

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
Centro de Educação e Saúde  
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Lericiara Ferreira Santana

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS EM NARRATIVAS ORAIS**

Cuité – PB  
2014

Lericiara Ferreira Santana

## **VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS EM NARRATIVAS ORAIS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB  
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S232v Santana, Lericiana Ferreira.

Violência contra idosos em narrativas orais. / Lericiana Ferreira Santana. – Cuité: CES, 2014.

89 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Idosos. 2. Idosos – violência. 3. Idosos – violência – narrativa oral. I. Título.

CDU 616-07

Lericiara Ferreira Santana

## **VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS EM NARRATIVAS ORAIS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

### **Banca examinadora:**

---

**Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira**  
Orientador – UFCG

---

**Profa. MsC. Isolda Maria Barros Torquato**  
Membro – UFCG

---

**Nuara Moraes Freire**  
Secretaria de Assistência Social – Cuité/PB

Cuité – PB, 01 de abril de 2014.

À *minha família* e *Djaci Medeiros*, pessoas essas que se mostraram firmes em minha trajetória acadêmica! Por todo amor e apoio nessa minha realização!

***DEDICO***

## AGRADECIMENTOS

**A Deus**, que é fonte viva de amor e tudo o que há de bom no mundo, pois muitas foram as angústias que passei desde a minha chegada a cidade de Cuité e Ele me permitiu compreender as adversidades que passei longe de minha base familiar e só Ele de fato é quem me permitiu a força para seguir em frente. A Ti, meu Deus, dedico todo o esplendor das conquistas e frutos que ora colho e hei de colher do decorrer de minha vida. Obrigado meu Deus!

**Aos meus pais** *José Gonçalves de Santana e Maria Célia Ferreira*, anjos que me geraram com amor e com permissão de Deus. A vocês hei de sempre dedicar as boas andanças de minha vida, pois, neste instante, a recordação bate à porta de meu pensar e me faz lembrar o quanto vocês fizeram para me ver e me ter concluindo um curso superior.

**A minha irmã** *Lilian Ferreira Santana*, também fruto destes pais maravilhosos e sangue do meu sangue. Contigo passamos dificuldades mútuas e sei, no fundo de meu ser o quanto fizeste por mim e por ti. Sei que torceste demais para que eu findasse o ensino superior e a torcida é recíproca. Te amo.

**Ao meu amor** *Djaci Silva de Medeiros*, pessoa que Deus colocou em meu caminho para que meus dias se tornassem menos inseguros e dando-me segurança, paciência e esta eu sei o quanto tens comigo nessa trajetória e tu sabes que não foi fácil, quantas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, mas sempre tendo você do meu lado eu tinha certeza que no fim tudo iria dá certo. Obrigada por tudo. Te amo!

**À minha família** e aí estão todos, meus avós, meus tios, meus primos e em todos os graus de ascendência e descendência, tanto do lado materno quanto paterno e todos, direta ou indiretamente, o meu obrigado, pelas palavras de força, pelos momentos de compreensão em todas as horas de minha vida.

**Ao meu orientador** *Matheus Figueiredo Nogueira*, pessoa que tenho imensa gratidão, por ter aceitado me orientar no Trabalho de Conclusão de Curso, exatamente num momento de término e coroamento do curso e que a nós discentes causa-nos “medo” e com um orientador da sua estirpe pude ver o quão tranquilo é seguir nessa etapa final. Agradeço por

tudo, em especial pelos ensinamentos passados, pelo apoio, pelos erros e acertos por mim levantados e na sua tranquilidade pude melhorar tudo isso sem, no entanto, me desacreditar. Pelo contrário, a partir das suas orientações pude melhor enxergar os contornos de um TCC e assim vê-lo concluído e neste ponto tenho a honra de poder compartilhar como você, meu orientador, os reais sentidos do saber e do bom conhecimento. Que Deus te dê paz e sabedoria, sempre!

**À Banca Examinadora do TCC**, *Isolda Torquato e Nuara Moraes*, assim como a *Vanderlânea Santos*, a quem dedico e compartilho o êxito do presente trabalho. Espero ter atendido as exigências acadêmicas para o bom desenrolar de minhas ideias que tem como objetivo chamar a atenção da comunidade científica e sociedade civil organizada para a problemática dos idosos e que o Estatuto do Idoso enfim, não seja letra morta dentro do conjunto de produção legislativa do Brasil.

**À minha Turma de Enfermagem 2009.1**, com os quais pude compartilhar vitórias, alegrias, dificuldades e com vocês aprendi muito e bem sei que hoje sou outra pessoa e no decorrer destes anos de graduação a afinidade me deixou bem próxima de Berta Suênia, Poliana Alves, Aline Pereira, Priscila e com vocês dividi diretamente conhecimentos, alegrias, apreensões, e hei de levá-las no meu coração e saibam que estarei sempre orando e na torcida de todas vocês.

**Aos docentes** que dedicaram o que tinham de melhor e da bagagem adquirida. A todos sempre hei de lembrar pela dedicação e pelo esforço na transferência de conhecimentos, sabedoria e em especial pela paciência com todo o corpo discente da UFCG, campus Cuité.

**A equipe do CREAS de Cuité**, por me acolher e dentro da capacidade de cada um dos profissionais permitiram, através da coleta de dados que estão a disposição do CREAS pude enfim, ter um norte em meu caminhar do trabalho acadêmico e com carinho e responsabilidade me guiei pelos bairros desta cidade e pude vivenciar na pele as angústias de muitos idosos.

**Aos idosos** que permitiram adentrar em suas residências e sem eles não teria conseguido levar o TCC adiante. Eles foram a peça principal para a colhida de dados. Pude ver quanto especiais são essas pessoas da melhor idade e aprendi muito com eles e tiro dessa

lida acadêmica um objetivo que é me dedicar mais e mais em prol desses idosos que quase sempre ficam a margem do processo de políticas públicas do Brasil.

**Aos funcionários da UFCG**, campus Cuité, do setor administrativo ao setor da limpeza, segurança, sintam-se enfim, todos abraçados e partícipes deste momento, pois todos nós discentes nutrimos um especial apreço por vocês.

Por fim agradeço a **sociedade cuiteense e a todos** os que, porventura, não tenham sido nominados, pois a gratidão é imensa e agrega por demais setores além dos que mencionados neste TCC.

*“Da indiferença deste mundo  
onde o que se sente e se pensa  
não tem eco, na ausência imensa.*

*Na ausência, areia movediça  
onde se escreve igual sentença  
para o que é vencido e o que vença.*

*Salva-me, Senhor, do horizonte  
sem estímulo ou recompensa  
onde o amor equivale à ofensa.*

*De boca amarga e de alma triste  
sinto a minha própria presença  
num céu de loucura suspensa.*

*Já não se morre de velhice  
nem de acidente nem de doença,  
mas, Senhor, só de indiferença.”*

**(Cecília Meireles)**

## RESUMO

A violência contra o idoso é um tema que vem ganhando importância cada vez maior e despertado o interesse na área da saúde, visto que essa população vem crescendo e necessitando de cuidados especializados no contexto geral, sobretudo com relação à violência. Esse olhar diferenciado surge devido um número alarmante de notificações, o que remete à necessidade de compreender melhor os impactos dos episódios de violência na saúde e na vida dos idosos. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar os reflexos da violência na saúde e na vida do idoso no contexto das narrativas orais. Trata-se de uma pesquisa de campo com desenho exploratório-descritivo e abordagem qualitativa, realizado na cidade de Cuité, com amostra composta por 09 idosos que sofreram violência e encontram-se em assistência pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Para a obtenção das narrativas utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado e a análise dos dados foi mediada pelo aporte teórico a História Oral e da Análise de Conteúdo, sendo operacionalizada após aprovação por Comitê de Ética sob CAAE nº 23222513.0.0000.5575. Com base nas narrativas identificadas foram construídas três categorias temáticas, tendo por base os fragmentos das histórias dos colaboradores, são elas: I) Violência contra idoso: contextualizando o cenário do crime, sendo possível observar as características do ato de violência, os tipos e seus agressores; II) Cicatrizes Físicas e Emocionais: o desfecho doloroso da violência, demonstrando todas as marcas que os agressores acabam por deixar nos idosos vitimados pela violência; e III) Justiça: o silêncio dos violentados, a revolta dos injustiçados e a impunidade dos agressores, que descreveu as saídas encontradas pelos idosos violentados e os seus respectivos comportamentos. Faz-se necessário, portanto, ampliar a atenção ao idoso em consonância com os dispositivos legais, garantindo sua dignidade, um envelhecimento saudável e livre do risco de violência, e isso também deve ser responsabilidade dos profissionais de saúde.

**Descritores:** Idoso. Violência. Narrativas Oraís.

## ABSTRACT

Violence against the elderly is a topic that has gained increasing importance and aroused interest in the health area, since this population is growing and needing of specialized care in the general context, especially in relation to violence. This different view arises due an alarming number of notifications, which refers to the neediness of better understand the impacts of the episodes of violence in the health and life of the elderly. In this context, this study aimed to analyze the impacts of violence on the health and life of the elderly in the context of oral narratives. It is about a field research with exploratory-descriptive design and qualitative approach, carried out in the city of Cuité, with a sample composed of 09 older adults who have suffered violence and find themselves in assistance of the Centre for Social Assistance Specialized Reference (CREAS). For obtaining of the narratives was used a screenplay by semistructured interview and the data analysis was mediated by theoretical contribution the Oral History and of the Content Analysis, and operation after approval by the Ethics Committee under paragraph CAAE 23222513.0.0000.5575. Based on the narratives identified three thematic categories were constructed , based on the fragments of the stories of the collaborators , they are: I) Violence against elderly : contextualizing the scene of the crime, being possible to observe the characteristics of the act of violence , the types and their aggressors II ) Physical and Emotional Scars : the painful denouement of violence , showing all brands that aggressors end up leaving in the elderly , victimized by violence , and III ) Justice : the silence of the violated , the revolt of injustice and impunity for perpetrators , who described the outputs encountered by violated elderly and their respective behaviors . It is necessary, therefore, extend elderly care in consonance with legal requirements, ensuring their dignity, healthy aging and free risk of violence, and this should also be the responsibility of health professionals.

**Keywords:** Elderly. Violence. Oral narratives.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CJI - Central Judicial do Idoso

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem Nacional

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPP - Código de Processo Penal

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

DAC – Doença Arterial Coronariana

ESF – Estratégia Saúde da Família

FA - Fibrilação Arterial

IBGE - Instituto Nacional de Geografia e Estatística

IML - Instituto de Medicina Legal

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MP - Ministério Público

PROBEX - Projeto de Bolsas e Extensão

PSF - Programa de Saúde da Família

SINAN – Órgão Vinculado ao Ministério Público;

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VE - Ventrículo Esquerdo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>17</b>
1.1.1	Objetivo Geral .....	17
1.1.2	Objetivos Específicos .....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Processo de Envelhecimento</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Considerações gerais sobre a violência</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>Violência contra o idoso</b> .....	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do Estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>População e Amostra</b> .....	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>33</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos de Coleta de Dados</b> .....	<b>33</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	<b>34</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos Éticos</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>

### APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Roteiro de Entrevista

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

### ANEXO

Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

# *1 Introdução*

---

O crescimento da população idosa nas últimas décadas é um fenômeno real e que, associado à queda na taxa de fecundidade, tem contribuído para o envelhecimento da população, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, como o Brasil. Nos idos de 1950 registrava-se um incremento populacional de idosos de cerca de dois milhões com 60 ou mais anos de idade. Atualmente há informes de que temos cerca de 20 milhões. Estudos apontam a estimativa de cerca de 32 milhões de idosos no ano de 2025 (SOUZA et al., 2010).

