idosa

- ***Violência mais citada***

Odália (2012) afirma que ao falar de violência, a primeira imagem, a face mais imediata e sensível, é a que se exprime pela agressão, ou seja, pensar violência nos remete a vislumbrar a violência física.

No entanto, esta não é a única, pois há inúmeras formas de violência, veladas e mascaradas. Algumas categorias e tipologias para designar as várias formas de violências mais praticadas contra a população idosa foram estabelecidas como as que estão no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001): Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física; Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos; Abuso sexual, violência sexual; Abandono;

Abuso financeiro e econômico, Negligência e Auto-negligência. Pode resultar de atos de omissão e negligência e ainda podem ocorrer vários tipos simultaneamente.

A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país e refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais.

Os entrevistados citaram diversas manifestações de violência relacionando com suas vivências tanto profissionais quanto pessoais.

Eu já trabalhei no CREAS, a gente recebia muita denúncia de violência patrimonial, violência psicológica, violência física também, negligência também (Leonardo Da Vinci).

A que eu vejo mais que é a patrimonial, a física, a moral (Eliane Brum).

Tem a institucional, a patrimonial, a física, a moral e a psicológica (Talmude).

Patrimonial, psicológica, eu acho que a exploração do trabalho com o idoso, que lava rede, idoso que vai limpar um espaço, que é babá, por mais que seja uma cultura existe por trás uma família que se aproveita da situação, existe uma pressão psicológica muito grande em cima do idoso pra que ele continue sendo uma referência da família (Chateaubriand).

A negligência né? a física, e a patrimonial né (Mario Quintana).

Todos os depoentes citaram a violência patrimonial e expuseram que era a mais frequente. Interessante que essa especificação "patrimonial" não é citada e nem utilizada nas classificações sobre violência.

Trata-se de uma violência financeira ou econômica ou, ainda, abuso financeiro, que de acordo com a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001) consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais.

Esse tipo de violência não deixa marcas físicas e também é pouco conhecido por muitas vítimas, o que acaba dificultando uma estimativa desse tipo de violência. Ao contrário dos idosos, os profissionais entrevistados conhecem bem e apontam a violência financeira como a que se coloca mais presente na vida dos idosos.

Na busca por evidências que corroborasse essas falas encontramos uma Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, que ao consolidar dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de São Paulo comprova que mais de 60% das queixas

desse grupo à polícia se referem a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção (IBCCRIM, 2004).

Costa e Chaves (2003) também constataram essa mesma relevância no estudo das denúncias na Delegacia de Belo Horizonte que também atende aos idosos. Em contrapartida, os estudos de Pasinato, Camarano e Machado (2006) mostram que os principais tipos de violência são o abandono e a negligência.

Dos profissionais entrevistados, apenas um citou a violência institucional e posteriormente, quando se indagou sobre a violência institucional notou-se que a maioria do grupo conhecia e exemplificou situações e algumas formas de manifestação desse tipo de violência.

Pode-se aferir que a violência institucional contra o idoso não é lembrada imediatamente devido a sua invisibilidade causada pela falta de notificação, pela utilização de outros termos que a mascara, como por exemplo, falta de acesso, do direito distanciando-se da lógica de violação.

Quanto à violência financeira, a mais citada pelos entrevistados, é focada exclusivamente numa violação patrimonial no âmbito familiar.

Portanto não é apenas nesse locus que os abusos econômicos e financeiros contra idosos ocorrem. Eles estão presentes nas relações do próprio estado nos trâmites demorados para concessão de aposentadorias e pensões; nas empresas, bancos e lojas que maltrata e discrimina; nos planos de saúde com seus aumentos abusivos; nas ações de estelionatários e criminosos que se aproveitam de sua vulnerabilidade física e econômica.

Há de se considerar o discurso do grupo sobre a prevalência dessa violência no âmbito familiar, visto que sua sutileza não deixa marcas e está envolta de laços afetivos.

- ***Violência sem Classe social***

A questão da condição econômica relacionada com a violência, de acordo com Safioti (1997) aponta que existe uma ideia equivocada de que somente as pessoas menos favorecidas economicamente praticam violência contra a família.

Foi apontada nos discursos essa relação entre violência e classe social iniciada por narrativas de casos de violência contra o idoso tanto em famílias pobres como nas abastadas.

A gente acredita que é só com a pessoa idosa pobre né, mas não, um dia desse eu passei numa casa [...] tá no portão e ela sempre tava sujinha um cheiro ruim, [...],

uma casa bem estruturada, estruturada assim né, bem mobilhada, a gente ver que era uma família com condição (Chateaubriand).

Tem um caso também verídico, é de um empresário aqui de Sobral, ele foi criado e os pais dele de criação é de uma família muito conhecida aqui em Sobral há tempos atrás e hoje quem foi cuidar deles foi adotado, pois a família, os filhos não queria. (Eliane Brum).

Para Baptista (2007), o simples fato de uma família não ter condições econômicas não é necessariamente um fator de risco para ocorrência de violência.

Em outro estudo de Gianini et al (1999) sobre agressão física e classe social expõe um risco aumentado de mortalidade por homicídio para indivíduos de grupos sociais de menor renda, com ocupações não qualificadas, residentes em áreas de piores condições socioeconômicas, e risco aumentado de agressões físicas em desempregados.

No entanto o estudo de Gianini et al (1999) se restringe ao abuso físico para situações de mortalidade e apresenta outros fatores de risco como o uso abusivo de álcool e outras drogas. No grupo foi apontado também casos de violência contra idosos em condições de pobreza incluindo uso de drogas.

Uma idosa né, da extrema pobreza mesmo, bem pobre e um filho morava com ela, usuário de droga e trouxe uma mulher também usuária pra dentro de casa e quando o filho saía, essa mulher maltratava a idosa (Eliane Brum).

A violência contra o idoso pode acontecer independente de condição social. Minayo (2003) aponta que estudos de várias culturas demonstram que pessoas de todos os status socioeconômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos.

No Brasil, a grande maioria dos idosos convive e estão sob os cuidados da sua família. Minayo (2005) levantou dados sobre a presença de idosos no convívio familiar no Brasil, constatando que mais de 95% das pessoas acima de 60 anos co-residem com parentes, de forma que, em 26% de todas as famílias brasileiras, existe pelo menos uma pessoa com mais de 60 anos.

Considerando o cenário de desigualdade social no país, um grande número de famílias vive em condição de pobreza e sem ter como prover seu sustento acabam sendo vítimas de violência estrutural (violência entre classes sociais inerente ao modo de produção da sociedade capitalista).

Paralelo a este tipo de violência há também a violência doméstica que difere da estrutural, pois permeia todas as classes sociais como violência de natureza interpessoal.

