



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo**

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR À PESSOA  
IDOSA, EM TERESINA, PIAUÍ**

**Teresina-PI  
2016**

Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR À PESSOA  
IDOSA, EM TERESINA, PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Família, da Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família, Universidade  
Federal do Piauí.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Promoção da saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marize Melo dos  
Santos

Teresina-PI  
2016

**Universidade Federal do Piauí**  
**Serviço de Processamento Técnico**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**

Araújo, Danielle Yasmin Moura Lopes de.  
A658c Conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí / Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo. -- Teresina, 2016.  
69 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2016.  
"Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Marize Melo dos Santos."  
Bibliografia

1. Violência doméstica. 2. Maus-tratos ao idoso. 3. Agentes comunitários de saúde. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 362.8292

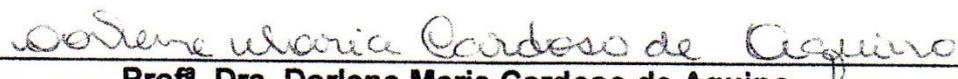
Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR À PESSOA  
IDOSA, EM TERESINA, PIAUÍ**

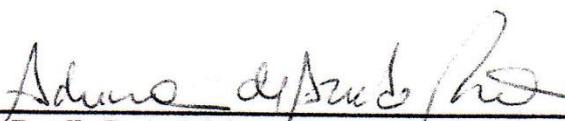
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí.

Banca examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup> Dra. Marize Melo dos Santos**  
Presidente/Orientadora  
Universidade Federal do Piauí

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup> Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
Universidade Federal do Maranhão

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro**  
Universidade Federal do Piauí

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana de Azevedo Paiva**  
Universidade Federal do Piauí  
(Suplente)

Aprovado em 12 de Agosto de 2016  
Teresina-PI

À minha mãe, Narcízia, exemplo de perseverança, honestidade e integridade, por sempre acreditar em mim e no poder de transformação da educação.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por tornar possível a conclusão de mais esta jornada em minha vida.

Ao meu marido, Éverton José, pelo carinho e compreensão incondicionais.

À minha querida tia Eva, a qual sempre acompanhou de perto todos os momentos desta empreitada, por todo incentivo.

À minha avó, Maria, base de tudo para mim e minha família, e demais familiares pelo estímulo.

Ao meu pai Jorge, meus irmãos e minha irmã Samara por todo apoio que me deram no decorrer da pós-graduação.

Aos amigos e colegas de classe pelo companheirismo no decorrer do mestrado e pelo auxílio neste trabalho, em especial à Andrea.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marize Melo, pelos esclarecimentos, estímulo e paciência dispensados a mim.

À Beatriz, aluna de iniciação científica, pela valiosa ajuda na coleta de dados para este trabalho.

Aos professores pelos quais passei no decorrer do mestrado por contribuírem em minha formação profissional, compartilhando conhecimentos e valores éticos nunca esquecidos.

À Universidade Federal do Piauí e à Fundação Oswaldo Cruz por me proporcionar a realização desse mestrado.

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina pela oportunidade de qualificação e por acreditar no meu trabalho.

Aos meus colegas da UBS Karla Ivana, em especial Juliana, Rosimar e demais profissionais da ESF 190 pelo apoio e amizade.

À todos os participantes da minha pesquisa, sem os quais jamais teria alcançado este resultado. E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a execução deste estudo.

“O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer”.

Albert Einstein

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Municipal de Saúde. Teresina (PI), 2016.	29
Tabela 2	Médias dos escores de acordo com as respostas ao questionário segundo o perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016.	32
Tabela 3	Médias dos escores de acordo com as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde ao questionário segundo conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde e treinamento. Teresina (PI), 2016.	34
Tabela 4	Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos tipos de violência familiar contra os idosos por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.	35
Tabela 5	Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos sinais de violência familiar contra os idosos por treinamento. Teresina (PI), 2016.	36
Tabela 6	Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto às suas atribuições por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.	38
Tabela 7	Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à sua função por treinamento. Teresina (PI), 2016.	39
Tabela 8	Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre quem poderia ser comunicado diante um caso de violência familiar contra idosos por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.	40
Tabela 9	Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quantos aos principais agressores dos idosos no contexto familiar. Teresina (PI), 2016.	41
Tabela 10	Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre poder ajudar na identificação e prevenção da violência familiar contra idosos por escolaridade. Teresina (PI), 2016.	41
Tabela 11	Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre poder confirmar casos de violência familiar contra idosos por idade. Teresina (PI), 2016.	42
Tabela 12	Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre requisitos necessários para a confirmação da violência familiar contra idosos por tempo de serviço. Teresina (PI), 2016.	42
Tabela 13	Prática dos Agentes Comunitários de Saúde diante casos de violência familiar contra os idosos, por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.	43

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Conhecimento e leitura do guia do Ministério da Saúde informado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016. 30
- Figura 2 Participação em treinamento sobre violência contra idosos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016. 31
- Figura 3 Dúvidas referidas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a temática da violência contra os idosos. Teresina (PI), 2016. 31
- Figura 4 A média dos escores por nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016. 33

## RESUMO

A violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar é um problema que se agrava e se estende nos dias atuais. É um fenômeno complexo por sua multiplicidade de causas e consequências. A Estratégia Saúde da Família possibilita não apenas a prevenção e identificação de casos, como também o seguimento e acompanhamento dos idosos vítimas, sendo o Agente Comunitário de Saúde o responsável pela articulação entre a comunidade e o serviço de saúde. Este é um estudo transversal, de abordagem quantitativa com o objetivo de investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí. A coleta de dados se deu com a aplicação de um questionário a 308 Agentes Comunitários de Saúde selecionados de forma aleatória simples, onde foram levantadas as seguintes variáveis: idade, sexo, número da equipe da Estratégia Saúde da Família, tempo de atuação, escolaridade e participação em treinamento, além das variáveis conhecimentos, atitudes e práticas no que se refere à violência familiar contra os idosos. O questionário foi estruturado com base na escala de Likert e contou com 45 afirmações, distribuídas em 10 questões. Para cada resposta foi atribuído um valor de 1 a 5, segundo o grau de concordância e o tipo de afirmação, cujo somatório ao final do questionário gerou um escore total para cada profissional. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o Processo Nº 1346100. Na pesquisa prevaleceu profissionais do sexo feminino (79,2%), da faixa de 37 a 45 anos (39,6%) e com ensino médio completo (59,1%). Verificou-se que o sexo, o tempo de serviço e o treinamento não influenciaram significativamente o resultado. Já quanto maior a idade pior o desempenho no questionário. Observou-se que a maior escolaridade e o conhecimento prévio do guia influenciaram positivamente e significativamente o desempenho destes profissionais. Concluiu-se que os conhecimentos desses profissionais são limitados, envolvendo questões básicas da violência familiar contra idosos, por vezes, insuficientes para a abordagem junto à população alvo, favorecendo atitudes inadequadas. Além disso, muitos profissionais discordaram das práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica. Maus-Tratos ao Idoso. Agentes Comunitários de Saúde.

## ABSTRACT

Violence against elderly people in the family is a problem that is getting worse and extends today. The Family Health Strategy provides not only the prevention and identification of cases, as well as the follow-up and monitoring of elderly victims and the Community Health Workers is responsible for the articulation between the community and the health service. This is a cross-sectional study with a quantitative approach with the objective to investigate knowledge, attitudes and practices of the Community Health Workers in situations of family violence to the elderly in Teresina, Piauí. The data collection was carried out with the application of a questionnaire to 308 Community Health Workers selected by simple random sampling, where the following variables were raised: age, sex, Family Health Strategy team number, time in the job, schooling and training participation, beyond variables knowledge, attitudes and practices with regard to domestic violence against the elderly. The questionnaire was structured based on the Likert scale and included 45 statements, divided into 10 questions. For each response assigned a value of 1 to 5, according to the degree of agreement and the type of statement, whose sum at the end of the questionnaire generated a total score for each professional. The Ethics Committee of the Federal University of Piauí approved this study in the process No. 1,346,100. In the research prevailed female professional (79.2%), the range 37-45 years (39.6%) and with high school education (59.1%). It was found that gender, length of service and training did not significantly influence the results. Higher the age, worst performance in the questionnaire was detected. It was observed that the higher education and the manual prior knowledge influenced positively and significantly the performance of these professionals. It was concluded that the knowledge of these professionals are limited, involving basic issues of family violence against seniors, sometimes insufficient to address the target population, favoring inappropriate attitudes. In addition, many professionals disagreed with the Recommended Practices by the Ministry of Health.

**Key words:** Domestic Violence. Elder Abuse. Community Health Workers.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Objetivos .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Justificativa .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 A família e o processo de envelhecimento .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Violência familiar contra a pessoa idosa .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Atenção à saúde do idoso e o Agente Comunitário de Saúde .....</b>	<b>19</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Local, Participantes do Estudo e Amostragem .....</b>	<b>23</b>
<b>3.3 Instrumento e Operacionalização da Coleta de Dados .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4 Análise Estatística .....</b>	<b>26</b>
<b>3.5 Aspectos Éticos .....</b>	<b>27</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Antigamente, para se considerar família era necessário existir matrimônio e esse gerar parentesco entre as partes. Hoje, entende-se que o conceito, a estrutura e a composição das famílias variam conforme o tipo de sociedade, o período histórico e sua estrutura social, na medida em que sofrem influência dos acontecimentos sociais, refletindo assim o contexto da comunidade em que estão inseridas (CARNUT, FAQUIM, 2014).

Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a família corresponde ao grupo de pessoas unidas por grau de parentesco, dependência doméstica ou por regras de convivência, que residem na mesma unidade habitacional, e representa a estrutura básica de educação à saúde, visto que é onde ocorre o processo saúde-doença (GARBIN *et al.*, 2014).

A violência pode ser definida, segundo a World Health Organization (2004), como a utilização do poder ou força física, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outras pessoas ou contra grupo social ou comunidade e que ocasione ou possa ocasionar lesão, morte, prejuízo psicológico, desenvolvimento insatisfatório, ou privação.

A violência familiar, por sua vez, é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um dos membros da família. Atinge principalmente crianças, adolescentes, mulheres, idosos, portadores de deficiências e homossexuais, podendo ocorrer dentro ou fora de casa por algum membro da família, bem como por pessoas que fazem parte do convívio familiar (BRASIL, 2009a).

A agressão à pessoa idosa no âmbito familiar é um problema que se agrava e se estende nos dias atuais, sendo uma grave violação de seus direitos como cidadãos. O idoso se torna uma vítima fácil, por, muitas vezes, depender de seus familiares em diversos aspectos, seja financeiramente, nos cuidados da saúde e/ou nas relações sociais (DUARTE, 2013).

Ao analisar os inquéritos realizados pela Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de Teresina-PI no ano de 2015, verificou-se que 59% dos casos investigados estavam relacionados à violência familiar contra os idosos, dos quais em 42,5% o agressor era reincidente e em 68,2% a vítima era mulher.

O idoso, segundo seu estatuto, não pode ser objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei, sendo obrigação de todos prevenir a ameaça ou violação desses direitos. Portanto, todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violência à pessoa idosa que tenha testemunhado ou da qual tenha conhecimento (BRASIL, 2003).

A violência, por sua multiplicidade de causas e consequências, torna-se um fenômeno complexo, em que o silêncio e a omissão figuram entre os principais responsáveis pelo aumento e manutenção dos casos de violência contra o idoso. Existe considerável dificuldade e resistência por parte das vítimas, dos profissionais de saúde e da própria sociedade em discutir essa temática acarretando, por consequência, sua negação. Entretanto, esta realidade precisa ser modificada, sobretudo, por meio da prevenção e defesa dos direitos humanos (BRASIL, 2009a).

Muitas vezes, em defesa do agressor, que na maioria dos casos são filhos e netos, o idoso se cala e omite o contexto de agressão em que se encontra inserido, fazendo com que somente a morte interrompa a cadeia de abusos e maus tratos a qual estava exposto. Penetrar na intimidade da família é difícil logo, para que a violência seja detectada, é indispensável prontidão e atenção para reconhecer os sinais de alerta da violência familiar (SÃO PAULO, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) age nesse cenário como facilitadora na prevenção e identificação de casos, bem como no seguimento e acompanhamento dos idosos vítimas de violência familiar, visto que a Atenção Básica (AB) é uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ACS de extrema importância, uma vez que realiza mais prontamente a articulação entre a comunidade e o serviço de saúde, principalmente por adentrar nas residências e no ambiente familiar (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Portanto, vale destacar a importância do papel exercido pelos profissionais da ESF na busca de medidas conciliadoras para os conflitos intrafamiliares, principalmente dos ACS, que por serem da comunidade e realizarem visita domiciliar estão na linha de frente e são, muitas vezes, os que primeiro interagem junto aos casos de violência contra idosos. Nessas situações, todos devem agir com prudência, sabedoria e conscientes de que o convívio familiar harmonioso é fator fundamental para o bem estar, saúde e qualidade de vida das pessoas que vivenciam o envelhecimento (MACHADO et al., 2013).

Essas considerações resultam em um questionamento que constitui a razão dessa pesquisa: O que os ACS sabem, pensam e fazem diante de casos de violência familiar contra os idosos?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

- Investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Levantar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas atribuições e quanto aos tipos, os sinais, as medidas de prevenção e os principais responsáveis pela violência familiar contra os idosos.
- Verificar a opinião dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da sua função e dos requisitos necessários para identificação e confirmação de um caso de violência familiar contra os idosos.
- Identificar a prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde diante situações de violência familiar contra idosos durante seu exercício profissional.
- Realizar comparações entre o desempenho global dos Agentes Comunitários de Saúde segundo variáveis “sociodemográficas”, “treinamento” e “conhecimento prévio” sobre o guia do Ministério da Saúde.
- Associar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde com as variáveis “treinamento” e “conhecimento prévio” sobre o guia do Ministério da Saúde.
- Relacionar a atitude dos Agentes Comunitários de Saúde com variáveis “sociodemográficas” e a prática desses profissionais com “conhecimento prévio” sobre o guia do Ministério da Saúde.

## 1.2 Justificativa

A violência familiar contra o idoso representa um problema de grandes dimensões que vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a saúde pública (BRASIL, 2009a).

Os maus tratos aos idosos violam os direitos humanos e estão entre as causas mais importantes de lesões, doenças, perda de produtividade e isolamento. Para enfrentá-la é necessário um enfoque multidisciplinar e multissetorial que pode ser viabilizado pelas equipes da ESF. A dificuldade para definir e reconhecer casos de violência familiar contra idosos não pode ser vista como um obstáculo para as ações de prevenção e identificação desses abusos. Desta forma, o conhecimento sobre as manifestações dos diferentes tipos de agressão e o acompanhamento de forma holística da população alvo é essencial para que as intervenções sejam bem-sucedidas (SÃO PAULO, 2007).

