

## **ESTUDO DAS CRENÇAS DOS AGENTES DE SAÚDE A RESPEITO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**Lélio Moura Lourenço**

*Pós Doutor em Estudos da Criança pelo Instituto da Criança da Universidade do Minho, Portugal.  
Professor adjunto do curso de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora; Coordenador do  
Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva/POPSS.*

**Érica Cruvinel**

*Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Pesquisadora  
do Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva/POPSS.*

**Adriana Aparecida de Almeida**

*Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Bolsista de Iniciação  
Científica/FAPEMIG e integrante do Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva/POPS.*

**Carla Ferreira de Paula Gebara**

*Psicóloga, Mestre em psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Pesquisadora do Pólo de  
Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva/POPSS.*

### **Resumo**

A violência doméstica (VD) vem sendo apontada como uma das principais causas de morbi-mortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação com essa temática. A presente pesquisa objetivou avaliar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a respeito da violência doméstica(VD) contra crianças, adolescentes e idosos. Utilizou-se a técnica dos grupos focais e foram pesquisadas 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo. Dentre os tipos de VD mais frequentemente detectados, estão: "Física" e "Negligência" para crianças/adolescentes, e "Financeira" e "Psicológica/Emocional" no caso dos idosos. As mães foram apontadas como principais agressores das crianças/adolescentes enquanto os filhos foram citados como principais agressores dos idosos. Os resultados deixam clara a necessidade de se pensar em uma capacitação dos ACS, assim como na elaboração e implantação de políticas públicas de prevenção e combate à VD no universo pesquisado.

**Palavras chaves:** violência doméstica, crenças, gestão em saúde.

## **STUDY ON THE BELIEFS OF HEALTH AGENTS ABOUT DOMESTIC VIOLENCE**

### **Abstract**

Domestic violence(DV) has been identified as a major cause of morbidity and mortality, awakening in the health sector, a major concern with this subject. This study aims to assess the beliefs of the Community Health Agents(CHA) regarding domestic violence against children, adolescents and elderly. We used the technique of focus groups were surveyed in 24 Basic Health Units(UBS). The data were analyzed using the technique of content analysis. Among the types of DV most frequently detected, are: "Physics" and "neglect" for children/adolescents, and "Financial" and "Psychological/Emotional" in the elderly. Mothers were identified as major abusers of children and adolescents while the sons were cited as major abusers of the elderly. These results make clear the need to think of a qualification of CHA, as well as the development and implementation of public policies to prevent and fight against DV in the group studied.

**Key words:** domestic violence, beliefs, health management.

## **ESTUDIO SOBRE LAS CREENCIAS DE LOS AGENTES DE SALUD CON RESPECTO A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

### **Resumen**

La violencia doméstica (VD) viene siendo apuntada como una de las principales causas de morbi-mortalidad, despertando, en el sector salud, preocupación con esa temática. Esta investigación tuvo como reto evaluar las creencias de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) con respecto a la violencia doméstica contra niños, adolescentes y ancianos. Se utilizó la técnica de grupos focales. Fueron investigadas 24 Unidades Básicas de Salud (UBS). Los datos fueron analizados a través de la técnica de análisis de contenido. De entre los tipos de VD más frecuentemente detectados, están: "Física" y "Negligencia" para niños/adolescentes, y "Financiera" y "Psicológica/Emocional" para ancianos. Como principales agresores de los niños/adolescentes fueron apuntadas las madres, ya de los ancianos, sus hijos. Los resultados resaltan la necesidad de se pensar en una capacitación de los ACS, bien como en la elaboración e implantación de políticas públicas de prevención y combate a la VD en el universo investigado.

**Palabras clave:** violencia doméstica, creencias, gestion en salud.

### **INTRODUÇÃO**

Desde tempos remotos, o ser humano preocupa-se em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-lo, preveni-lo e eliminá-lo do convívio social. A violência é uma das grandes preocupações mundiais, que afeta a sociedade como um todo, grupos ou famílias e ainda o indivíduo de forma isolada (Ribeiro, Ferriani & Reis, 2004).

A partir da década de 70, a violência vem sendo apontada, no Brasil, como uma das principais causas de morbi-mortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública (Brito, Zanetta, Mendonça, Barison & Andrade, 2005).

A violência pode manifestar-se de várias maneiras, assumindo formas próprias de relações pessoais, sociais, políticas e culturais, utilizando diferentes meios e métodos de coerção e dominação para conquistar, reter poder ou privilégios (Ribeiro et al, 2004). Segundo Michaud (1989), há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou a várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física ou moral, em suas posses ou em suas participações simbólicas e culturais. A violência define a qualidade ou o caráter de ser violento, ato ou efeito de violentar. É caracterizada pelo poder

exercido de um mais forte para com um mais fraco, em que há ausência do controle dos impulsos, da agressividade (Marino, 2008).

A violência e suas conseqüências negativas sobre a saúde são uma violação dos direitos humanos, não escolhendo classe social, raça, credo, etnia, sexo e idade (Sanchez, 2003). Freqüentemente, ela integra o âmbito familiar, as relações interpessoais nas ruas e nas instituições e está presente nas zonas rural e urbana. A violência no âmbito familiar é conhecida como violência doméstica, praticada por pessoas que tenham algum tipo de relação afetiva com a vítima (Raby, 1995).