Segundo Queiroz et al. (2010), verifica-se que o envelhecimento demográfico chegou aos países do chamado terceiro mundo a partir dos anos 50, ocasionando mudanças impactantes no perfil de morbidade das populações desses países como por exemplo a elevação da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e os altos custos nos tratamentos. Compreendendo que o fenômeno citado vem ocorrendo de forma muito acelerada, a partir da década de 1960 mais da metade da população idosa mundial que vive nesses países passou a enfrentar questões específicas do envelhecimento antes da resolução de outros desafios, tais como: atenção à saúde, educação, trabalho, habitação e equipamentos urbanos para a população em geral.

Ciosak et al. (2010) referem que o envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida ocasionando mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade, muitas vezes limitando o idoso de gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável. É, pois, um fenômeno progressivo, que causa um o desgaste orgânico, além de provocar alterações biológicas nos aspectos culturais, sociais e emocionais.

Como o incremento de idosos na população traz consigo uma preocupação multidimensional, despertou-se a necessidade de intensificação das discussões na área da política de saúde e social, haja vista o envelhecimento da população ser reconhecido como um problema previdenciário e de saúde pública. Arelado a este aspecto, pontua-se que a exposição desta problemática sobressai nos meios de comunicação, alcançando cada indivíduo e modelando a visão das comunidades em relação aos idosos e ao envelhecimento, o que tende a desencadear insegurança para os idosos, a alimentar o preconceito entre as gerações e a gerar medo de envelhecer devido à incerteza de como será (ou como está sendo) o próprio envelhecimento (GUERRA et al., 2010).

Dentro desta concepção, é evidente a associação do envelhecimento enquanto processo e da velhice como fase da vida com vivências e conceitos relativos à perdas nas condições e atividades corporais, como o surgimento de doenças, desgaste, enfraquecimento,

incapacidades, dependência, fim, decadência, impotência sexual, fragilidade e vulnerabilidade; como também ligado a aspectos psicológicos que remetem à solidão, sofrimento, desânimo, frustração, discriminação social, abandono, perda de credibilidade, inadaptabilidade, desvalorização social, marginalização, passividade inclusive a violência (SANTOS et al., 2011).

O envelhecimento e a velhice, dessa forma, trazem em sua matriz uma carga naturalmente biopsicossocial, sendo a questão da violência contra o idoso um dos problemas mais relevantes identificados neste segmento populacional, tanto no Brasil como em outros países. O perfil da violência contra o idoso que se desenha no mundo hodierno é crescente em números de incidência e prevalência e independe de aspectos culturais, econômicos e sociais, pois embora o Brasil classifique-se como o sexto país no *ranking* da economia mundial, os sintomas são visivelmente evidentes. Sob outro ângulo, o preconceito contra os idosos revelado pela sociedade brasileira, em que os valores giram em torno da beleza e do culto à juventude, configura-se como um fator de estímulo à disseminação da violência (*em tese*), fazendo crer que seja uma questão de extrema relevância no país e no mundo adicionar argumentos quanto a temática “violência praticada contra os idosos” (APRATTO JUNIOR et al., 2010).

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso conceitua com propriedade a violência contra o idoso, ao afirmar que esta “*se manifesta como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança*” (BRASIL, 2007, p. 11). Entende-se, portanto, que são distintas as formas pelas quais a violência contra o idoso se expressam e estão codificados em documentos oficiais e em vários estudos que costumam utilizar também a denominação “maltrato” ou “abuso”.

Diante do reconhecimento da violência contra o idoso como uma problemática eminentemente social, foram elaboradas normatizações direcionadas a este público, como por exemplo, o Estatuto do Idoso, a Cartilha do Idoso, o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, dentre outras. Essas Políticas vêm propondo e implementando bases legais direcionadas à população idosa, destacando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social, em especial, a preocupação com o problema da violência, a atenção integral à saúde dos idosos em todos os níveis de assistência, a ressocialização e integração social, familiar e comunitária, a capacitação de recursos humanos nas áreas mais diretamente relacionadas aos idosos, e o apoio a estudos e pesquisas. Em relação à atenção à pessoa idosa vítima de

violência estabelece sua ocorrência em todos os dispositivos da rede de saúde de forma integrada e sensível às vulnerabilidades mais comuns a esse público (VALADARES et al., 2010).

Os modos de violência contra o idoso são diversos e podem ser de ordem física, psicológica, sexual, financeira, negligencial, autonegligencial, e de abandono, dentre outros tipos (SOUZA et al., 2010). Vale lembrar que o Sistema de Justiça, quase sempre atua de maneira repressiva. Entretanto, verifica-se que está havendo certo avanço no que diz respeito à implementação de políticas preventivas advindas do próprio Estado-juiz que buscam imprimir a real conscientização da família e da coletividade na atenção preventiva de assistência aos idosos. Ademais, a questão da violência também perpassa pelo cenário da saúde, carecendo de investigações por pesquisadores deste campo de conhecimento e atuação para que a assistência integral, orientada pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) possa ser prestada no âmbito dos serviços públicos de saúde. Esta realidade deve ser compreendida como uma verdade, haja vista que qualquer tipo de violência sofrida pelo idoso poderá ocasionar algum reflexo na sua condição de saúde.

Diante do exposto, é uma necessidade premente reconhecer, a partir de depoimentos de idosos, quais dimensões da saúde foram afetadas diante da ocorrência do ato de violência. De posse de tais informações será possível compreender que estratégias de atenção à saúde poderão ser construídas objetivando assegurar melhores níveis de qualidade de vida para esta população. A equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, na sua condição de cuidador, possui ferramentas teóricas e práticas que possibilitam promover ações que favoreçam a reabilitação física, emocional e social do idoso violentado, assim como gerenciar, diante das circunstâncias, as providências a serem adotadas diante do episódio.

O interesse em pesquisar sobre esta temática advém de vivências durante a trajetória acadêmica no Curso de Bacharelado em Enfermagem que permitiu identificar o crescimento de episódios de violência contra o idoso bem como as necessidades apresentadas por aqueles que sofreram agressão. Além disso, a convivência com muitos idosos durante a participação no Projeto de Bolsas e Extensão (PROBEX) intitulado “Encontro de gerações na promoção do envelhecimento saudável”, na disciplina saúde do idoso e no âmbito social, despertou uma percepção crítico-reflexiva e diferenciada diante da atenção ao idoso. A partir destas premissas, enquanto futura profissional de enfermagem atuante na comunidade, buscar-se-á desempenhar ações de educação em saúde com o objetivo de contribuir para a transformação social, não só no cuidado direto à saúde, mas também atentando para a garantia dos direitos deste segmento populacional, efetivando práticas gerais e específicas diante da problemática

da violência praticada contra idosos.

Com base no exposto, surgiram os seguintes questionamentos: quais os tipos mais comuns de violência sofrida pelos idosos? Quais reflexões os atos de violência trazem para a saúde e para a vida dos idosos? De que modo a violência interfere na saúde física e mental do idoso. A partir destes questionamentos, o estudo buscará alcançar os objetivos descritos a seguir.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 *Objetivo Geral***

- Analisar os reflexos da violência na saúde e na vida do idoso no contexto das narrativas orais.

### **1.1.2 *Objetivos Específicos***

- Caracterizar a amostra enquanto dados socioeconômicos e demográficos;
- Averiguar a interferência do ato de violência na saúde física e mental do idoso;
- Identificar os tipos mais comuns de violência praticada contra o idoso.

## *2 Revisão da Literatura*

---

## 2.1 Processo de Envelhecimento

O envelhecimento é conceituado como um processo ativo e progressivo, no qual modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando uma maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos do indivíduo sendo considerado um processo dinâmico e progressivo (FERREIRA, 2010).

As características do processo de envelhecimento ocorrem de forma natural, universal, geneticamente determinado ou pré-programado, irreversível e particular no que se diz respeito às mudanças no organismo que podem ser diferentes de pessoa a pessoa. Além dessas características que integram o sistema de envelhecimento, os fatores externos devem ser levados em consideração, podendo ser influenciador de possíveis erros e de atribuições, tornando-se difícil definir em uma população de pessoas idosas aquelas que podem ser consideradas normais, tanto para fins de pesquisa quanto para a prática diária (PAPALÉO NETTO, 2011).

Para explicar melhor o fenômeno do envelhecimento, algumas teorias foram propostas por estudiosos na temática e dentre estas destacam-se as Teorias Biológicas e as Psicossociais. Assim, devido a subjetividade da explicação dos conceitos elaborados nessas teorias, existem diversos modos de classificá-las e organizá-las, sobretudo pelo número, diversidade e complexidade dos fatores que influenciam potencialmente o processo de envelhecimento, o que revela que nenhuma teoria, de modo isolado, pode explicar adequadamente a causa desse fenômeno (YOSHITOME; THORELL, 2005).

Entre as Teorias Biológicas destacam-se a Teoria do uso e do desgaste e a Teoria dos radicais livres e dano oxidativo. A Teoria do uso e do desgaste refere que com o uso prolongado e o acúmulo de agressões ambientais do dia a dia, como exposição a infecções e traumas, ocorre o decréscimo gradual da eficiência do organismo e como consequência final a morte. Essa teoria é considerada desatualizada, pois em experimentos com animais criados em ambientes livres de patógenos e de ferimentos foi constatado que os mesmos envelhecem e que isso não aumenta sua longevidade máxima (CUNHA, 2011). Para Farinatti (2002), a Teoria dos Radicais Livres considera que essas partículas são espécies químicas que têm um ou mais elétrons não pareados que oxidam os componentes celulares, provocando alterações e disfunções que se acumulam até o ponto em que a própria célula morre. No avançar do tempo isso tende a acontecer em um número cada vez maior de células, por efeito de acumulação, o que acarreta a falha dos sistemas levando o indivíduo a óbito.

Embora as teorias biológicas tenham uma fundamentação científica, o envelhecimento não pode ser caracterizado apenas como um processo biológico, considerando o envolvimento de alterações psíquicas e sociais com o fenômeno. De acordo com Eliopoulos (2005), para tentar explicar os processos psíquicos, comportamentais e as alterações sociais vividas pelas pessoas foram formuladas algumas teorias psicossociais, entre as mais citadas encontram-se a Teoria da Atividade e a Teoria da Continuidade.

A Teoria da Atividade, desenvolvida por Robert Havinghurst em 1963 se opõe a Teoria do Desengajamento, pois propõe que o idoso deve permanecer seu modo de vida conforme desenvolvido quando adulto. Quanto à sociedade, esta tem como obrigação manter as mesmas intenções com o indivíduo independente da idade. O avanço da idade, pois, deve ser negado o máximo possível pelos mais velhos quando o surgimento de perdas; e os papéis sociais podem ser substituídos, como a mudança das atividades físicas pelas intelectuais.