A UBS tem como característica ser a porta de entrada da comunidade ao sistema local de saúde, tendo o ACS como facilitador desse acesso, uma vez que são pessoas da própria comunidade, conhecedoras da realidade e das principais dificuldades enfrentadas pela população da região onde reside. Diante dessa realidade, esta pesquisa pretende estimular os ACS a discutir e valorizar essa temática tão relevante que é a violência familiar contra os idosos e com isso aproximar ainda mais as equipes da ESF do atual cenário social da comunidade em que estão inseridas, favorecendo a implantação de iniciativas e projetos na área de atenção à saúde do idoso.

Nesse sentido, é importante analisar o conhecimento dos ACS frente aos tipos, sinais de alerta, medidas de prevenção, suas atribuições, os principais agressores e os órgãos de apoio às vítimas de violência familiar contra os idosos, bem como sua atitude e prática frente a esses casos. O estudo se propõe a subsidiar às instituições de saúde, de ensino e à população informações sobre a importância do ACS na redução e controle dos casos de abuso à pessoa idosa, além de embasar o planejamento de futuras políticas públicas e de ações de combate a esse agravo, ressaltando a necessidade do ACS nesse processo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A família e o processo de envelhecimento

O aumento da expectativa de vida é algo fantástico, se acompanhado de qualidade de vida. O processo de envelhecimento da população brasileira ocorreu rapidamente, sem que houvesse uma reestruturação dos serviços de saúde e assistência social para atender às novas exigências. Enquanto que, nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu simultaneamente aos progressos das condições de vida. A mudança demográfica observada no Brasil nos últimos 50 anos levou 140 anos para acontecer em países europeus, desta forma o número de idosos do país já supera o de vários países como França, Inglaterra, Itália e Espanha (BRASIL, 2007).

Estima-se que, em 2050, haverá mais idosos do que pessoas abaixo de 15 anos no Brasil, sendo os idosos com 80 anos ou mais o grupo populacional que mais cresce gerando um impacto demográfico, epidemiológico e previdenciário. O envelhecimento da população é um processo irreversível, porém a maioria das sociedades não está preparada para acolher seus idosos, visto que tendem a desprezá-los a favor da população jovem (BRASIL, 2007, 2014).

Devido a esse processo de envelhecimento e à maior expectativa de vida observa-se um aumento nos acometimentos por doenças crônicas e incapacidades entre os idosos, e adicionalmente o uso de maior quantidade de medicamentos, requerendo, assim, cuidados mais efetivos por parte de familiares e profissionais. Contudo, é preciso lembrar que nem sempre a família encontra-se preparada ou em condições ideais para assumir estes cuidados. Além disso, as responsabilidades do dia-a-dia muitas vezes dificultam, não permitindo à família dispensar uma atenção integral ao idoso, o que pode contribuir para a violação dos direitos da pessoa idosa (GONÇALVES et al., 2014).

No ambiente familiar a pessoa idosa encontra laços fraternais, o seu habitat, a sua história e segurança como forma de proteção humana. O idoso se sente protegido por permanecer sob a companhia dos parentes que ele ajudou a cuidar e que representam a continuidade de sua existência (DUARTE, 2013).

A ambivalência está presente no contexto familiar justamente porque é neste ambiente que se manifesta as primeiras relações afetivas possibilitando o

desenvolvimento de capacidades e habilidades imprescindíveis para a autonomia, mas que, contraditoriamente, é também um espaço onde pode haver muito sofrimento e violência (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

A temática da violência contra idoso no contexto familiar tem chamado a atenção de muitos estudiosos, seja porque esta é uma população que vem crescendo significativamente ou porque pesquisas revelaram que o ambiente familiar é o principal local onde os abusos são cometidos. Desta forma, a atenção primária ocupa posição de destaque na identificação, prevenção e segmento dos casos de violência familiar contra idosos (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013).

No contexto familiar, somado aos abusos, negligência, discriminações, embate de gerações e dificuldades financeiras está a errônea ideia de considerar o processo de envelhecimento como a decadência das pessoas. Portanto, é de suma importância abordar a violência contra as pessoas idosas uma vez que, em suas diversas manifestações significa um atentado aos direitos humanos.

## **2.2 Violência familiar contra a pessoa idosa**

A violência contra os idosos não é algo novo, sendo o preconceito e a discriminação as formas mais antigas, comuns e frequentes de abusos sofridos por esse grupo, além de serem tipos de violência difusa e generalizada. A população em idade ativa tende a desprezá-los, tratando-os como seres inúteis e sem função social, o que tem ocasionado depressão e isolamento em muitos idosos, e em alguns casos até o desejo de morrer (BRASIL, 2014).

Segundo Guimarães, Miranda e Macedo (2007), a violência contra o idoso está, muitas vezes, relacionada às desigualdades sociais, que se expressam em diversas problemáticas tais como: desemprego, moradias indignas, saúde precária e, por fim, em violências de toda ordem. A agressão contra o idoso vem ganhando relevância social por ser uma das faces mais cruéis da questão da violência que permeia a sociedade.

Os idosos estão presentes em pelo menos 27% das residências brasileiras, sendo que em mais de 90% desses casos eles residem com filhos, netos ou outros parentes. Apesar da violência familiar ser a forma mais frequente de abuso contra o idoso, sua identificação é complexa, pois em muitos casos os idosos, por se sentirem culpados ou amedrontados, costumam não revelar seu agressor, optando

por conviver com os abusos a abandonar um relacionamento pessoal e afetivo de toda a vida (BRASIL, 2014).

O Estatuto do Idoso é destinado a todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e coloca como obrigação da família e poder público, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cidadania, liberdade, dignidade, convivência familiar e comunitária e respeito. Este último, consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, incluindo a preservação da imagem, autonomia, valores, idéias e crenças (BRASIL, 2003).

O abuso doméstico contra a pessoa idosa pode se manifestar com diferentes graus de severidade por meio de agressões físicas, abuso sexual, violência psicológica, econômica e/ou patrimonial, sendo que estas formas costumam fazer parte de uma sequência crescente de episódios, dos quais o homicídio é a manifestação mais extrema (BRASIL, 2009a).

As agressões físicas representam o tipo de violência mais visível, sendo o principal local de sua ocorrência a própria residência do idoso, seguido pelas ruas e as instituições de prestação de serviços como as de saúde. Algumas vezes os abusos físicos não deixam marcas, não sendo portanto visíveis o que exige um olhar atento e cuidadoso de profissionais capacitados para diagnosticar os maus tratos. A violência psicológica, no que lhe concerne, está representada por qualquer tipo de menosprezo, desprezo, preconceito ou discriminação, podendo acarretar sofrimento mental, isolamento, tristeza e depressão, culminando em alguns casos no suicídio. Esta forma de agressão pode se dar por meio de palavras ou de atitudes. O abuso sexual, por sua vez, visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas não consentidas, além da bulinação no corpo da mulher (BRASIL, 2014).

Já o abandono pode ser considerado uma das formas mais cruéis de agressão contra o idoso, podendo ser identificada em diversas situações como no caso do idoso que é retirado de sua casa contra sua vontade ou o simples fato de trocarem seu lugar na residência em favor do mais jovem, além dos casos em que a pessoa é largada sem a assistência de que necessita. Além disso, existe a violência financeira, no contexto familiar. Os idosos ainda são vítimas de estelionatários e outros criminosos que se aproveitam da sua vulnerabilidade física e às vezes mental, sendo muitas vezes alvo de empréstimos ou de roubos e furtos (BRASIL, 2014).

Assim sendo, as consequências dessas diversas formas de violência são inestimáveis e irreparáveis, pois geram na pessoa idosa frustrações, medo, depressão, trauma, sentimentos de perda, culpa e de exclusão. Portanto, se faz necessário a realização de pesquisas específicas, a capacitação da equipe interdisciplinar para identificação de sinais de violência em idosos e o estudo da cultura de cada local, permitindo a definição clara e objetiva do limiar existente entre a violência e as relações estabelecidas com o idoso nas diferentes sociedades (DUARTE, 2013).

Segundo Guimarães, Miranda e Macedo (2007), em pesquisa realizada junto ao Disque Idoso de Teresina, verificou-se que a maioria das pessoas em situação de violência eram do sexo feminino, casadas ou viúvas, aposentadas que recebiam apenas um salário mínimo e necessitavam de cuidados especiais relacionados à saúde. Geralmente, provenientes das camadas mais pobres da população e residiam em suas casas com seus filhos, sendo a faixa etária predominante entre 76 e 90 anos de idade.

No que diz respeito ao agressor, a referida pesquisa revelou ainda que estes eram, em sua maioria, homens ou mulheres com idade entre 19 e 50 anos, casados, que residiam com a vítima, trabalhavam e tinham filhos. Quanto à natureza da violência, esta é múltipla, pois vai desde as agressões verbais, físicas, psicológicas e morais, às situações de abandono e negligência até às apropriações dos proventos da aposentadoria. Isoladamente, no entanto, destaca-se a violência material e psicológica. Essa violência, geralmente, é praticada pela família e se encontra no seio da moradia do idoso, sendo os agressores: cônjuges ou companheiros, filhos, genros, noras, netos, sobrinhos, entre outros. O Disque Idoso é um serviço de denúncia contra os maus-tratos ao idoso, que dependendo da gravidade da situação encaminha os casos à Delegacia do Idoso e ao Ministério Público (GUIMARÃES; MIRANDA; MACEDO, 2007).

A partir da análise de documentos disponibilizados pela Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de Teresina-PI, verificou-se que no ano de 2015, em 43,6% dos casos de violência familiar investigados o idoso foi vítima de mais de uma forma de agressão, totalizando, em alguns casos, até quatro tipos de abuso. Nesse mesmo ano, prevaleceu a violência psicológica 54,2%, seguida pela física 24,3%, financeira 13,2% e abandono 8,3%, não tendo sido encontrado nenhum caso de violência sexual. No que diz respeito aos agressores, os principais responsáveis são

os filhos 64,4%, seguido pelos netos 18,4%. A grande maioria dos agressores reside com os idosos 78,2%.

Faz-se necessário, para Quintas e Cortina (2010), que os profissionais da saúde e a sociedade criem estratégias de atenção aos idosos, focando a qualidade de vida e a integração social destes. Além disso, é imprescindível maior atenção, por parte dos profissionais da saúde, quanto aos sinais de violência manifestados pelos idosos e seus familiares, ao procedimento de denúncia e notificação da violência, bem como o tipo de violência praticada. Esses familiares necessitam de mais informações sobre o que é violência familiar ao idoso, suas formas de manifestação e os direitos garantidos por lei às pessoas idosas (QUINTAS; CORTINA, 2010).

A sociedade precisa mudar sua visão de que as pessoas idosas são frágeis e dependentes e reconhecê-las como um grupo que pode ser ativo e atuante, superando desta forma os estereótipos e pré-conceitos que lhe estão associados. Do mesmo modo, é necessário reconhecer que o idoso deve ter oportunidades de realização pessoal, bem como uma vida saudável e segura que lhe permita participar ativamente dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos do seu país (BRASIL, 2014).

### **2.3 Atenção à saúde do idoso e o Agente Comunitário de Saúde**

A ESF surgiu com o propósito de modificar o modelo assistencial de saúde centrado na doença, no médico e no hospital e tem como objetivo alcançar os princípios do SUS, de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Cabe à equipe da ESF, procurar identificar situações que coloquem em risco a saúde das famílias acompanhadas e enfrentar, de forma conjunta, os determinantes do processo saúde-doença-cuidado, buscando-se por meio, de processos educativos a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos envolvidos (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Uma das principais características da ESF é o trabalho em conjunto, possibilitando uma abordagem integral e resolutiva do indivíduo e sua família. Espera-se com isto que os profissionais sejam capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando suas atribuições específicas e da equipe, na UBS, no domicílio e na comunidade, permitindo o compartilhamento de conhecimentos e informações (MACHADO et al., 2013).

Outra característica relevante da equipe de saúde da família é a proximidade de seus profissionais com a comunidade e as famílias acompanhadas, prestando atendimento humanizado, comprometido com a população local e a transformação social, sendo o papel desempenhado pelo ACS importante, uma vez que permite a ligação entre os serviços de saúde e a população considerando as singularidades locais, bem como a identificação dos riscos e necessidades de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Os ACS devem realizar o mapeamento da área, cadastrar as famílias e estimular a comunidade para realização de práticas que proporcionem melhores condições de saúde e vida por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. O fato de ser morador da comunidade e estar em contato permanente com as famílias, facilita ainda o trabalho de vigilância, prevenção e promoção da saúde realizada por toda equipe (BRASIL, 2012a).

Desta forma, o ACS representa figura determinante na identificação de situações de vulnerabilidade, prevenção e intervenção e nos processos educativos para sensibilizar a população. Trata-se de um facilitador na criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde, sendo portanto, o elo entre a população e a ESF. Acredita-se que o agente comunitário represente para o sistema de saúde vigente um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2014; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Diante do crescente aumento no número de casos de violência familiar contra os idosos, é preciso que os profissionais da ESF, em especial os ACS, estejam atentos à esse agravo e sejam treinados para a identificação da agressão nos sinais e comportamentos expressos pelo idoso, visto que ao se deparar com um caso os mesmos podem se sentir impotentes devido a falta de capacitação para abordar essas situações. Além disso, há muitas vezes o medo da exposição e de represálias dos agressores, e também o medo de ser invasivo ou até mesmo injusto, caso a agressão não se confirme (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013).

A partir disso, o ACS juntamente com a equipe deve procurar estabelecer estratégias eficazes de acompanhamento dos casos suspeitos e dos idosos que, embora não sejam vítimas de agressão, apresentam maior

vulnerabilidade social, possibilitando a implementação de ações preventivas (GONÇALVES et al., 2014).

Segundo Wanderbroocke e Moré (2013), além de discutir a temática no cotidiano dos serviços de saúde e a capacitação do profissional, é imprescindível o estabelecimento de parcerias com outros serviços e conseqüentemente a elaboração de uma rede de apoio consolidada e bem definida.

Cabe à equipe da ESF planejar e executar as ações intersetoriais voltadas para a eliminação gradativa dos elementos desencadeadores desses conflitos, atuando na origem dos impulsos que movem os eventuais agressores. Isto porque, em decorrência da complexidade inerente ao fenômeno em questão, faz-se necessário a atuação de diversos profissionais com conhecimentos e respaldos legais específicos para lidar com seus múltiplos aspectos envolvidos com intuito de resgatar os laços fraternos essenciais ao convívio saudável e harmonioso entre os atores sociais componentes desses núcleos familiares desintegrados (MACHADO et al., 2013).

Nesse sentido, destaca-se a relevância de uma equipe preparada para identificação e acompanhamento dos casos na AB de forma integrada com a rede de atenção especializada. Ressalta-se ainda que é preciso atender não apenas o idoso, mas também os familiares ou agressores, já que somente a punição não seria o suficiente para a reintegração social, porém isso ainda se constitui um entrave para o sistema de saúde. O conhecimento por parte da equipe e principalmente dos ACS sobre os órgãos que atuam na rede de apoio a situações de violência contra o idoso é imprescindível, para que seja realizado o correto seguimento deste idoso, bem como a orientação à comunidade (GONÇALVES et al., 2014).

