

Estudo psicossocial da violência na velhice: o que pensam agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde?

Ludgleydson Fernandes de Araújo

Romulo Araujo da Rocha

Edilene Alves Cruz

Universidade Federal do Piauí, Parnaíba – PI – Brasil

Resumo: O estudo objetivou identificar e comparar as representações sociais de violência e maus-tratos na velhice entre agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde atuantes no Programa Saúde da Família. A amostra foi não probabilística e intencional, constituída por 50 agentes comunitários e 50 profissionais (29 enfermeiros, 11 médicos e 10 odontólogos) de ambos os sexos (59% do sexo feminino). Aplicaram-se um questionário sociodemográfico e o teste de associação livre de palavras com base nos estímulos-indutores “violência” e “maus-tratos”. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de redes semânticas naturais. Percebeu-se que a violência e os maus-tratos à pessoa idosa foram objetivados majoritariamente em expressões como desprezo, agressão, sofrimento e trauma, trazendo consequências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas às vítimas. Os profissionais evocaram palavras mais ligadas aos traumas físicos, enquanto os agentes comunitários mencionaram termos associados a eventos psicossociais como abandono.

Palavras-chave: violência; maus-tratos; velhice; Programa Saúde da Família; representações sociais.

Introdução

Até o século passado, os estudos sobre envelhecimento e seus caracteres psicossociais pouco eram discutidos nas pautas de investigação e em registros científicos (BERGMAN, 2007). A partir do final do século XX e início deste, devido ao exacerbado aumento do número de idosos no mundo, notou-se considerável interesse por parte de pesquisadores e cientistas em conhecer o objeto complexo e multifacetado que é o processo de envelhecer (BRASIL, 2000; DUARTE, 2007).

Para a realidade brasileira, mudanças no perfil epidemiológico (susceptibilidade de doenças), melhora dos índices de qualidade de vida, maior acesso aos serviços sociais e sanitários, e maior investimento em políticas públicas podem ser apresentados como alguns dos fatores responsáveis pelo crescimento significativo da população idosa no país (IBGE, 2008). Tais fatores trazem consigo maior autonomia e reconhecimento diante dos outros países desenvolvidos, visto que o aumento na qualidade de vida do brasileiro influi não somente na saúde, mas também em sua estrutura social, econômica e política (SANTOS et al., 2007; ARAÚJO, 2006).

Influi no âmbito social porque a consciência populacional diante da grande aglomeração de idosos no país também passa a sofrer algumas mudanças, entre elas a responsabilidade e o respeito mútuo, os quais passam a ser mais valorizados nesse contexto (ARAÚJO, 2006; KALACHE; KELLER, 2000). No que diz respeito ao âmbito político e econômico,

nota-se a necessidade da elaboração e consolidação de políticas públicas favoráveis e auxiliaadoras, além do investimento financeiro para essa classe ascendente, posto que as necessidades básicas do idoso são, em suma, diferentes das necessidades de um adulto qualquer (IBGE, 2008; SANTOS et al., 2007).

São diversos os fatores que têm contribuído para o crescimento da população idosa no Brasil. No entanto, segundo Minayo (2003), esse progresso tem sido acompanhado de alguns agravantes, tanto biológicos quanto sociais, os quais colocam em risco o processo do envelhecimento saudável do brasileiro. Entre esses agravantes, destaca-se a violência (MINAYO, 2003; GONDIM; COSTA, 2006; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

Os casos de violência contra a pessoa idosa têm sido evidenciados exacerbadamente nas últimas décadas e ocorrem de diversas formas, inclusive dentro do âmbito familiar (IBGE, 2008; MINAYO, 2007). Em contrapartida, identificar esses casos tem sido apontado pelos pesquisadores sobre violência no Brasil como um “obstáculo” (MACHADO; GOMES; XAVIER, 2001; ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009; FALEIROS, 2004). Isso acontece porque os idosos negam, por meio do silêncio, da clandestinidade e da impunidade, os conflitos vivenciados. A clandestinidade e a impunidade se enquadram no âmbito jurídico-político-social, focalizando o conflito da desigualdade no acesso à justiça e aos aspectos contraditórios concernentes à punição dos agressores. Já o silêncio, conluio ou segredo familiar se encontra mais vinculado ao âmbito proximal de honra, cumplicidade e confiança entre o agressor e a vítima, posto que estes têm um vínculo afetivo expressivo (FALEIROS, 2004).