A violência doméstica é um problema universal que atinge milhares de pessoas, geralmente de forma silenciosa e dissimulada. Sendo as agressões dentro do ambiente doméstico, a maior responsável pela morte de jovens de cinco a 19 anos de idade (Marino, 2008).

Embora ocorra em todas as faixas etárias, são as crianças/ adolescentes e os idosos, os que se apresentam em situação de maior vulnerabilidade e sofrem maiores repercussões para sua saúde (Sanchez & Minayo, 2004). Os primeiros por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento e os idosos por estarem em uma fase de maior debilidade.

Todas as formas de abuso, isto é, toda situação em que um sujeito não tem condições físicas e/ou psicológicas de suportar, deixam marcas no corpo ou na subjetividade. Trata-se de uma transgressão do dever/poder de um adulto, frente à situação da criança, do adolescente e do idoso enquanto sujeito de direito e enquanto sujeito em condição peculiar de desenvolvimento. Do ponto de vista da saúde global, as diferentes formas de violência contra o idoso comprometem sua qualidade de vida, acarretando somatizações, transtornos psiquiátricos e morte prematura. Além disso, geram gastos com os setores da saúde, seja pelo aumento do número de atendimentos ambulatoriais ou por internações hospitalares (Espíndola & Blay, 2007). Já com as crianças e adolescentes as principais conseqüências ocorrem nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva, podendo ser imediatas, de médio e longo prazo. As imediatas são mais facilmente identificadas, já que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósteo-articular. Sendo geralmente de médio e longo prazo, as conseqüências emocionais são de identificação difícil (Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 1999).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1993), a violência que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada nos seguintes tipos: Abuso físico: ação de agredir provocando dano físico. O agressor é alguém mais velho, forte ou mais poderoso que a vítima; Abuso sexual - ato ou jogo sexual que envolve relação hetero ou homossexual, em que o agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado que a vítima. O agressor pode impor este ato ou jogo pela força, ameaça ou indução da vontade da vítima. O abuso pode variar desde a ausência de contato sexual (voyeurismo) até atos sexuais, com ou sem penetração; Abuso psicológico - isolar, ignorar, ameaçar, aterrorizar, rejeitar, depreciar, ou mesmo criar expectativas irreais para a vítima de forma tal que cause danos na estrutura psicológica; Negligência e abandono - omissão de cuidados básicos, alimentos, roupas, etc. O abandono parcial refere-se à ausência física do responsável; Outros tipos - exploração através do trabalho e da mendicância; acidentes, especialmente os ocorridos no trânsito e os suicídios. Os roubos, furtos, seqüestros e uso/tráfico de droga também são considerados. Estudos realizados sobre a violência doméstica contra crianças no Brasil identificam que, para cada menino com queixa de abuso sexual nas relações familiares, existem dezoito meninas, sendo o padrasto o maior acusado, seguido do pai (Santos, 1995).

A violência contra crianças é prevalente e tem prejudicado a produtividade, causando impactos inter-geracionais. O abuso pode afetar o desempenho das crianças na escola e, por conseguinte, sua produtividade quando adultos. As crianças abusadas também aprendem comportamentos agressivos, que tendem a reproduzir ao longo de suas vidas, perpetuando a violência de uma geração para a outra.

Já a violência contra os idosos se manifesta das seguintes formas: Abuso físico - uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte; abuso psicológico - violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social; Abuso sexual - violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência

física ou ameaças; Abandono - é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção; Negligência - refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, freqüentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade; Abuso financeiro e econômico - consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar; Auto-negligência - diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.

No Brasil hoje, as violências e os acidentes constituem 3,5% dos óbitos de pessoas idosas, ocupando o sexto lugar na mortalidade, depois das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das enfermidades respiratórias, digestivas e endócrinas. Morrem cerca de 13.000 idosos por acidentes e violências por ano, significando, por dia, uma média de 35 óbitos, dos quais (66%) são de homens e (34%), de mulheres. Cerca de 10% dos idosos que morrem por violência são vítimas de homicídios, sendo que na maioria dos casos, são homens. Também são elevadas as taxas de suicídio (7/100.000), duas vezes a média brasileira. Como nos homicídios, os homens se suicidam mais que as mulheres. Entretanto, as informações sobre doenças, lesões e traumas provocadas por causas violentas em idosos ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta uma elevada subnotificação em todo o mundo. Pesquisadores chegam a estimar que 70% das lesões e traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas. No Brasil há cerca de 93.000 idosos que se internam por ano por causa de quedas (53%), violências e agressões (27%) e acidentes de trânsito (20%) (Minayo, 2006).