Todos os membros da equipe da ESF têm o dever ético e legal de identificar e relatar a suspeita de abuso ao idoso às autoridades competentes, o que facilita a investigação e a ação dos serviços de proteção ao idoso onde estiver inserido. Há poucos registros dessa natureza no sistema de informação do SUS, talvez pela falta de percepção do profissional que, ao prestar atendimento, direciona suas ações para os danos e não para as causas, muitas vezes porque os idosos não expressam a violência sofrida (MACHADO et al., 2013).

O ACS durante as visitas domiciliares deve estar atento às várias manifestações que possam indicar a ocorrência de violência familiar contra o idoso, dentre as quais estão: hematomas, fraturas ou ferimentos pelo corpo sem uma

explicação coerente; humilhações, tristeza, depressão e/ou isolamento social; higiene corporal e bucal precárias; desnutrição; impedimento de acesso aos seus bens ou recursos financeiros. No entanto, estes sinais não devem ser vistos isoladamente, e mediante suspeita o ACS deve comunicar sua equipe imediatamente para juntos tomarem as providências necessárias (BRASIL, 2009a).

No entanto, o trabalho do ACS nem sempre é bem aceito na comunidade, muitas vezes encontra algumas situações de resistência dos moradores como a omissão de informações aos ACS e a outros profissionais de saúde, a recusa ao atendimento e à visita domiciliar e a procura de outros meios para conseguir atendimento na unidade de saúde, colocando os agentes em situação desconfortável diante da equipe, que tende a traduzir o fato como ausência do profissional na microárea (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

O papel desempenhado pelo ACS é complexo já que aproxima relações de afeto e amizade a ações técnicas e resolutivas, mas que muitas vezes também inclui resistências, sensações desagradáveis e situações de conflito diante do desafio de integrar as cobranças realizadas pela equipe e as demandas apresentadas pelas famílias. Uma relação mais dialógica e participativa entre os membros da equipe tende a permitir o desenvolvimento de competências no trabalho do ACS, como maior autonomia, iniciativa e compromisso refletindo em suas relações com os moradores e abrindo maiores possibilidades de participação e a compreensão de suas necessidades (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa. Optou-se pelo método Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) que, segundo Costa (2012), permite um diagnóstico situacional de uma determinada população a partir da identificação de seus problemas e necessidades, possibilitando assim a elaboração de intervenções, sendo sua aplicabilidade bastante ampla, abrangendo diversas temáticas da área da saúde.

Segundo Alves e Lopes (2008), o conhecimento pode ser definido como a compreensão a respeito de determinado assunto, enquanto a atitude está representada pelos sentimentos ou preconceitos sobre o tema abordado. Já a prática é o modo como o conhecimento é demonstrado através de ações.

#### 3.2 Local, Participantes do Estudo e Amostragem

O município de Teresina possui uma população de 830.231 habitantes com cobertura de 89,34% pela ESF (BRASIL, 2015). A capital dispõe de 258 Equipes da ESF, e 1.559 ACS, ambos distribuídos nas 90 Unidades de Saúde, sendo 01 Unidade Mista de Saúde e 89 UBS (ANEXO A). As Unidades Mistas de Saúde são unidades hospitalares que possuem equipes de Saúde da Família. A AB está organizada em três Diretorias Regionais de Saúde: Sul, Centro/Norte e Leste/Sudeste (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

O tamanho da amostra para uma população de 1559 ACS foi calculado a partir da fórmula abaixo, onde 1,96 é o escore da curva normal para um nível de confiança de 95%,  $p=0,5$  é o parâmetro, supondo uma variância máxima, e 0,05 é a margem de erro.

$$n = (1,96)^2 \left[ \frac{0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} \right] = 384$$

A população de 1559 ACS é considerada finita, então o tamanho da amostra pôde ser redimensionada para:

$$n = \frac{384}{\left[1 + \left(\frac{384}{1559}\right)\right]} = 308.11 \cong 308$$

A distribuição dos participantes nas diretorias de saúde foi realizada por meio da amostragem estratificada proporcional ao número de equipes da ESF de cada regional a partir da seguinte fórmula:

$$n = \frac{308 \times n^{\circ} \text{ de equipes por diretoria}}{258}$$

Com a aplicação desta fórmula, verificou-se a seguinte distribuição dos ACS, por diretoria (Quadro 1):

**Quadro 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por diretorias regionais de saúde. Teresina (PI), 2016.**

Diretorias de saúde	Nº de equipes da ESF por diretoria	Nº de ACS que participarão do estudo por diretoria
Centro/Norte	81	97
Leste/Sudeste	96	114
Sul	81	97

A seleção dos participantes em cada estrato foi de forma aleatória simples. Inicialmente, foi confeccionada a lista com todos os ACS por diretoria de saúde. Em seguida, realizou-se o sorteio como forma de garantir a toda população igual probabilidade de participar do estudo.

O estudo teve como critério de inclusão dos participantes: ser ACS da prefeitura de Teresina e estar na ativa. Foram considerados como critério de exclusão estar de licença-prêmio, licença maternidade ou afastado para tratamento de saúde no período da coleta.

### 3.3 Instrumento e Operacionalização da Coleta de Dados

A coleta de dados se deu com a aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A), auto-aplicado, elaborado

exclusivamente para essa pesquisa, onde foram levantadas as seguintes variáveis: idade, sexo, número da equipe da ESF, tempo de atuação, escolaridade, participação em treinamento e conhecimento prévio sobre a seção de Violência familiar do Guia prático do agente comunitário de saúde elaborado pelo Ministério da Saúde de 2009, além das variáveis conhecimentos, atitudes e práticas dos ACS no que se refere à violência familiar contra os idosos.

Para obtenção de informações sobre CAP, o questionário (APÊNDICE A) foi estruturado com base na escala de Likert em que se atribuiu escala numerada de 1 a 5, segundo o grau de concordância e o tipo de afirmação. Para uma afirmação negativa, uma concordância traduz uma resposta desfavorável, enquanto, para uma afirmação positiva a concordância representa uma resposta favorável. Logo, as respostas concordo totalmente para uma afirmação positiva e discordo totalmente para uma afirmação negativa receberam o maior escore. Foram consideradas afirmações positivas as assertivas verdadeiras e afirmações negativas as assertivas falsas, ambas segundo a literatura (Quadro 2).

**Quadro 2 – Escala segundo grau de concordância e tipo de afirmação. Teresina (PI), 2016.**

Grau de concordância	Tipo de afirmação	
	Afirmações Positivas	Afirmações Negativas
Concordo Totalmente	5	1
Concordo	4	2
Não concordo nem discordo	3	3
Discordo	2	4
Discordo Totalmente	1	5

O instrumento de pesquisa contou com 45 afirmações, distribuídas em 10 questões, que foram pontuadas de 1 a 5, segundo as respostas dos ACS (Quadro 2). Para cada respostas dos agentes às afirmações foi atribuído um valor, cujo somatório ao final do questionário gerou um escore total para cada profissional. O escore máximo corresponde ao desempenho mais favorável, sendo 45 a menor pontuação possível e 225 a maior. A partir desses escores foi possível estabelecer a média dos ACS por variável.

As variáveis do estudo foram organizadas da seguinte forma:

- a) Conhecimento

- Tipos de violência – afirmações positivas;
  - Sinais de agressão – afirmações positivas;
  - Atribuições dos ACS – afirmações positivas;
  - Medidas de prevenção – afirmações positivas;
  - Principais agressores
    - ✓ Companheiro(a) – afirmação negativa
    - ✓ Filhos – afirmação positiva
    - ✓ Sobrinhos – afirmação negativa
    - ✓ Cuidadores – afirmação negativa
    - ✓ Vizinhos – afirmação negativa
- b) Atitude
- Ajuda do ACS na identificação e prevenção da violência familiar - afirmação positiva;
  - Requisitos para a confirmação de um caso de violência familiar – afirmação negativa;
  - Responsável pela confirmação da violência familiar contra idosos - afirmação negativa;
- c) Prática
- Ações dos ACS diante de situações de violência familiar contra idosos - afirmações positivas;

Por meio da escala de Likert, os participantes se posicionam conforme uma medida de anuência atribuída ao item e, a partir desta afirmação, se infere o grau de concordância da definição. O modelo original tinha a ideia de ser utilizado com cinco pontos, que iriam de discordância total até a concordância total, mas já foram criados modelos com variações na pontuação, que ficará a critério do pesquisador. Assim, um ponto positivo dessa escala é a facilidade de aplicação, visto que emitir um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer pode ser considerado algo simples, apesar dos questionamentos feitos nesse modelo exigirem dos participantes pelo menos duas dimensões a serem avaliados o conteúdo e a intensidade. Inicialmente, os respondentes precisam identificar o teor da afirmação e, só então deverão assinalar discordando ou concordando com o questionamento levando em consideração a intensidade desta anuência (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

Os questionários foram preenchidos após agendamento com os ACS inseridos no estudo, de forma individual, com data, horário e local definidos pelos mesmos, de forma que não causassem prejuízo às atividades laborais desenvolvidas.

### **3.4 Análise Estatística**

Todos os questionários foram revisados pela pesquisadora. Os dados colhidos foram digitados e tabulados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23. A análise estatística foi descritiva baseada na leitura dos percentuais nas variáveis categóricas e nas medidas de posição (média) e de variabilidade (desvio) para as variáveis numéricas.

Foi realizado teste t de Student e análise de variância com comparações de Bonferroni para verificar a existência ou não de relação estatisticamente significativa, p-valor < 0,05, entre as médias alcançadas pelos ACS, segundo as variáveis “sociodemográficas”, “treinamento” e “conhecimento prévio” dos ACS sobre a seção de Violência familiar do Guia prático do agente comunitário de saúde elaborado pelo Ministério da Saúde.

Após o tratamento estatístico, os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas e analisados a luz do referencial teórico.

### **3.5 Aspectos Éticos**

O projeto foi encaminhado à Comissão Científica da Fundação Municipal de Saúde (FMS) da Prefeitura Municipal de Teresina-PI, onde foi avaliado e aprovado (ANEXO B). Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sendo aprovado com parecer de Nº 1346100 (ANEXO C).

Na realização deste estudo foram preservados e respeitados todos os princípios éticos que regem a realização de pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Os ACS participantes do estudo tiveram risco mínimo de experimentar constrangimento ao sentir dificuldade para responder algumas questões, o que foi minimizado pelo preenchimento do questionário de forma individualizada e a

utilização de caixa lacrada com uma única abertura na parte superior por onde os agentes colocaram seus respectivos questionários, a fim de garantir total sigilo das respostas.

O estudo trará benefícios para a comunidade, pois vem informar sobre os conhecimentos, as atitudes e práticas dos ACS frente à violência familiar contra idosos.

Os ACS que concordaram em participar da pesquisa foram informados sobre o estudo, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e de todos os passos referentes à realização da pesquisa. Somente após esclarecimento, aceitação e assinatura do referido termo é que se procedeu a aplicação do questionário.

Foi garantido o anonimato absoluto de sua identidade, assegurando a privacidade e sigilo, uma vez que a pesquisa não divulgará dados que permitam a identificação dos participantes. Admitiu-se, também, que os ACS poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem que houvesse qualquer penalização ou prejuízos para os mesmos. O uso e a destinação dos dados coletados são de exclusividade desta pesquisa.

## 4 RESULTADOS

Os dados obtidos a partir do trabalho em campo realizado junto aos ACS estão dispostos em tabelas e figuras que, inicialmente, exibem o perfil sociodemográfico e seu desempenho global, seguido de resultados detalhados e ordenados de acordo com os objetivos propostos no estudo quais sejam: levantar o conhecimento dos ACS sobre suas atribuições e quanto aos tipos, os sinais, as medidas de prevenção, os principais agressores e os órgãos de apoio aos idosos vítimas de violência familiar; verificar a opinião dos ACS acerca da sua função e dos requisitos necessários para identificação e confirmação de um caso de violência familiar contra idosos; identificar a prática profissional dos agentes diante de situações de violência familiar contra idosos durante seu exercício profissional.

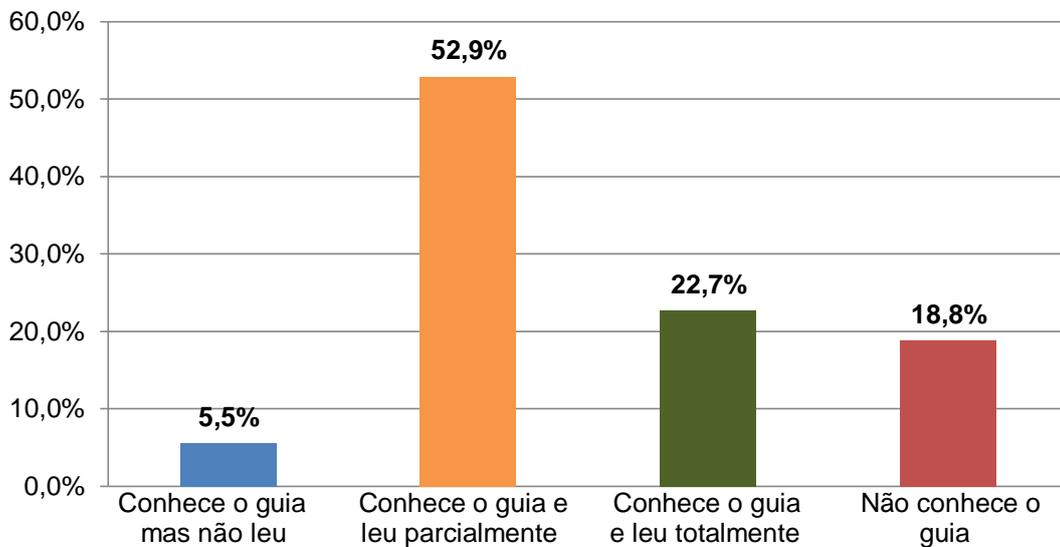
**Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Municipal de Saúde. Teresina (PI), 2016.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	64	20,8
Feminino	244	79,2
Total	308	100,0
<b>Faixa etária</b>		
19 a 27 anos	06	1,9
28 a 36 anos	61	19,8
37 a 45 anos	122	39,6
46 a 54 anos	96	31,2
55 a 63 anos	23	7,5
Total	308	100,0
<b>Tempo como ACS (em anos)</b>		
até 5 anos	14	4,5
de 6 a 10 anos	42	13,6
mais de 10 anos	252	81,8
Total	308	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	4	1,3
Ensino médio incompleto	18	5,8
Ensino médio completo	182	59,1
Ensino superior incompleto	20	6,5
Ensino superior completo	84	27,3
Total	308	100,0

Prevaleceu na pesquisa, ACS do sexo feminino 79,2%, faixa etária de 37 anos a 45 anos 39,6%, tempo de serviço superior a 10 anos na ESF 81,8% e ensino médio completo 59,1% (Tabela 1). Dentre os ACS que informaram ter ensino superior completo os quatro cursos mais citados foram: Pedagogia, Serviço Social, Enfermagem e Administração.