Nesse sentido, Faleiros (2004) destaca três tipos de violência predominantes: sociopolítica, institucional e intrafamiliar. A violência sociopolítica trata de situações mais gerais que envolvem os aspectos sociais relevantes em um determinado grupo. Esse tipo de violência é o mais frequente, observado em denúncias nas delegacias de polícia. Nesse tipo de violência, incluem-se fatores que se apoiam na condição frágil dos idosos, como furtos, assaltos e desprezo nos transportes (FALEIROS, 2004; ARAÚJO, 2006; ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009).

A violência institucional abrange os conflitos existentes em instituições de serviço, privadas ou públicas. Nesses casos, não se valoriza a fala do idoso, ele é tratado como incapaz e muito dependente para realizar suas tarefas na vida em sociedade. Há a predominância da falta de cuidado, atenção e respeito (FALEIROS, 2007; MINAYO, 2007).

A violência intrafamiliar refere-se ao tipo de violência vivenciada dentro dos lares, na maioria das vezes praticada por filhos, parentes ou até mesmo vizinhos. Pode apresentar-se sob caráter físico, psicológico, negligente, abuso financeiro e/ou sexual. Em cada dos casos apresentados na violência intrafamiliar, a dificuldade em identificá-los é bem maior que nos outros casos citados, especialmente por causa do *silêncio* que impera nessas situações. É muito raro identificar os casos de violência intrafamiliar em denúncias nas delegacias de polícias ou em postos médicos, porque o idoso sente-se confrontado ao denunciar um parente próximo, por mais dramática que a situação se torne. Quando há denúncia, na maioria das vezes ela é realizada por vizinhos ou amigos próximos (FALEIROS, 2007; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

A violência na velhice, segundo Faleiros (2004), se configura num processo social relacional complexo, que varia de acordo com as mudanças sociopolíticas, e deve ser enten-

dida na estruturação da própria sociedade e no contexto das relações entre o idoso, as instituições e seus familiares. A vulnerabilidade a esse fenômeno à qual os idosos estão expostos e a importância de políticas na prevenção e diminuição de casos futuros de maus-tratos são aspectos que precisam ser enfatizados nesse contexto (MACHADO; GOMES; XAVIER, 2001; ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009; FALEIROS, 2004).

O Ministério da Saúde vem definindo, ao longo dos anos, estratégias que visam ao fortalecimento da rede de prevenção à violência na velhice, com a ênfase na elaboração e multiplicação de informações. Nesse processo, os profissionais e agentes comunitários de saúde inseridos no Programa Saúde da Família (PSF) assumem um importante compromisso de responsabilidade social, pois observam de forma mais próxima as vivências e disparidades apresentadas pelas famílias brasileiras (BRASIL, 2000).

Em razão disso, discutir as representações sociais (RS) nos casos de violência contra a pessoa idosa mediante as perspectivas de agentes comunitários e profissionais de saúde torna-se consideravelmente necessário, visto que toda representação surge da necessidade de moldar a percepção do que é estranho ou não compreendido em algo “familiar” ou cognoscível (MOSCOVICI, 2003; ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009).

A teoria das representações sociais proporciona uma forma de trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e diversidade. Fundamenta-se na premissa de que existem formas diferentes de conhecer e comunicar-se, direcionadas por visões diferentes, discursos que são moldáveis. Faz-se importante compreender dois deles: o consensual e o científico, cada um trabalhando em seu próprio eixo (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003).

A diferença, no caso, não significa hierarquia isolamento entre eles, apenas propósitos diversos. O campo consensual é aquele identificado na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o campo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. Porém, apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As RS constroem-se frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques, fazendo com que os pensamentos alheios à sociedade tornem-se familiares (SANTOS et al., 2007; REY, 2006).

Tal mudança de percepção, segundo Moscovici (1978), apenas se torna possível por causa de dois processos indispensáveis na formação das RS: *objetivação* e *ancoragem*. A objetivação trata da forma como são organizados todos os elementos que constituem a representação sem desvalorizar o percurso por meio do qual tais elementos adquirem materialidade, ou seja, tornam-se expressões de uma realidade observada como natural. O processo de ancoragem, por um lado, precede a objetivação e, por outro, é posterior a ela.