A violência na terceira idade pode ser definida como ato único ou repetido, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança (Espíndola & Blay, 2007). Dentro do contexto social, a violência doméstica tem grande influência sobre os

fatores que constituem a sociedade. Segundo estudos do Banco Mundial na(s) América(s), embora os números sejam incompletos, a mensagem é clara: a violência doméstica custa à economia da região milhões de dólares gastos em cuidados médicos, custos de polícia e justiça e perda com produtividade. O impacto sobre a vítima da violência é visível, com gastos médicos, absenteísmo, redução da renda familiar, entre outros produtos negativos ao desenvolvimento da região (<http://www.Iadb.org/1998>).

Dentre os vários aspectos ligados ao tema, a análise do impacto do consumo de substâncias psicoativas relacionado a crimes e violência tem sido cada vez mais discutida em todo o mundo (UNO, 2004; WHO, 2002, 2004). Pode-se dizer que existem dois tipos principais de violência relacionados às drogas (UNO, 2004). O primeiro se refere à violência vinculada a grupos que estão diretamente envolvidos com o comércio de drogas ilícitas (como, por exemplo, o tráfico). O segundo grupo se refere a pessoas que são vítimas de violência proveniente de indivíduos que estejam sob o efeito da droga (UNO, 2004). Apesar de a mídia ressaltar o primeiro aspecto da violência, geralmente relacionado às drogas ilícitas, existe um número considerável de ações de violência domiciliar ou interpessoal vinculadas ao uso de álcool, ainda pouco divulgada.

Estudos recentes mostram a relação entre violência domiciliar e uso de substâncias psicoativas, apontando essas substâncias como um dos fatores promotores de violência (UNO, 2004; WHO, 2002, 2004). Há também uma correlação entre violência contra a criança e uma predisposição futura dessa criança a ser um adulto abusador de álcool e drogas. Assim, sendo causa ou conseqüência, o uso de álcool estaria relacionado à violência doméstica (WHO, 2002, 2004); no entanto, é importante também ressaltar que os atos de violência nem sempre são realizados por abusadores e/ou dependentes.

Diante disso, uma análise psicossocial a partir do estudo das crenças se torna pertinente ao passo em que estas têm um papel importante na interpretação dos esclarecimentos neste ramo da ciência. Em sociedades e em grupos sociais humanos, as crenças descrevem e avaliam uma situação presente, relacionando-se às condutas das pessoas e sendo essenciais para a organização dinâmica e cultural das coletividades de uma forma ampla (Lourenço, 1993).

Entende-se por “crença” uma proposição que, na sua formulação mais simples, afirma ou nega uma relação entre dois aspectos concretos ou abstratos ou entre um objeto e um possível atributo deste (Krüger, 1995). As crenças seriam organizadas em sistemas ou conjuntos logicamente estruturados, sendo capazes de ativar motivações e, portanto, condutas sociais, influenciando por essa via processos coletivos (Krüger, 1995). Ainda segundo Krüger (1995, p.6), “as crenças se encontram articuladas no plano subjetivo aos valores e atitudes. Contudo, na esfera social as crenças se constituem enquanto ideologias, utopias, sistemas morais e teorias científicas, entre outros sistemas de proposições. Assim, as crenças e os sistemas de crenças integram as culturas desenvolvidas por nós ao longo do tempo”. Para esse autor, as crenças “são elementos de representação mental, essencialmente abstratos, oriundos de experiências individuais e coletivas, que, uma vez alcançando o formato e o suporte físico necessários à sua objetivação, oferecem-se à crítica e a dialetização”.

Nos últimos anos tem havido um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde têm um importante papel no enfrentamento da violência domiciliar (Moura & Reichenheim, 2005). Cabe ressaltar que os profissionais do Programa de Saúde da Família têm maior contato com as comunidades e famílias que os profissionais de cargos tradicionais; caracterizando-se, assim, como importantes sujeitos a serem analisados quanto a crenças sobre violência doméstica infanto-juvenil e em idade avançada, podendo ter ciência de casos “abafados” na própria família ou comunidade, que não chegam ao conhecimento de outros profissionais ou instituições (delegacias, conselhos tutelares, ambulatórios, hospitais, escolas, creches etc).

O ato de notificar é um elemento crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno. A notificação da violência inaugura um processo no interior do qual se desenrolam procedimentos de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica. Para além dos reflexos na vida familiar, a notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e ainda

permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família (Gonçalves & Ferreira, 2002).

Nesse sentido, os profissionais de atenção primária apresentam-se como atores importantes na execução de práticas preventivas, diante do grande número de pessoas com as quais têm contato em seu dia-a-dia profissional, dentro de um contexto comunitário de intervenção. Suas atitudes diante de condições de saúde, como casos de violência doméstica, são fundamentais para qualidade do atendimento e realização de atividades de prevenção efetiva (Berger et al, 2005). Ainda nesse contexto destaca-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que representam o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vivem e trabalham, convivendo com a realidade e práticas de saúde locais (Kluthcovsky & Takayanagui, 2006).

Todos os ACS residem na área de abrangência do PSF, e, de maneira geral, o agente é conhecido da comunidade. Este funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (Levy, Matos & Tomita, 2004). Porém a ameaça do agressor aos profissionais é um argumento invocado, com certa frequência, para justificar a não-notificação dos casos de violência (Gonçalves & Ferreira, 2002).