A Teoria da Continuidade, elaborada por Bernice Neugarten no ano de 1964, por sua vez, afirma que o envelhecimento bem sucedido é resultado das ações realizadas do decorrer da vida do indivíduo, sendo que a personalidade e os padrões básicos continuam os mesmos das fases do ciclo de vida. Dessa forma, fica entendido que pessoas ativas quando adultas tendem a permanecer ativas quando idosos, já os retraídos vão tender a se tornarem inativos quando idosos.

Embora seja necessário o conhecimento das teorias do envelhecimento, é inquestionável que durante este processo as modificações são claras tanto a nível celular quanto aos órgãos vitais, na qual essas acontecem em algum ponto indeterminado da vida do indivíduo adulto, não envolvendo todas as funções no mesmo grau nem ao mesmo tempo. Essa progressão segue em ritmo diferente para cada pessoa, pois os fatores genéticos e externos são de altíssima importância para diferenciar o grau dessas modificações. Onde essas podem ser iguais em ambos os sexos como os cabelos brancos, rugas, orelhas alongadas, queixo duplo e olhos empapuçados. As mudanças nos órgão vitais são observadas pelo aumento nos números de doenças em que o idoso fica susceptível (YOSHITOME; THORELL, 2005).

A pele se torna mais áspera, por diminuição das glândulas sebáceas, e espessadas, a uma redução nas papilas dérmicas ocasionando uma menor junção entre a epiderme e a derme, contribuindo a formação de bolhas e predispondo a lesões e infecções, uma menor resistência a grandes temperaturas e à sol (PEREIRA, 2011). Sistema musculoesquelético ocorre atrofia óssea, diminuição da massa muscular, sendo o tecido nobre paulatinamente substituído por colágeno e gordura, menor resistência mecânica da cartilagem, todas essas

modificações tem impacto na vida do idoso, tornado difícil até mesmo as suas atividades de vida diária (ROSSI; SADER, 2011).

De acordo com Afiune (2011), no sistema cardiovascular, incluem aumento progressivo da pressão sistólica, da pressão do pulso, da velocidade da onda de pulso, da massa de ventrículo (VE), aumento na incidência de doenças coronariana (DAC) e fibrilação arterial (FA), alterações morfológicas entre outras são marcos cardiovasculares do envelhecimento. Sistema respiratório, é diminuída a sua capacidade de tensão muscular necessária ao diafragma, a degeneração das fibras elásticas ocasionado uma contração prematura das pequenas vias respiratórias durante a expiração todas essas modificações faz com que ocorra uma diminuição na resposta ventilatória ocasionado à hipóxia e a à hipercapnia (GORZONI, 2011).

No Sistema Digestório, acontece no esôfago uma redução de sua inervação intrínseca; no estômago são várias as modificações e entre elas está a redução do relaxamento receptivo do fundo gástrico à chegada de alimentos; no pâncreas ocorrem alterações tanto no peso quanto histológicas que incluem dilatação do ducto principal e uma provável redução na secreção de insulina; no fígado ocorrem modificações estruturais, na função secretora, na metabolização de medicamentos entre outras; no intestino delgado há uma diminuição da superfície mucosa e vilosidade, cólon, aumento da prevalência de constipação, neoplasias e doenças diverticular; e no reto e ânus há uma alteração da musculatura do esfíncter e elasticidade (FERRIOLLI, 2011).

No Sistema geniturinário, há um envelhecimento renal originando modificações morfológicas, fisiológicas, no ureter, na bexiga e na uretra, as quais podem ser influenciadas pelos fatores ambientais tais como o consumo de álcool e de sal (CARVALHO, 2011). A genitália feminina demonstra muitas mudanças com a idade, incluindo a atrofia da vulva pelas modificações hormonais, a vagina tem aparência rosada e seca, com canal macio e brilhante devido á perda de tecido elástico e rugas (YOSHITOME; THORELL, 2005).

Quanto ao Sistema nervoso, há uma redução no fluxo sanguíneo cerebral, perda de neurônios em diferentes regiões encefálicas, perda de massa encefálica, redução da síntese do metabolismo dos principais neurotransmissores, impulsos nervosos soa conduzidos de forma mais lenta, essas alterações podem afetar a marcha, equilíbrio e mobilidade (BRUNNER; SUDDARTH, 2012)

No Sistema endócrino, há uma diminuição dos hormônios tireoidianos, aumento da incidência de doenças como diabetes mellitus, diminuição na secreção do hormônio de crescimento e esteroides sexuais, hipersecreção de glicocorticoides pode ocorre uma

desordem sistêmicas, neurodegenerativas e afetivas (LIBERMAN, 2011). No Sistema imunológico ocorre uma redução na capacidade de resposta diante de uma infecção devido ao aumento de mediadores inflamatórios circulantes presente nas doenças crônicas-degenerativas, assim como um déficit diante da resposta imune a um programa de vacinação (VEIGA, 2011).

Quanto aos órgãos sensoriais, estes se tornam menos eficientes com o avanço da idade, interferindo em vários graus de segurança nas atividades da vida diária e no bem-estar em geral. Paladar e olfato afetam o apetite, a escolha errada dos alimentos, desnutrição e diminuição do interesse pela alimentação, a visão ocorrem mudanças anatômicas e fisiológicas, a redução no diâmetro pupilar, as reações pupilares se tornam mais lentas e a perda da amplitude nas rotações oculares, na audição pode ocorrer a perda de sensibilidade à frequência, à intensidade ou a ambos, o tato pode haver reduções nas sensações de dor, vibração, frio, calor, pressão e toque (PEDRÃO, 2011).

Complementando este raciocínio, Silva et al. (2010) apontam que as experiências de manter o bem-estar e/ou de lidar com o adoecimento são constantes na vida daqueles que enfrentam o envelhecimento, devido às várias mudanças no componente fisiológico, expondo-os a maiores vulnerabilidades. É necessário, portanto, promover a saúde e estimular comportamentos visando a manutenção da autonomia observando suas limitações, valorizando o bem-estar e encontrando maneiras criativas de se cuidar para um envelhecimento bem-sucedido.

Quanto à velhice, o seu conceito necessita ser considerado como a última fase do processo de envelhecer humano, pois a velhice não é um processo como o envelhecimento, é um estado que caracteriza a condição do idoso (SANTOS et al., 2010). Dessa forma, a velhice deve ser entendida na sua totalidade porque é, respectivamente, um fenômeno biológico com consequências psicológicas, que certos comportamentos p. ex., falta de memória, a caduquez são apontados como características da velhice. Esta fase, portanto, tem uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história. Assim, a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade, mas também como um fato cultural (FREITAS, 2010).

Embora a velhice seja predominantemente reconhecida apenas no outro e não em quem a está vivenciando, ou seja, no eu, no dono do corpo que envelhece integrado na grandeza temporal da existência, reconhece-se a cada momento e de forma renovada que a velhice parece saltar novos limites. Estes poderão ser cada vez mais altos se o idoso

reconhecer-se, aceitar-se e integrar-se à sua família e comunidade, até porque estas ações terminam por torná-lo reconhecido, aceito e integrado por todos (SANTOS et al., 2010).

## 2.2 Considerações gerais sobre a violência

A violência nos dias atuais parece tão entranha em nosso dia-a-dia que pensar e agir em função dela deixou de ser um ato circunstancial, para se transformar num modo de ver e de viver o mundo do homem, em especial àqueles que vivem em grandes cidades que se tornaram um caldo de cultura de todos os tipos de violência (ODÁLIA, 2005). Conforme mencionam Salcedo-Barrientos et al. (2011), o presente século, sem dúvida, enquadra-se dentro de um marco de profunda mudança nas formas de manifestação, de percepção e de abordagem de um fenômeno político-social denominado violência. Ainda assim, a violência é historicamente reconhecida e ainda pouco explorada em termos de intervenção pelas diversas sociedades.

Segundo Vieira et al. (2012), a violência configura-se como um fenômeno complexo, multicausal que atinge (todos) os grupos sociais, instituições e faixas etárias. Sua complexidade está relacionada ao entrelaçamento de aspectos socioculturais, psicológicos, comportamentais, relacionais e econômicos. São atos que envolvem a intenção de prejudicar, subtrair, subestimar, subjugar e até mesmo ferir, envolvendo também a relação de poder, seja na instância física, econômica, política, social e até mesmo intelectual.

Nesta linha de raciocínio, a violência é definida como uso intencional da força física ou do poder, de modo real ou em ameaça, autoinflingida, interpessoal ou coletiva, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar lesão, óbito, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ANDRADE et al., 2012). Para Minayo et al. (2010) é um fenômeno humano que se traduz em atos, realizados individual ou institucionalmente, por pessoas, grupos, classes ou nações, por exemplo, visando prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, física, psicológica, sexual e até espiritualmente. No conceito de violência, a ideia de omissão também está presente como uma forma de indicar maus-tratos ao “outro” individual ou coletivo (MINAYO et al., 2010).

De modo mais genérico, violência é a negação, a usurpação e a violação das condições físicas, psíquicas, intelectuais, morais e de liberdade que asseguram a vida das pessoas em sociedade, seja nas relações interpessoais seja nas coletivas. Está presente em todas as culturas, nas diferentes classes sociais, etnias e faixas etárias, atingindo tanto os países ricos como os pobres, embora seja mais notória nos países onde as condições de vida são mais

precárias (MAIA et al., 2012).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde tornou público em 2002 o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para os diversos movimentos regionais. Por outro lado, valoriza e ressignifica esse problema, além de conferir um todo à problemática: unifica-se a violência enquanto questão a ser enfrentada (OMS, 2002). Diante desta constatação, considerar a violência como questão de saúde pública é fundamental para seu bom enfrentamento por parte do Estado. Essa perspectiva, no entanto, redobra a importância do papel dos profissionais de saúde, responsáveis não apenas pelo cuidado às vítimas como também pela produção de informações úteis no combate a esse problema (BARROS, 2011).

Nos últimos anos, a sociedade brasileira vem se voltando para os direitos e a proteção dos grupos teoricamente vulneráveis, como idosos, mulheres e criança, na qual, foram criados programas e leis voltadas para o direito da pessoa violentada, dentre esses o Estatuto da Criança e do Adolescente, que já completou duas décadas, assim como o Estatuto do Idoso e a Lei Maria da Penha entre outros (BARROS, 2011). Em 2006, reconhecendo que as violências e os acidentes exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor Saúde, e que intervenções pautadas na vigilância, prevenção e promoção da saúde são fundamentais para o enfrentamento desse problema, o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2011).

Diante da sua especificidade, a violência exige notificação compulsória. O Ministério da Saúde incluiu “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” entre os agravos a serem notificados obrigatoriamente pelos profissionais de saúde, definindo antes o tipo de agravo como “qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas” (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Em 2011, foram registradas 107.530 notificações de violência. Os Estados com maior razão de notificação foram Mato Grosso do Sul (221 notificações por 100 mil habitantes), Roraima (108 notificações por 100 mil hab.) e Rio Grande do Sul (95 notificações por 100 mil hab.), enquanto Ceará (8 notificações por 100 mil hab.), Maranhão (12 notificações por 100 mil hab.) e Rondônia (17 notificações por 100 mil hab.) apresentaram a menor razão de notificação (BRASIL, 2011).