Dentre as múltiplas formas de violência a que estão submetidas os idosos, é na família o local privilegiado, pois devido seu caráter privado e sigiloso torna-se mais difícil para identificar e nomear ocorrências de violência.

- ***Violência da Peregrinação***

Os princípios da Lei Orgânica da Saúde expõe que todos têm direito ao acesso igualitário aos serviços de saúde de forma equânime e integral. Porém observa-se na realidade a peregrinação de usuários do SUS em busca de atendimentos, internações dentre outros. Essa realidade é vivenciada por muitos idosos, configurando um problema de saúde pública e uma violação do direito ao acesso aos serviços de saúde.

A utilização do código "Peregrinação" foi escolhida para representar os discursos dos casos que descreveram situações de longas filas de espera, várias idas à unidade para conseguir atendimento, demora e carência de consultas especializadas e o próprio termo peregrinação conforme pode ser observado nos seguintes depoimentos.

Tinha uma idosa que era diabética tava perdendo a visão, toda semana ela levava duas ou três quedas no caminho do CSF, não era tão longe, era porque ela era diabética, o fato dela cair hoje a deixava um pouco debilitada pra outra semana (Chateaubriand).

É o que a gente ver né, na fala de muitos idosos, é a demora das consultas: às vezes espera e vai atrás uns dois, três, quatro anos, uma peregrinação (Hillman).

Às vezes o idoso morre aí recebe a consulta né, mas isso não é só aqui em Sobral é geral (Schweitzer).

Além de violação de direito, esse contexto que dificulta o acesso dos idosos a procedimentos necessários para sua saúde é uma violência institucional, embora não seja chamada como tal pelos entrevistados.

Quando se indagou sobre os tipos de violência contra o idoso, os profissionais não citaram e nem exemplificaram situações que correspondiam à violência institucional. Porém quando se questionou o seu entendimento acerca da violência institucional nos serviços de saúde a maioria dos profissionais evidenciaram situações reais desse tipo de violência.

O fato dos entrevistados não reconhecer a violência institucional no primeiro momento deve estar relacionado ao que expõe Martinez (2015) ao afirmar que é pouco difundida na sociedade e, conseqüentemente, pouco denunciada. Outra explicação expõe Sá (2005) quando diz que a violência institucional não é percebida, pois as instituições aparecem como protetoras.

E tem profissionais que agente ver que tá ali empenhados pra que aquela consulta saia, mas não depende só dele, depende de outras e outras, ai agente não pode botar só a culpa no profissional né, no posto né? (Schweitzer).

A fala dessa entrevistada aponta esse deslocamento da violência institucional, pois o espaço é de cuidado e a falta de acesso que gera essa peregrinação é naturalizada e vislumbrada sem indignação, sem perspectiva de violação de um direito.

- ***Violência da Escassez***

Todos deveriam ter acesso aos medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que é um direito previsto na Constituição Federal e em outras leis, mas a realidade é que nem todos conseguem a medicação que necessita, assim como é exposto pelos entrevistados:

Há falta de medicação, tem idosos que tem diabetes, pressão alta. O médico passa o remédio, mas no CSF não tem, as visitas dos agentes de saúde tem muitos idosos que relataram que não vai de jeito nenhum, que não sabe nem como é o nome do agente de saúde (Chateaubriand).

A falta de medicamento, acho que é uma violência, tem que ser preparado antes né, quem tá atuando no medicamento, deve saber né, porque as vezes esquece, algumas vezes de mandar um pedido (Leonardo Da Vinci).

Eu acho que aqueles idosos que tem a necessidade de um remédio especial, que é oferecido pelo governo, a instituição não se preocupa em procurar esse remédio na data certa, porque é algo de reclamação dos idosos (Mário Quintana).

Essa escassez por medicamentos apontada pelos entrevistados coincide com os resultados dos idosos entrevistados nesse estudo, em que 71,2% relataram dificuldades de acesso à medicação no município de Sobral.

A fala dos profissionais, além de evidenciar a escassez de medicamentos, aponta alguns possíveis motivos para essa falta, como por exemplo, a desorganização e ingerência dos responsáveis pela assistência farmacêutica.

Outro fator que chama atenção nos depoimentos é a idéia de que o governo oferece a medicação, como se fosse uma dádiva, um favor. Ao contrário, a lei assegura e o governo deve garantir que todo cidadão tenha acesso aos medicamentos que necessitar, pois estes já foram pagos anteriormente através dos impostos.

Eu sei que existem erros né porque o sistema é falho, mas eles poderiam se precaver né, uma demanda pra tantos remédios no mês que vem, mas acontece muito isso, ai o remédio é muito caro, uma caixa e 100, 20 reais, 200 reais (Chateaubriand).

No entanto, há um discurso institucionalizado de que a escassez de medicamento acontece em todo lugar. Isso pode ser confirmado através de notícias e de pesquisas como a realizada pelo Idec que ratifica a falta de medicamentos nas unidades dos municípios pesquisados.

Esse contexto gera um descontentamento com o serviço de saúde e desestimula a mobilização e denúncia por parte dos que são lesados e violados institucionalmente: nós cidadãos.

- ***Violência do Desrespeito***

A interação estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário, desde o momento em que este procura assistência na unidade de saúde, segundo Starfield (2004), contribui para o estabelecimento de relações de longa duração e para o alcance da efetividade da atenção.

Portanto, a unidade de saúde é um espaço de relações de poder entre profissionais e destes com os usuários. Ao tratar das questões de poder, Foucault (2004), expõe que têm sido um dos principais entraves aos projetos de desenvolvimento da humanidade, sendo este problema, parte do cotidiano do trabalho, nas relações entre os técnicos, entre técnicos e a comunidade ou até mesmo, dentro da própria comunidade.

A violência se apresenta nesse contexto adquirindo várias facetas que surgem e se reproduzem no cotidiano da assistência. O tratamento desrespeitoso contra a pessoa idosa acontece nas unidades de saúde é apontado pelos profissionais entrevistados.

É impressionante você senta com o grupo de idosos eles dizem porque eu gosto de vir pro CRAS? Porque eu chego no CRAS todos falam comigo, todo mundo me abraça, todo mundo me conhece, porque eu não gosto de ir pro CSF? Porque, ela usa um palavrão né, porque aquela tal, passa pela gente ai diz: vá lá (Chateaubriand).

Mas a questão da consciência né, do respeito, é ate questão de educação, porque a questão mais comum que a gente ver é a questão do desrespeito, da impaciência com os idosos né, por ser um pouquinho mais debilitado, mais lento, mais devagar as pessoas não tem tanta paciência, principalmente em filas de banco, posto de saúde (Hillman).