É importante conhecer as crenças dos agentes comunitários de saúde em relação à violência doméstica, assim como a forma como são preparados para lidar com tal violência para que mais casos possam ser identificados e menos pessoas sofram com as conseqüências deste ato. É através dos agentes que poderemos conhecer melhor os agressores, as formas de violência mais praticadas, as medidas tomadas e qual a relação com o uso de álcool e outras drogas, devido à proximidade do agente com a comunidade e com isso a maior facilidade para conhecer os casos de violência doméstica existentes.

## **MÉTODO**

Este estudo é desdobramento de uma pesquisa maior que buscou avaliar o perfil da violência doméstica contra crianças, adolescentes e idosos na cidade de Juiz de Fora, MG. Optou-se pela metodologia qualitativa visando um maior



aprofundamento das crenças e discursos coletivos dos agentes comunitários de saúde a respeito da temática abordada.

Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica dos grupos focais, que podem ser compreendidos como a reunião de pessoas convidadas a discutir um tópico particular sob coordenação de um moderador, o qual promove a interação entre elas e assegura que a discussão se concentre no foco de interesse (Trad, 2003). A escolha deste instrumento decorre do fato do grupo focal ser uma técnica qualitativa de coleta de dados eficaz, que fornece alguns controles de qualidade sobre a coleta de dados. Os participantes tendem a controlar e contrabalançar uns aos outros, o que, em geral, elimina opiniões falsas ou radicais, além de permitir uma avaliação da extensão em que uma opinião relativamente consistente está sendo compartilhada (Patton, 2002). De maneira objetiva, as principais vantagens dos grupos focais referem-se à sua riqueza de dados e ao seu baixo custo, ao fato de estimularem os respondentes e auxiliarem-nos a lembrar de acontecimentos, e à capacidade de irem além dos limites das respostas de um único entrevistado (Flick, 2009).

Foram pesquisadas, ao todo, 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Juiz de Fora, que possuíam equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Foi realizado um grupo focal por UBS e, de cada grupo, participaram, em média, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os grupos foram realizados nas próprias unidades, buscando maior aproximação com a realidade estudada, além de evitar o deslocamento dos profissionais do lócus de trabalho. Foi empregada uma dupla de entrevistadores em cada grupo focal, um dos quais ficando livre para documentar as respostas enquanto o outro administrava a entrevista e o grupo (Patton, 2002). Todos os grupos foram gravados em mídia eletrônica e posteriormente transcritos na íntegra.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo — do tipo estrutural e temático, com delimitação prévia dos temas e subtemas abordados. Esta é uma técnica tradicionalmente utilizada em pesquisa qualitativa e caracteriza-se por ser uma forma sistematizada e de rigor metodológico de análise de textos e entrevistas (Bardin, 1977). Embora a maior parte das análises clássicas de conteúdo culmine em descrições numéricas de algumas características do corpus do texto, atualmente está sendo dada considerável atenção aos “tipos”, “qualidades” e “distinções” no texto, antes que qualquer quantificação seja feita (Bauer, 2007).

Minayo (1994) destaca duas funções na aplicação da técnica da análise de conteúdo: a primeira diz respeito à verificação de hipóteses e/ou questões, na medida em que permite não só o encontro de respostas para questões formuladas, como também a confirmação ou não das hipóteses levantadas antes do trabalho de investigação. A segunda função se refere à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos nas comunicações. É importante ressaltar que as duas funções são complementares, podendo ser aplicadas tanto através de procedimentos de pesquisa qualitativos, como quantitativos.

Inicialmente, realizou-se uma leitura flutuante, buscando conhecer e construir as primeiras impressões sobre as falas. Em um segundo momento, os elementos em comum, presentes nos discursos, foram organizados em categorias temáticas. Posteriormente dois pesquisadores agruparam as respostas apresentadas em cada grupo nas categorias estabelecidas, contando uma frequência para cada resposta diferente emitida. Nos casos de dúvida, um terceiro avaliador (Juiz) foi consultado para obter consenso na contagem das frequências. Logo após, as respostas foram somadas, chegando-se ao resultado final. Os grupos foram tomados como unidades diferentes de análise e comparados entre si, destacando-se os pontos convergentes e divergentes entre eles, o que possibilitou as posteriores inferências de conhecimento.

A delimitação prévia dos temas e subtemas desenvolvidos nos grupos foi feita através de um roteiro de entrevista. Foram feitas perguntas aos ACS no sentido de investigar se eles já haviam detectado casos de violência contra crianças, adolescentes e idosos no seu ambiente de trabalho; se a violência detectada, na maioria das vezes pode ser considerada doméstica; quais seriam, na opinião deles, os tipos de violência doméstica que ocorrem com maior frequência e quem seriam os principais agressores; quais os fatores que estariam relacionados à esta violência; quais as principais providências tomadas nos casos de suspeita ou confirmação do ato violento; quais as maiores dificuldades de atuação; quais seriam as diferenças entre violência doméstica contra crianças/adolescentes e violência doméstica contra idosos; como ficam sabendo dos casos e por fim, se já receberam algum tipo de treinamento para identificar ou intervir em casos de violência doméstica.