Já na Paraíba, o histórico da violência sempre esteve entre os estados com baixos índices em relação aos outros estados do Brasil com 10 a 15 homicídios em 100 mil

habitantes e no ano 2000 encontrava-se no 20º lugar. Mas nesta última década, a violência teve uma forte escalada onde levou o estado, em 2010, a figurar entre os seis mais violentos do Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Presentes no cotidiano de várias instituições, os casos de violências, ao serem notificados, seguem um caminho previsto em lei. Na delegacia, o caso é conduzido ao Instituto de Medicina Legal (IML) para o exame de corpo de delito, no qual são coletadas provas materiais. O inquérito policial é instaurado e procede-se a apuração dos fatos, com depoimentos da vítima e das testemunhas. O relatório final da delegacia é enviado ao Ministério Público (MP), que oferece denúncia e qualifica o crime, encaminhando o caso à Vara de responsabilidade do crime (SILVA, 2012).

A violência pode ser classificada em vários tipos, dentre elas a **violência física** se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir a fazer o que não deseja; **violência psicológica** são agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social; **violência sexual** se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; **violência financeira** e econômica consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais; **negligência** se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários, por parte de responsáveis familiares; **autonegligência** diz respeito à conduta da pessoa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários; e **abandono** consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a quem necessite de proteção (SOUZA, 2010).

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução 311/2007) do Conselho Federal de Enfermagem, não consta um artigo específico tratando da obrigatoriedade da notificação de suspeita e/ou confirmação de violência. No entanto, o mesmo apresenta diversas passagens que devem fazer o enfermeiro pensar no seu papel frente à situação. Já nos princípios gerais aparece que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. Uma pessoa agredida tem a sua saúde e a sua qualidade de vida prejudicada, o mesmo ocorrendo com a família na qual ela está inserida. Está na mesma resolução que o profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (KULIK et al. , 2011).

É indiscutível, portanto, a importância do enfermeiro neste processo, pois a demanda crescente de casos de violências é evidenciada todos os dias nas unidades de saúde e nos

veículos de informação em massa, em especial quando a violência é direcionada ao idoso, o que será discutido de modo detalhado no próximo tópico.

### 2.3 Violência contra o idoso

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e, conforme as projeções estatísticas sócio-demográficas, em 2025 o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo. A proporção será de aproximadamente 14%, o que em números absolutos equivale a cerca de 32 milhões de idosos. O censo realizado pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) revela uma composição etária no Brasil que vem apresentando considerável aumento da proporção de idosos. Em 1980 existiam 7,2 milhões de pessoas com idade a partir de 60 anos, enquanto em 2010 este contingente populacional chegou a somar 20,6 milhões. Ou seja, o número de pessoas idosas aumentou 2,9 vezes em 40 anos, chegando a representar 10,8% da população brasileira em 2010.

A realidade desenhada pelo envelhecimento populacional é um fato e possíveis impactos negativos desse processo podem estar relacionados a um cenário social, econômico e cultural, caracterizado pela alta incidência de pobreza, desigualdade social persistente e baixa cobertura da seguridade social, despertando um olhar diferenciado de todos os ramos profissionais, na qual esses idosos necessitam para se ter um envelhecimento com todas suas particularidades (GIACOMIN, 2012). Por outro lado surge uma grande preocupação, haja vista representarem um grupo bastante heterogêneo em relação aos demais grupos etários, sobretudo no que diz respeito à particularidades como dificuldade de locomoção, dependência de outras pessoas, etc., tornando-os vulneráveis a vários problemas inclusive, em especial a violência (FERREIRA et al., 2010).

No tocante à violência contra o idoso vê-se que ela pode ser compreendida como uma relação desigual de poder como, p. ex., à própria relação de interdependência de idosos para com os mais jovens que pode representar naqueles uma sensação de submissão, haja vista o imenso rol de necessidades que surgem já que a idade avançada não os permite mais executar tarefas cotidianas antes executadas. Isso pode causar danos e sofrimentos que infringe o pacto social da melhor convivência e de garantia de direitos humanos (ARAUJO et al., 2013). A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso conceitua a violência contra o idoso como *“um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”* (BRASIL, 2007, p. 11).

Sabe-se, também, que a violência contra idosos não é um fenômeno recente. Na verdade constitui um problema universal que atinge muito além dos idosos chegando a diversas classes sociais, etnias e religiões, pondo-os em condições de maus-tratos que acontecem de várias maneiras e se manifestam de várias formas, dentre elas a violência física, emocional, sexual e financeira. Isso implica dizer que a violência, antecedida em puro preconceito vem de antes e desagua naqueles que à idade avançam, sendo expressão dessa violência os atos sofridos no ambiente familiar, o abandono em instituições asilares, a segregação pela idade e a exclusão social, etc., e a reprodução da violência são multicausais e complexas, destacando que a questão da banalização da violência é vista como algo natural em alguns meios sociais (NOGUEIRA et al., 2011).

Há informes do Ministério da Saúde que apontam para o registro de 3.593 notificações de violência contra idosos nos estabelecimentos notificadores do SINAN NET (órgão vinculado ao MS) no ano 2010 e estas notificações eram procedentes de 524 municípios brasileiros. A mediana de notificações foi igual a 44, variando de 1 notificação em Sergipe a 1.073 notificações em São Paulo, estado responsável por aproximadamente 30% de todas as notificações. Não houve notificações no estado do Pará (dados não apresentados). (MASCARENHAS et al., 2012).

A violência psicológica e a financeira estão presentes em 85% das demandas relacionadas a crimes contra idosos atendidos pela Central Judicial do Idoso (CJI) durante o ano de 2012. Em 50%, houve queixa de violência psicológica, caracterizada por insultos, ameaças e outros tipos de agressões verbais e gestos que afetam a autoimagem, a identidade e a autoestima do ofendido. Em 35% dos casos, foi registrada violência financeira ou patrimonial na qual ocorre indevida exploração da renda e apropriação do patrimônio do idoso, visto que essas violências veem ocorrendo com frequência daí a importância da criação de políticas e planos de assistência e atenção a população idosa.

Quanto ao sexo, a literatura revela que a um predomínio do gênero feminino, com faixa etária avançada entre 84 anos, sendo a idade mínima de 63 e máxima de 100 anos, sem vida conjugal e com total dependência funcional (QUEIROZ et al., 2010).

Com base nos dados apresentados é nítida a magnitude da violência contra o idoso, o que caracteriza este fenômeno como um problema de saúde pública. Consoante a este cenário, a Política Nacional Idoso, o Estatuto do Idoso, o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde são dispositivos legais brasileiros que norteiam ações sociais e de saúde, garantindo os direitos das pessoas idosas e obrigando o Estado à proteção dos mesmos, sendo sabido que a efetivação requer a atitude consciente,

ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos corresponsáveis por esse processo (FALEIROS, 2012).

O documento mais recente elaborado pelo Ministério da Saúde que faz alusão aos direitos da pessoa idosa é o Pacto pela Saúde, publicado no ano de 2006 por meio da Portaria nº 399/GM. Dentre as prioridades elencadas no Pacto pela Vida, a Saúde do Idoso vem referenciada entre estas e as suas diretrizes revelam que a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersectoriais, visando à integralidade da atenção e etc., são os principais pontos a serem estudados e colocados em prática (BRASIL, 2006).

A Política Nacional do Idoso teve ressalva com a publicação da portaria GM/MS nº 1.395/1999 (BRASIL, 1999) onde seus princípios no âmbito do SUS apresentam como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da autonomia e a capacidade funcional e a assistência as necessidades, centrados na atenção básica de modo a viabilizar o acesso aos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade, consultas especializadas, exames e internações, visando assim um planejamento individual e coletivo do cuidado gerontológico.

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa é fruto do esforço conjunto do Governo Federal, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Almeja desenvolver estratégias sistemáticas de ação, mostrando, assim, seu valor, uma vez que todas as etapas para execução seguem uma lógica e envolve a organização, a coordenação, o controle, o acompanhamento para prevenção e o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa (BRASIL, 2005).

Nesta linha do tempo, é a partir do Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.745/2003) que passou a ocorrer maior conscientização por parte da sociedade quanto à observação desse específico amparo legal, sendo certo que o Ministério Público passou a atuar na defesa dos direitos dos idosos relacionado com o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à saúde, à alimentos, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização, ao trabalho, à assistência social, à habitação, ao transporte, ou assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais ou extrajudiciais cabíveis que os casos pedem (BRASIL, 2003)

O artigo 4º do Estatuto prevê expressamente que nenhum idoso será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos. Diante desta regulamentação, é importante destacar que o mesmo artigo determina que é dever de todos

prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso. Trata-se de garantia absoluta (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, a violência é evidenciada com grande frequência e gravidade, nos diferentes espaços de convivência social, constituindo uma questão que afeta os direitos humanos e que compromete conquistas alcançadas com a longevidade trazendo repercussões no bem-estar e na qualidade de vida dos cidadãos vitimados, sob o ponto de vista da saúde global e preventiva (SARAIVA et al., 2012).

No que toca ao impacto que a violência traz à saúde do idoso, este é inerente a tudo o que foi dito e redito até o presente, pois, dado o avanço da idade e a fragilidade dos idosos, natural é que eles se sintam vilipendiados em seus direitos de primeira geração, já que são muitas vezes esquecidos por familiares e daí proveem problemas psicológicos como a depressão e isolamento que concorrem para a perda da vontade de viver; problemas físicos também são vivíveis, locomoção prejudicada, uso indevido de medicamentos devido a falta de conhecimento, dentre outros reflexos clássicos decorrentes do episódio de violência.

Diante das consequências na situação de saúde e na vida do idoso advindas da violência, cabe ao setor saúde atuar na prevenção, na identificação e no cuidado à tais vítimas. Todavia, os profissionais enfrentam diversas dificuldades, tanto por desconhecimento quanto por não disporem dos meios necessários para a resolução do problema, o que frequentemente reduz as intervenções a ações paliativas e circunstanciais (CAVALCANTI et al., 2010).

Os profissionais de saúde parecem ser os mais envolvidos com a ocorrência de violência visto que os mesmos consideram um problema rotineiro nas unidades de atendimento. Logo, esta situação exige um preparo dos profissionais principalmente na atenção primária, para uma identificação, prevenção e intervenção em casos de maus-tratos e negligência à pessoa idosa (RODRIGUES et al., 2010).

## *3 Metodologia*

---

### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo com desenho exploratório-descritivo e abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), o estudo de campo permite aprofundar questões como as características da população, estudando um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes e analisando a estrutura do poder local ou das formas de associação verificadas entre os seus moradores. Utiliza-se muito mais técnicas de observação do que muitas vezes de interrogação.

O desenho exploratório-descritivo tem como principal finalidade descrever e esclarecer determinado fato. Um exemplo seria de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas, ocorrendo um acúmulo de informações delineadas dando prioridade ao caráter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são mais flexíveis (MARCONI; LAKATOS, 2010). É uma pesquisa realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco estudado e tornando difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 2008).

Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa é aplicada em estudos de relações em que as representações, as crenças, as percepções e as opiniões fazem parte de toda uma história, resultado das várias explicações que os humanos fazem a respeito de como vivem, pensam e sentem e constroem seus artefatos a si mesmo. Proporcionam construir novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante toda a investigação.