Como processo que precede a objetivação, a ancoragem diz respeito ao fato de qualquer manipulação da informação exigir pontos de referência: o objeto da representação é pensado com base nas experiências e nos esquemas já estabelecidos. Como processo que se segue à objetivação, a ancoragem trata da função social das representações, permitindo compreender a forma como os elementos representados contribuem constituir as relações sociais (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003).

Os processos de objetivação e ancoragem servem para familiarizar as percepções do que não é conhecido, pois, primeiro, eles as colocam num quadro de referência, em que

poderão ser comparadas e interpretadas, em seguida reproduzidas e colocadas sob controle. A violência na velhice, embora seja um fato familiar à sociedade, infelizmente ainda pode ser considerado um aspecto novo, sobretudo no que se refere aos mecanismos de preveni-la (MOSCOVICI, 2003; REY, 2006).

Tais aspectos concernentes à violência contra o idoso, discutidos e observados sob a óptica das RS, trazem à luz uma nova percepção sobre essa problemática capaz de produzir insumos significativos para a sociedade, os quais, por ampliarem os conhecimentos e valores a respeito dos casos de violência contra a pessoa idosa, poderão contribuir para a prevenção e diminuição de casos futuros (ARRUDA, 2002; COUTINHO; ARAÚJO; GONTIÈS, 2004; NÓBREGA; COUTINHO, 2003; REY, 2006).

Mediante essa realidade, a presente investigação foi desenvolvida com base na teoria das representações sociais, tendo em vista a variedade de informações e vivências que os profissionais e agentes comunitários de saúde (ACS) possuem por estarem inseridos nas comunidades. Entretanto, os profissionais e agentes vivenciam o fenômeno sob ópticas diferentes: aqueles observam resultados da violência física de forma mais intensa, e estes vislumbram não apenas as práticas de violência em si, mas também como elas ocorrem no âmbito familiar (BRASIL, 2000). Nesse sentido, buscou-se identificar e comparar as RS sobre violência e maus-tratos na velhice entre ACS e profissionais atuantes no Programa Saúde da Família.

Método

Locus da pesquisa

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS/MS/BR. Trata-se de uma pesquisa multi-método que utiliza uma metodologia qualitativa e quantitativa, trabalhando com uma amostra não probabilística de conveniência. A pesquisa foi realizada nos postos de saúde do município de Parnaíba, localizada ao norte do Estado do Piauí, visto que a instituição apresentara maior viabilidade e disponibilidade dos participantes para a aplicação dos instrumentos.

Amostragem

A amostra foi constituída por 50 ACS e 50 profissionais de saúde (29 enfermeiros, 11 médicos e 10 odontólogos), tendo em vista a variedade de informações apresentadas por esses sujeitos. Os ACS, por investigarem e vivenciarem aspectos voltados para práticas de violência e suas causas, e os profissionais de saúde, por terem uma visão mais voltada para as consequências da violência na velhice, uma vez que constantemente deparam com traumas físicos e hematomas das vítimas. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de acordo com a disponibilidade encontrada no momento da aplicação, sendo 59% do sexo feminino e 41% do sexo masculino. A média de idade encontrada entre os ACS foi de 33,36 anos, e entre os profissionais foi de 36,84. Dos ACS entrevistados, 90% disseram ter alguma experiência de convivência com idosos, 34% destes por residirem com eles e os outros 56% por motivos de trabalho. Com relação aos profissionais, 82% responderam

ter experiência de convivência, já que todos residem com os idosos. Salienta-se que não foi verificada nenhuma recusa por parte dos atores sociais em participar de forma voluntária e anônima da investigação científica.

Instrumentos

Utilizaram-se os seguintes instrumentos: técnica de associação livre de palavras e questionário sociodemográfico. A técnica de associação livre de palavras (ALP) – uma investigação aberta que se estrutura na evocação de um estímulo-indutor e permite evidenciar universos semânticos de palavras agrupadas por determinadas populações (NÓBREGA; COUTINHO, 2003) – foi utilizada com o objetivo de identificar as dimensões latentes dos objetos representacionais. Na pesquisa, abordaram-se os seguintes estímulos-indutores: violência e maus-tratos.

O questionário sociodemográfico apresentou itens referentes à identificação dos participantes, definindo o seu perfil (idade, sexo, estado civil, tempo de atuação na unidade e experiência e/ou convívio com idosos).