## **RESULTADOS**

No total, 20 grupos afirmaram já ter detectado algum caso de violência contra crianças e/ou adolescentes, enquanto 21 grupos identificaram casos de violência contra idosos. A maioria dos ACSs acredita que estas violências detectadas, geralmente, se caracterizam como violência doméstica.

Em relação às crenças sobre os tipos de violência que ocorrem com maior frequência (TABELA 1), no caso das crianças e adolescentes, os grupos apontaram, em primeiro lugar, a violência física, seguida pela negligência e pela violência psicológica/emocional. A exploração do trabalho infantil, o abandono, a violência sexual e o cárcere privado também foram citados, porém sem muita expressividade.

Já em relação às principais violências que ocorrem contra os idosos, recebeu grande destaque a violência financeira, assim como a violência psicológica/emocional, a violência física e a negligência, citadas por mais da metade dos grupos. Além disso, os ACSs mencionaram o abandono, a auto-negligência, a exploração do trabalho idoso, a violência sexual e o cárcere privado.

No que diz respeito aos principais agressores das crianças e adolescentes a mãe foi citada em primeiro lugar, seguida pelo pai. Os irmãos, padrasto/madrasta, cuidadores, tios e avós também foram mencionados em alguns grupos. Os principais agressores dos idosos, citados pelos grupos, foram os filhos.

O uso de álcool/drogas e os fatores sócio-econômicos foram apontados como principais fatores relacionados à violência doméstica contra crianças e adolescentes, ao passo em que os fatores psicoemocionais (como a falta de paciência e amor) e os fatores sócio-econômicos foram os mais frequentemente relacionados à violência doméstica contra idosos (Tabela 1).

Tabela 1.  
Crenças mais freqüentes em relação à violência doméstica contra crianças, adolescentes e idosos.

<b>Roteiro</b>		
<b>Tipos de Violência Doméstica detectado com maior freqüência</b>	<b>Crianças/adolescentes(freqüência)</b>	<b>Idosos (freqüência)</b>
	Violência física (17) Negligência (16)	Violência Financeira (20) Violência Psico/emocional (17)
	Violência Psico/emocional (12) Exploração do trabalho(09) Abandono (08) Violência sexual (07) Cárcere Privado (03)	Violência Física (14) Negligência (13) Abandono (11) Auto-Negligência (04) Exploração do trabalho (02) Cárcere privado (02) Violência sexual (01)
<b>Principais Agressores</b>	Mãe (17) Pai (15) Irmãos (07) Padrasto/madrasta (05) Cuidador (04) Tios (04) Avós (02)	Filhos (15) Netos (13) Cuidador (08) Cônjuges (06) Nora/genro (03)
<b>Fatores associados à Violência doméstica</b>	Uso de Álcool/ Drogas (22) Fator sócio-econômico (16) Falta de estrutura familiar (14)  Fator psico-emocional (11) Intenção de educar os filhos (04) Ausência de religiosidade (01)	Fator psico/emocional (21) Fator sócio-econômico (13) Fatores Culturais/educacionais (06) Idoso permite a VD (02)

Os grupos afirmaram que as principais fontes de informação, nos casos de violência doméstica, são os relatos de vizinhos e as visitas domiciliares. Quando questionados sobre as providências tomadas diante da suspeita ou confirmação do ato violento, 22 grupos apontaram o "Encaminhamento à Equipe" como primeira medida, 14 citaram a "Denúncia aos Conselhos (Conselho Tutelar ou Ceddi - Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos)", 9 disseram realizar visitas domiciliares na tentativa de conversar com os responsáveis e apenas 3 grupos mencionaram o "Encaminhamento das vítimas a programas sociais" (Tabela 2).

Tabela 2.

Crenças mais freqüentes em relação ao conhecimento dos casos e providências tomadas.

<b>Roteiro</b>	<b>Respostas (freqüência)</b>
<b>Como ficam sabendo dos casos?</b>	Vizinhos (15) Visitas domiciliares (14) Relato das vítimas (06) Famíliares (04) Denúncia anônima (03)
<b>Quais as providências tomadas?</b>	Encaminhamento à equipe (22) Não tomam providência (14)

Afirmaram já ter recebido algum tipo de treinamento para identificar e intervir em casos de violência doméstica contra idosos 16 dos grupos, enquanto apenas 3 disseram ter recebido orientação para casos de violência doméstica contra crianças/adolescentes. De uma maneira geral, os ACS reconheceram a importância de um treinamento específico nesta área, considerando a complexidade do assunto e as dificuldades enfrentadas na sua prática profissional diária.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados encontrados quanto às crenças sobre os tipos de violência doméstica que ocorrem com maior freqüência contra crianças e adolescentes, são semelhantes aos dados obtidos em estudo realizado pelo Centro Regional de atenção aos maus-tratos na infância (CRAMI/ São José do Rio Preto, SP) o qual mostrou que 58% dos casos notificados caracterizavam como "violência física", seguida de "negligência" e "violência psicológica" em 34,5% dos casos. A "violência sexual" apareceu em 29% das notificações, representando menor porcentagem dos casos registrados (Brito et al, 2005). Em contrapartida, em uma pesquisa sobre caracterização das notificações feitas pelos conselhos tutelares os resultados mostraram que a "negligência" e "abandono" aparecem mais freqüentemente, se colocando à frente da "violência física" (Costa et al, 2007). Dados semelhantes aos obtidos em emergência pediátrica reafirmam a forte presença de casos de "negligência" e "abandono" (Moura et al, 2008).