### 3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Cuité, localizada na microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano, a 230 km da capital João Pessoa. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística possui um contingente populacional de 19.978 habitantes (IBGE, 2010).

De modo preciso, foi utilizado como cenário do estudo o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) deste município, unidade de prestação de serviços especializados e continuados às famílias com crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência em situação de risco pessoal e/ou social e com violação de direitos. A escolha do local deveu-se à possibilidade encontrada para o acesso aos idosos que compuseram a amostra do estudo, conforme contato antecipadamente realizado com a Coordenação deste setor. Mediante este contato prévio foi possível obter o número de famílias

cadastradas e acompanhadas, bem como o quantitativo de idosos e, sobretudo àqueles violentados.

### 3.3 População e amostra

População é um conjunto de elementos ou sujeitos que dividem características comuns. O sujeito é um membro ou unidade da população particular que é submetida a um estudo, chamada de população alvo. Em termos estatísticos, população pode ser o conjunto de indivíduos que trabalham no mesmo ambiente (RICHARDSON, 2008).

A população deste estudo foi composta pelos idosos que residem no município de Cuité e que já foram violentados e atendidos no CREAS. O quantitativo foi obtido por meio de uma consulta ao banco de dados do CREAS, em que a partir de um recorte no tempo, considerando do ano de 2012 até a data de elaboração do projeto desta pesquisa (agosto de 2013), identificaram-se 63 atendimentos em 2012 e 21 em 2013, totalizando 84 idosos violentados assistidos pelo CREAS.

Devido a impossibilidade de coletar dados da população total, recorreu-se a uma amostra, ou seja, a um subconjunto selecionado para se obter informações relativas às características dessa população. Marconi e Lakatos (2010) conceituam amostra como uma porção ou quantia, criteriosamente selecionada da população; um subconjunto do universo. Assim, para compor a amostra foram selecionados aleatoriamente, a priori, 21 idosos, os quais representariam 25% dos idosos atendidos.

Entretanto, considerando que alguns dos idosos selecionados não foram encontrados; que outros não tinham faculdades mentais satisfatórias para responder a entrevista; que embora falecidos, ainda encontravam-se na lista da Unidade utilizada como referência; e que por razões pessoais não se disponibilizaram a participar do estudo, a amostra foi composta por 09 idosos. Foram, portanto, considerados como critérios de inclusão da amostra:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Ter sido atendido, cadastrado e acompanhado pelos profissionais responsáveis do CREAS, mediante motivo de qualquer tipo de violência;
- Apresentar condições físicas e mentais para a realização da entrevista;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**Apêndice A**);

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado nessa pesquisa foi um roteiro de entrevista, visto que é um recurso em que o investigador se apresenta junto ao investigado e lhe faz perguntas, com a intenção de obter informações necessárias para investigação, sendo uma forma de socialização, onde a parte busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de dados, sendo bastante adequada para o alcance de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram acerca das suas elucidações a respeito das coisas anteriores (GIL, 2008).

Para a coleta das informações utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada (**Apêndice B**), a qual combina questões abertas e fechadas, facultando ao entrevistado discorrer sobre o assunto em foco. A opção pela entrevista semiestruturada se deu pela flexibilidade e a liberdade de expressão ao entrevistador/entrevistado (WOISKI et al., 2010).

### 3.5 Procedimentos de coleta de dados

Para que a coleta de dados pudesse ser iniciada, a priori foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (**Apêndice C**) à Secretária Municipal de Assistência Social do município de Cuité- PB, para realizar a pesquisa no CREAS, bem como a concordância do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com sua devida assinatura na folha de rosto; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após a autorização do CEP (**Anexo A**), tiveram início as atividades da coleta nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, inicialmente com a realização de reuniões com os profissionais do CREAS, para possibilitar o acesso ao grupo a ser pesquisado. A coleta de dados deu-se através de visitas domiciliares em companhia dos assistentes sociais. Cabe mencionar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas com uso de um aparelho de MP3 player e em seguida foram cautelosamente transcritas para que não houvesse divergência entre os depoimentos e as transcrições.

### 3.6 Análise dos dados

Este estudo utilizou o método qualitativo, que necessita de interpretação, buscando destacar a subjetividade do cliente, com a flexibilidade que a entrevista dá, observando qual impacto que o tema revela ao entrevistado. Para que isso ocorresse recorreu-se como método de pesquisa a história oral (ROCHA et al., 2008). Segundo Meihy (1998), o embasamento da construção da História Oral centra-se na percepção do passado entendido como uma vivência do presente a partir de um processo histórico ainda não acabado. Nesse contexto, permite dar um sentido à vida social dos depoentes e leitores, de modo a assegurar a compreensão da trajetória histórica e a se identificarem como parte dele.

Diante desta compreensão, Rocha et al. (2008) reforçam que a História Oral é um método de pesquisa a qual privilegia a realização de entrevistas com as pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo como forma de se aproximar do objeto de estudo, observando características peculiares, tais como a relação entre o pesquisador e a fonte/narrador. Logo, constou de um excelente recurso para apreender os depoimentos daqueles idosos que sofreram quaisquer tipos de violência.

A História Oral, em sua estruturação, pode ser dividida em três etapas: pré-entrevista, entrevista propriamente e pós-entrevista. A **pré-entrevista** é o primeiro contato com os colaboradores da pesquisa, expondo todas as dúvidas diante do estudo que eles participarão. Essa etapa é muito importante e requer bastante estudo e planejamento, pois garantirá o início do vínculo com aquele que dará substância ao estudo. A **entrevista** em si é o ponto central do estudo, necessitando de um lugar confortável para que a pessoa possa narrar sua história sem constrangimentos, explicando sobre a importância de sua contribuição para a pesquisa, bem como explicar as etapas do projeto e os cuidados éticos adotados. Por último, a **pós-entrevista**, em que o pesquisador tem um papel fundamental na organização e tratamento das ideias expostas pelos colaboradores.

O tratamento das ideias, segundo Meihy (2005), deve envolver três etapas:

1. Transcrição: processo imprescindível, longo e exaustivo passagem inicial do oral ao escrito, reescrevendo todas as entrevistas sem tirar suas características. Este momento é de grande importância para a construção e análise das histórias de vida, principalmente por sua natureza reiterativa;

2. Textualização: nessa etapa as perguntas feitas pelo pesquisador foram retiradas e o texto ficou em forma de narrativa, possibilitando uma melhor compreensão. Foram ainda

retirados os “tons vitais” de cada entrevista, que compreendem frases com valor expressivo nos relatos dos colaboradores diante da temática trabalhada.

3. Transcrição: momento em que foram retiradas ou acrescentadas palavras na composição das narrativas dos colaboradores. Procurou-se recriar o contexto da entrevista sem perder a essência do texto, fazendo com que os leitores viajem no mundo de sensações presentes nas histórias. O texto foi levado até os colaboradores para aprovações das mudanças realizadas nas narrativas.

Secundário à obtenção das narrativas emitidas pelos participantes, os resultados foram submetidos à técnica da análise de conteúdo, que conforme propõe Bardin (2009, p. 44),

é o conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para realizar a operacionalização da técnica de análise, foi necessário executá-la seguindo três etapas fundamentais: a de pré-análise, que serviu para sistematizar e operacionalizar as ideias iniciais produzindo um plano de análise; a exploração do material, que consistiu essencialmente em examinar, investigar e analisar os documentos primários; e o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação, onde os resultados dos dados brutos foram tratados de modo a se tornarem significativos e válidos (BARDIN, 2009).

### **3.7 Aspectos Éticos**

A Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde preza o respeito pela dignidade humana, pelo desenvolvimento, engajamento ético para progresso da ciência e da tecnologia, ponderando que para o alcance e avanço deste feito os pesquisadores devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano (BRASIL, 2012).

Considerando a referida Resolução, o pesquisador deve, sobretudo, respeitar os princípios da não maleficência, com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo de que danos previsíveis serão evitados; e beneficência, avaliando os riscos e os benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos. Tais princípios foram prontamente assegurados nesta pesquisa, em que os riscos e benefícios dos idosos

participantes estiveram em constante avaliação, concorrendo para a obtenção de informações imprescindíveis ao alcance dos objetivos.

Ademais, foram atendidas outras exigências éticas e científicas fundamentais, tais como: o consentimento livre e esclarecido; a relevância social da pesquisa; a solicitação da autorização às autoridades competentes, bem como a comunicação aos mesmos dos resultados da pesquisa, de modo a assegurar o bem-estar do cidadão; a garantia de procedimentos que assegurem a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa; e o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes (BRASIL, 2012).

Foram respeitados ainda os pressupostos da Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem que aborda o Código de Ética Profissional de Enfermagem, uma vez que esta regulamentação deixa explícito que pesquisa envolvendo seres humanos tem que seguir normas ético-legais, respeitando os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados (COFEN, 2007).

*4 Apresentação dos resultados:  
Histórias de violência contra o idoso*

---

O capítulo em tela traz os resultados obtidos após a realização das entrevistas com os idosos violentados e participantes do estudo. Inicialmente estão apresentados textualmente os dados referentes à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes; e em seguida a descrição de todas as narrativas transcritas conforme os depoimentos dos idosos. Todos os participantes foram identificados pela expressão “colaborador” seguido dos algarismos arábicos de 1 a 9, conforme a sequência das entrevistas realizadas. Ademais a letra “C” foi utilizada para codificar o sentido da palavra colaborador.

Com relação aos resultados socioeconômicos e demográficos, dos 09 idosos participantes do estudo 07 (78,0%) eram do sexo feminino e 02 (22,0%) do sexo masculino; quanto à faixa etária, 04 (45,0%) tinham de 60 a 69 anos, 03 (33,0%) de 70 a 79 anos e 02 (22,0%) acima de 80 anos; no que concerne à escolaridade, 04 (44,5%) não eram alfabetizados, 04 (44,5%) possuíam apenas o ensino fundamental incompleto e 01 (11%) tinha o ensino médio; em se tratando do estado civil, 03 (33,0%) eram casados, 02 (22,0%) e 04 (44,5%) eram viúvos; com relação à renda familiar, 05 (56,0%) possuem renda  $\leq$  01 salário mínimo, 01 (11,0%) entre 2 e 3 salários, e 03 (33,0%) acima de 03 salários; e quanto à profissão/ocupação, 08 (89,0%) referiram ser aposentados e 01 (11,0%) empresário.

A seguir, seguem as narrativas obtidas por meio das entrevistas realizadas com os 09 idosos violentados que se disponibilizaram a colaborar nesta investigação.