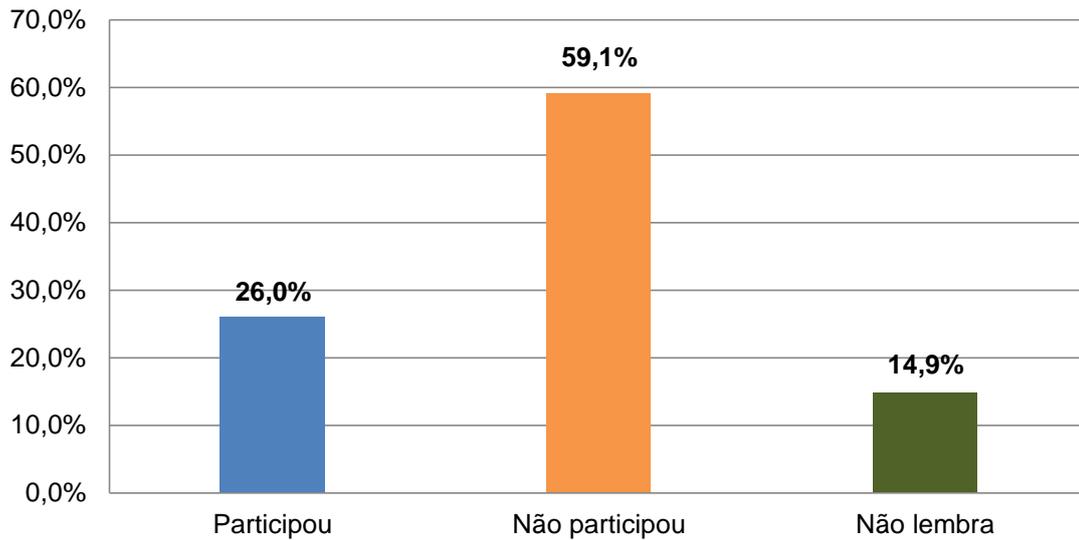
Segundo a Figura 1, 18,8% (n=58) dos ACS não conheciam o guia do Ministério da Saúde que aborda o seu trabalho e dos 81,2% (n=250) que afirmaram conhecer o guia apenas 28% (n=70) assinalaram ter lido totalmente esse material, o que corresponde a 22,7% do total de participantes.

**Figura 1 - Conhecimento sobre o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.**



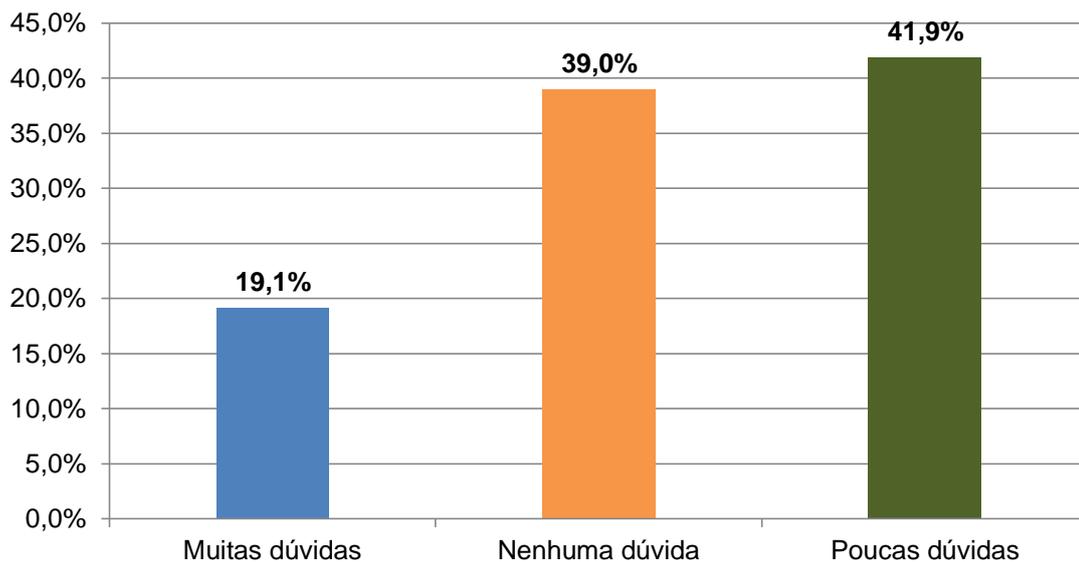
No estudo, dos 308 pesquisados apenas 26% (n=80) afirmaram ter participado de treinamento sobre violência contra idosos, sendo que em 85% (n=68) desses casos foi abordado a violência no contexto familiar. Além disso, 14,9% não lembravam de ter participado de treinamento sobre violência contra idosos (Figura 2). Entre os ACS que foram capacitados, 12,5% (n=10) relataram que este foi há menos de 1 ano, 25% (n=20) afirmaram que o treinamento ocorreu de 1 a 2 anos atrás, 18,8% relataram que a capacitação se deu há 2 - 5 anos e 16,3% (n=13) garantiram que foi há mais de 5 anos.

**Figura 2 - Participação em treinamento sobre violência contra idosos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016.**



Segundo a Figura 3, do total de agentes pesquisados 39,0% (n=120) garantiram não ter nenhuma dúvida sobre violência familiar contra a pessoa idosa.

**Figura 3 - Dúvidas referidas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a temática da violência contra os idosos. Teresina (PI), 2016.**



A respeito da Tabela 2, a menor média dos escores foi observada entre os ACS de 55 a 63 anos (163,30), sendo esse valor significativamente inferior ao das demais faixas etárias, à exceção do grupo de 19 a 27 anos, que embora tenha apresentado maior média, esta não diferiu significativamente de nenhuma outra.

Verificou-se por meio do Teste t de Student e análise de variância respectivamente, que nem o sexo e o tempo de serviço dos ACS influenciaram significativamente a média dos escores, apesar de se verificar uma menor média entre os agentes do sexo feminino (170,60) e aqueles que possuíam mais de 10 anos de tempo de serviço (170,27) (Tabela 2).

No que se refere à formação a maior média dos escores foi alcançada pelos ACS com ensino superior completo (176,50), sendo esta significativamente superior à média alcançada por aqueles com ensino médio incompleto (167,44) e ensino médio completo (168,74). A média alcançada pelos agentes com ensino fundamental completo (175,00) e ensino superior incompleto (170,75) não apresentou diferença significativa das demais médias segundo nível de escolaridade (Tabela 2).

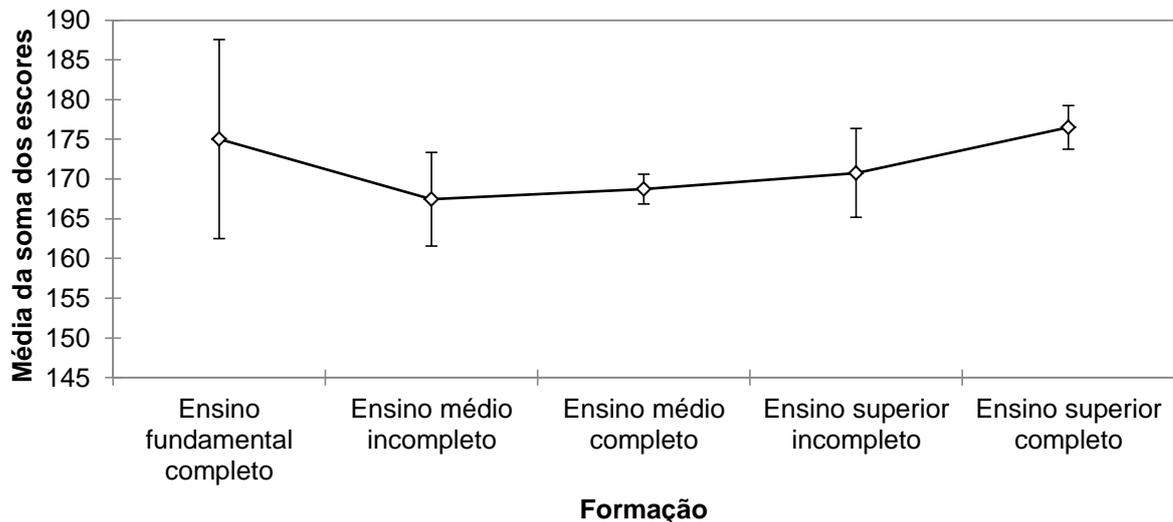
**Tabela 2 – Médias dos escores de acordo com as respostas ao questionário segundo o perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016.**

Variável	n	Média	Desvio padrão	p-valor
<b>Faixa Etária<sup>(av)</sup></b>				
19 a 27 anos <sup>AB</sup>	6	173,50	7,82	
28 a 36 anos <sup>A</sup>	61	172,77	13,45	
37 a 45 anos <sup>A</sup>	122	171,68	13,68	<b>0,046</b>
46 a 54 anos <sup>A</sup>	96	170,68	11,70	
55 a 63 anos <sup>B</sup>	23	<b>163,30</b>	14,20	
<b>Sexo<sup>(t)</sup></b>				
Feminino	244	<b>170,60</b>	13,19	0,298
Masculino	64	172,50	12,87	
<b>Tempo de ACS<sup>(av)</sup></b>				
Até 5 anos	15	173,07	14,21	
De 6 a 10 anos	41	174,71	11,06	0,109
Mais de 10 anos	252	<b>170,27</b>	13,30	
<b>Formação<sup>(av)</sup></b>				
Ensino fundamental completo <sup>AB</sup>	4	175,00	10,98	
Ensino médio incompleto <sup>B</sup>	18	<b>167,44</b>	10,28	
Ensino médio completo <sup>B</sup>	182	<b>168,74</b>	13,24	<b>&lt;0,001</b>
Ensino superior incompleto <sup>AB</sup>	20	170,75	12,11	
Ensino superior completo <sup>A</sup>	84	<b>176,50</b>	12,26	

(t): Teste t de Student; (av): Análise de Variância. Comparações múltiplas de Bonferroni, letras diferentes indicam diferença estatística entre as categorias.

Na figura 4, é possível verificar a distribuição das médias e a demonstração do erro padrão segundo o nível de escolaridade. Os participantes com ensino fundamental completo alcançaram a segunda maior média, mas esse grupo apresentou um elevado erro padrão o que se deve principalmente ao pequeno número de profissionais pertencentes a essa categoria (n=4).

**Figura 4 – A média dos escores por nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde. Teresina (PI), 2016.**



Na tabela 3, verificou-se que a média dos escores dos ACS que conheciam o guia do Ministério da Saúde (171,69) foi significativamente maior, segundo teste t de Student, em comparação aos que desconheciam o material (168,00). Dentre aqueles que conheciam o guia a maior média foi alcançada por aqueles que o leram totalmente (174,01) seguido por aqueles que leram parcialmente (171,23), todavia esta diferença não foi significativa.

No que diz respeito ao treinamento, não foi observada diferença estatística entre os ACS que foram treinados, os que não foram treinados e aqueles que não lembram se receberam treinamento, embora a média dos escores daqueles que não foram treinados tenha sido maior que a verificada nos demais grupos (Tabela 3).

Quanto ao tempo do último treinamento, verificou-se por meio da análise de variância que a média daqueles que não lembravam de ter sido treinados ou de quando foi realizado o último treinamento (166,97) foi significativamente menor que a verificada nos demais grupos (Tabela 3).

**Tabela 3 – Médias dos escores de acordo com as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde ao questionário segundo conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde e treinamento. Teresina (PI), 2016.**

Variável	n	Média	Desvio padrão	p-valor
<b>Conhece o guia <sup>(t)</sup></b>				
Sim	250	<b>171,69</b>	13,80	<b>0,015</b>
Não	58	168,00	9,22	
<b>Leu o guia <sup>(av) *</sup></b>				
Não	17	166,53	12,89	0,103
Sim, totalmente	70	<b>174,01</b>	12,56	
Sim, parcialmente	163	171,23	14,27	
<b>Recebeu treinamento sobre VD <sup>(av)</sup></b>				
Sim	80	171,31	14,40	0,285
Não	182	<b>171,57</b>	12,61	
Não lembra	46	168,17	12,75	
<b>Último treinamento <sup>(av) **</sup></b>				
Menos de 1 ano <sup>A</sup>	10	175,00	11,09	<b>&lt;0,001</b>
De 1 a 2 anos <sup>A</sup>	20	173,30	17,70	
De 2 a 5 anos <sup>A</sup>	15	174,07	15,98	
Mais de 5 anos <sup>A</sup>	13	173,85	16,50	
Não lembra <sup>B</sup>	68	<b>166,97</b>	11,30	

(t): Teste t de Student. (av): Análise de Variância. Comparações múltiplas de Bonferroni, letras diferentes indicam diferença estatística entre as categorias. (\*): O total desta variável é 250 e corresponde à aqueles que conhecem o guia. (\*\*): O total desta variável é 126 e corresponde à aqueles que receberam treinamento e aqueles que não lembram ter recebido treinamento.

Conforme pode ser visualizado na tabela 4, ao serem questionados quanto aos tipos de violência familiar contra os idosos, os agentes que conheciam o guia e o leram totalmente obtiveram melhor desempenho que os demais, uma vez que, apresentaram maior percentual da resposta mais adequada, “concordo totalmente”, para todos os tipos de agressão pesquisados: “sexual” (42,9%), “física” (51,4%), “financeira” (48,6%), “psicológica” (48,6%) e “abandono” (54,3%). O pior desempenho no que se refere à violência “sexual” ficou entre aqueles que não conheciam o guia (34,5%). Quanto aos demais tipos de violência os profissionais que conheciam o guia mas não o leram obtiveram o menor percentual da resposta mais satisfatória.

Além disso, para todos os tipos de violência pesquisados houve agentes que assinalaram “discordo totalmente”, “discordo” e “não concordo nem discordo”, evidenciando a existência de conhecimentos inapropriados. A violência “sexual” foi a

que apresentou o maior número absoluto de agentes que não concordavam com sua existência n=38 (12,4%) (Tabela 4).

**Tabela 4 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos tipos de violência familiar contra os idosos por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.**

A violência contra o idoso pode ser	Sobre o guia do Ministério da Saúde	Grau de Concordância							
		Não Concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexual</b>	Não conhece	6	10,3	32	55,2	20	34,5	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	4	23,5	7	41,2	6	35,3	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	5	7,1	35	50,0	30	<b>42,9</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	23	14,1	81	49,7	59	36,2	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>38</b>	<b>12,4</b>	<b>155</b>	<b>50,3</b>	<b>115</b>	<b>37,3</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Física</b>	Não conhece	4	6,9	28	48,3	26	44,8	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	1	5,9	10	58,8	6	35,3	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	2	2,9	32	45,7	36	<b>51,4</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	9	5,5	76	46,6	78	47,9	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>16</b>	<b>5,2</b>	<b>146</b>	<b>47,4</b>	<b>146</b>	<b>47,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Financeira</b>	Não conhece	6	10,3	28	48,3	24	41,4	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	2	11,8	9	52,9	6	35,3	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	1	1,4	35	50,0	34	<b>48,6</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	11	6,7	80	49,1	72	44,2	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>20</b>	<b>6,6</b>	<b>152</b>	<b>49,2</b>	<b>136</b>	<b>44,2</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Psicológica</b>	Não conhece	3	5,1	28	48,3	27	46,6	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	1	5,9	9	52,9	7	41,2	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	1	1,4	35	50,0	34	<b>48,6</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	11	6,7	75	46,0	77	47,2	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>16</b>	<b>5,2</b>	<b>147</b>	<b>47,7</b>	<b>145</b>	<b>47,1</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Abandono</b>	Não conhece	2	3,4	28	48,3	28	48,3	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	1	5,9	12	70,6	4	23,5	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	2	2,9	30	42,9	38	<b>54,3</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	9	5,5	81	49,7	73	44,8	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>14</b>	<b>6,8</b>	<b>151</b>	<b>49,0</b>	<b>136</b>	<b>44,2</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Não concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo.