A questão da violência contra os idosos é pouco considerada pela sociedade, como um todo. No Brasil até existe uma política de promoção da saúde dos idosos. No entanto, políticas de prevenção à violência ainda não estão totalmente implementadas. (Florêncio, Ferreira Filha & Sá, 2007). Os dados

apresentados pelo Ministério da Saúde mostraram que mais de 60% das denúncias recebidas pela delegacia de Proteção ao idoso de São Paulo referem-se a abusos econômicos, seguido pela violência física, com 13% dos casos registrados. Destaca-se que diferentemente das falas obtidas sobre os temas relacionados à violência contra crianças e adolescentes, a maioria dos participantes utilizavam denominações específicas para se referir aos tipos de violência doméstica contra idosos, como por exemplo, auto-negligência e violência financeira, como podemos perceber pela fala de um agente comunitário quando questionado se já havia detectado algum tipo de violência contra idosos: *"Na minha área tem, até é um caso recente, foi violência financeira, a pessoa não sabe ler e ela confiou em pessoas da própria família que pegou todo o dinheiro dela..."*. Talvez, este conhecimento das diferentes denominações seja efeito de um treinamento para detecção destes casos, já que a maioria dos profissionais mencionou participação em capacitação direcionada para esta abordagem com idosos.

A crença de que os principais agressores das crianças e adolescentes são as mães, seguidas pelo pai, foi justificada através de argumentos como: *"Eu acho que é mais a mãe, porque a mãe é que passa mais tempo com a criança..."*; *"é porque geralmente a mãe é que fica em casa, o pai sai para trabalhar e quem fica mais com os filhos são as mães. Então, provavelmente, são as que executam mais"*. Tais dados estão de acordo com outros estudos realizados (Brito et al, 2005; Costa et al, 2007) que também obtiveram a mãe como principal agressora, seguida pelo pai. Estes estudos apontam que um dos possíveis fatores para tais resultados, está no maior tempo que a mãe passa junto com a criança/adolescente, visto que na maioria dos casos é ela que reside com os filhos após a separação, estando mais próxima fisicamente dos mesmos, sendo responsável tanto pelos cuidados afetivo e educacional, como pelos cuidados que garantam a sobrevivência dos mesmos. Faz-se notório citar também que os modelos familiares vêm tendo consideráveis mudanças nos últimos anos, tornando-se cada vez mais monoparentais, ficando na maioria das vezes a mulher responsável por criar e educar os filhos obtidos no relacionamento.

Os principais agressores dos idosos, citados pelos grupos, foram os filhos. Tais dados também foram encontrados em diferentes pesquisas (Gaioli & Rodrigues, 2008; Pasinato, Camarano & Machado, 2004) que também

apontaram os filhos como principais agressores. Muitas vezes, o idoso precisa ir morar com os filhos, por causa da necessidade de maiores cuidados exigidos pela velhice sendo esses os principais responsáveis por este cuidado com a chegada do idoso, à família do filho, acontece uma alteração em ambas as partes. A privacidade, autonomia e liberdade de todos vão sofrer alterações. Com isso o idoso pode ser visto como um empecilho, uma sobrecarga, o que aumentará o fator de risco do mesmo sofrer algum tipo de violência doméstica.

Um aspecto muito interessante observado nesta questão foi a crença freqüente dos ACS sugerindo que os filhos agredidos - quando crianças- pelos pais, no futuro se tornam os agressores dos pais idosos (TABELA 1). De fato, pesquisas vêm sugerindo que a exposição infantil à violência doméstica (seja como testemunha ou como vítima direta) é um fator de risco significativo para futuras perpetrções e vitimizações da violência na idade adulta (Schewe et.al., 2006; Vatnar & Bjorkly, 2008; Zanoti-Jeronymo et.al., 2008). As crianças/adolescentes abusados aprendem comportamentos agressivos, que tendem a reproduzir ao longo de suas vidas, perpetuando a violência de uma geração para a outra. Numa tentativa de avaliar os padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, foi realizado um estudo por meio de genograma de autores e vítimas desse tipo de violência (Tondowski, 2008). Os resultados confirmaram a reprodução multigeracional da violência familiar associada ao uso de álcool, sendo observada, nas famílias estudadas, uma reprodução de especificidades das relações familiares ao longo das gerações, como padrão de consumo de álcool, tipo de violência, reação das vítimas e momento do ciclo vital. Tais dados evidenciaram a importância dos fatores psicossociais na transmissão multigeracional da associação entre álcool e violência (Tondowski, 2008).