Procedimentos para coleta de dados

Para a realização da pesquisa, estabeleceu-se um primeiro contato com a Secretaria de Saúde de Parnaíba por meio de ofício, o qual foi apresentado para a coordenadora do PSF no município, a fim de obter a autorização para a aplicação dos instrumentos. Por conseguinte, contataram-se os ACS e profissionais de saúde para verificar a disponibilidade deles em participar de forma voluntária da pesquisa. Foram-lhes garantidos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, indicando-lhes que estas seriam analisadas no seu conjunto.

Na ocasião, os atores sociais receberam dos aplicadores as devidas instruções para responder às questões e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, apresentaram-se os estímulos da técnica ALP. É importante ressaltar que, para cada etapa desse instrumento, os participantes tinham um minuto para concluí-lo. Ao final de cada estímulo, eles foram orientados a escolher e assinalar a palavra que melhor traduzisse o significado do estímulo. Posteriormente, responderam ao questionário sociodemográfico. O tempo médio de aplicação foi de vinte minutos para cada participante.

Procedimentos para análise dos dados

Para a realização da análise dos dados, foram utilizados os parâmetros recomendados pela literatura específica sobre a técnica de redes semânticas naturais (REYES-LAGUNES, 1993; VERA-NORIEGA; PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2005; VERA-NORIEGA, 2005), os quais são: tamanho da rede (TR), núcleo da rede (NR), peso semântico (PS) e distância semântica quantitativa (DSQ). O TR é encontrado de acordo com o número total de palavras evocadas (palavras utilizadas para definir o conceito). O NR é encontrado segundo as cinco palavras evocadas com peso semântico mais alto; as palavras que conformam o NR são as que melhor representam o conceito. O PS de cada palavra evocada é obtido pela soma da ponderação das frequências por meio de uma hierarquização, na qual se assinala

com o número 1 a palavra dita com mais frequência e, em seguida, se multiplica por 5. Para a segunda palavra mais frequente, assinala-se 2 e a multiplica por 4; com 3, a terceira, multiplica-a por 3; com 4, a quarta palavra mais frequente, multiplica-a por 2, até que se chegue ao número 5, como a quinta palavra dita com maior frequência, a qual é multiplicada por 1. A DSQ é obtida por meio das palavras evocadas do NR. À palavra que possuir o PS mais elevado, será atribuído o valor de 100%. Sendo assim, as demais porcentagens são obtidas por meio de uma regra de três simples.

Resultados e discussões

Diante dos dados coletados sobre o estímulo-indutor violência (Tabela 1), o *desprezo* foi apresentado pelos ACS como a mais relevante prática de violência contra o idoso, pois tem um peso semântico maior que as demais palavras evocadas. Este, por sua vez, tem se tornado um agravante nos últimos anos no tocante às práticas de violência contra a pessoa idosa, caracterizando-se, na maioria dos casos, como atitudes tomadas por próximos ou não dos idosos. Um bom exemplo dessa realidade está na desvalorização do conhecimento e das opiniões dos idosos. Essa desvalorização ocorre nas mais diversas situações e locais, com os familiares e em instituições (TEIXEIRA, 2008; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

Tabela 1. Rede semântica das representações sociais dos ACS sobre o estímulo-indutor “violência”

Núcleo da rede (NR)	Peso semântico (PS)	Distância semântica qualitativa (DSQ)%
Desprezo	85	100
Crescimento	52	61,87
Desrespeito	33	38,82
Solidão	18	21,17
Abandono	8	9,41

Pode-se observar também que *crescimento*, do ponto de vista da proximidade semântica, é a palavra evocada com maior relevância depois do *desprezo*, pois apresenta a DSQ mais próxima do conceito principal, o que significa que ela tem, de acordo com os ACS, maior representatividade. Uma pesquisa realizada pela Universidade Católica de Brasília em 2007 confirma esse dado ao revelar que, no Brasil, os índices de violência contra a pessoa idosa têm aumentado muito nos últimos anos. Só em 2005 foram registradas 15.803 ocorrências de violência intrafamiliar contra os idosos nas 27 capitais do país onde foi realizada a pesquisa (FALEIROS, 2007).