O banco abre dez horas né, sete horas e oito horas eles estão lá na fila e ficam no posto de saúde do mesmo jeito (Schweitzer).

E como se no PSF não tivesse prioridade né de fila pra eles né, eles falam muito isso (Hillman).

Observa-se que há depoentes que apontam o desrespeito relacionando com a violência e houve quem relacionasse a violência institucional com as longas filas e a demora no atendimento, que qualificam como desrespeito por não atender o idoso com prioridade no atendimento.

A violência institucional acontece nos diversos serviços de saúde, mas é resguardada pelo silêncio e falta de conhecimento dos usuários, inclusive dos profissionais. Na pesquisa de Berzins (2009) esse comportamento abusivo, omissivo e de descuido dos profissionais de saúde para a pessoa idosa está relacionado à forma como a sociedade percebe a velhice.

Sendo assim, profissionais de saúde necessitam de uma formação que possibilite acolher, cuidar dos usuários de forma humanizada considerando os princípios do SUS e o estabelecido pelos Códigos de Ética de cada profissional. Essa lacuna é perceptível nas falas dos depoentes desse estudo.

Minha vizinha que deveria ser uma profissional preparada pra aquilo, vai logo dizendo: - fulaninho, ele vai passar bem rapidinho. Isso acontece muito, as pessoas vão e quando chega lá a incrível da pessoa ainda é amiga da médica, da enfermeira e além de se consultar que deveria ser rápido, batem um papinho, tomam a frente, aquela coisa toda entendeu? Aqui é visível, elas colocam muito isso, vou entrar porque fulano [...] (Chateaubriand).

Assim como já foi falado a questão assim de que muitos profissionais que trabalham no posto não são preparados né, da melhor forma né e acabam que não tratando o idoso como ele deveria ser tratado e também a falta de medicamento, acho que isso seria uma das maiores violências né, a maioria dos idosos não tem condições de comprar aqueles remédios né que são caros (Rousseau).

Os entrevistados além de apontar o despreparo dos profissionais de saúde que atendem aos idosos, evidenciam o desrespeito de alguns profissionais no momento de espera da consulta.

Quanto à essa manifestação de violência institucional contra o usuário há um consenso nos discursos dos idosos e profissionais participantes desse estudo, os quais apontam ações de privilégio aos conhecidos desconsiderando o fluxograma e desrespeitando aquele usuário que aguarda sua vez de atendimento.

Vale salientar que esse comportamento é corriqueiro em outras áreas de instituições públicas e privadas e devem ser combatidas no dia a dia. Berzins (2009) expõe em seu estudo que o idoso não se sente seguro a combater essas ações por temer não ser atendido.

No Estatuto do Idoso, em seu capítulo IV que versa sobre o Direito à Saúde é destacado a qualificação dos profissionais.

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003).

Os profissionais entrevistados apontaram como fator positivo da Atenção Primária a estrutura física. Esse apontamento é ressaltado como importante para o acesso do idoso que busca o serviço de saúde.

Os nossos CSFs daqui de Sobral foram feitos pensando nas vulnerabilidades, na deficiência, são muito bem estruturados, realmente modelo né. Existem ainda os antigos, mas que estão sendo aprimorados. Eu acho que a estrutura física e o acesso, é uma coisa que realmente importante para o idoso [...] (Chateaubriand).

Corroborando com a fala do entrevistado, a Estratégia Saúde da Família no município de Sobral vem avançando nas melhorias de sua estrutura.

De acordo com dados do SIAB, no município de Sobral, a Estratégia Saúde da Família conta com cinquenta e seis (56) equipes distribuídas em trinta e um (31) Centros de Saúde da Família, sendo dezoito (18) na sede e treze (13) nos distritos.

O município conta com uma cobertura assistencial de 78% da população, o que equivale a 214.206 pessoas acompanhadas. Essas melhorias estruturais são fatores que contribuem para o acesso e acessibilidade dos idosos, mas não são suficientes para diminuir as violências apontadas nos serviços de saúde.

Para finalizar, ainda que tenha separado por codificação temática a violência institucional na Análise do Discurso dos entrevistados, é proficiente apreendê-las como violências que compõem uma totalidade, pois os termos "da peregrinação", "da escassez" e "do desrespeito" estão interligados e podem ser muito bem utilizados para qualificar as manifestações de violência institucional evidenciadas nesse estudo.

6. CONCLUSÃO

Trabalhar com as percepções dos idosos e profissionais do Serviço de Convivência de Sobral sobre violência institucional fez surgir muitos questionamentos e o desejo de se compreender a lógica que perpassa tais representações, bem como a relação destes com a realidade social. Assim, ressalta-se a importância de se verificar as formas de apreensão e o sentido que esses sujeitos sociais elaboram acerca da realidade vivenciada cotidianamente.

A violência afeta toda a sociedade, mas torna-se mais grave quando acontece contra os grupos mais vulneráveis como crianças, idosos, mulheres, dentre outros.

Além disso, a violência é uma categoria polissêmica com diversas concepções e que se expressa de diferentes formas. Corroboro com Adorno (1988), por entender a violência como uma forma de relação social interligada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência, expressando padrões de sociabilidade, modos de vida, comportamentos vigentes em um determinado momento de seu processo histórico.

O estudo voltou-se para a violência institucional que se faz presente no cotidiano e nos processo de trabalho dos serviços de saúde, embora não seja percebida pelos profissionais e usuários. O presente estudo ratificou mais uma vez o que outros estudos expõem sobre o desconhecimento, a invisibilidade e a naturalização da violência institucional, pois ela não é percebida pela sociedade como violência.

A escolha metodológica de utilizar uma Avaliação em Saúde já reconhecida como o PMAQ foi proficiente para identificar evidências de violência institucional contra o idoso. É válido ressaltar que o Ministério da Saúde realiza essa avaliação com apenas quatro usuários quaisquer que estejam na unidade de saúde avaliada e por isso seus resultados não traduz a ótica dos idosos atendidos pelo serviço.

A avaliação possibilitou inferir evidências de violência institucional, mas também se torna um instrumento avaliativo que poderá contribuir para profissionais de saúde e gestores da Estratégia Saúde da Família de Sobral.

Considerando que toda a avaliação de política ou programa tem seus limites de alcance, reitero que a avaliação realizada tem seus limites impostos pelo o caráter objetivo expresso na abordagem quantitativa. A realidade dos serviços de saúde mostrou diversos aspectos que necessitam ser avaliados e analisados, mas que não convinha por não ser

objetivo do estudo e também pelo pouco tempo. É importante ampliar a avaliação para uma análise crítica e minuciosa a fim de complementar os modelos avaliativos.