A partir da tabela 5 é possível observar que os profissionais que receberam treinamento apresentaram melhor desempenho que os demais no que se refere ao conhecimento sobre possíveis sinais de violência, uma vez que obtiveram maior percentual da resposta mais adequada “concordo totalmente”, para todos os sinais pesquisados: “marcas e fraturas sem explicação” (41,3%), “tristeza e

depressão” (33,8%), “magreza excessiva” (33,8%), “ser impedido de sair de casa” (36,3%), “higiene precária” (38,8%), “isolamento” (41,3%), “não querer conversar” (31,3%), “não ter acesso a seu dinheiro” (41,3%) e “ter seus bens utilizados por outrem” (38,8%).

Outro ponto a ser observado é que apesar do bom desempenho da maioria dos ACS, elevado número de profissionais não consideraram “magreza excessiva” (26,3%) e “não querer conversar” (20,7%) como possíveis sinais de violência. O maior percentual verificado para a resposta “concordo totalmente”, levando em consideração o total de participantes, foi 37%, ou seja, para todos os sinais pesquisados menos da metade dos profissionais envolvidos na pesquisa assinalaram a opção mais adequada (Tabela 5).

**Tabela 5 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos sinais de violência familiar contra os idosos por treinamento. Teresina (PI), 2016.**

Podem ser sinais de violência familiar contra idosos	Treinado sobre violência contra idosos	Grau de Concordância							
		Não Concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Marcas e fraturas sem explicação</b>	Sim	7	8,7	40	50,0	33	<b>41,3</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	16	8,8	102	56,0	64	35,2	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	7	15,2	30	65,2	9	19,6	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>30</b>	<b>9,8</b>	<b>172</b>	<b>55,8</b>	<b>106</b>	<b>34,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Tristeza e depressão</b>	Sim	10	12,4	43	53,8	27	<b>33,8</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	20	11,0	103	56,6	59	32,4	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	5	89,1	27	58,7	14	30,4	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>35</b>	<b>11,3</b>	<b>173</b>	<b>56,2</b>	<b>100</b>	<b>32,5</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Magreza Excessiva</b>	Sim	19	23,7	34	42,5	27	<b>33,8</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	48	26,4	89	48,9	45	24,7	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	14	30,4	23	50,0	9	19,6	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>81</b>	<b>26,3</b>	<b>146</b>	<b>47,4</b>	<b>81</b>	<b>26,3</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Ser impedido de sair de casa</b>	Sim	8	9,9	43	53,8	29	<b>36,3</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	21	11,5	101	55,5	60	33,0	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	5	10,9	33	71,7	8	17,4	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>34</b>	<b>11,0</b>	<b>177</b>	<b>57,5</b>	<b>97</b>	<b>31,5</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Higiene precária</b>	Sim	12	14,9	37	46,3	31	<b>38,8</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	27	85,2	97	53,3	58	31,9	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	4	8,7	34	73,9	8	17,4	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>43</b>	<b>14,0</b>	<b>168</b>	<b>54,5</b>	<b>97</b>	<b>31,5</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Não concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo.

**Tabela 5 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos sinais de violência familiar contra os idosos por treinamento. Teresina (PI), 2016. (continuação)**

Podem ser sinais de violência familiar contra idosos	Treinado sobre violência contra idosos	Grau de Concordância						Total	
		Não Concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente			
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Isolamento</b>	Sim	8	9,9	39	48,8	33	<b>41,3</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	19	10,4	103	56,6	60	33,0	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	1	2,2	33	71,7	12	26,1	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>28</b>	<b>9,1</b>	<b>175</b>	<b>56,8</b>	<b>105</b>	<b>34,1</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Não querer conversar</b>	Sim	17	21,2	38	47,5	25	<b>31,3</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	37	20,4	102	56,0	43	23,6	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	10	21,8	29	63,0	7	15,2	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>64</b>	<b>20,7</b>	<b>169</b>	<b>54,9</b>	<b>75</b>	<b>24,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Não ter acesso a seu dinheiro</b>	Sim	12	14,9	35	43,8	33	<b>41,3</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	15	8,2	103	56,6	64	35,2	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	5	10,9	29	63,0	12	26,1	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>32</b>	<b>10,4</b>	<b>167</b>	<b>54,2</b>	<b>109</b>	<b>35,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Bens pessoais utilizados por outrem</b>	Sim	14	17,4	35	43,8	31	<b>38,8</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	17	9,3	95	52,2	70	38,5	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	5	10,8	28	60,9	13	28,3	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>36</b>	<b>11,7</b>	<b>158</b>	<b>51,3</b>	<b>114</b>	<b>37,0</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Não concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo.

Segundo a Tabela 6, no que diz respeito ao conhecimento dos ACS quanto às suas atribuições, verificou-se que aqueles que leram o guia completamente apresentaram melhor desempenho que os demais, visto que obtiveram maior percentual da resposta “concordo totalmente” para todas as atribuições pesquisadas.

No entanto, chama a atenção o baixo percentual, no que se refere à população total do estudo, para a resposta mais adequada, uma vez que o maior percentual alcançado foi de 32,5% para o item “planejar e organizar atividades sobre violência familiar” seguido pelos 31,8% de “realizar o seguimento familiar dos casos notificados pela UBS”, para os demais pontos pesquisados o percentual de respondentes não chegou a 30%. Ademais, menos de 10% daqueles que não conheciam o guia optaram por “concordo totalmente” para “verificar se há situações que podem levar a casos de violência” (8,6%) e “observar mudanças de comportamento” (6,9%) (Tabela 6).

**Tabela 6– Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto às suas atribuições por conhecimento prévio do guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.**

O ACS tem como atribuição	Sobre o guia do Ministério da Saúde	Grau de Concordância							
		Não Concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Verificar se há situações que podem levar a casos de violência</b>	Não conhece	3	5,2	50	86,2	5	8,6	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	1	5,9	11	64,7	5	29,4	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	2	2,9	42	60,0	26	<b>37,1</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	21	12,9	95	58,3	47	28,8	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>27</b>	<b>8,8</b>	<b>198</b>	<b>64,3</b>	<b>83</b>	<b>26,9</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Observar mudanças de comportamento</b>	Não conhece	6	10,3	48	82,8	4	6,9	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	4	23,5	8	47,1	5	29,4	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	4	5,7	39	55,7	27	<b>38,6</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	20	8,0	153	61,2	77	30,8	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>26</b>	<b>8,4</b>	<b>201</b>	<b>65,3</b>	<b>81</b>	<b>26,3</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Planejar e organizar atividades sobre violência familiar</b>	Não conhece	1	1,7	46	79,3	11	19,0	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	1	5,9	10	58,8	6	35,3	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	3	4,2	37	52,9	30	<b>42,9</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	10	6,2	100	61,3	53	32,5	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>15</b>	<b>4,8</b>	<b>193</b>	<b>62,7</b>	<b>100</b>	<b>32,5</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Realizar mapeamento de famílias de risco com relação à violência</b>	Não conhece	5	8,6	44	75,9	9	15,5	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	3	17,7	10	58,8	4	23,5	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	6	8,5	37	52,9	27	<b>38,6</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	25	9,0	144	57,6	81	32,4	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>30</b>	<b>9,8</b>	<b>188</b>	<b>61,0</b>	<b>90</b>	<b>29,2</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Realizar o seguimento familiar dos casos notificados pela UBS</b>	Não conhece	3	5,2	43	74,1	12	20,7	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	Conhece mas não leu	2	11,8	10	58,8	5	29,4	<b>17</b>	<b>100,0</b>
	Leu totalmente	2	2,9	39	55,7	29	<b>41,4</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
	Leu parcialmente	13	8,0	98	60,1	52	31,9	<b>163</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>20</b>	<b>6,5</b>	<b>190</b>	<b>61,7</b>	<b>98</b>	<b>31,8</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Não concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo.

Ao analisar o conhecimento dos ACS quanto às suas funções para prevenção da violência familiar contra idosos foi observado que aqueles que realizaram treinamento apresentaram maior percentual da resposta “concordo totalmente” para as funções “estimular o diálogo na família” (32,5%) e “discutir a importância de ter amigos” (40,0%), contudo para as demais funções pesquisadas aqueles que não realizaram treinamento apresentaram maior percentual da resposta ideal. Quanto à função “discutir a importância de uma profissão” verificou-se que 63 ACS (20,4%) não concordam com este item e apenas 24,7% de todos os

participantes da pesquisa assinalaram “concordo totalmente” para essa atribuição (Tabela 7).

**Tabela 7 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto à sua função por treinamento. Teresina (PI), 2016.**

Função do ACS para prevenção da violência familiar	Treinado sobre violência contra idosos	Grau de Concordância						Total	
		Não Concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente			
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Estimular o diálogo na família</b>	Sim	2	2,5	52	65,0	26	<b>32,5</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	5	2,8	118	64,8	59	32,4	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	2	4,4	33	71,7	11	23,9	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>9</b>	<b>2,9</b>	<b>203</b>	<b>65,9</b>	<b>96</b>	<b>31,2</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Estimular prática de diversas atividades</b>	Sim	7	8,7	53	66,3	20	25,0	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	13	7,2	116	63,7	53	<b>29,1</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	7	15,3	29	63,0	10	21,7	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>27</b>	<b>8,8</b>	<b>198</b>	<b>64,3</b>	<b>83</b>	<b>26,9</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Discutir a importância de uma profissão</b>	Sim	14	17,4	47	58,8	19	23,8	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	40	22,0	93	51,1	49	<b>26,9</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	9	19,6	29	63,0	8	17,4	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>63</b>	<b>20,4</b>	<b>169</b>	<b>54,9</b>	<b>76</b>	<b>24,7</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Discutir a importância de ter amigos</b>	Sim	1	1,2	47	58,8	32	<b>40,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	13	7,2	104	57,1	65	35,7	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	3	6,5	32	69,6	11	23,9	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>17</b>	<b>5,5</b>	<b>183</b>	<b>59,4</b>	<b>108</b>	<b>35,1</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Informar que o silêncio só protege os agressores</b>	Sim	5	6,2	42	52,5	33	41,3	<b>80</b>	<b>100,0</b>
	Não	13	7,2	92	50,5	77	<b>42,3</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Não lembra	5	10,9	23	50,0	18	39,1	<b>46</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>23</b>	<b>7,4</b>	<b>157</b>	<b>51,0</b>	<b>128</b>	<b>41,6</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Não concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo..

A pesquisa analisou o conhecimento dos ACS a respeito de quem poderia ser comunicado sobre um caso de violência familiar contra idosos. Aqueles que conheciam o guia foram os que mais concordaram para “Equipe de Saúde” (99,6%), “Conselho Municipal do Idoso” (64,4%), “Delegacia do Idoso” (68,4%) e “Ministério Público” (43,2%). Observou-se ainda que 5,8% do total de participantes concordaram e 9,1% não concordaram e nem discordaram da ideia de não repassar a suspeita de violência familiar contra o idoso. No que se refere ao “Ministério Público”, menos de 50% concordaram com a opção de comunicá-lo (Tabela 8).

**Tabela 08 - Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre quem poderia ser comunicado diante um caso de violência familiar contra a pessoa idosa por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.**

Diante de casos de violência familiar o ACS pode comunicar:	Sobre o guia do Ministério da Saúde	Grau de Concordância							
		Discordantes**		Não concordo nem discordo		Concordantes***		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Equipe de saúde</b>	Conhece	0	0,0	1	0,4	249	<b>99,6</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	3	5,2	0	0,0	55	94,8	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>3</b>	<b>1,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>304</b>	<b>98,7</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Conselho Municipal do Idoso</b>	Conhece	50	20,0	39	15,6	161	<b>64,4</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	16	27,6	8	13,8	34	58,6	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>66</b>	<b>21,4</b>	<b>47</b>	<b>15,3</b>	<b>195</b>	<b>63,3</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Delegacia do Idoso</b>	Conhece	46	18,4	33	13,2	171	<b>68,4</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	12	20,7	8	13,8	38	65,5	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>58</b>	<b>18,8</b>	<b>41</b>	<b>13,3</b>	<b>209</b>	<b>67,9</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Ministério Público</b>	Conhece	77	30,8	65	26,0	108	<b>43,2</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	21	36,2	13	22,4	24	41,4	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>98</b>	<b>31,8</b>	<b>78</b>	<b>25,3</b>	<b>132</b>	<b>42,9</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Líder da comunidade</b>	Conhece	104	41,6	73	29,2	73	29,2	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	28	48,2	15	25,9	15	25,9	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>132</b>	<b>42,8</b>	<b>88</b>	<b>28,6</b>	<b>88</b>	<b>28,6</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Vizinhos</b>	Conhece	126	50,4	62	24,8	62	24,8	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	27	46,5	12	20,7	19	32,8	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>153</b>	<b>49,7</b>	<b>74</b>	<b>24,0</b>	<b>81</b>	<b>26,3</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Outros parentes dos idosos</b>	Conhece	49	19,6	34	13,6	167	66,8	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	17	29,3	8	13,8	33	56,9	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>66</b>	<b>21,4</b>	<b>42</b>	<b>13,6</b>	<b>200</b>	<b>64,9</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Ninguém</b>	Conhece	215	86,0	21	8,4	14	5,6	<b>250</b>	<b>100,0</b>
	Não conhece	47	81,0	7	12,1	4	6,9	<b>58</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>262</b>	<b>85,1</b>	<b>28</b>	<b>9,1</b>	<b>18</b>	<b>5,8</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Discordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente e discordo. (\*\*\*) Concordantes: profissionais que assinalaram concordo totalmente e concordo.

No que se refere ao conhecimento dos ACS quanto aos principais responsáveis pelas agressões aos idosos, foi possível observar que mais de 60% dos profissionais concordaram e mais de 20% concordaram totalmente que os principais agressores seriam os filhos, sobrinhos e cuidadores, sendo os vizinhos a opção com os menores percentuais de concordância (Tabela 9).