Ainda fazem parte do NR que forma o conceito de violência as palavras: *desrespeito*, *solidão* e *abandono*. Esses dados são também suficientemente consistentes, pois propõem uma relação de significados complementares, como se observa no núcleo da rede

de significados. Tanto o desrespeito quanto o abandono podem ser analisados e relacionados com base na proximidade semântica observada (Tabela 1), pois representam práticas corriqueiras de violência contra o idoso. Segundo as pesquisas (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009; FALEIROS, 2007; MACHADO; QUEIROZ, 2006; MINAYO, 2007), negligência, falta de cuidados e descaso são comportamentos adotados frequentemente por pessoas que têm relação de proximidade com o idoso. Como resultado dessas práticas, o idoso sofre danos físicos, psicossociais e morais, como a *solidão*, um sentimento de repulsa que pode provocar morte e até suicídio (DUARTE, 2007; CRUZ et al., 2003).

Ao versarem sobre o segundo estímulo-indutor maus-tratos (ver Tabela 2), os ACS apontaram a palavra *agressão* como a mais proeminente definidora desse conceito. Os maus-tratos na velhice são definidos, segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), como qualquer atitude ou ausência desta que venha causar danos físicos ou psicológicos aos idosos. Sendo assim, a definição “agressão” mostra-se relevante, visto que expressão aduzida pelos ACS no tocante aos maus-tratos corrobora o conceito apresentado pela Organização Mundial de Saúde (2005). A agressão representa um dos atos mais corriqueiros observados nas investigações científicas, podendo caracterizar-se tanto como um fenômeno físico quanto moral (FALEIROS, 2007; MINAYO, 2007; GAIOLLI, 2004; GONDIM; COSTA, 2006; SOUZA et al., 2004).

Tabela 2. Rede semântica das representações sociais dos ACS sobre o estímulo-indutor “maus-tratos”

Núcleo da rede (NR)	Peso semântico (PS)	Distância semântica qualitativa (DSQ)%
Agressão	100	100
Desvalorização	60	60
Angústia	42	42
Abuso	24	24
Negligência	10	10

Outra palavra evocada pelos ACS com significativa deferência é *desvalorização* (Tabela 2). Ela pode, inclusive, ser analisada e relacionada com *negligência* (Tabela 2). Esses dois fenômenos representam práticas de maus-tratos contra os idosos e podem ser observados sob a caracterização de aspectos morais, como descompromisso de cuidados com a medicação, assistência à saúde, alimentação e com o afeto ao idoso (FALEIROS, 2007; SANTOS et al., 2007). Essas práticas não são comumente observadas na sociedade, daí a relevância de tal estudo ser realizado com profissionais de saúde e ACS, visto que estes últimos, principalmente, por estarem em contato com as famílias nas comunidades, têm maior facilidade em observar tais práticas em suas visitas diárias (TEIXEIRA, 2008).

As expressões *abuso* e *angústia* também foram atribuídas pelos ACS como significati-

vas, concernentes ao conceito de maus-tratos. Angústia representa, como já mencionado, uma das respostas mais elucidadas pelos idosos ao serem confrontados com maus-tratos (MACHADO; QUEIROZ, 2006).

No que tange à expressão “abuso”, faz-se mister destacar o sexual (relação de poder, força ou sedução para satisfação sexual do agressor) e o financeiro (pressão sobre o idoso, chantagens, retenção de cartões, salário etc.) como práticas pouco cognoscíveis ou observadas em âmbito social. No entanto, podem-se observar o crescimento e a representatividade dessas práticas (devido ao peso semântico atribuído a ela pelos agentes), sendo o financeiro mais comum que o sexual, segundo os ACS (TEIXEIRA, 2008; MINAYO, 2007; FALEIROS, 2007).

Os profissionais de saúde diante do estímulo-indutor violência não mostraram tanta ênfase no que se refere às práticas desta, como observado com os ACS (Tabela 1), mas sim em possíveis causas e consequências desses atos. Percebe-se então o fato de os profissionais não realizarem visitas frequentes às famílias, o que pode justificar tal posicionamento. Por exemplo, apontou-se *sufrimento* (Tabela 3) como a mais significativa palavra evocada no tocante a tal conceito, mostrando o quanto os profissionais de saúde têm experienciado e observado tal fenômeno por parte dos idosos em suas práticas diárias (TEIXEIRA, 2008; TEIXEIRA; NERI, 2006).