A avaliação aponta que a Atenção Primária de Sobral tem garantido o acesso, a marcação de consulta, uma boa acolhida à demanda espontânea, uma boa estrutura física aos seus idosos. Os idosos avaliados demonstraram satisfação com o tempo e distancia da unidade a sua casa, conseguem marcar consultas em sua unidade de saúde, sentem-se bem acolhidos, respeitados e cuidados pelos profissionais de saúde. Esses aspectos, somados com a resolutividade fortalecem o vínculo entre idosos e profissionais ao ponto que diante das dificuldades os idosos não desejam mudar de equipe ou serviço.

As insatisfações dos idosos na avaliação estão relacionadas às questões do processo de trabalho como interferências de outros profissionais na hora do atendimento, a ausência de exame físico nas consultas e de visitas domiciliar de outros profissionais, que não seja o Agente Comunitário de Saúde; A maior insatisfação apontada foi a escassez de medicamentos e a demora para consultas e exames especializados. Essas fragilidades são necessidades de saúde dos idosos e se configuram como violência institucional cometida pela Estratégia Saúde da Família - ESF.

De uma forma generalizada, gestores da política, profissionais e, por seguinte a sociedade civil discursam de que as violações postas são normais e acontecem em todo local. Essa ótica acomodada e institucionalizada só nos distancia dos preceitos constitucionais do direito à saúde e desestimula na luta pela garantia desse direito.

Em suma, a avaliação mostra um diagnóstico sobre o serviço prestado pela Atenção Primária no município de Sobral partir de um grupo etário específico que mais utiliza o serviço: os idosos.

Já na Análise de Discurso dos profissionais do Serviço de Convivência acerca da velhice e a da violência contra o idoso, atentou-se para contradições em alguns momentos, demonstrando a necessidade de uma melhor compreensão da problemática. Verifica-se, através das falas dos profissionais em pauta, que a violência continua sendo um tema polêmico, com o qual a sociedade se depara diariamente.

Quanto a violência investigada nesse estudo, os entrevistados conheciam várias tipificações, exceto a violência institucional. No entanto apontaram diversas manifestações de violência institucional como a peregrinação em busca de atendimentos, a falta de medicamentos, o desrespeito dos profissionais como problemas enfrentados no acesso aos

serviços de saúde. Mais uma vez se tem um discurso que não se percebe a violência presente, ou seja, ela é invisível. Os motivos para essa invisibilidade estão relacionados à desinformação e ao despreparo dos profissionais.

Portanto se recomenda melhorar a qualificação dos profissionais a partir formação sobre velhice, gerontologia e violências. Essa recomendação é válida para qualquer profissional que atue direta ou indiretamente com idosos. O conhecimento das manifestações dos diferentes tipos de violência é necessário para uma intervenção mais humanizada e qualquer investimento voltado para os idosos na atualidade refletirá no futuro que nos espera.

Nas mídias de massa quando aparecem situações de violência institucional, outro termo lhe é atribuído, como por exemplo, peregrinação, longas filas de espera e etc. A violência institucional acontece silenciosamente e por isso requer maior divulgação e conhecimento da sociedade sobre esse tipo de violência.

Este estudo, além de apresentar as percepções dos idosos e profissionais do Serviço de Convivência sobre o atendimento prestado aos idosos no município de Sobral, traz reflexões sobre a complexidade do abuso aos idosos que se inicia nas concepções negativas e estereotipadas do processo de envelhecimento presentes na sociedade contemporânea. Estas, por si só, geram desvalorização, discriminação, rejeição, despersonalização da pessoa idosa tornando-a mais vulnerável a outros abusos.

REFERENCIAS

- ABREU FILHO, Hélio *et AL.* **Comentários sobre o Estatuto do Idoso.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (organizadoras). **Família: redes, laços e políticas públicas.** 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002
- ARENDT, H. **A condição humana.** 12ª edição. Rio de Janeiro: Forense – Universitária 2014.
- ARENDT, H. **Sobre a violência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009
- BARROS, Myriam Moraes. **Velhice ou Terceira Idade?** Estudos Antropológicos sobre identidade, memória e política. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- BAPTISTA, M. N. **Suporte familiar e violência.** In: Romaro, R.A. Capitão, C.G.. As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Vetor, 2007.
- BATTINI, O.; COSTA, L. C. da. **Estado e políticas públicas: contexto sócio-histórico e assistência social.** In: SUAS – Sistema Único de Assistência Social em debate. CIPEC. São Paulo: Veras, 2007.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** Trad. de Maria Helena Franco Monteiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEHRING, Rossetti Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva - **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada.** (Revista de Serviço Social). Ano XXIV- Nº75-2003. Cortez, São Paulo. p.20.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso:** Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília - DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso – LEI nº 10.741/03, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata.** 5ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. Disponível em : bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../763/estatuto_idoso_5ed.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012.

GIOVANELLA et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Revista MDS. Nº 1. Brasília, DF: Ascom, agosto 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. Conselho nacional de assistência social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004. São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL. Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: MDS/CNAS, 2009.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. Brasília – DF: 2005.

BRASIL. Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso – PNASI. Brasília – DF: Outubro/2006;

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Brasília – DF: Julho/1996

BRASIL . Projeção da população do Brasil. IBGE. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, 30 mar. 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à Saúde**. Brasília: MS, 2004. 296 p.

BORGES, P.L DE C.; et al. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: vol.24, n.12, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia. e KANSO, Solange. **Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados**. IPEA: Texto para Discussão nº 1.426, Rio de Janeiro, 2009.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

CARVALHO, M. C. Brant. **A Política de Assistência Social e seu reordenamento**, Revista Serviço Social e Sociedade. Rio de Janeiro: Cortez, 2006

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. Ed. Ática, São Paulo, 2000.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COTTA, Rosângela MINARDI MITRE et al. **A Satisfação dos Usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde**. Scientia Medica, Porto Alegre, PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito Fundamental à Saúde**. Evolução, Normatização e Efetividade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005

DAHLBERG, Linda L. and KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11.

DESLANDES, Suely F. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 25 ed. Revista e atualizada. – Petropolis, RJ: Vozes, 2007.

DIEHL, C. A.; SOUZA, M. A.; DOMINGOS, L. E. C. **O uso da estatística descritiva**. ConTexto, Porto Alegre, v. 7, n. 12, 2º semestre 2007

FELISBERTO, Eronildo. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.553-563, 2006

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

_____. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre. Bookman; Porto Alegre, Artmed. 2002.

FREITAS, C.A.S.L. **O idoso vítima de violência: desafios do sistema de saúde para o enfrentamento do fenômeno**. Fortaleza, 2011. 189p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, – Universidade Federal do Ceará, 2011.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. volume 2 / Fundação Oswaldo

Cruz... [et al.] – Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

_____. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDMAN, S. N. **Velhice e direitos sociais**. In: Sara Nigri Goldman; Serafim Fortes Paz. (Org.). Envelhecer com cidadania. 1 ed. Rio de Janeiro: Timing Publicidade, 2000, v. 1, p. 13-42.