Os resultados encontrados quanto aos principais fatores relacionados com a violência doméstica contra crianças/adolescentes, indicaram uma forte tendência dos ACS a considerar tanto o álcool quanto as drogas como geradores de violência. Porém, quando questionados se essas substâncias estariam relacionadas da mesma maneira aos episódios de violência doméstica, os grupos foram categóricos ao apontar o álcool como mais envolvido. Tais resultados coadunam com os achados de pesquisas anteriores, que apontam o álcool com a substância mais relacionada aos casos de violência de uma forma geral. Em um levantamento domiciliar realizado no estado de São Paulo, foram pesquisados

2.362 domicílios, dos quais 773 (32,7%) informaram casos de violência familiar. Destes, em 52,7% dos casos foram relatadas situações de violência com autor embriagado e 9,7% com o autor intoxicado por outra droga (Noto et al, 2004). Em recente levantamento domiciliar, foram pesquisados 7.939 domicílios entre as 108 maiores cidades brasileiras, verificando-se que em 2.661 (33,5%) houve casos de violência doméstica, sendo que em 51% desses casos o agressor estava alcoolizado no momento da violência (Fonseca et al, 2009). Entretanto, apesar de existir um consenso no que diz respeito à existência de uma relação entre o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e a violência doméstica, ainda há muitas controvérsias sobre como essa relação acontece, não sendo possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis, afirmando que o consumo de substâncias causa violência doméstica (Laranjeira et al, 2005; Zanoti-Jeronymo et al, 2008).

Quanto às principais diferenças percebidas pelos ACS entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e a violência doméstica contra idosos, foram destacadas as diferenças entre os tipos detectados com maior frequência (*"Violência física, é mais contra criança...e contra o idoso é mais financeira"*) e as diferentes conseqüências da violência doméstica para as vítimas (*"A criança vai aprender o comportamento violento e crescer agressiva, enquanto os idosos ficam deprimidos"*; *"A diferença é que se você judiar de uma criança, ela vai crescer revoltada e depois ela vai espelhar isso pro mundo. E o idoso, 'tadinho', ele não tem defesa nenhuma mesmo..."*).

Cabe ressaltar também que em relação às providências tomadas diante da suspeita ou confirmação do ato violento, em 14 grupos os ACS admitiram não tomar nenhuma providência nos casos de violência doméstica, apresentando como principais dificuldades de atuação a falta de apoio e acompanhamento dos órgãos jurídicos, assim como o medo de fazer a denúncia, justificado pelo provável comprometimento na comunidade onde vivem e trabalham: *"Eu acho que, apesar de tudo, a gente não tem o respaldo das autoridades...nem a gente, nem a equipe como um todo não tem respaldo...porque se você denuncia, essa história de que você não tem que se identificar é história da carochinha!"*; *"Aí, pra você se identificar, fica difícil...porque você acaba deixando o caso pra lá. Eu falo por mim, fingindo que não está vendo...porque como que você se identifica, sendo que depois você tem que voltar ali? Primeiro, que nós somos moradores da comunidade...não tem como você ficar mal na sua comunidade...nós temos*



*filhos aqui no colégio, entendeu? Então...você não pode estar colocando em risco um filho seu...você não sabe...você denuncia e não sabe o que eles vão fazer..";. "Pra gente é complicado...a gente, que está dentro da casa da pessoa, quando acontece isso (denúncia) a primeira coisa que eles pensam é que foi a gente...e a gente precisa deles pra receber a gente...se eles não abrirem a porta pra gente, como é que a gente vai fazer? É complicado!"*

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente estudo foi possível observar uma maior conscientização dos agentes no que diz respeito à VD contra idosos, considerando a denominação apresentadas por eles sobre os tipos de abuso detectados com maior frequência. Nestes casos, o uso de termos técnicos como auto-negligência e violência financeira apareceram como reflexo de um treinamento específico para VD contra idosos recebido pelos ACS anteriormente a realização desta pesquisa. Já em relação à VD contra crianças e adolescentes, para a qual os profissionais entrevistados ainda não haviam recebido treinamento específico, não foi observado um conhecimento claro sobre os diferentes tipos de violência.

Tais resultados aumentam as evidências de que é necessário se pensar em uma política voltada à capacitação dos ACS para lidar com esta problemática, assim como na elaboração e implantação de políticas públicas de prevenção e combate à violência doméstica no universo pesquisado. Destaca-se que uma grande porcentagem dos ACS afirmou não tomar nenhuma providência quando detectados casos de VD, desconsiderando ou "fingindo não ver o fato", atitude justificada pelo medo e falta de apoio para lidar com esta situação. Este dado nos mostra que apesar de toda discussão na tentativa de se pensar o conceito de saúde de forma ampliada, a questão da violência doméstica não é uma temática frequentemente abordada na atuação dos ACS. Esta realidade aponta para a urgência de se inserirem estratégias de intervenção para lidar com a VD como questão de rotina nos serviços de Atenção Primária à Saúde, assim como as demais atividades de prevenção já realizadas, de tal forma que os profissionais possam lidar com esta demanda com mais segurança e menos resistência.