Tabela 3. Rede semântica das representações sociais dos profissionais de saúde sobre o estímulo-indutor “violência”

Núcleo da rede (NR)	Peso semântico (PS)	Distância semântica qualitativa (DSQ)%
Sufrimento	100	100
Impunidade	60	60
Frágil	39	39
Insensibilidade	20	20
Dor	7	7

O sofrer, mediante as situações as quais os idosos são expostos diariamente com familiares e com a sociedade de modo geral, tem sido bastante discutido em algumas investigações científicas. Sanches (2006), por exemplo, faz uma discussão, até então pouco familiarizada no âmbito social, concernente à relação entre vítima e agressor. Ele faz uma análise desta relação observando que os indivíduos mais próximos aos idosos, como familiares e cuidadores, são os que mais se utilizam de atos agressivos. No estudo, Sanches (2006) mostra que o sofrimento experienciado pelo idoso com relação a pessoas não próximas a ele é bem menor que o vivido com indivíduos com os quais ele convive.

Outra expressão utilizada pelos profissionais dentro da percepção acerca da violência foi *impunidade*, que se dispõe de forma semelhante a *sufrimento*, por ser a definidora mais próxima (Tabela 3). Tal fenômeno notifica os diversos mecanismos a serviço dos agres-

sores que os fazem sair incólumes mesmo sendo estes responsáveis pelos atos de violência. Entre tais mecanismos, podem-se destacar a lei (que, em alguns casos, favorece quem dispõe de mais mecanismos de defesa), o medo de denunciar e de se expor à justiça, os conflitos entre punidores e agressores etc. (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009; FALEIROS, 2007).

A expressão *frágil* também foi apontada pelos profissionais, no tocante às suas percepções de violência, como significativa. Os estudos sobre fragilidade na velhice apontam tal fenômeno como um estado de vulnerabilidade fisiológica e psicológica que envolve índices etários, ocasionada por um equilíbrio corporal desgastado, pouca capacidade de resiliência e enfrentamento de um grande número de estresses (BERGMAN, 2007; TEIXEIRA, 2007; ARAÚJO, 2006; TEIXEIRA; NERI, 2006; FRIED et al., 2004; FRIED; WALSTON, 2003). Observa-se aqui a importância da constatação de tal construto por parte dos profissionais, visto que estes obtêm maior contato com os idosos no que tange aos aspectos físicos destes, corroborando uma fidedignidade dos dados apresentados neste estudo com os dados de outros estudos que apresentam a fragilidade como consequência desses atos de violência contra a pessoa idosa (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009; COSTA et al., 2009).

No que tange às expressões *insensibilidade* e *dor*, a primeira refere-se aos comportamentos apresentados pelos agressores que provocam diversas consequências, entre elas a dor. Esses fenômenos também são significativos, pois apresentam peso semântico relevante à pesquisa.

As RS dos profissionais de saúde, de acordo com suas percepções dos maus-tratos (Tabela 4), corroboraram a concretização dos construtos observados e experienciados por eles, visto que têm uma abrangente compreensão das práticas de maus-tratos, principalmente por obterem contato direto com as vítimas (idosos). O *trauma*, majoritariamente atribuído pela percepção dos profissionais (PS = 85) como a palavra que melhor define o fenômeno dos maus-tratos, pode ser compreendido com base nos atendimentos realizados por eles. Esses profissionais são capazes de observar, em grande parte dos casos, as condições em que o idoso se encontra e identificar os possíveis traços de agressão física no corpo e pelo semblante do idoso, seu estado emocional e psicológico (DUARTE, 2007).

Tabela 4. Rede semântica das representações sociais dos profissionais de saúde sobre o estímulo-indutor “maus-tratos”

Núcleo da rede (NR)	Peso semântico (PS)	Distância semântica qualitativa (DSQ)%
Trauma	85	100
Desprezo	64	75,29
Incompreensão	42	49,41
Frequência	22	12,94
Vítimas	9	10,58

Os termos *desprezo* e *incompreensão* apontados pelos profissionais podem ser analisados em correlação, por apresentarem uma proximidade semântica de 64 e 42, respectivamente. Essas palavras também podem ser correlacionadas com a expressão “desvalorização” citada pelos ACS ao versarem sobre o estímulo-indutor maus-tratos na Tabela 2. Isso reforça a significância do fenômeno desprezo, pois os dois grupos (ACS e profissionais) demonstram experiências de relatos dessa realidade, tanto com as famílias nas comunidades quanto no atendimento nos postos de saúde (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009; TEIXEIRA, 2008).