HADDAD, E.G.M. **O direito à Velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo Cortez, 2007.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). **Relatório mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LUIZA VL. **Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde**. RIOPHARMA, v. 11, n.52, p. 4, nov.-dez., 2002.

MARTINEZ, S.D.T. Rede Criança Prudente. **Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher**. Disponível em: http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16. Acesso em 10 de jun. 2015.

MARX, K. O capital. Crítica da economia política. São Paulo: abril cultural.1983

MASCARENHAS, M.D.M. et. Al. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil em 2010**. Disponível em www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf

MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é Velhice**. (Coleção Primeira Passos).São Paulo: Brasiliense, 1997.

MATTOS RA. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. In: Pinheiro R, Matt os RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 45-59.

MATTOS RA. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: Abrasco/UERJ/Cepesc; 2006.

MENDES, A. da Cruz Gouveia. **Delicadeza esquecida: avaliação da qualidade das emergências**. RECIFE Ed. universitária da UFPE, 2010

MENDES, E. G. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local.** In: MENDES, E. G. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998

MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO-SOUSA, G. C. de; BARBOSA, A. A.; COSTA, I. C. C. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.** Rev. salud pública, vol. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. – São Paulo, SP: Hucitec, 2010

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Visão Antropológica do Envelhecimento Humano.** São Paulo. SESC: PUC, 2006

_____. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006

NERI, Anita Liberalesso. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher,** GERP 2001

NERI, Anita Liberalesso (org.). **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Fundação Percebe Abramo, Edições SESC, 2007

ODÁLIA, Nilo. **O que é Violência.** São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

OLIVEIRA, J.A. de A. e TEIXEIRA, S.M. Fleury **.(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petropolis: Vozes, 1989.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.1948.** Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php Acesso em 29 .

PAIM, J.S.; SILVA, L.M. V. **Desafios e Possibilidades de Práticas Avaliativas de Sistemas Universais e Integrais de Saúde.** In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R. (Org.)Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.Rio de Janeiro: CEPESC, 2006

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital.** 1.ed. – São Paulo: Cortez, 2014

PEIXOTO, Clarisse. **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.** In: BARROS, Miriam Moraes, Lins de (Org.). Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro.** In: Ser Social nº10. Programa de Pós-graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Janeiro a Junho de 2002.

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. 100 p.

POPE, Catherine. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Catherine Pope, Nicholas Mays; trad. Ananyr P. Farjado. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed,2009.

RIBEIRO, Oscar e PÁUL, M. Constança. **Manual de Gerontologia Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento**. Lisboa: Editora Lidel, 2012.

RODRIGUES, R.A.P. et al. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. Texto & contexto.vol.16 no.3 Florianópolis July/Sept. 2007.

RODRIGUES, N.C. **Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica**. Estudos Interdisciplinares Envelhecimento. 2001

ROMERO DE. **Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros**. Ciências & Saúde Coletiva 2002; 7:777-94

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 2ed. São Paulo: Hucitec,1994

SAMICO, I et al. **Avaliação em Saúde – bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBrook,2010.

SAFFIOTI, H. I.B. **Violência doméstica ou a lógica do galinheiro**. In: Kuptas,M. **Violência em Debate**, São Paulo: Ed. Moderna,1997.

SÁNCHEZ., Salgado Carmen Delia. **MULHER IDOSA: a feminização da velhice**. Estudos. Interdisciplinares sobre Envelhecimento, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA**. Ciencia Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006.

SAVASSI, Leonardo C. M. **A Satisfação do Usuário e a Autopercepção da Saúde em Atenção Primária**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010.

SOBRAL. In: ENCICLOPÉDIA dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE, 1959.v.16, p. 512-523. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv27295_16.pdf. Acesso em: jan. 2015

SPOSATI, Aldáza de Oliveira. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**, 8.ed. São Paulo:Cortez, 2003.

SPOSATI, A de O. **Conjuntura da assistência social brasileira**. In: Cadernos ABONG. nº 19, outubro 1997.

STARFIELD B. **Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”** In: Starfield B, organizador. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. Cortez, 2008

TRAVASSOS,C.; MARTINS, M. **Uma Revisão sobre os conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. **A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político.** Opin. Publica, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001

APÊNDICES

**APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
PARA IDOSOS DOS SERVIÇOS DE CONVIVÊNCIA**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa "**PERCEPÇÕES DOS IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA EM SOBRAL SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**", de responsabilidade de Alberlane Pereira de Matos Barros, discente do Mestrado acadêmico em saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. O objetivo de sua participação nesta pesquisa é para verificar a percepção e satisfação dos idosos do SCFV atendidos na ESF e relacionar com a violência institucional conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Todos os esclarecimentos que necessite serão informados antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Todos os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. Será garantida a manutenção do sigilo, confidencialidade e privacidade dos dados, antes, durante e após o término da pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de um Formulário com perguntas fechadas e preenchidas pelo entrevistador. O tempo estimado é de 25 minutos. É para estes procedimentos que você está sendo convidada a participar. Espera-se que com esta pesquisa possamos subsidiar o gestor da política pública de saúde no planejamento e na realização de ações voltadas para a melhoria do atendimento prestado aos idosos nos serviços públicos de saúde do município de Sobral, assim como reduzir a ocorrência da violência institucional.

Sua participação é voluntária e livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você. Entretanto, caso se sinta constrangido (a) em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar por meio do telefone (85) 99418846 ou pelo e-mail lanepmatos@hotmail.com.

Os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de uma oficina sobre violência institucional no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto será revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. CEP/UVA.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o participante. Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº. 186, Derby, Sobral - CE, telefone: (88) 3677- 4242.

Atenciosamente,

Pesquisador

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende verificar a percepção e satisfação dos idosos do SCFV atendidos na ESF e sua relação com a violência institucional, realizado pelas pesquisadoras Alberlane Pereira de Matos (mestrando) e Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (Orientadora). Compreendi seus propósitos, concordo em participar da pesquisa.

Sobral, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PARA OS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE CONVIVÊNCIA

Caro(a) Profissional, você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique todas as folhas e assine ao final deste documento, com as folhas rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisa: PERCEPÇÕES DE IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA EM SOBRAL SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Alberlane Pereira de Matos (mestrando)- lanepmatos@hotmail.com
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (orientadora)-cibellyaliny@gmail.com

Esta proposta de pesquisa tem por meta analisar as percepções dos idosos e profissionais do Serviço de Convivência sobre a violência institucional no serviços de saúde da Atenção Primária, considerando o conceito de violência institucional preconizado pelo Ministério da Saúde. O objetivo de sua participação nessa pesquisa será para analisar a compreensão dos Profissionais dos Serviço de Convivência de Sobral acerca da Velhice e Violência Institucional contra a pessoa Idosa.