**Tabela 09 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quantos aos principais agressores dos idosos no contexto familiar. Teresina (PI), 2016.**

Os principais agressores dos idosos são:	Grau de Concordância								Total	
	Discordantes*		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Companheiros</b>	49	15,9	47	15,3	156	50,6	56	18,2	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Filhos</b>	4	1,3	9	2,9	204	<b>66,2</b>	91	<b>29,5</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Sobrinhos</b>	8	2,6	12	3,9	197	<b>64,0</b>	91	<b>29,5</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Cuidadores</b>	12	3,9	30	9,7	191	<b>62,0</b>	75	<b>24,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Vizinhos</b>	101	32,8	89	28,9	88	28,6	30	9,7	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*) Discordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente e discordo.

Ao confrontar a atitude dos ACS sobre identificação e prevenção de casos de violência familiar contra idosos com a escolaridade, verificou-se que o maior grau de concordância foi entre aqueles com ensino superior incompleto (55%), seguido por aqueles com ensino superior completo (47,6%). Além disso, apenas 36,4% do total de pesquisados optaram por “concordo totalmente” (Tabela 10).

**Tabela 10 - Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre poder ajudar na identificação e prevenção da violência familiar contra idosos por escolaridade. Teresina (PI), 2016.**

Atitude	Escolaridade	Grau de Concordância						Total	
		Não concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente			
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>O ACS pode ajudar na identificação e prevenção de casos de violência familiar contra idosos</b>	Fundamental completo	0	0,0	3	75,0	1	25,0	<b>4</b>	<b>100,0</b>
	Médio incompleto	1	5,6	10	55,5	7	38,9	<b>18</b>	<b>100,0</b>
	Médio completo	6	2,2	123	67,6	53	29,1	<b>182</b>	<b>100,0</b>
	Superior incompleto	0	0,0	9	45,0	11	<b>55,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
	Superior completo	2	2,4	42	50,0	40	<b>47,6</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>9</b>	<b>2,9</b>	<b>187</b>	<b>60,7</b>	<b>112</b>	<b>36,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*) Não concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo.

A pesquisa também observou a opinião dos ACS sobre a confirmação de um caso de violência familiar contra idosos segundo a idade destes profissionais. Neste caso apenas 7,8% do total de participantes discordaram totalmente. O melhor desempenho foi dos profissionais da faixa etária de 28 a 36 anos pois apresentaram maior porcentagem para os itens “discordo totalmente” (9,8%) e “discordo” (32,8%), ainda que estes percentuais fossem baixos (Tabela 11).

**Tabela 11 - Opinião dos Agentes Comunitários de sobre poder confirmar casos de violência familiar contra idosos por idade. Teresina (PI), 2016.**

Atitude	Idade	Grau de Concordância										Total	
		Concordo Totalmente		Concordo		Não concordo nem discordo		Discordo		Discordo Totalmente			
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
<b>O ACS pode confirmar um caso de violência familiar contra o idoso</b>	19 a 27 anos	1	16,7	0	0,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	<b>6</b>	<b>100,0</b>
	28 a 36 anos	5	8,2	16	26,2	14	23,0	20	<b>32,8</b>	6	<b>9,8</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>
	37 a 45 anos	15	12,3	38	31,1	27	22,1	32	26,2	10	8,2	<b>122</b>	<b>100,0</b>
	46 a 54 anos	10	10,4	27	28,1	23	24,0	29	30,2	7	7,3	<b>96</b>	<b>100,0</b>
	55 a 63 anos	6	26,1	7	30,4	5	21,7	4	17,4	1	4,3	<b>23</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>37</b>	<b>12,0</b>	<b>88</b>	<b>28,6</b>	<b>74</b>	<b>24,0</b>	<b>85</b>	<b>27,6</b>	<b>24</b>	<b>7,8</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes.

Quanto à opinião dos ACS sobre como deve ser a confirmação de um caso de violência pelo tempo de serviço, observou-se que apenas 28,2% do total de participantes discordaram da necessidade de apenas um sinal indicativo para confirmação. O melhor desempenho foi evidenciado entre aqueles com 6 a 10 anos de serviço, visto que 38,1% discordaram, ultrapassando o percentual global (Tabela 12).

**Tabela 12 - Opinião dos Agentes Comunitários de Saúde sobre requisitos necessários para a confirmação da violência familiar contra idosos por tempo de serviço. Teresina (PI), 2016.**

Atitude	Tempo de serviço	Grau de Concordância								Total	
		Concordo Totalmente		Concordo		Não concordo nem discordo		Discordantes**			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Basta um sinal indicativo para confirmar um caso de violência familiar à pessoa idosa</b>	Até 5 anos	3	21,4	2	14,3	6	42,9	3	21,4	<b>14</b>	<b>100,0</b>
	De 6 a 10 anos	5	11,9	12	28,6	9	21,4	16	<b>38,1</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>
	Mais de 10 anos	39	15,5	104	41,3	41	16,3	68	27,0	<b>252</b>	<b>100,0</b>
	<b>Total*</b>	<b>47</b>	<b>15,3</b>	<b>118</b>	<b>38,3</b>	<b>56</b>	<b>18,2</b>	<b>87</b>	<b>28,2</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*): Discordantes: participantes que assinalaram discordo e discordo totalmente.

No que se refere à prática dos ACS diante de casos de violência familiar contra idosos, verificou-se que aqueles que desconheciam o guia do Ministério da Saúde apresentaram pior desempenho se comparado aos demais, uma vez que menor percentual deste grupo concordou totalmente com as práticas pesquisadas: “escutar com atenção as pessoas” (15,5%); “dar apoio para as pessoas que querem falar” (13,8%); “evitar censurar comportamento” (10,3%); “evitar tirar conclusões precipitada” (17,2%) e “encaminhar casos suspeito” (31,0%) (Tabela 13).

Outro ponto a ser observado é que, à exceção da prática “encaminhar casos suspeitos” em que 45,1% do total de participantes responderam “concordo totalmente”, menos de 25% dos ACS assinalaram a mesma opção para as demais práticas pesquisadas (Tabela 13).

**Tabela 13 – Prática dos Agentes Comunitários de Saúde diante casos de violência familiar contra os idosos, por conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde. Teresina (PI), 2016.**

O ACS diante de um caso de violência deve:	Sobre o guia do Ministério da Saúde	Grau de Concordância							
		Não Concordantes**		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Escutar com atenção as pessoas</b>	Não conhece	5	8,6	44	75,9	9	15,5	58	100,0
	Conhece mas não leu	2	11,8	10	58,8	5	29,4	17	100,0
	Leu totalmente	10	14,3	39	55,7	21	30,0	70	100,0
	Leu parcialmente	15	9,2	111	68,1	37	22,7	163	100,0
	<b>Total*</b>	<b>32</b>	<b>10,4</b>	<b>204</b>	<b>66,2</b>	<b>72</b>	<b>23,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Dar apoio para as pessoas que querem falar</b>	Não conhece	9	15,5	41	70,7	8	13,8	58	100,0
	Conhece mas não leu	2	11,8	9	52,9	6	35,3	17	100,0
	Leu totalmente	16	22,8	34	48,6	20	28,6	70	100,0
	Leu parcialmente	41	25,1	94	57,7	28	17,2	163	100,0
	<b>Total*</b>	<b>68</b>	<b>22,1</b>	<b>178</b>	<b>57,8</b>	<b>62</b>	<b>20,1</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Evitar censurar comportamento</b>	Não conhece	18	31,0	34	58,7	6	10,3	58	100,0
	Conhece mas não leu	4	23,5	6	35,3	7	41,2	17	100,0
	Leu totalmente	29	41,4	27	38,6	14	20,0	70	100,0
	Leu parcialmente	63	38,7	80	49,1	20	12,2	163	100,0
	<b>Total*</b>	<b>114</b>	<b>37,0</b>	<b>147</b>	<b>47,7</b>	<b>47</b>	<b>15,3</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Evitar tirar conclusões precipitada</b>	Não conhece	10	17,2	38	65,6	10	17,2	58	100,0
	Conhece mas não leu	1	5,9	10	58,8	6	35,3	17	100,0
	Leu totalmente	11	15,7	37	52,9	22	31,4	70	100,0
	Leu parcialmente	25	15,3	110	67,5	28	17,2	163	100,0
	<b>Total*</b>	<b>47</b>	<b>15,3</b>	<b>195</b>	<b>63,3</b>	<b>66</b>	<b>21,4</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>
<b>Encaminhar casos suspeito</b>	Não conhece	0	0,0	40	69,0	18	31,0	58	100,0
	Conhece mas não leu	1	5,9	7	41,2	9	52,9	17	100,0
	Leu totalmente	5	7,1	23	32,9	42	60,0	70	100,0
	Leu parcialmente	9	5,6	84	51,5	70	42,9	163	100,0
	<b>Total*</b>	<b>15</b>	<b>4,9</b>	<b>154</b>	<b>50,0</b>	<b>139</b>	<b>45,1</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

(\*): Percentuais calculados com base no número total de participantes. (\*\*) Não Concordantes: participantes que assinalaram discordo totalmente, discordo e não concordo nem discordo.

## 5 DISCUSSÃO

A família representa um contexto social importante, no qual o processo saúde-doença ocorre e, com isso, é fundamental que os profissionais da ESF orientem o seu processo de trabalho para um cuidado familiar integral e ampliado, buscando intervenções que fortaleçam a autonomia das pessoas, principalmente dos idosos e promovam melhores condições de vida e saúde para os indivíduos, famílias e a própria comunidade (DUTRA et al, 2012).

Pela posição que ocupam na prestação de serviços à população, os ACS são indispensáveis na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco. Trata-se de um profissional que se devidamente capacitado, tem condições de localizar a violência intrafamiliar contra idosos ao desenvolver as atividades inerentes ao seu exercício profissional (GARBIN *et al.*, 2010).

Desta forma, ressalta-se a necessidade de investigar o conhecimento, a atitude e a prática dos ACS diante situações de violência familiar contra idosos. O perfil sociodemográfico desses profissionais de Teresina não difere do encontrado em outros estados, visto que na pesquisa prevaleceu profissionais do sexo feminino, adultos jovens de 37 a 45 anos e com ensino médio completo, sendo esse mesmo resultado verificado no estudo de Musse et al. (2015), realizado em Campina Grande-PB.

A predominância do sexo feminino, caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos serviços de saúde, inclusive na AB, o que está relacionado com a reconhecida função de cuidadora que a mulher sempre desempenhou junto à família e à sociedade. Além disso, o fato do ACS residir na área que trabalha possibilita às mulheres controlar e acompanhar o cotidiano de seus filhos (GALAVOTE *et. al.*, 2011; GOUVÊA *et. al.*, 2015).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes possuía ensino médio completo, um nível acima do necessário para exercer a função de agente comunitário, que é ensino fundamental completo (BRASIL, 2006). Esse resultado também foi observado no estudo de Gouvêia *et.al.* 2015, realizado em Piracicaba-SP, em que 64,2% dos ACS possuíam ensino médio completo.

No estudo se realizou uma comparação entre o desempenho global dos participantes no questionário segundo variáveis do perfil sociodemográfico. Observou-se que quanto maior a idade dos agentes comunitários pior o

desempenho global, sendo a média dos profissionais com mais idade, significativamente inferior a dos demais, o que poderia ser explicado, segundo Musse et al. (2015), pelo fato dos profissionais mais jovens terem parado de estudar ou concluído seus estudos há menos tempo.

Os agentes com tempo de serviço superior a 10 anos alcançaram menor média que os outros participantes, embora essa diferença não seja significativa. Resultado esse também observado no estudo de Musse et al. (2015), em que verificou-se que o desempenho global variou segundo o tempo de atuação como ACS, sendo que aqueles com maior tempo de profissão obtiveram menor pontuação na avaliação.

Verificou-se ainda que a maior média foi alcançada pelos profissionais com ensino superior completo, sendo esta significativamente superior à média alcançada por aqueles com ensino médio completo ou incompleto.

Portanto, apesar da escolaridade mínima necessária para desempenhar a função de ACS ser ensino fundamental completo, muitos por fazerem parte de uma equipe multiprofissional passam a ter acesso ao conhecimento técnico-científico por meio de treinamentos e, até mesmo, da convivência com outros profissionais, o que os leva a buscar maior qualificação para ampliação dos seus conhecimentos. Esse aumento no número de agentes investindo em uma graduação pode favorecer os processos interacionais com a comunidade e equipe, bem como ampliar a criticidade e criatividade do trabalhador (GOUVÊA et. al., 2015).

Analisou-se também o desempenho global segundo conhecimento prévio sobre o guia do Ministério da Saúde e treinamento. Na pesquisa a maior média foi daqueles que conhecem o guia se comparado com aqueles que desconhecem esse material, sendo essa diferença significativa. Entre aqueles que conhecem o citado guia, verificou-se que apesar de não haver diferença significativa entre os participantes, o melhor desempenho ficou entre aqueles que leram completamente o guia, seguido pelos que o leram parcialmente.

Neste sentido, o Ministério da Saúde desenvolve manuais com temas atualizados e pertinentes ao trabalho dos ACS com o intuito de oferecer subsídios para que possam desempenhar suas funções de maneira satisfatória. Desta forma, faz-se necessário que estes profissionais leiam por completo estes manuais e os consultem sempre que necessário como forma de fortalecer seu trabalho e com isso garantir o sucesso de suas ações (BRASIL, 2009a).

No que diz respeito ao treinamento, não foi observada diferença estatística entre aqueles que foram treinados, os que não foram treinados e os que se quer lembram se participaram ou não de alguma capacitação sobre violência contra idosos. Ademais, a média dos escores daqueles que não foram treinados foi maior que a observada nos outros grupos, evidenciando a ineficiência das capacitações até então realizadas.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), os ACS devem realizar permanentemente processo de qualificação profissional, para que possam estar preparados para exercerem as atribuições que lhe forem designadas junto a sua equipe e a comunidade. Esses profissionais devem ser preparados, incorporando à sua formação técnica, o conhecimento sobre a abordagem da comunidade, as ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras atividades estabelecidas pela equipe.

Deste modo, faz-se necessário a utilização de métodos de ensino e aprendizagem diferenciados, a fim de abranger as verdadeiras necessidades da população, transpassando os limites das capacitações essencialmente técnicas para só então formar profissionais ativos, preparados, críticos, reflexivos e humanizados (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

Os profissionais que não lembram se foram treinados ou há quanto tempo ocorreu essa capacitação obtiveram uma média significativamente inferior aos demais participantes. O que demonstra o desinteresse de alguns profissionais seja porque não consideram o assunto relevante ou porque os treinamentos foram superficiais, não atingindo suas expectativas e não esclarecendo todas as suas dúvidas.

As metodologias ativas representam um método de formação profissional mais adequado aos atuais desafios dos serviços de saúde, uma vez que se apoia na pedagogia crítica e utiliza situações-problema como meio de adquirir conhecimentos e habilidades. Assim, essa metodologia se fundamenta na pedagogia da problematização e aprendizagem baseada em problemas. Enquanto que o método tradicional muitas vezes abrevia o processo de ensino já que desconsidera as concepções que os profissionais trazem consigo (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

Ao relacionar o conhecimento dos agentes sobre os tipos de violência com o conhecimento prévio desses profissionais sobre o guia do Ministério da

Saúde que aborda seu trabalho, verificou-se que aqueles que conhecem o guia e o leram totalmente obtiveram melhor desempenho em todos os tipos de violência pesquisadas, uma vez que apresentaram maior percentual da resposta mais adequada “concordo totalmente”. Além disso, para todas as formas de abuso indagadas houve agentes que não concordaram, sugerindo a existência de conhecimentos inapropriados.

