

## **Violência, Condições de Saúde e Uso do Serviço de Saúde por Mulheres Idosas Moradoras da Área de Abrangência das Equipes da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal**

**Orientadora:** Carla Targino Bruno dos Santos

**Alunas:** Amanda Krishna Pinheiro Gonçalves de Souza e Iris Pires de Moraes

Desde 2004, a partir do diagnóstico sociodemográfico e epidemiológico da situação de saúde das mulheres no Brasil e da permanência das lutas dos movimentos sociais, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM, 2004), que permanece como a política mais atualizada para essa população atualmente. A característica central do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da PNAISM é a integralidade da atenção, e a PNAISM traz uma novidade para a época: a saúde das mulheres a partir de um enfoque de gênero (PNAISM, 2004).

Ademais, a PNAISM possui 14 objetivos específicos, dentre os quais se inclui a Promoção da Atenção à Saúde das Mulheres Idosas (PNAISM, 2004). Essa visibilidade para a saúde das mulheres idosas é fundamental, e remete ao debate da integralidade da atenção à saúde dessa população, que busca transpor o foco quase exclusivo em aspectos reprodutivos e nas demandas em torno do eixo materno-infantil. Além disso, é importante destacar que há um processo mundial de transição demográfica e epidemiológica em curso, destacando-se a necessidade de ampliar os debates em saúde para a população idosa, considerando suas especificidades.

Esse processo difere de acordo com as etapas de desenvolvimento econômico de diversos países, tendo impacto direto na diminuição da morbimortalidade (NETTO et al., 2005). Nota-se que o envelhecimento da população brasileira terá um crescimento maior do que os ocorridos nos países de primeiro mundo (CARVALHO et al., 2003). Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 2006 e 2050 a população idosa será de 25% da população mundial, sendo que 20% dessa população idosa terá idade superior a 80 anos (WHO, 2008).

No entanto, apesar de o crescimento da população de idosos ter ocorrido na década de 1980, percebe-se que a agressão contra essa população não é algo recente (SANCHES et al., 2008). Entende-se a fragilidade da definição conceitual de violência, visto se tratar de um conceito relacional; há, ainda, uma dificuldade de abordar um tipo específico de violência, já que violências são múltiplas, e são muitas as maneiras de percebê-las. Entretanto, a violência pode ser caracterizada como qualquer agressão intencional física, moral, psicológica, sexual, e omissões de familiares ou responsáveis que coloquem em risco a vida do indivíduo (SAFFIOTI, 2004; MINAYO, 2004; BRASIL, 2007).

Sabe-se que a violência contra a pessoa idosa tem repercussões importantes em sua vida e na de seus familiares. As consequências físicas e mentais podem variar desde traumas físicos, morais e até emocionais, que levam, muitas vezes, a incapacidades, dependência e morte.

Com o processo de transição demográfica, ocorrem também mudanças no perfil epidemiológico e das necessidades de saúde da população. Atualmente, o Brasil é um país jovem, de população em ascendente processo de envelhecimento. A cada ano, 650 mil pessoas passam a integrar a população de novos idosos; um percentual importante desse total se encontra com alguma doença crônica e/ou limitações físicas e funcionais (VERAS, 2009).

De acordo com Veras (2009), em menos de 40 anos o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típico dos países longevos. Como consequência, o envelhecimento ocorre associado a doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com hospitalizações mais frequentes, exigência de cuidados constantes e medicamentos contínuos (VERAS, OLIVEIRA, 2018).

Esse processo tem como resultado uma maior procura desses idosos pelo serviço de saúde; a frequência das internações hospitalares aumentam, com um tempo muito maior de ocupação dos leitos, se comparado ao de outras faixas etárias. Nesse sentido o envelhecimento da população representa uma maior carga de doenças, mais gastos com saúde por parte das famílias e mais demanda pelos serviços de saúde.

O objetivo geral deste projeto é analisar a ocorrência de violência, as condições de saúde e o uso do serviço de saúde por mulheres idosas moradoras da área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal. Os objetivos específicos são: (1) caracterizar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das mulheres idosas moradoras da área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal (DF); (2) identificar a prevalência e a tipologia da violência nessa população; (3) verificar os fatores associados à ocorrência de violência nessa população; (4) caracterizar os atendimentos ofertados pela Estratégia Saúde da Família entre as mulheres idosas com rastreio positivo para violência, mediante análise de prontuário.