Sua participação na pesquisa ocorrerá durante a realização dos grupos focais, onde suas ideias estarão sendo gravadas. Informo que o pesquisador fará de tudo para evitar pressão para respostas, o julgamento das respostas, o menosprezo das informações repassadas, o uso de termos pejorativos ou expressões não politicamente corretas. É importante também que você se sinta livre para o uso da palavra com sugestões e correção de conteúdos apresentados pelo pesquisador.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados a:

1. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a comunidade acadêmica e em especial para o Sistema de Saúde Escola de Sobral. Além de concorrer para a melhoria da atenção à saúde da população idosa, servindo como norteador para o planejamento e realização de ações relacionados a Saúde do Idoso na atenção primária do município.

2. Suscitar reflexões sobre velhice e violência com os profissionais dos Serviços de Convivência que atuam com idosos, para que estes se sensibilizem e conheçam melhor as concepções acerca do tema a fim de possibilitar uma reorientação destas práticas.

O percurso metodológico que torna possível o aproveitamento de suas reflexões na pesquisa realizada é de natureza qualitativa numa abordagem sistêmica, que não produz dados estatísticos em suas análises, embora possa usar dados quantificados de outras pesquisas como uma complementaridade a seus resultados. Ou seja, os dados coletados não sofrem processos estatísticos porque o objetivo deste tipo de pesquisa é a organização de conceitos e teorias a partir das experiências, comportamentos, emoções e sentimentos que você irá nos passar via grupo focal. Nesse sentido a sua contribuição é extremamente valiosa e será o ápice da pesquisa. A análise dos dados será interpretativa com o pesquisador confrontando as informações

construídas com os objetivos da proposta, classificando se necessárias às mesmas e interpretando a luz do marco teórico escolhido.

Os resultados do estudo serão divulgados durante a defesa da dissertação da mestranda Alberlane. Garantimos que durante esta divulgação dos resultados seu nome será resguardado e, a não ser que deseje, não se fará menção ao seu nome ou outros dados que o identifique.

Finalmente, que você entenda que a sua participação é livre e que a retirada de seu nome como informante não implicará em nenhum prejuízo nas relações profissionais e / ou pessoais que mantemos. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Maria Selma Vasconcelos Carneiro,444, bairro Renato Parente CEP: 62.033-025, Sobral – CE. Telefone: (85)99941-8846 ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocéllo Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: (88)3677-4255. Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Nome _____ do _____ Pesquisador:

Assinatura _____ do _____ Pesquisador:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado,
concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato:

Pesquisador Responsável:

Telefone para contato:

APENDICE C - ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

Objetivo do Grupo Focal: Analisar a compreensão dos Profissionais dos Serviço de Convivência de Sobral acerca da Violência Institucional contra a pessoa Idosa.

Debate e reflexão dos profissionais a partir de dois momentos com as seguintes questões-chave:

1º Abordagem sobre Idoso:

- O que é Velhice e Idoso para você?
- Há quanto tempo você trabalha com idosos?
- Como os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento se atualizam no cotidiano de trabalho?

2º Abordagem sobre Violência:

- Quais os tipos de violência contra o idoso que você conhece?
- Como você percebe o acesso dos idosos aos serviços de saúde
- O que você entende por violência institucional nos serviços de saúde?(será explicitado o entendimento desse conceito pelo moderador durante a interação com o grupo)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. escolaridade:
5. Cor:
6. Situação conjugal:
7. Religião:
8. Renda Familiar:
9. Com quem mora?
10. Reside com alguma pessoa Idosa? () sim () nao
11. Centro de Saúde da Família (CSF) que faz parte?

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA OS IDOSOS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA ATENDIDOS NA ESF.

Objetivo: verificar a percepção e satisfação dos idosos do SCFV atendidos na ESF

III.1 - Identificação do Usuário			
III.1.1	Sexo		Masculino
			Feminino
III.1.2	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?		Anos
III.1.3	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Branca
			Preta
			Amarela
			Parda/mestiça
			Indígena
			Ignorada
III.1.4	Até quando o(a) senhor(a) estudou? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
			É alfabetizado (sabe ler e escrever)
			Ensino fundamental incompleto
			Ensino fundamental completo
			Ensino médio incompleto
			Ensino médio completo
			Ensino superior incompleto
			Ensino superior completo
			Pós-graduação
III.1.5.0	O senhor trabalha?		Sim
			Não
III.1.5	O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?		Sim
			Não
III.1.6	Qual o valor? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Menos de 1 salário mínimo
			De 1 a 3 salários mínimos
			De 4 a 6 salários mínimos
			De 7 a 9 salários mínimos
			Mais de 10 salários mínimos
III.2 - Acesso aos serviços de saúde			
III.2.1	O senhor é beneficiário do Bolsa Família? <i>Se NÃO, passar para a questão III.4.4.</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.2.2	A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente? <i>Se NÃO, passar para a questão III.4.4.</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.2.3	Por qual(ais) motivo(s) não recebe? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
			Porque a família saiu do critério do programa
			Não comprovou as condicionalidades

			Outro(s)
III.2.4	Algum profissional da equipe de saúde dessa Unidade já falou com o(a) senhor(a) sobre o Programa Bolsa Família?		Sim
			Não
III.3 - Acesso aos serviços de saúde			
III.3.1	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos
			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos
			140 minutos
			150 minutos
			160 minutos
			170 minutos
			180 minutos
			190 minutos
			200 minutos
			210 minutos
	220 minutos		
	230 minutos		
	240 minutos		
	Mais de 240 minutos		
	Não sabe/não respondeu/não lembra		
ES - III.3.2	Chegar até essa unidade de saúde é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Muito fácil
			Fácil
			Razoável
			Difícil
			Muito difícil
III.3.3	A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Segunda
			Terça
			Quarta
			Quinta
			Sexta
			Sábado (exceto em campanha de vacinação)
			Domingo (exceto em campanha de vacinação)
III.3.4	Em que horário a unidade funciona? <i>Se SIM para NOITE, não abre a opção de resposta. À NOITE na questão III.5.8. Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Manhã
			Tarde
			Noite
III.3.5	A equipe divulga o horário que a unidade funciona?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.5.1	Excluindo as campanhas de vacinação, a unidade funciona no sábado? <i>Se SIM, não abre a opção de resposta AOS</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