A violência intrafamiliar contra pessoas idosas inclui, no contexto privado da família, qualquer tipo de abuso praticado contra esse grupo, podendo ser expressa através do abandono ou de agressões de natureza física, psicológica, financeira, sexual ou material, causando grande repercussão na qualidade de vida do idoso (ROCHA *et al.*, 2015).

Acredita-se que os dados disponíveis atualmente sobre violência familiar contra idosos seja apenas o início de um problema muito maior, visto que nem todo abuso deixa marcas visíveis e ainda há o problema da subnotificação. Portanto, essas agressões estão muito mais presentes e difundidas na população brasileira dos que as estatísticas podem revelar. Desta forma, faz-se necessário preparar os profissionais da saúde para que possam reconhecer os mais diversos tipos de violência e desenvolver um olhar diferenciado sobre algo que nem sempre está evidente como os sinais de abuso que a pessoa idosa pode estar sofrendo em instituições ou no seio familiar (BRASIL, 2014).

Outro ponto a ser observado nesta análise é quanto a existência de saberes incorretos sobre possíveis sinais da violência contra idosos, mesmo entre os profissionais que receberam treinamento, embora estes tenham apresentado melhor desempenho para todos os sinais pesquisados. Menos de 50% dos profissionais concordaram totalmente para os sinais pesquisados.

Segundo Wanderbroocke e Moré (2013), a visão holística do paciente é imprescindível para o rastreamento e manejo dos casos de violência, o que significa abordar os mais diversos aspectos físicos, sociais e psicológicos envolvidos, proporcionando assim uma assistência integral e a criação de um laço de confiança para a averiguação de sinais e sintomas suspeitos.

Ao analisar o conhecimento dos ACS quanto às suas atribuições, observou-se que o melhor desempenho foi verificado entre os profissionais que leram completamente o guia para todas as atribuições estudadas. Apenas 6,9%

daqueles que não conhecem o guia concordaram totalmente com a atribuição “observar mudanças de comportamento”.

A sensibilização dos profissionais proporciona maior clareza sobre a temática da violência permitindo incrementar medidas de rastreamento, além de proporcionar melhor atendimento ao usuário por meio de um olhar e uma escuta qualificada, nos diversos serviços oferecidos à comunidade (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

No estudo também foi levantado o conhecimento dos ACS sobre as medidas de prevenção da violência familiar contra idosos considerando o treinamento recebido. Verificou-se que em duas das cinco medidas avaliadas o melhor desempenho foi daqueles que foram capacitados, enquanto que nas demais os profissionais que não receberam treinamento apresentaram maior grau de concordância. Deve-se ressaltar que menos de 42% dos respondentes assinalaram “concordo totalmente” para as medidas de prevenção pesquisadas.

Este resultado confirma a necessidade mencionada anteriormente de treinar os profissionais de saúde para que possam prevenir, reconhecer e saber como agir frente a uma agressão. Neste sentido, o ACS é um profissional diferenciado pois, por pertencer à comunidade e com isso ter acesso ao ambiente familiar do idoso, é capaz de ao mesmo tempo investigar e intervir nos possíveis fatores de risco que possam vir a afetar a saúde dos mais velhos, além de proporcionar suporte assistencial às suas necessidades humanas e sociais (SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011).

No que se refere ao conhecimento dos ACS quanto aos principais responsáveis pelas agressões aos idosos, apenas 29,5% concordaram totalmente para a opção filhos. A partir da análise dos inquéritos realizados, em 2015, pela Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de Teresina-PI (2016), constatou-se que em 64,5% dos casos de violência familiar contra os idosos o principal responsável pela agressão era filho da vítima.

A pesquisa também analisou o conhecimento dos ACS a respeito de quem poderia ser comunicado sobre um caso de violência familiar contra idosos. Aqueles profissionais que conheciam o guia do Ministério da Saúde apresentaram maior percentual concordando que poderia ser a Equipe de Saúde, Ministério Público, Delegacia do Idoso e Conselho Municipal da pessoa idosa. Um dado relevante foi a existência de profissionais que não discordaram da afirmação de que

ninguém deveria ser comunicado e o desconhecimento da maioria dos agentes sobre o papel do Ministério Público.

Portanto, o conhecimento dos agentes encontra-se visivelmente insuficiente para que possam realizar de maneira adequada seu trabalho de identificação, prevenção e seguimento de casos de violência familiar contra idosos. A Lei 12.461, de 26 de julho de 2011, ressalta a obrigatoriedade dos profissionais da saúde de comunicar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra idosos à autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2011).

O profissional não deve considerar normal qualquer forma de violência ou achar que a vítima fez por merecer a agressão, uma vez que essas atitudes fazem com que essas situações permaneçam invisíveis (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013).

No que se refere à atitude dos ACS sobre poder ajudar na identificação e prevenção de casos de violência familiar contra idosos em função da sua escolaridade, verificou-se que o maior grau de concordância foi daqueles com maior nível de formação. Menos de 40% do total de participantes concordaram totalmente para essa afirmação.

A pesquisa realizada por Lira, Silva e Trindade (2012), em Maceio-AL, evidenciou que a suspeita de violência familiar muitas vezes é algo habitual no exercício profissional dos ACS, sendo muitas vezes menosprezada por estes, seja pela sua falta de atitude, ou pela falta de preparo para lidar com a situação. Soma-se a isso, o fato da maioria dos serviços não dispor de um protocolo para auxiliar estes profissionais no atendimento e seguimento dessas vítimas de violência. Assim, para que possam atuar de maneira satisfatória, os ACS necessitam de informações concretas e bem sedimentadas com relação a qual postura adotar.

Verificou-se ainda o grau de concordância sobre a afirmação de que os ACS poderiam confirmar um caso de violência familiar contra idosos. Apenas 7,8% dos profissionais discordaram totalmente dessa assertiva, sendo que os profissionais mais jovens alcançaram melhor desempenho. O fato de menos da metade dos participantes discordarem dessa afirmação demonstra a existência de atitudes inadequadas.

O fenômeno da violência familiar é algo muito complexo o que torna o trabalho em equipe imprescindível no caso de suspeita desse tipo de agressão, já

que o conhecimento de apenas um tipo de profissional não é suficiente para a compreensão e abordagem desta situação de forma global. Daí a importância do trabalho interdisciplinar o que nem sempre é possível visto que alguns profissionais se limitam a realizar o encaminhamento desses casos para outros trabalhadores considerados mais habilitados para lidar com a situação, privilegiando desta forma o modelo multiprofissional em detrimento do interdisciplinar, visto que há vários profissionais atuando, porém cada um em sua área, sem integração de conhecimento ou ações (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013).

No estudo, analisou-se também a opinião dos agentes sobre a afirmação de que basta um sinal indicativo para se confirmar um caso de violência. Neste caso menos de 30% dos agentes discordaram dessa assertiva, evidenciando a adoção de atitudes inadequadas pela maioria dos profissionais. O maior percentual de discordantes foi verificado entre os ACS com 6 a 10 anos de serviço.

Apesar dos sinais indicativos de agressão contra os idosos levarem à suspeita e muitas vezes à confirmação de violência familiar, estes não podem ser analisados de forma isolada. Isso porque alguns sinais de alerta são nitidamente característicos de maus-tratos como, por exemplo, marcas na pele de cinto e corda, no entanto outros podem representar problemas de sono ou de pele (BRASIL, 2009b).

A prática dos agentes diante de casos de violência familiar contra idosos também foi avaliada. Os profissionais que desconhecem o guia do Ministério da Saúde apresentaram pior desempenho em relação aos demais. Além disso, para quatro das cinco práticas pesquisadas menos de 25% do total de participantes concordaram totalmente.

O acolhimento ao usuário na atenção primária é essencial para a prevenção e identificação de casos de violência. Para tanto, é necessário que os profissionais realizem uma escuta qualificada, uma vez que dar voz ao usuário possibilita ao profissional identificar suas necessidades e buscar soluções para os problemas verificados. Os profissionais precisam se mostrar disponíveis para tirar as dúvidas não apenas dos idosos como também de seus familiares. Portanto, a escuta deve ser uma das principais ferramentas de trabalho dos ACS, pois além de prevenir futuras agressões, permite dar apoio e fornecer informações às vítimas (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que os conhecimentos de uma parcela dos profissionais são limitados, envolvendo questões básicas da violência familiar contra idosos por vezes insuficientes para a abordagem junto às vítimas, favorecendo atitudes inadequadas. Portanto, verificou-se uma problemática que envolve a existência de conhecimentos restritos ou até mesmos incorretos, um dado preocupante que pode interferir no melhor atendimento a essa população em específico. Além disso, muitos ACS discordaram das práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Foi possível identificar a necessidade de sensibilizar os ACS a respeito das diversas faces deste grande problema que é a violência familiar contra idosos, já que a atenção primária é uma das portas de entrada dos serviços de saúde. O papel do agente na identificação e prevenção deste agravo é de extrema importância, visto que se trata de um profissional que tem como diferencial pertencer à comunidade e poder adentrar as residências, possibilitando reconhecimento dos diversos contextos familiares presentes na comunidade.

O ACS é o responsável por acompanhar todas as famílias e pessoas do seu território por meio da visita domiciliar e assim, desenvolver ações de educação em saúde que visem à prevenção de agravos e à promoção à saúde. Contudo, a existência de um conhecimento incorreto e atitude ou prática inadequada a respeito da violência familiar contra idosos põe em risco todo esse processo de educação.

Desta forma, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo vários manuais para auxiliar esses profissionais nas suas funções diárias, um deles aborda justamente o trabalho do agente comunitário de saúde. As atribuições destes profissionais, no contexto da violência familiar, envolvem desde a identificação de casos suspeitos e seu seguimento, até medidas preventivas o que inclui orientações à família.

O processo de qualificação é uma ferramenta fundamental para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho do ACS. Uma vez realizado treinamento apropriado, o profissional se torna capaz de exercer com segurança e sucesso suas funções.

Contudo, constatou-se que o treinamento realizado pelos ACS de Teresina-PI se mostrou pouco eficiente na aquisição de conhecimentos mais

aprofundados sobre a temática da violência. Os ACS que não realizaram treinamento detinham praticamente o mesmo conhecimento comparando com aqueles que realizaram. Em alguns momentos, os que não foram capacitados apareciam com desempenho superior aos demais.

Este estudo abre alguns questionamentos a respeito da maneira como está sendo realizada a abordagem ao ACS, e a eficiência dos treinamentos que estão sendo aplicados. Ao mesmo tempo que embasa futuras pesquisas, não havendo pretensão de considerar essa temática esgotada, contribuindo assim para refletir a importância do agente dentro da equipe multiprofissional e no seu trabalho junto a comunidade na identificação e prevenção da violência familiar contra idosos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A.S.; LOPES, M.H.B.M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 61, n. 1, p. 11-17, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF): jun. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20042006/2006/lei/l11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11350.htm)> Acesso em: 09 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF): jul. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/-\\_Ato20112014/2011/Lei/L12461.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/-_Ato20112014/2011/Lei/L12461.htm)> Acesso em: 10 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata das diretrizes e normas de regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura Saúde da Família Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal** Unidade Geográfica: Município - TERESINA/PI. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso em 28 abr. 2015.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 15, p. 1509-20, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>. Acesso em: 04 mai. 2015.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 37-46, 2014. Disponível em: [www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/198/20](http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/198/20). Acesso em: 02 Jun. 2016.

COSTA, C.C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 112f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2012.

DUARTE, L.M.; LEAL, E. A.; LIMA, A. C. S.; OLIVEIRA, E. P.; SOARES, I. S.; ANDRADE, L. R. C. Violência doméstica contra o idoso no Brasil. **Saber Acadêmico**, n. 15, p. 29-30, 2013. Disponível em: <http://www.uniesp.edu.br/revista/revista15/pdf/artigos/03.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2015.

DUTRA, E.M; VASCONCELOS, E.E.; TEÓFILO, J.K.S.; TEÓFILO, L.J.S. Atenção integral aplicada à família: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, n.11, v. 1, p. 55-9, jan-jun 2012. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/267>. Acesso em: 04 Jul. 2016.

FILGUEIRAS, A.S; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 jun. 2015.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS). Gerência de Atenção Básica. **Relatório da atenção básica no município**. Teresina (PI), 2015.

GALAVOTE, H.S., PRADO, T.N.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n.1, p.231-40, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2016.

GARBIN, C.A.S.; MELO, L.M.L.L.; MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, A.J.L.; ROVIDA, T.A.S. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **Journal of the Health Sciences Institute**, Araçatuba-SP, v.32, n.4, p.385-9, 2014. Disponível em: [www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/.../V32\\_n4\\_2014\\_p385a389.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/.../V32_n4_2014_p385a389.pdf). Acesso em: 03 Jun. 2016.

GONÇALVES, J.R.L.; CARVALHO, L.S.; SOARES, P.P.B; FERREIRA, P.C.S.; ZUFFI, F.B.; FERREIRA, L.A. Perception and conduct of health professionals about domestic violence against the elderly. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 194-202, jan./mar., 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2869/pdf\\_1102](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2869/pdf_1102). Acesso em: 03 mai. 2015.

GOUVÊA, G.R.; SILVA, M.A.V.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L.; CORTELLAZZI, K.L.; GUERRA, L.M. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.4, p.1185-1197, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n4/pt\\_1413-8123-csc-20-04-01185.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01185.pdf). Acesso em: 23 mai. 2016.

GUIMARÃES, S.J.; MIRANDA, J.L.S.; MACÊDO, L.T.A. Violência contra o idoso: questão social a ser discutida. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, n. 3, 2007, São Luis. **Anais...** São Luis: UFMA, 2007. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/52cce56b aa935ab80c1cSimone\\_jakelinne\\_Livia.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/52cce56b aa935ab80c1cSimone_jakelinne_Livia.pdf). Acesso em: 03 mai. 2015.

LIRA, C.E.P.R; SILVA, P.P.A.C; TRINDADE, R.F.C. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.14, n.4, p. 928-36, Out-Dez, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a22.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.

MACHADO, W.C.A.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MIRANDA, R.S.; SHUBERT, C.O. Violência doméstica contra idosos: reflexos na assistência e cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6936-41, dez., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4094/8047>. Acesso em: 02 mai. 2015.

MESQUITA, S.K.C.; MENESES, R.M.V.; RAMOS, D.K.R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 473-486, maio/ago. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462016000200473&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462016000200473&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 26 Maio 2016.

MUSSE, J.O.; MARQUES, R.S.; LOPES, F.R.L.; MONTEIRO, K.S.; SANTOS, S.C. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.2, p.525-536, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0525.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2016.