### **Colaborador 1 (C1)**

*Eu sofri uma violência física. Eu saí de casa pra ir fazer um pagamento no comércio, aí subi por trás do meu muro, no beco. Na filmagem das câmeras do comércio aparece esse cara atrás de mim. Eu sigo, ele desce. Aí eu fui na loja, paguei a conta e saí. Desci pra casa de uma cunhada minha pra ir lá visitá-la. Cheguei lá tava fechado. Eu desci, vim pra casa. Quando eu cheguei na esquina de uma construção ele tava sentado na esquina e eu passei do outro lado, olhei assim, não me incomodei. Quando andei uns 30 metros eu vi foi um empurrão nas minhas costas. Aí eu caí. Quando eu caí meus óculos pulou longe e a carteira mais perto. Ele apanhou a carteira. Quando eu me apoiei pra me levantar ele danou o chute no meu rosto, aí eu ainda me levantei, a sandália torou, eu me levantei e sai gritando: pega o ladrão, pega o ladrão! Aí povo saiu correndo atrás dele. Quando eu cheguei na outra esquina ele já ia dobrando a próxima esquina. Cheguei em casa gritando para minha filha que tinha sido assaltada agora mesmo e levei mais um chute. Aí ela endoideceu. Disse - Mainha, mainha, venha tomar água, pega água, o bandido vai passando ai... (começou a*

chorar). Ia passando em toda carreira. Aí eu sai por trás de casa, fui lá no comércio de novo e falei para a vendedora que tinha sido assaltada agora mesmo. Ela disse: - Mulher pelo amor de Deus tome uma aguinha, tome uma aguinha. Aí eu tomei água e ela foi no banco comigo dar baixa no cartão de crédito, nos meus documentos que ele tinha levado, e de lá fui pro hospital.

Fui assaltada por um ladrão e um drogado... Um ladrão e um drogado. Um bandido mesmo. Numa semana antes ele já tinha assaltado aqui atrás do meu muro uma menina que ia pra feira. Ele tava junto do meu muro e ele já vinha me pastorando há dias. Ele tava junto do meu muro quando a menina ia passando com a carteira na mão ele arrebatou e saiu correndo. Ela disse que ficou tão atordoada que só viu quando ele ia dobrando o beco. Já vinha tempo que tava aqui pastorando. Aí dali eu fui pra delegacia com o meu filho que é advogado, mas até hoje a justiça não tomou nenhuma providência mesmo sabendo quem é! Aí eu me sinto muito revoltada. Vontade de fazer justiça com as próprias mãos.

Depois disso mudou muita coisa na minha vida (choro). Sei lá. Tô ficando muito nervosa. Fico nervosa, porque até agora não foi tomada nenhuma providência pela justiça, nenhuma, nenhuma, até agora e sabe quem é o cara. Tá na rua. Tá até encarando. Eu não conheço, eu não conheço, eu não vi, eu não sei quem é o bandido. Eu posso passar por ele a qualquer hora e eu não conheço, mas tenho um filho meu que conhece e na última festa das crianças lá no Parque da Juventude ele ficou encarando o meu filho. Quer dizer: desafiando mesmo. Um bandido profissional. Eu também fui no médico em Campina Grande pra cuidar da minha saúde. Eles passaram uma radiografia da cabeça, passou das costelas, mas graças a Deus não quebrou nada não. Eu tenho osteoporose, sabe! Eu pensei que tinha quebrado um bocado de coisa, porque ainda tenho cicatriz... Faz mais de um mês e ainda tá assim, ainda tem.

Depois que tudo aconteceu os únicos que me apoiaram foi os meus filhos que queriam (risos). Queriam justiça. Eu fui pro delegado. Não sei direito, mas aqui veio um rapaz da assistência social, levou pro promotor, mas até agora não teve ação nenhuma e já teve outro idoso que também foi assaltado ali, e outra que antes de mim que tinha sido assaltada também que eu acho que é o mesmo cara. Como não tem nenhuma providência aí eu fico revoltada. Ah, eu fico pensando, revoltadíssima com a situação do idoso. Porque eu que tenho filhos e graças a Deus eu não quero que eles façam nada com as próprias mãos e nem quero essas coisas

*porque bandido a vida dele é curta e eles mesmos se agem entre si né!? Mais é muito revoltante ver o que eles fazem com os idosos. E o pior é que a gente não vê proteção nenhuma das autoridades.*

### **Colaborador 2 (C2)**

*Fui agredida psicologicamente, com palavras. Muitos palavrões e que não sou mãe. Essas coisas assim né?! Tudo aconteceu em casa, na própria casa, pelo meu filho. E isso é muito triste né?! Porque o próprio filho desrespeitar a mãe? Isso não tá certo. Depois disso fiquei com problema de pressão alta, tomo até medicamento agora todo dia. Mas também não procurei ajuda de nenhuma autoridade não. Só o meu esposo é quem me apoia. Fica contra ele por causa de mim.*

### **Colaborador 3 (C3)**

*Assim, sempre que ele chega em casa, acontece alguma coisa e ele me maltrata com palavras. Quando eu não fiz nada! Isso tudo é uma violência né?! Violência psicológica, né! Porque ele maltrata muito em palavras! Em palavras ele maltrata muito. Nem dizer assim! Assim, assim... Diz que eu sou mãe ruim! Que eu num cuido dele! Que eu não faço as coisas por ele! Só faço pelo outros. Meu filho me faz muito mal com as palavras dele. Me maltrata muito. E isso tudo em casa, em casa. Me sinto mal! Me sinto muito mal. To com a saúde toda prejudicada. A saúde tem que prejudicar sempre, sempre! Eu me sinto mal! Eu tenho problema de pressão! Altera! Fico nervosa! Fico nervosa. E ninguém me apoia não. Só Deus. Peço proteção a Ele. Nunca fui procurar autoridade. Autoridade é eu mesma (risos).*

### **Colaborador 4 (C4)**

*Foi numa segunda-feira que fui violentado fisicamente! Ele(Assaltante) ficou me arrudeando lá no barraco! Aí pensei que era ele. Mas não achei que ele ia fazer aquilo não. Aí fui no banheiro. Entrei no banheiro pra fazer as necessidades. Aí ele me atacou. Cobriu a cara com um casaco vermelho. Cobriu a cabeça e a cara com o casaco vermelho. Ai me atacou! Aí queria me trancar no banheiro. Aí nos agarremo. Aí foi um rolo maior do mundo! Aí disse: - não tem dinheiro não! O dinheiro que eu tinha gastei na feira. Aí ele me jogou no banheiro. Eu gritei: - Socorro! Socorro! Desde esse dia que eu não me sinto bem. Eu sei quem ele é e*

*não me esqueço dele de jeito nenhum. Sai do pensamento não. Depois disso fui pro médico e ele passou uns comprimidos, aí tá aliviando a dor do machucado que eu fiquei. No dia lá não tinha nenhuma autoridade lá que eu pudesse denunciar. Procurei depois o delegado. Falei com o delegado. Mas lá que me acudiu foi um bucado de gente. Mas tinha uma mulher. A mulher principalmente que eu sempre faço o lanche no barraco dela no bar dela ali na praça de alimentação foi quem segurou eu. Ficou segurando no meu braço. É mulher forte aquela!*

### **Colaborador 5 (C5)**

*Tudo acontece devido o meu menino né! Que bebia, fio meu que bebia, eu sempre tinha um receio né! É desse povo que bebe, desse povo que às vezes usa droga né! Aí às vezes eu tinha um medo assim dentro de casa de ele fazer uma besteira comigo e tal. Quando ele bebia ele dizia um monte de coisa, chamava de toda qualidade de nome e ficava desaforando dentro de casa e ficava assim há eu... Se você não der conta disso pra mim e daquilo outro, ai seus dias tá contado... Aí naquilo eu fiquei mea cismada. Eu já uma mulher de idade, já com 65 anos, um filho com 43 ano dentro de casa nessa situação, aí eu tive que um dia, chamei a justiça por duas vezes, eles vieram aqui e aconselharam ele e tudo.*

*Assim, eu num fui aviolerada. Assim, porque ele nunca bateu em mim. Só de palavras né! Quando meu fio bebia, aqui dentro de casa, ele diz todas coisa ruim comigo dentro de casa. Agora pra você ver que ele só fazia isso dentro de casa comigo. Lá fora ele num fazia nada com ninguém. Mas agora eu tô mais aliviada né, que ele num tá dentro de casa. Mas sempre que ele fazia isso comigo... Ah, eu me sentia uma pessoa omilhada, uma pessoa assim com uma mágoa dentro de mim, aquele desgosto dele tá fazendo aquilo comigo e jurando eu, dizendo que meus dias tava contado e tudo. Às vezes eu nem dormia dentro de casa. Pelo umas noite dormi fora, já com medo disso.*

*Quando ele dizia essas coisas comigo eu num durmia tranquila não! O aperreio era grande, o meu aperreio era grande, porque eu ia confiar numa pessoa beba dentro de casa, do jeito que ele ficava, uma cara de 43 ano, uma marra de homem que parecia uma gigante. Só que agora mudou muito, porque ai eu durmo tranquila. Eu fico tranquila. E na minha saúde não teve não; Só que eu perdi de tanto trabalhar no meio do mundo.*

No tempo eu disse a polícia. Aí a polícia falou que se ele fizesse laiguma coisa dentro de casa eu procurasse a justiça e tudo, mas aí no dia que eles vieram eles num pode fazer nada porque ele num dava em mim que ele num era doido de bater em mim. Aí deu uns conseio a ele, aí ele disse: - Não, não, eu não vou fazer mais nada, mas aí pronto, e depois ele voltou novamente, vim fazer a mesma coisa, ficava dentro de casa me jurando, que meus dias estava contado, isso, aquilo outro. Aí eu já com medo de por ele na cadeia pra quando ele saísse aí era que ele ia ficar com ódio de mim, com raiva de mim né! Ai ele se revoltava contra mim, entonce só achei melhor tirar ele de dentro de casa. Aí fiz um empréstimo, comprei a passagem dele e só sai de junto do carro quando ele entrou dentro do carro que ele foi simbora. Ai eu disse: graças a Deus (risos) que agora eu descanso minha cabeça. Ai pronto. Fiquei mais aliviada, dormia mais tranquila.

### **Colaborador 6 (C6)**

Tem essas coisas quando ele bebe né! Eu tenho um filho que bebe né! Aí ele então quando bebe que a gente vai falar com ele, ele não, assim ele não quer aceitar a gente reclamar né! Porque ele bebe. Ele quer que a gente aceite e a gente não aceita, porque a gente não aguenta ver ele bêbado e ficar calado né! Então a gente vai fala: - Como é que pode você já está bebendo? A gente pede tanto a você! Você é um menino doente! Você tem é Diabete, tem ataque epilético por conta da bebida! E então ele se chega pra comer não come, sai vai embora, sai, desce esculhambando. Diz: “- Vão tomar no cu, vão se lascar, essas raparigas! Eu não venho mais aqui”. Se chega no portão, dá uma pancada que estremece a casa. E toda essas violências é o meu filho, dentro da minha casa, na rua, onde quer que seja ele me esculhamba.

Aí eu me sinto péssima né! Não fico bem. Fico mal né! Não fico bem. Não vou dizer: “- Ah, me sinto bem”. Não, me sinto péssima né, ver um filho numa condição né! E assim... Não ter o que fazer! Ele não que se internar numa clínica particular né! Se levar pra clínica aí o pessoal fala assim: “- Leva quando volta é pior, não sei o quê!”. E eles falam essas coisas: “- Se voltar vai matar, vai num sei o quê”. Sabe!?

Comecei então a precisar tomar remédio. Eu tomo, eu tomo... Assim um remédio pra os nervos né! E tomo o remédio pra pressão. E quem me apoia, assim, pra tudo, é minha filha. A gente já foi no CAPS com ele. O psiquiatra já passou o remédio pra ele. Ele toma o gardenal.