	SÁBADOS na questão III.5.8.		
Sobre o horário de funcionamento da Unidade de Saúde:			
III.3.6.0	A unidade possui horário fixo de funcionamento? <i>Se NÃO, passar para a questão III.5.7.</i>		Sim
			Não
			Não há horário fixo de funcionamento
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.6.1/2	Em que horário abre?		
III.3.6.2/3	Em que horário fecha?		
ES - III.3.7	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.3.8	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Mais cedo pela manhã
			À tarde até às 18 horas
			À noite
			Aos sábados
			No horário de almoço
			Domingo
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.4 - Marcação de consulta(s) na unidade de saúde			
III.4.0	Essa unidade de saúde faz marcação de consulta? <i>Se NÃO, passar para a questão III.6.2.</i>		Sim
			Não
ET - III.4.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Marca por telefone
			Marca pela internet
			Vai à unidade e marca o atendimento
			Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila
			Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha
			O agente comunitário de saúde marca a consulta
			Outro(s)
ES - III.4.2	Na maioria das vezes, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu/não lembra
			Nenhuma das anteriores
ES - III.4.3	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.4.4	Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Com hora marcada
			Em horários ou turnos definidos do dia
			Por ordem de chegada

	<i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Encaixe
			Outro(s)
III.5 - Acolhimento à demanda espontânea			
ES - III.5.1	O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada? <i>Se NÃO, passar para a questão III.7.4.</i>		Sim
			Não
III.5.2	Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Muito bem
			Bem
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.5.3	No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.5.4	A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos
			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos
			140 minutos
			150 minutos
			160 minutos
			170 minutos
			180 minutos
			190 minutos
			200 minutos
			210 minutos
			220 minutos
	230 minutos		
	240 minutos		
	Mais de 240 minutos		
	Não sabe/não respondeu/não lembra		
III.5.5	Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Médico
			Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Não sabe/não respondeu
			Outro(s)
III.5.6	senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência? <i>Se NÃO, passar para questão III.7.9.</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

III. 5.7	senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite? <i>Se Não, abrir a questão III.7.9.</i>		Sim
			Não
III. 5.8	Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Outro(s)
III. 5.9	O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos?		
III. 5.9.1	Retira furúnculo		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.2	Retira unha		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.3	Retira "corpo estranho" do ouvido		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.4	Dar ponto		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.5	Retira ponto		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.6	Faz curativo		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.7	Faz nebulização		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III. 5.9.8	Faz injeção		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

III.6 - Atenção integral à saúde		
III.6.1	Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.6.2	O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.6.3	Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico, examinam o seu corpo, sua garganta, a sua barriga? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
ES - III.6.4	Para ajudar na sua recuperação, os profissionais orientam o senhor(a) em relação a necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Não sabe/não respondeu
		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
III.6.5	Os profissionais de saúde orientam o senhor(a) sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Não sabe/não respondeu
		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
ES - III.6.6	Além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Não sabe/não respondeu
		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
ES - III.6.7	O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Não sabe/não respondeu
		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
ES - III.6.8	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Não sabe/não respondeu
		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
ES - III.6.9	Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas?	Não sabe/não respondeu
		Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca

	<i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Não sabe/não respondeu
III.7 - Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado			
ES - III.7.1	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ES - III.7.2	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ES - III.7.3	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
ES - III.7.4	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo enfermeiro? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Não sabe/não respondeu
			Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
III.7.5	Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?		Nunca
			Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - III.7.6	Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
ES - III.7.7	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Não sabe/não respondeu
			Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
ET - III.7.8	Na maioria das vezes, o(a) senhor(a) consegue tirar as dúvidas: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Não precisou tirar dúvidas
			Não sabe/não respondeu
			Por telefone
			Por e-mail
			Indo à unidade de saúde
ES - III.7.9	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Falando com o ACS
			Outro(s)
			Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Nunca interrompeu o tratamento ou faltou consulta
	Outro(s)		
	Não sabe/não respondeu		

III.7.10	Como lhe procuram? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Vai à sua casa
			Por telefone
			Por e-mail
			Outro
III.8 - Coordenação do Cuidado			
III.8.0	O senhor já precisou ser encaminhado para outro profissional em outro serviço de saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.1	Quando é necessário ser encaminhado(a) para outro(s) profissionais em outro(s) serviços, o senhor sabe como é marcada a consulta? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois
			A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas
			O(a) senhor(a) recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional
			Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que deseja
			Não sabe/não respondeu/não lembra
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois
III.8.2	O(a) senhor(a) encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9 - Visita Domiciliar			
ES - III.9.1	O agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?		Sim
			Não
			Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro
			Não sabe/não respondeu
ES - III.9.2	Com qual frequência outro(s) profissionais da equipe de saúde visitam a casa do(a) senhor(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10 - Hipertensão Arterial Sistêmica			
III.10.1	Alguns médicos lhe disseram que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)? <i>Se Não, passar para o bloco III.13.</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.10.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? <i>Se NÃO, passar não abre as questões III.12.4</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

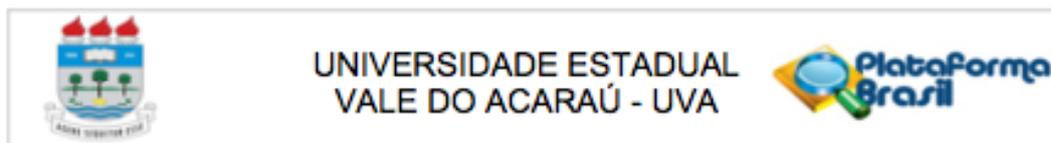
	<i>e III.12.5.</i>		
G - III.10.3	Na(s) consulta(as), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.4	O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?		Creatinina Perfil lipídico Eletrocardiograma Nenhuma das opções anteriores
III.10.5	O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre Na maioria das vezes Quase nunca Nunca Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.6	O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
III.11 -Diabetes mellitus			
III.11.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? <i>Se NÃO, passar para o bloco III. 14.</i>		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.11.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.11.3	O(a) senhor(a) fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.11.4	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
III.11.5	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?		Sempre Na maioria das vezes Quase nunca Nunca Não sabe/não respondeu/não lembra
III.11.6	O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?		Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12 - Satisfação do Usuário			
<i>Sobre as condições de higiene e limpeza desta Unidade de Saúde</i>			
ES - III.12.1	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:		Estão em boas condições de uso Estão em boas condições de limpeza Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera Nenhuma das anteriores