A definidora *frequência* também representa outro aspecto intrínseco dentro da percepção dos profissionais acerca dos maus-tratos. Isso ocorre porque, em suas vivências práticas nos postos de Saúde, os profissionais são confrontados com essa realidade com muita constância (LIMA FILHO, 2007; MINAYO, 2007). Tal frequência corrobora outra expressão atribuída pelos profissionais: *vítimas*. Essa expressão reforça a consonância dos construtos frequência e vítimas no tocante às RS dos maus-tratos, no que revela a frequência com que esses idosos sofrem agressões físicas e morais, desenvolvendo-se de forma exacerbada ao longo dos anos e fazendo deles vítimas dessa realidade (GONDIM; COSTA, 2006; MACHADO; QUEIROZ, 2006; MINAYO, 2003).

Em síntese, salienta-se que os dados apreendidos no teste de associação livre de palavras propuseram um conhecimento do senso comum acerca de violência e maus-tratos na velhice, ancorados nas RS dos ACS e profissionais de saúde. No entanto, vale destacar que esse fenômeno foi representado por ambos os grupos como um processo contínuo e em desenvolvimento na sociedade.

Considerações finais

O presente estudo versou sobre as RS de violência e maus-tratos contra a pessoa idosa dos atores sociais, os ACS e os profissionais de saúde. Pode-se constatar, com base nos dados coletados, a relevância da definidora “desprezo” como o maior agente responsável pelo sentimento de angústia no idoso, sendo definida tanto por ACS quanto por profissionais de saúde. Destaca-se também a “impunidade”, atribuída como grande responsável pelo crescimento e pela frequência nos casos de violência e maus-tratos na velhice.

Pode-se constatar ainda, por meio deste estudo, a importância dada pelos profissionais de saúde aos aspectos voltados para agressões físicas e consequências das práticas de violência, o que não se observou no campo conceitual dos ACS. Para estes, violência e maus-tratos na velhice são denotados nas relações vivenciais dos idosos, como em casa e ambientes institucionais e públicos. Ao passo que os profissionais de saúde deram ênfase aos aspectos agressores resultantes da violência contra idosos, os ACS enfatizaram aspectos causadores e mediadores desses casos de violência.

Os resultados dispostos e aduzidos neste estudo podem ser utilizados em pesquisas futuras como medida para identificação de casos de violência na velhice, de modo que tanto os ACS quanto os profissionais de saúde possuam parâmetros psicométricos válidos e fidedignos que possibilitem a identificação de futuras negligências e atos de maus-tra-

tos contra idosos. Faz-se mister a sugestão de novas pesquisas que avaliem as relações psicossociais elaboradas no tocante à violência e aos maus-tratos na velhice e à prevenção desses fenômenos, utilizando como participantes os próprios atores sociais (idosos), trabalhadores de serviços sociais e gestores públicos que estejam envolvidos com questões psicogerontológicas.

Por fim, considera-se a necessidade de mecanismos que proporcionem maior incentivo às denúncias dos casos de violência contra a pessoa idosa, como Disque Idoso, delegacias e promotorias da defesa da pessoa idosa. Disponibilizar apoio e informação aos vizinhos ou próximos de idosos quanto a denúncias aos órgãos responsáveis caso haja a identificação de casos proeminentes de violência e maus-tratos contra o idoso.

PSYCHOSOCIAL STUDY OF VIOLENCE IN OLD AGE: WHAT THINK STAFF COMMUNITY AND HEALTH PROFESSIONALS?

Abstract: The objective of this study was to identify and compare social representations of violence and abuse among elderly community health agents and health professionals working in the Family Health Program. The sample was non-probabilistic and intentional, consisting of 50 health agents and 50 health professionals (29 nurses and 11 doctors and 10 dentists) of both sexes (59% female). It was applied a socio-demographic questionnaire and the Technique of Free Association of Words, from the stimulus-inductor “violence” and “abuse”. Data collected were analyzed using the technique of natural semantic networks. It was felt that violence and abuse to the elderly has been recorded mainly in expressions such as contempt, aggression, suffering and trauma, bringing consequences professional, family and organizational victims. The professionals evoked words related to traumas, while the health agents linked to the abandonment.

Keywords: violence; abuse; elderly; Family Health Program; social representations.

ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LA VIOLENCIA EN LA VEJEZ: ¿QUÉ PIENSAN LOS AGENTES COMUNITARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD?