*Ele toma remédio pra diabetes, ele toma, é, diazepam pra dormir... Mas aí toma esse remédio misturado com a bebida né assim... Aí eu acho que cada vez mais fica nervoso né! Já passou oito dias internado, três dias amarrado, que justamente ia... Era pra ir pra clínica, mas o médico não deixou porque ia cuidar de uma coisa e ia piorar outra, no caso a glicose tinha chegado em 480. E cada vez mais ele me esculhambando, mas me bater não. Bater não.*

### **Colaborador 7 (C7)**

*Eu tô dizendo assim... Porque derna que ele (Esposo) começou, antes dele cair doente, e ele adoecer, ele vivia também só assim... Bebendo, fumando, assim me dando trabalho. Aí depois que adoeceu é a mesma coisa, agora que tô cuidando mais dele, sofrendo mais por causa disso porque ele vevi em cima numa cama, eu vivo cuidando dele, eu e uma neta e vivo assim esperando e a vontade de Deus né! Mas antes ele me dizia muita coisa. Era violência psicológica. Ele bebia cachaça, ele fazia... Ele assim me ameaçava, ele fazia, dizia que ia me matar, por causa que... Por causa da cachaça mesmo. Chegou a me agredir ainda... Um dia ele pegou uma espingarda pra atirar em mim. Ele chegou também a pegar na minha garganta e disse que se não fosse por meu filho ele tinha me matado. É assim.*

*E era o meu esposo viu. Meu esposo. Tudo que ele fazia era dentro de casa. Ah... Mas depois desse acontecimento eu vivo mais tranquila assim sabe por quê!? Por que ele tá assim acamado, não tá me dando trabalho, eu vivo lutando com ele em cima de uma cama, mas pelo menos eu tô ali cuidando dele. Ele tá nas minhas mãos, num tá eu preocupada como eu vivia, e vendo a hora chegar a notícia que mataram ele, e que o carro passou por cima e tatata e eu... Pelo menos agora tô lutando com ele, mas pelo menos tô mais sossegada por isso.*

*Eu nunca tive problema de saúde por causa dessas coisa não. E também nunca procurei nenhuma autoridade. Só a ajuda dos meus familiares mesmo.*

### **Colaborador 8 (C8)**

*É o seguinte, violência contra mim nunca aconteceu não! Aconteceu, só eu ficando sozinho, abandonado, mas assim... Somente isso, ficar abandonado, sozinho, sem ter quem faiz as coisas. E aí fiquei muito doente, não tinha quem ficasse comigo no hospital, ficava sozinho.*

*Mas tá bom, tô satisfeito. O negócio é porque não foi eu, foi os outros. Eu não puxei confusão com ninguém. O negócio é que quiseram ir simhora, tanto os filhos como a mulher... Quiseram ir simhora! Aí eu disse: “- Eu num tiro plano de ninguém, querem ir podem ir!”. Aí foram tudo simhora.*

*Eu me sinto muito mal, por causa da doença. E não tenho ninguém. É... A família num olha pra mim, eu só tem um que olha. Esse vem aqui todo dia, e é só isso mesmo. Minha filha disse que ia simhora e eu disse: “- Num vá não que eu vivo numa situação dessa!”. Aí ela disse: “- eu vou”. Aí eu disse: “-o quê que eu disse com você?”. E ela respondeu: “- Num me disse nada, é que eu quero ir mimhora”. Então eu disse: “- Vá simhora, eu só quero quem me quer”. Agora eu acho ruim porque eu num disse nada. Saiu assim.*

*Aí quando todos foram simhora tudo piorou, piorou... Não tem ninguém pra ir comigo no hospital. Nem a família num vão lá. Ah, eles me queriam me levar pro asilo... Eu só vivo doente. Eu não tenho ajuda da família e também nunca vieram ninguém de nenhum órgão aqui não. Nunca vieram.*

### **Colaborador 9 (C9)**

*Faz muito tempo. Porque a pessoa, a pessoa, trata a pessoa bem de noite né, a pessoa né! Aí quando é no outro dia diz, aí fica esculhambando, fica dizendo que, que num é mulher mais e num sei que e num sei o que... Aí eu entrei em depressão. Aí se separemo. Assim, por causa dessas coisas de... de... sexual! Aí eu acho que essa raiva todinha dele eu acho que deve ser por isso né!? Porque eu num posso mais (referindo-se ao sexo). Eu já mandei ele arrumar uma, se virasse por aí. Ele já é muito velho também. Aí eu acho que deve ser por casa disso (referindo-se ao sexo). Meu marido me esculhambava muito. Aqui dentro de casa. E isso já faz um bucado de ano e eu num quero ele mais não.*

*Sou uma pessoa mais triste desse mundo. E depois disso minha vida mudou muito. Mudou porque eu num vivo aperreada e eu num vivo aperreada assim por causa dessas coisas aí não (referindo-se ao sexo)... E eu tomei foi abuso, e eu tomei abuso dessas coisas, tomei... Tem jeito mais não. Mas agora vivo é com a pressão alta, fico nervosa. Acho que a depressão é por isso. É eu acho que foi né! Eu acho que foi.*

*Eu também num fui pra autoridade nenhuma não. Nem procurei assistente social, nem ninguém. Eu procurei um dia, mas foi outro caso, foi pro causa disso não. Foi caso de família, de filho, aí eu procurei. Porque filho é pra respeita a mãe, aí nesse dia a fia discutiu mais eu, bateu neu, eu bati nela, aí eu procurei. Foi no CREAS foi... Ela discutindo e eu discutindo mais ela, porque a gente discute mermo, porque fui dar uns conselhos a ela a ela aí achou rim, aí ela sacudiu um balde neu que eu ainda vou até te amostrar a marca... Pia aqui, isso foi uma baldada que ela deu neu e eu sacudi nela também, mais aí já foi chamado o Juiz, aí já resolveu. Aí pronto. Aí eu num sei daqui pra frente. Eu já tem sofrido muito. Meu marido é muito bruto, bruto demais, bruto, bruto, bruto, desses bruto memo que não fala, só fala os grito, só fala assim mermo e é tanto com eu como com a família dentro de casa.*

*5 Discussão dos resultados:  
Reflexos da violência na vida do idoso*

---

No que diz respeito aos resultados do perfil socioeconômico e demográfico, com relação ao sexo, constatou-se que o sexo feminino prevaleceu. Uma análise das notificações realizadas no setor saúde identificou que violência contra idosos referiam-se a vítimas do sexo feminino (BRASIL, 2010). Pesquisas semelhantes foram encontradas, apontando mulheres idosas, com baixa escolaridade e solteiras, as vítimas mais vulneráveis à violência (MASCARENHAS et al., 2010).

Destaca-se ainda que as idosas são as maiores vítimas da violência intrafamiliar, remetendo-se a uma questão da violência de gênero, sobretudo pelas atribuições construídas historicamente e dadas ao homem e à mulher, marcadas pela assimetria e hierarquia na relação entre eles, e que são colocados no nosso imaginário e produzidos e reproduzidos cotidianamente, o que revela uma cultura de discriminação contra a mulher. A violência contra a mulher desde jovem pode ser uma das razões para explicar o porquê das idosas serem as maiores vítimas de violência intrafamiliar. Apesar das mulheres terem uma expectativa de vida maior que os homens, parece influir mais o fato da idosa já ter sido agredida quando jovem e manter essa dinâmica no envelhecimento (NOGUEIRA et al., 2011).

Com relação a faixa etária, predominaram as vítimas com idades entre 60 e 69 anos, compondo 45,0% da amostra. Este resultado mostra uma proximidade daquele encontrado em outros estudos nacionais como o realizado por Duque et al. (2012), que identificaram que a maioria dos idosos violentados estavam na faixa etária entre 60 e 69 anos. Esses achados corroboram também o estudo de Mascarenhas et al. (2010), no qual predominaram as vítimas do sexo feminino e que metade dos idosos apresentava 60 a 69 anos de idade. É possível afirmar que este resultado tenha sido um viés de seleção de amostra, eleita pelo critério da acessibilidade. Logo não se pode generalizar que idosos mais jovens sofrem mais violência, inclusive pela probabilidade aumentada de acontecimentos de violência ocorrerem em vítimas mais velhas, particularmente devido às limitações funcionais e cognitivas.

No que se refere à escolaridade, grande parte dos colaboradores possuía baixo nível educacional, uma vez que 44,5% não eram alfabetizados e 44,5% tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Moraes et al. (2008) apontam que àqueles que possuem menor grau de escolaridade podem expressar uma dependência financeira ou em atividades da vida diária uma maior relação aos cuidadores. Contudo, a preocupação de perder o carinho e o afeto, bem como o medo de represálias, pode inibir a declaração de violência entre eles. No entanto, como apontado por Baptista (2007) a falta de escolaridade por si só não é um fator de risco, mas sim as implicações dela, como por exemplo, dificuldades ou incapacidade de ler que resulta em menor acesso a informações sobre formas de prevenir ou resolver problemas.

Nesse sentido, investimento em políticas públicas voltadas para o repasse de informações importantes para essa população se faz necessário, como por exemplo, em universidades abertas da terceira idade. Assim, os idosos teriam mais acesso a informações relevantes para sua faixa etária, como também aumentariam seu contato social e rede de apoio (SOUZA et al, 2008).

Valores bem similares foram encontrados em relação ao estado conjugal. Para Apratto Júnior (2010) não existe associação entre o estado civil e a violência doméstica, contudo, os resultados do seu estudo apontaram que as vítimas mais frequentes estavam no grupo dos casados quando comparados os viúvos, tanto para a violência psicológica quanto para a violência física grave e total.

Analisando-se a renda e profissão do idoso pode-se verificar que a ocorrência de violência foi maior entre os aposentados que recebiam entre um ou menos de um salário mínimo. Araújo et al. (2000) e Grossi et al. (2003) apontaram que a maioria das pessoas que convivem com os idosos depende de sua renda e isto, em geral, é favorecido pela política dos benefícios previdenciários.

No Brasil a legislação tem meios de amparo à assistência do idoso, indo desde daqueles que não contribuíram diretamente para o custeio da Previdência Social. O Estado brasileiro, através da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, tem prestado ao idoso o pagamento de um Benefício de Prestação Continuada (BPC) no valor de 1 salário mínimo e nas hipóteses em que a renda familiar ou grupo familiar mensal per capita seja inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. Ou seja, nas hipóteses em que a renda familiar ou grupo familiar mensal seja superior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, a este idoso o INSS não tem concedido o BPC (BRASIL, 2008).

Para solicitar o BPC/LOAS o idoso tem que agendar o seu atendimento junto ao INSS e esse serviço está disponível nas Centrais de Atendimento e corresponde à garantia de um salário mínimo mensal, devido à pessoa idosa com 65 anos ou mais, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e também não possa ser provida por sua família, tendo direito o brasileiro nato ou naturalizado, idoso, residente e domiciliado no Brasil, que não receba qualquer outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, salvo o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória (BRASIL, 2008).