QUINTAS, M.L.; CORTINA, I. Violência contra o idoso no ambiente familiar. **Revista de Enfermagem da UNISA**, Santo Amaro, v. 11, n. 2, p. 120-4, 2010. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-11.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ROCHA, E. N.; VILELA, A. B. A.; OLIVEIRA, D. C. O.; SILVA, D. M. S.; ALVES, M. R.; MEIRA, S. S. Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 178-84, 2015. Disponível em: [www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a06.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a06.pdf). Acesso em: 03 Jul. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. São Paulo: SMS, 2007.

SHIMBO, A.Y.; LABRONICI, L.M.; MANTOVANI, M.F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.506-510, Set. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452011000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000300009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 Maio 2016.

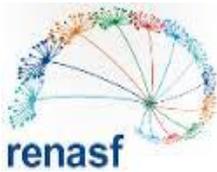
SILVA JÚNIOR, S.D.; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e *Phrase Completion*. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, v. 15, p. 1-16, out., 2014. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br>. Acesso em: 03 maio 2016.

WANDERBROOKE, A.C.; MORÉ, C. Significados de Violência Familiar para Idosos no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.28, n.4, p.435-442, Out-Dez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n4/10.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2016.

WANDERBROOKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O.O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.12, p.2513-2522, dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence**: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva, WHO, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43014/1/924159207-9.pdf>. Acesso em: 03 Jun. 2016.

## APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO**

Prezado(a) profissional, solicitamos o preenchimento das questões abaixo relacionadas ao conhecimentos, atitudes e práticas diante de casos de violência familiar à pessoa idosa. Por favor, não deixe questões em branco. O preenchimento deste questionário é muito importante para esta pesquisa.

**CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL**

1. Idade (anos completos): \_\_\_\_\_

2. Sexo:

1. ( ) Feminino    2. ( ) Masculino

3. Nº da equipe da Estratégia Saúde da Família: \_\_\_\_\_

4. Há quanto tempo é Agente Comunitário de Saúde (anos completos): \_\_\_\_\_

5. Qual sua formação:

1. ( ) ensino fundamental completo

2. ( ) ensino médio incompleto

3. ( ) ensino médio completo

4. ( ) ensino superior incompleto

5. ( ) ensino superior completo

\*Em caso afirmativo para ensino superior completo, especifique qual curso: \_\_\_\_\_

6. Você conhece o guia do Ministério da Saúde que aborda o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde?

1. ( ) sim    2. ( ) não

\* Em caso afirmativo, já leu esse material?

1. ( ) não    2. ( ) sim, totalmente    3. ( ) sim, parcialmente

7. Recebeu treinamento sobre violência contra idosos?

1. ( ) sim    2. ( ) não    3. ( ) não lembro

\* Em caso afirmativo, foi abordado a violência no ambiente familiar?

1. ( ) sim    2. ( ) não    3. ( ) não lembro

8. Quando foi o último treinamento sobre violência contra idosos que você participou?

1. ( ) menos de 1 ano    2. ( ) 1 a 2 anos    3. ( ) 2 a 5 anos    4. ( ) mais de 5 anos    5. ( ) não lembro

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR À PESSOA IDOSA**

9. Tem dúvidas sobre a violência familiar contra idosos?

1. ( ) nenhuma    2. ( ) poucas    3. ( ) muitas

**10. A violência familiar contra a pessoa idosa pode ser:**

Tipos de violência	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. sexual					
2. física					
3. financeira					
4. abandono					
5. psicológica					

**11. Alguns sinais podem ser considerados indicativos de violência familiar contra idosos, tipo:**

Sinais	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. marcas, fraturas e/ou feridas sem explicação correta do acidente					
2. tristeza e depressão					
3. magreza excessiva					
4. ser impedido de sair de casa					
5. higiene bucal e corporal precária					
6. isolamento					
7. não querer conversar					
8. não ter acesso ao seu dinheiro					
9. ter seus bens e patrimônio pessoal utilizado pelos filhos ou parentes					

**12. Você tem como atribuição, frente à violência familiar:**

Atribuições	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. verificar se há situações que podem levar a casos de violência					
2. observar mudanças de hábitos					
3. realizar o mapeamento de famílias de risco com relação à violência da sua micro área					
4. planejar e organizar com ajuda da equipe de saúde atividades que permitam à comunidade refletir e debater sobre comportamentos violentos					
5. registrar o acompanhamento familiar de casos notificados pela UBS, observando se a violência continua, prestando orientações às famílias ou responsáveis					

**13. O seu papel na prevenção da violência familiar é:**

Ações	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. estimular o diálogo na família					
2. estimular a prática de esportes, dança, teatro e trabalhos manuais					
3. discutir com os outros membros da família a importância de ter uma profissão para conseguir trabalho e renda					
4. discutir a importância de ter amigos, fazer parte de grupos ou associações que promovam a melhoria da qualidade de vida					
5. informar que o silêncio só protege os agressores, e não as vítimas					

**15. O que você faz ao identificar um possível caso de violência domiciliar contra o idoso?**

Age da seguinte forma: comunica a/ao	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. equipe de saúde					
2. conselho municipal do idoso					
3. delegacia do idoso					
4. Ministério Público					
5. vizinhos					
6. outros parentes do idoso					
7. líder da comunidade					
8. ninguém					

**14. Em sua opinião, os principais responsáveis pelas agressões aos idosos são:**

Agressores	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. companheiro(a)					
2. filhos					
3. sobrinhos					
4. cuidador					
5. vizinhos					

Atitudes Você acredita que:	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
16. Você pode ajudar na identificação e prevenção de casos de violência familiar contra os idosos.					
17. Basta um sinal indicativo para confirmar um caso de violência familiar à pessoa idosa.					
18. Cabe a você confirmar um caso de violência familiar contra o idoso.					

**19. Diante de um caso de violência familiar você:**

Age da seguinte forma:	Alternativas				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. escuta com atenção o que as pessoas comentam sobre seus problemas equipe de saúde					
2. dá apoio para as pessoas que querem falar, mas não têm coragem.					
3. evita censurar comportamentos que me pareçam estranhos ou comentar com terceiros o que estou percebendo.					
4. evita tirar conclusões precipitadas ou distorcidas.					
5. encaminho os casos com fortes suspeitas de violência à Unidade Básica de Saúde para, em conjunto com o supervisor e a equipe de saúde, define qual a conduta mais adequada diante daquela situação.					



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Marize Melo dos Santos. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (86) 86 3237-2332 e/ou e-mail: cep.ufpi@ufpi.br.

**ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:**

Título do projeto de dissertação de mestrado: Conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí.

Pesquisador responsável: Marize Melo dos Santos

Pesquisadora participante: Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo

- Essa é uma pesquisa quantitativa, realizada junto aos Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, com o objetivo de investigar conhecimentos, atitudes e práticas desses profissionais diante de situações de violência familiar à pessoa idosa.
- Será necessário que você forneça o seu tempo para responder as perguntas a respeito do tema. Você poderá experimentar constrangimento ao sentir dificuldades para responder algumas questões, o que será minimizado pelo preenchimento individualizado do questionário e a utilização de caixa lacrada com uma única abertura na parte superior por onde os agentes irão colocar seus respectivos questionários a fim de garantir total sigilo das respostas.
- O estudo trará benefícios para a comunidade, uma vez que vem informar o que os Agentes Comunitários de Saúde sabem, pensam e fazem frente a casos de violência familiar contra os idosos.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof<sup>a</sup>. Dra. Marize Melo dos Santos, que pode ser encontrado no endereço: Departamento de Nutrição/ UFPI – Campus Min. Petrônio Portela - Ininga – Teresina – PI, Telefone (86) 32155506. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, Campus Min. Petrônio Portella – Bairro Ininga – Teresina – PI.
- Concordando com a participação nesse estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por Lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.
- Será necessária sua participação apenas no momento do questionário. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer momento.

**Consentimento da participação da pessoa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí**. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da pessoa em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Teresina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

-----  
Assinatura do pesquisador responsável

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Teresina - PI - CEP: 64.049-550 - tel.: (86) 3237-2332 - email: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) -web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep).

**ANEXOS**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANEXO A – QUADRO COM NÚMERO DE EQUIPE**



**QUANTIDADE DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA POR  
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE**

DRS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE			EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA										
	URBANA	RURAL	TOTAL	ESF		ESF COM SAÚDE BUCAL		EACS	TOTAL GERAL (ESF+ESFSB+EACS)	NASF	Cna/Rua			
				URBANA	RURAL	URBANA	RURAL					TOTAL	TOTAL	
SUL	25*	04	29	07	-	07	07	69	05	74	-	81	01	01
CENTRO/NORTE	20**	06***	26	03	-	03	03	72	06	78	-	81	01	-
LESTE/SUDESTE	26	09	35	10	-	10	10	72	12	84	02	96	01	-
			Total:			Total:				Total:		Total:		Total:
			89 UBS			20				235	02	258	03	01
			01 Mista											

Fonte: SCNES, 04/2015

\* US Parque Piauí é Unidade Mista.

\*\* Dentro da US Marriano Gayoso Castelo Branco funcionam 03 equipes (não consta no CNES).

\*\*\* O Posto de Saúde Chapadinha funciona como ponto de apoio, está cadastrado no CNES, mas não possui equipe vinculada.

**OBSERVAÇÕES:**

- o DRS SUL
  - o Equipes sem Saúde Bucal: CS Cristo Rei (52); CS Durvalino Couto (112,199); CS Irmã Dulce (51); CS Dágmar Mazza (155); CS Parque Pioneiro I (153,154); Pq. Piauí (130).
- o DRS CENTRO/NORTE
  - o Equipes sem Saúde Bucal: CS Cidade Verde (172); CS Dr. Mariano Mendes-Monte Alegre (212,221).
- o DRS LESTE/SUDESTE
  - o Equipes sem Saúde Bucal: CS Iníngua (271,272); CS Novo Horizonte (53,86); CS Raimunda Soares (21,58); CS Renasença (87,88); CS Redonda (84,230).

Cobertura de população: 92,25%

Agentes comunitários de Saúde: 1.559 . DRS NORTE: 503

DRS SUL: 511

DRS LESTE: 545

Teresina, 25 de maio de 2015

Declaro para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras,

*Authany Barros da Silva*

Smithanny Barros da Silva  
Gerente de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde

*Prof. Junitanny Barros da Silva*  
Gerente de Atenção Básica CEABFMS  
Enfermeira / COREN/8.803



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DA FMS**



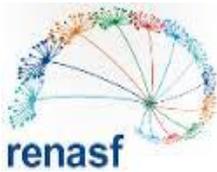
**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DE POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR A PESSOA IDOSA, EM TERESINA, PIAUÍ" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo as pesquisadoras MARIZE MELO DOS SANTOS e DANIELLE YASMIN MOURA LOPES DE ARAÚJO, realizarem a(s) etapa(s): Acesso as Unidades Básicas de Saúde da DRS Centro/Norte; Leste/Sudeste e Sul, selecionada na amostra, para entrevistar os Agentes Comunitários de Saúde, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Teresina, 25 de agosto de 2015.

  
 \_\_\_\_\_  
 Smithanny Barros da Silva  
 Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa da  
 Fundação Municipal de Saúde



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANEXO C – APROVAÇÃO CEP**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAUÍ - UFPI



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR À PESSOA IDOSA, EM TERESINA, PIAUÍ.

**Pesquisador:** Marize Melo dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49867615.9.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.346.100

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo transversal, que será desenvolvido mediante abordagem quantitativa com o objetivo de investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos ACS diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí. A metodologia Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) permite o diagnóstico situacional de uma determinada população a partir da identificação de seus problemas e necessidades. A população da pesquisa é constituída de 1559 ACS distribuídos em 258 equipes da ESF de Teresina. Será aplicado um questionário, com perguntas fechadas e abertas, elaborado exclusivamente para esse estudo, a 308 agentes que serão selecionados de forma aleatória simples.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

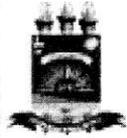
Investigar conhecimentos, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde diante de situações de violência familiar à pessoa idosa, em Teresina, Piauí.

**Objetivo Secundário:**

Levantar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos sinais, os tipos e as medidas de prevenção da violência familiar contra os idosos.

Verificar a atitude dos Agentes Comunitários de Saúde diante situações de violência familiar contra

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.346.100

o idoso. Identificar a prática dos Agentes Comunitários de Saúde frente a suspeita e a confirmação de casos de violência familiar contra idosos durante seu exercício profissional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos:

Os ACS participantes do estudo têm risco mínimo de experimentar constrangimento ao sentir dificuldades para responder algumas questões, o que será minimizado pelo preenchimento do questionário de forma individualizada e a utilização de caixa lacrada com uma única abertura na parte superior por onde os agentes irão colocar seus respectivos questionários a fim de garantir total sigilo das respostas.

Na fase de coleta de dados as possíveis dificuldades poderão estar relacionadas ao acesso aos ACS nas diversas unidades de saúde, visto que participarão da pesquisa um grande número de profissionais. Entretanto, tal dificuldade será contornada em face da disponibilidade das instituições de saúde em colaborar com o estudo, dada a sua relevância social.

No entanto, as dificuldades apontadas não comprometem a execução da pesquisa.

Benefícios:

Não há benefícios diretos aos participantes, contudo, a médio e longo prazos poderão ser beneficiados com atuação dos profissionais para melhoria da qualidade de vida."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de proposta relevante pois acredita-se que o conhecimento dos dados referente ao que sabem, pensam e fazem os ACS diante de uma situação de violência familiar à pessoa idosa poderá subsidiar o planejamento de novas políticas públicas de grande alcance social e de ações de combate a esse agravo ressaltando a importância destes profissionais nesse processo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

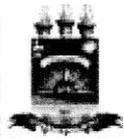
**Recomendações:**

Recomenda-se paginar o TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido do ponto de vista ético.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.346.100

**Considerações Finais a critério do CEP:**

o CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

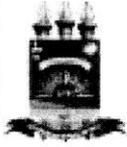
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	06/10/2015 17:07:42	JHONATA DA SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_599157.pdf	05/10/2015 17:51:04		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	05/10/2015 17:50:07	Marize Melo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Curriculo.pdf	02/10/2015 11:08:24	Marize Melo dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/10/2015 14:52:34	Marize Melo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	RESUMO.doc	01/10/2015 14:52:26	Marize Melo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INSTRUMENTO.doc	01/10/2015 14:52:17	Marize Melo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Confidencialidade.pdf	01/10/2015 14:52:05	Marize Melo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAA.pdf	01/10/2015 14:51:53	Marize Melo dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	01/10/2015 14:51:45	Marize Melo dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	01/10/2015 14:51:34	Marize Melo dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOo.pdf	01/10/2015 14:51:20	Marize Melo dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.346.100

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 01 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Adrianna de Alencar Setubal Santos**  
**(Coordenador)**

*Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos*  
Coordenadora CEP-UFPI  
Portaria Propeq N° 16/2014

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550

**UF:** PI **Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br