Resumen: La pesquisa tiene como objetivo identificar y comparar las representaciones sociales de la violencia y el maltrato en ancianos de los agentes comunitarios de la salud y profesionales de la salud que trabajan en el Programa de Salud de la Familia. La muestra fue no probabilística e intencional, que consiste en 50 agentes comunitarios y 50 profesionales (29 enfermeras, 11 médicos y 10 dentistas) de ambos géneros (59% mujeres). Se aplicó un cuestionario demográfico y el test de asociación libre de palabras, basado en los estímulos que inducen a la “violencia” y “maltrato”. Los datos recogidos se analizaron mediante la técnica de redes semánticas naturales. Se consideró que la violencia y el maltrato de ancianos fueron sobre todo en expresiones como desprecio, agresión, sufrimiento, trayendo consigo consecuencias psicossociales, familiares y orgánicas. Los profesionales evocaron palabras relacionadas con trauma, mientras que los agentes comunitarios evocaron palabras vinculadas al abandono.

Palabras clave: violencia; maltrato; tercera edad; Programa de Salud de la Familia; representaciones sociales.

Referências

ARAÚJO, L. F. **Representações sociais da velhice: um estudo comparativo entre idosos de grupos de convivência e instituições de longa permanência.** 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)–Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

- ARAÚJO, L. F.; LOBO FILHO, J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 153-160, 2009.
- ARRUDA, A. Teorias das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, v. 117, p. 127-147, 2002.
- BERGMAN, H. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. **Journal of Gerontology**, v. 62, n. 7, p. 731-737, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- COSTA, E. C. et al. Aspectos psicossociais da convivência de idosas com animais de estimação: uma interação social alternativa. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 2-15, 2009.
- COUTINHO, M. P. L.; ARAÚJO, L. F.; GONTIÈS, B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 469-477, 2004.
- CRUZ, J. M. O. et al. Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus-tratos no espaço familiar. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 57-76, 2003.
- DUARTE, Y. A. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. **Terceira Idade: estudos sobre envelhecimento**, São Paulo, v. 18, n. 38, p. 7-24, 2007.
- FALEIROS, V. P. A violência na velhice. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 11, p. 7-30, 2004.
- FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.
- FRIED, L. P.; WALSTON, J. M. Fragility and failure to thrive. In: HAZARD, W. R. et al. **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2003.
- FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.
- GAIOLLI, C. C. L. O. **Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- GONDIM, R. M. F.; COSTA, L. M. **Violência contra o idoso**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2010.
- JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

- KALACHE, A.; KELLER, I. The greying world: a challenge for the 21st century. **Science Progress**, v. 83, n. 1, p. 33-54, 2000.
- LIMA FILHO, J. B. Políticas públicas e privadas para a prevenção e atendimento à velhice fragilizada. **Terceira Idade: estudos sobre envelhecimento**, São Paulo, v. 18, n. 38, p. 25-36, 2007.
- MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus-tratos. In: _____. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1152-1159.
- MACHADO, L. R.; GOMES, R.; XAVIER, R. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. **Insight Inteligência**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, 2001.
- MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência doméstica silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência contra idoso**. 1999. (Doutorado em Enfermagem)–Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 783-791, 2003.
- MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1259-1267, 2007.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MINAYO, M. C. S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. **O teste de associação livre de palavras**. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- REY, F. L. G. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 69-85, 2006.
- REYES-LAGUNES, I. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. **Revista de Psicología Social y Personalidad**, v. 9, n. 1, p. 81-97, 1993.
- SANCHES, A. P. R. A. **Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo – Estudo SABE**, 2000. 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- SANTOS, A. C. P. O. et al. A construção da violência contra idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 115-127, 2007.
- SOUZA, A. S. et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intra-familiar. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 57-76, 2004.
- TEIXEIRA, I. N. A. **Fragilidade biológica e a qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2007.

TEIXEIRA, I. N. A Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1181-1188, 2008.

TEIXEIRA, I. N. A.; NERI, A. L. **A fragilidade no envelhecimento**: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VERA-NORIEGA, J. A. **Redes semânticas**: método y resultados. João Pessoa: EdUFPB, 2005.

VERA-NORIEGA, J. A.; PIMENTEL, C. E.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Redes semânticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. **Ra Ximahi**, v. 1, n. 1, p. 439-455, 2005.

Contato

Ludgleydson Fernandes de Araújo
e-mail: ludgleydson@yahoo.com.br

Tramitação

Recebido em agosto de 2010

Aceito em maio de 2011