### **REFERÊNCIAS**

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

- Bauer, M.W. (2007). *Análise de conteúdo clássica: uma revisão*. In: Bauer, M.W. & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
- Berger, M., Wagner, T.H., & Baker, L. C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, v. 61, p. 1821- 27.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, A. M., Zanetta, D. M. T., Mendonça, R. C. V., Barison, S. Z. P., & Andrade, V. A. G. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10,(1), s/p.
- Costa, M. C. O., Carvalho, R. C., Santa Bárbara, J. F. R., Santos, C. A. S. T., Gomes, W. A., & Sousa, H. L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1129-1141.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. B. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*; 41(2), 301-6.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* Porto Alegre: Artmed.
- Florêncio, M. V. L., Ferreira Filha, M. O., & Sá, L. D. (2007). A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 847-857.
- Fonseca, A. M., Galduróz, J. F. C., Tondowski, C. S., & Noto, A. R. (2009). Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 743-749.
- Gaioli, C. C. L. O., & Rodrigues, R. A. P. (2008). Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 16(3), s/p.
- Gonçalves, H. S., & Ferreira, A. L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 18(1), 315-319.
- Kluthcovsky, A. C. G., & Takayanagui, A. M. M. (2006). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2(5), s/p.

- Krüger, H. R. (1995). *Psicologia das crenças: Perspectivas teóricas*. Tese (Concurso para professor titular de Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Laranjeira, R., Duailibi, S. M., & Pinsky, I. (2005). Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 27(3),176-7.
- Levy, F. M., Matos, P. E. S., & Tomita, N. E. (2004). Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(1), 197-203.
- Lourenço, L M. (1993). *Crenças e credences sobre a sexualidade humana*. Dissertação apresentada no mestrado em Psicologia Social- UGF. Rio de Janeiro.
- Marino, A. S. (2008). Violência Doméstica contra crianças: conceito e caracterização. *Revista de Psicologia Atlaspsico*, nº 11.
- Michaud, Y. (1989). *A violência*. São Paulo, Editora Ática.
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (suppl. 1), 7-18.
- Minayo, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Ed. Hucitec.
- Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (Orgs.) (2003). *Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e Saúde*; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moura, A. T. M. S., & Reichenheim, M. E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(4), 1124-1133.
- Moura, A. T. M. S., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2008). Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(12), 2926-2936.
- Noto, A. R., Fonseca, A. M., Silva, E. A., & Galduròz, J. C. F. (2004). Violência Domiciliar Associada ao Consumo de Bebidas Alcoólicas e de Outras Drogas: Um Levantamento No Estado De São Paulo. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 5(1),9-17.São Paulo.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage.

- Pasinato, M. T., Camarano, A. A., & Machado, L. (2004). Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia. In *XIV Encontro Nacional De Estudos Populacionais, ABEP (s/p)*, Caxambu-MG. Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- Raby, A. (1995). *Perfil de las denuncias por violencia intrafamiliar contra la mujer efectuadas en el hospital Gustavo Fricke*. Bol. Hosp. Viña del Mar, 51(2/3), 127-132.
- Reichenheim, M.E., Hasselmann, M. H., & Moraes, C. L. (1999). Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1),109-121.
- Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C., & Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad. Saúde Pública*, 20(2),456-464..
- Sanchez, R.N. (2003). O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. In Fundação Petrópolis (Org.), *Pacto Pela Paz: Uma Construção Possível* (pp.39-46). São Paulo.
- Sanchez, R. N., & Minayo, M. C. S. (2004). Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In Lima, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde* (pp.s/p). Brasília: Ministério da Saúde.
- Santos, N. O. D. (1995). *Abuso sexual: vítimas das relações familiares*. Salvador: Universidade Federal da Bahia. 161p. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem para obtenção do grau de mestre.
- Schewe, P., Riger, S., Howard, A., Staggs, S.L. & Mason, G.E. (2006). Factors Associated with Domestic Violence and Sexual Assault Victimization. *Journal of Family Violence*, 21, 469–475.
- Trad, L. A. B. (2003). A utilização de grupos focais no estudo de avaliação de satisfação do usuário: limites e possibilidades. In *VII Congresso Brasileiro De Saúde Coletiva* (p.65). Brasília - DF. ABRASCO.
- Tondowski, C. S. (2008). *Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: Um estudo com genograma*. Tese (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. São Paulo.
- United Nations Organizaton (UNO) (2004). *Drugs Crime and Violence: the microlevel impact*. New York: UNO.

Vatnar, S.K.B., & Bjorkly, S. (2008). An Interactional Perspective of Intimate Partner Violence: An In-depth Semi-structured Interview of a Representative Sample of Help-seeking Women. *Journal of Family Violence*, 23, 265–279.

World Health Organization (WHO) (2002). *World report on violence and health*. Geneve: WHO.

World Health Organization (WHO) (2004). *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Geneve: WHO.

Zanoti-Jeronymo, D. V., Laranjeira, R., & Figlie, N. B. (2008). Efeitos do abuso do álcool relacionados à violência doméstica nos filhos: um levantamento bibliográfico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2),168-76.

Contato: Carla\_gebara@yahoo.com.br; adrianalmeidapsi@yahoo.com.br

Recebido em: 07/03/2010

Revisado em: 24/05/2010

Aceito em: 16/06/2010