### *Metodologia*

Trata-se de uma pesquisa transversal, de abordagem quantitativa. Será desenvolvida em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região de Saúde de Ceilândia, UBS n. 3 e n. 6, localizadas na Superintendência Oeste em Brasília/DF.

A população do estudo será constituída por mulheres idosas residentes em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família de Ceilândia/DF (N=15.687). O tamanho amostral foi calculado com base em uma prevalência de violência de 13% (BOLSONI et al., 2016), precisão de 5%, para uma população finita de 15.687 idosas. Posteriormente, foi adotada a possibilidade de uma perda amostral de 20%. Sendo assim, o número máximo de tentativas de entrevistas será de 206 idosas.

Destaca-se que a seleção das participantes ocorrerá por meio de sorteio aleatório, partindo-se de uma listagem com os nomes das idosas acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família da região.

Serão incluídas na pesquisa participantes do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, moradoras da área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família e que apresentam capacidade de compreender e responder as questões propostas na entrevista. Serão excluídas as idosas que estiverem hospitalizadas/institucionalizadas no período da coleta de dados e que não sejam encontradas no domicílio após três tentativas.

A coleta consistirá em duas etapas: a primeira ocorrerá por meio de entrevista no domicílio das participantes através de um instrumento estruturado; a segunda, por meio da análise de prontuários.

No que se refere à primeira fase, o instrumento de coleta de dados e as variáveis do estudo consistirão em: informações sociodemográficas e econômicas; Mini Exame do Estado Mental (MEEM); rastreamento de violência; avaliação das condições sociais e de saúde; autopercepção de saúde; Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD); Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD); doenças autorreferidas; ocorrência de quedas e hospitalização/internação; vulnerabilidade biofisiológica; indicativo de sintomas de depressão; rede de apoio social; autoestima; etilismo/tabagismo; padrão do sono/autocuidado.

No que se refere à segunda etapa, será realizada a análise de prontuários eletrônicos ou físicos das idosas que apresentarem rastreamento positivo para violência, visando a avaliar os cuidados oferecidos pela Estratégia Saúde da Família/Unidade Básica de Saúde às participantes.

Para a coleta dos dados da segunda etapa da pesquisa, será utilizado um instrumento elaborado pelos pesquisadores, o qual contempla as seguintes informações: cuidados direcionados à pessoa idosa (registro dos atendimentos no prontuário e registro das informações de condições de saúde da idosa) e cuidados específicos à mulher idosa (se a mulher realizou mamografia, exame

citopatológico e recebeu atendimento no climatério), além de aspectos relacionados ao atendimento direcionado à violência (se houve abordagem de violência, identificação do agressor, notificação do evento e acionamento da rede de proteção).

Será construído um banco de dados eletrônico, no programa Excel, importado para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, para se proceder à análise dos dados.

Quanto à análise dos dados, será realizada análise univariada com medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade para as variáveis quantitativas. Para atender ao objetivo (3), será realizada uma análise bivariada, empregando-se medidas de associação em tabelas de contingências (teste qui-quadrado, razões de prevalências e razões de chances de prevalência) para variáveis categóricas. As variáveis que atenderem ao critério de  $p < 0,1$  serão incluídas no modelo de regressão logística múltipla com o nível de 5%, e os testes serão considerados significativos quando  $p < 0,05$ .

### *Referência*

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal/Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Brasília: MPDFT, 2013. Disponível em: <<https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/arquivos/mapa-da-violencia-contra-o-idoso>>.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.

CODEPLAN. Perfil da população idosa do Distrito Federal. Brasília: CODEPLAN, 2017. Disponível em: <[www.codeplan.df.gov.br.NETTO](http://www.codeplan.df.gov.br.NETTO)>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, coordenação de trabalho e rendimento, pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004-2015. [site da Internet]. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. Rev. O Mundo da Saúde, v. 29, n. 4, p. 594-606, out. 2005.

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANCHES, P. A. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em outubro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=pt)>. Acesso em outubro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

WHO – World Health Organization. Older Persons in Emergencies: An Active Ageing Perspective. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/publications/EmergenciesEnglish13August.pdf>>.