G - III.12.2	Como o senhor avalia as instalações da unidade? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
III.13 - Satisfação com o cuidado			
G - III.13.1	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Esta unidade não entrega medicamento
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.13.2	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? <i>Se Não, passar para questão III.15.4.</i>		Sim
			Não
III.13.3	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i> <i>O avaliador poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		A Unidade é distante da casa do senhor
			Horário de atendimento não atende às necessidades
			Porque não consegue atendimento
			É mal atendido
			Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
ES - III.13.4	O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?		sim
			não
ET - III.13.5	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.13.6	Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.7	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) médico(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver médico na equipe)
III.13.8	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver

	satisfação com cuidado recebido pelo(a) enfermeiro(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		enfermeiro na equipe)
III.13.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) técnico/auxiliar(es) de enfermagem? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver técnico/auxiliar(es) de enfermagem na equipe)
III.13.10	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) agentes comunitários de saúde (ACS)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver agente comunitário de saúde na equipe)
III.13.11	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pela equipe de recepção da Unidade de Saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver equipe de recepção na Unidade de Saúde)
III.13.12	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) gerente da unidade de saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver gerente na Unidade de Saúde)
III.14 - Mecanismos de participação e interação dos usuários			
ES - III.14.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue? <i>Se Não ou Nunca precisou, passar para questão III.15.3. Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.14.2	Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sim, teve rapidamente
			Sim, mas demorou
			Não
			Nunca fez reclamação
			Não sabe/não respondeu
G - III.14.3	O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ET - III.14.4	Na sua unidade de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular ?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE IDOSOS E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA EM MUNICÍPIO DE MEDIO PORTE NO CEARÁ

Pesquisador: ALBERLANE PEREIRA DE MATOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53431616.4.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.509.563

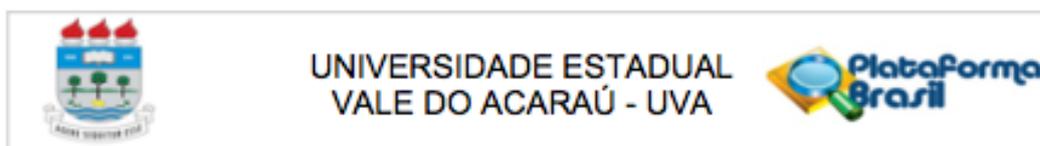
Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Mestrado em Saúde da Família, de natureza descritivo e exploratório, que utilizara as abordagens quantitativa e qualitativa, numa perspectiva de complementaridade. Serão investigadas as ocorrências de violência institucional contra os idosos nos serviços de saúde, bem como a percepção desses idosos da assistência prestada na ESF. Também serão investigados os profissionais do CRAS para compreender como esses percebem o idoso e a violência perpetrada contra eles.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar evidências de Violência Institucional na assistência a saúde pelos idosos do Serviço de Convivência de Sobral – Ceara
- Verificar a satisfação dos idosos com a atenção prestada na Estratégia Saúde da Família;
- Conhecer a visão dos profissionais que atuam no Serviço de Convivência de Sobral sobre Violência;
- Identificar a correlação dos discursos dos idosos e profissionais no que se refere a Violência Institucional nos Serviços de Saúde.

Endereço: Av Comendante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.509.963

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em menor ou maior grau e que o pesquisador deverá envidar esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes e os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepõe aos riscos.

Um possível risco será o de constrangimentos ou temores em relação à negativas de assistência após a participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem estruturado, com apresentação de acordo com as normas científicas, não apresentando problemas de ordem ética impeditivas para sua realização, necessitando apenas de adequações em alguns termos de apresentação obrigatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes, embora sendo apresentado de modo diferente nos documentos anexos. O cronograma apresentado nas "informações básicas do projeto" não está detalhado, embora assim esteja no arquivo projetocompleto_MASF. Destaca-se ainda que o cronograma apresentado denota pesquisa com prazos reduzidos, fato que prejudica a qualidade e confiabilidade do estudo.

Recomendações:

Rever cronograma. Enviar relatório final do estudo após 30 dias da sua conclusão através da aba notificações desta Plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

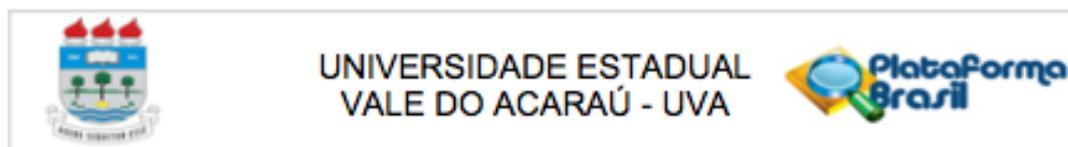
Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_658140.pdf	19/02/2016 14:13:38		Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.509.563

Outros	Autorizacao_pesquisa_ANUENCIA.pdf	19/02/2016 14:12:41	ALBERLANE PEREIRA DE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_SCANEADA.pdf	02/02/2016 16:14:22	ALBERLANE PEREIRA DE	Aceito
Outros	FORMULARIO_ENTREVISTA_ESTRUTURADA_PARA_IDOSOS_SCFV_ATENDIDOS_NA_ESF.docx	02/02/2016 16:38:59	ALBERLANE PEREIRA DE MATOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto_MASF_Alberlane.docx	02/02/2016 16:37:48	ALBERLANE PEREIRA DE MATOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IDOSOS_DOS_SCFV_APENDICE1.docx	02/02/2016 16:27:48	ALBERLANE PEREIRA DE MATOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS_DOS_SCFV_APENDICE2.docx	02/02/2016 16:02:05	ALBERLANE PEREIRA DE MATOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 20 de Abril de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
 (Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocécio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO B - Termo de Autorização para realização da Pesquisa



**Prefeitura
de Sobral**

Sobral, 05 de fevereiro de 2016.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- CEP/UVA
A/c. Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Chagas
Coordenadora do CEP/UVA

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Francisca Valdéria Bezerra Ribeiro, secretária responsável pela Secretaria do Desenvolvimento Social e Combate à Extrema Pobreza, venho por meio desta informar a V. Sa. que autorizo a pesquisadora Alberjane Pereira de Matos, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Faculdade de Medicina do Campus de Sobral da Universidade Federal do Ceará - UFC, tendo como parceiros a Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - ESFVS, a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada "Percepções dos Idosos e Profissionais dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV sobre violência Institucional nos serviços de saúde", sob orientação da Prof.(a). Dra. Cibelly Almy Siqueira Lima Freitas, UVA.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS446/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


Francisca Valdéria Bezerra Ribeiro

Francisca Valdéria Bezerra Ribeiro
SECRETÁRIA DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À EXTREMA POBREZA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPECIALIZADO E SERVIÇOS DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS
Francisca Valdéria Bezerra Ribeiro

Prefeitura Municipal de Sobral Rua Viriato de Medeiros, 1250 - Centro - Sobral-CE CEP: 62.011-060 Fone: (88) 3677-1100
 CNPJ: 07.596.634/0001-37 Inscrição Estadual: 06.920.258-3 www.sobral.ce.gov.br