Um ponto importante é que o BPC/LOAS já concedido a um membro da família (mesmo aqueles concedidos antes da Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso) não será levado em consideração no cálculo da renda familiar per capita em caso de solicitação de um novo

benefício de Amparo Assistencial ao Idoso por outro membro da família. A condição de acolhimento em instituições de longa permanência, assim entendido como hospital, abrigo ou instituição congênere não prejudica o direito do idoso ao recebimento do BPC/LOAS e o benefício é intransferível, nem gera pensão aos dependentes, além de não receber o abono anual (13º salário) e não estar sujeito a descontos de qualquer natureza, a exemplo dos empréstimos consignados (BRASIL, 2008).

Quanto à aposentadoria por idade, na regra do Regime Geral a mulher que completou 60 anos e o homem que chegou aos 65 anos de idade, já podem fazer o pedido de aposentadoria ao INSS, desde que tenham contribuído, no mínimo, durante 15 anos. Os trabalhadores rurais também podem requerer aposentadoria por idade. Basta completar 60 anos (homens) e 55 anos (mulheres). Nesse caso, precisam comprovar o exercício de atividade rural pelo mesmo número de meses correspondentes ao número de contribuições exigidas aos demais segurados, para poder obter a concessão do benefício (BRASIL, 2008).

O benefício de aposentadoria especial, por idade e por tempo de contribuição, é irreversível e irrenunciável. Após receber o primeiro pagamento, o segurado não poderá desistir do benefício e não é necessário sair do emprego para solicitar a aposentadoria por idade, por tempo de contribuição ou especial. Mesmo depois de aposentada, a pessoa poderá continuar empregada e recebendo a aposentadoria do INSS, desde que não acumule outro benefício da previdência social, exceto o salário-família e a reabilitação profissional e essa hipótese foi inserida recentemente na legislação (BRASIL, 2008).

Essa possibilidade de ter alguma ocupação habitual, mesmo que aposentado, parece uma oportunidade dada ao idoso que ainda se sente útil ao trabalho e não pretende ficar, continuamente, parado e para não cair em angústias e até mesmo depressões, com uma atividade podem ter uma melhoria na qualidade de vida ou até mesmo evitar a violência advinda do seio familiar (RODRIGUES, 2010). Nota-se que muitos idosos, a exemplo dos participantes deste estudo, acabam por serem vítimas de seus próprios familiares na lida do dia-a-dia, fazendo, os familiares, uso das aposentadorias, pensões, etc., quando permitida é a consignação, via empréstimos, destes proventos para uso e proveito pessoal e não do idoso.

Este fato é decorrente do aumento do desemprego e do número de divórcios que propicia o retorno dos filhos adultos para a casa de seus pais, desenvolvendo uma dependência emocional e financeira, o que pode levar ao abuso financeiro ou material do idoso (ARAÚJO et al., 2000; GROSSI et al., 2003).

Diante das narrativas obtidas conforme as entrevistas realizadas com os nove idosos atendidos pelo Centro de Referência Especializada Assistência Social (CREAS) que

voluntariamente decidiram ser colaboradores da pesquisa, este capítulo apresentará a análise e a discussão dos resultados encontrados. Sendo a História Oral o recurso utilizado como a forma de captação de experiências dos idosos participantes, Lima e Gualda (2001) reforçam que esta metodologia permite a valorização das memórias e recordações de indivíduos, através da reminiscência oral específica das experiências de vida, onde o depoente tem liberdade de dissertar sobre suas vivências, participando com a denominação de colaborador.

Nesse sentido, com base nas narrativas identificadas foram construídas três categorias temáticas, tendo por base os fragmentos das histórias dos colaboradores, são elas: I) Violência contra idoso: contextualizando o cenário do crime; II) Cicatrizes Físicas e Emocionais decorrentes da violência; III) Justiça: o silêncio dos violentados, a revolta dos injustiçados e a impunidade dos agressores.

#### **I) Violência contra idoso: contextualizando o cenário do crime**

A primeira categoria temática advém dos questionamentos que foram feitos aos idosos referentes ao tipo de violência, local da ocorrência do episódio, assim como acerca das características do agressor. É possível visualizar, portanto, que o ato de violência contra o idoso pode ser contextualizado perpassando pelos seus diferentes tipos, acontece em diversificados cenários, sem pudores ou limites. O primeiro tipo identificado a partir dos discursos foi a violência física, como mostram os fragmentos de suas narrativas expostas a seguir:

*Eu sofri uma violência física. Eu saí de casa pra ir fazer um pagamento no comércio, aí subi por trás do meu muro, no beco [...] Quando andei uns 30 metros eu vi foi um empurrão nas minhas costas. Aí eu caí. Quando eu caí meus óculos pulou longe e a carteira mais perto. Ele apanhou a carteira. Quando eu me apoiei pra me levantar ele danou o chute no meu rosto, aí eu ainda me levantei, a sandália torou, eu me levantei e saí gritando: pega o ladrão, pega o ladrão! Aí povo saiu correndo atrás dele [...] Fui assaltada por um ladrão e um drogado [...] Um ladrão e um drogado [...] (C1).*

*Foi numa segunda-feira que fui violentado fisicamente [...] Aí ele me atacou. Cobriu a cara com um casaco vermelho. Cobriu a cabeça e a cara com o casaco vermelho. Aí me atacou! Aí queria me trancar no banheiro. Aí nos agarremo. Aí foi um rolo maior do mundo! Aí disse: - não tem dinheiro não! O dinheiro que eu tinha gastei na feira. Aí ele me jogou no banheiro. Eu gritei: - Socorro! Socorro! [...] Eu sei quem ele é e não me esqueço dele de jeito nenhum. Sai do pensamento não [...] (C4).*

*E era o meu esposo viu. Meu esposo. Tudo que ele fazia era dentro de casa [...] Ele assim me ameaçava, ele fazia, dizia que ia me matar, por causa que*

*... Por causa da cachaça mesmo. Chegou a me agredir ainda... Um dia ele pegou uma espingarda pra atirar em mim. Ele chegou também a pegar na minha garganta [...] (C7).*

De acordo com os relatos acima dispostos, a violência contra idosos nas ruas está se tornando um ato corriqueiro, ocorrendo muitas vezes por grupos de jovens, no qual os mesmos encontram espaço para a expressão máxima de uma liberdade, cujos valores são significativamente diferentes dos valores éticos e morais que resguarda o viver da geração dos que hoje são idosos. A violência urbana pode ser identificada como relevante para o idoso, visto que afeta a todos indiscriminadamente, ou seja, sem distinção de idade, sexo ou cor. (SILVA et al., 2008).

No que tange a violência nas ruas, o Brasil nos últimos anos vem assistindo em princípio com certo estupor, mas, posteriormente, com apatia, cenas de violências nos noticiários, jornais, na vizinhança de sua residência ou até mesmo em sua própria casa. Essa violência pode ser um simples furto ao roubo, que por muitas vezes a saúde e sua vida são colocadas em risco. Assim a violência está presente na vida de cada um, atingindo a sociedade em geral, inclusive os idosos. É oportuno destacar também que nas gerações passadas eram consideradas violações graves de normas sociais roubar crianças, idosos e mulheres por ferirem os códigos de honra da ‘mandragem’; hoje é fator de atração para tais delitos, uma vez que o “velho é mais fraco” não resistindo aos ataques de pessoas fisicamente mais potentes (SILVA et al., 2008).

Associado ao exposto, a violência pode estar diretamente relacionada à desigualdade social e a questão de classe, pois ela corta potencialidades de realização, de projetos e das condições de vida. Assim, a violência é fruto de um processo social relacional complexo e diverso e que nos provoca a refletir a violência não apenas como um fator individual, fragmentado, mas como um todo (PAZ et al., 2012).

Destaca-se que os principais determinantes de violência contra pessoas idosas envolvem a existência de restrições em algumas das suas capacidades, como a imobilidade, a deterioração cognitiva, a debilidade intelectual, a instabilidade emocional e a dependência física e psicológica (CHAN et al., 2009). Em síntese, é possível afirmar que a violência contra pessoas idosas é um fenômeno multifatorial acompanhado de uma complexidade de determinantes culturais, históricos, políticos, econômicos, étnicos, de gênero e de classe (RAMOS, 2011).

Independentemente do tipo de violência praticada, esta tenderá a provocar uma maior passividade, resignação, tristeza, ansiedade, agitação, medo e depressão nas pessoas idosas,

elementos que causam desconforto corporal e alteram os comportamentos e as interações sociais das vítimas (RAMOS, 2011). Dessa forma, embora exista tanto a violência física quanto a verbal, esta se configura como uma situação delicada que muitas vezes requer a ajuda do serviço social não dependendo apenas do PSF tendo casos que envolvem até a justiça (ARAÚJO et al., 2013).

Vasconcelos et al. (2009) consideram ser fundamental investir numa rica e efetiva rede de apoio social às pessoas idosas, baseada não só em estratégias de apoio emocional, mas também na criação de um clima político institucional que proteja a pessoa idosa de conflitos, esboçando-se as redes sociais como determinantes na prevenção da violência e na proteção da pessoa idosa contra qualquer ato de violência.

Considerando que comumente os idosos estão submetidos a constantes situações de violência no lar e apresentam diminuição gradual de suas defesas físicas e psíquicas, isso resulta no aumento de problemas de saúde como doenças psicossomáticas, transtornos depressivos e fuga da realidade. Algumas vítimas reagem à situação abusiva com condutas autodestrutivas (autonegligência), normalmente associadas a quadros depressivos e a transtornos pós-traumáticos, que podem culminar em tentativas de suicídio (GODIM; COSTA, 2006).

No que concerne aos agressores identificados no estudo, verifica-se que estes podem ser membros da família, como cônjuges ou filhos, assim como delinquentes da sociedade que revestem-se do perfil de assaltantes. Conforme Menezes (2010), a caracterização do agressor, ao ser abordado por investigadores, mostrou os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco: o agressor vive na mesma casa que a vítima; filhos dependentes financeiramente de pais com idade avançada; idosos dependentes da família dos seus filhos para sua manutenção; abuso de álcool e drogas praticadas pelos filhos ou pelo próprio idoso; isolamento social dos familiares ou do idoso; história de agressão anterior contra o idoso e história de violência na família. Esses dados demonstram maior vulnerabilidade dos idosos, frente às questões sociais, também confirmada no presente estudo.

Segundo estudos realizados no Distrito Federal, os tipos mais prevalentes de violência encontrada foram à lesão corporal, na qual corrobora o que foi encontrado nesse estudo e pode ser explicada pela fragilidade física do idoso frente a seu agressor (OLIVEIRA et al., 2012). Faz-se pertinente também questionar até que ponto os familiares são responsáveis pelos seus idosos, pois nota-se um descompasso entre as responsabilidades da família, da sociedade e do Estado. No entanto, é importante salientar que o núcleo familiar é o principal

responsável pelo bem-estar do idoso, cabendo ao Estado estabelecer leis, normas e regras para combater qualquer tipo de abuso contra o indivíduo na sociedade (ARAÚJO et al., 2012).

Uma das violências mais relatadas pelas idosas foi a psicológica que segundo, Freitas (2007) é definida como ato insensato que venha prejudicar todo psicológico da vítima, causando sofrimento e sensação de angústia.

*Fui agredida psicologicamente, com palavras. Muitos palavrões e que não sou mãe. Essas coisas assim né?! Tudo aconteceu em casa, na própria casa [...] pelo meu filho. E isso é muito triste né?! Porque o próprio filho desrespeitar a mãe? Isso não tá certo [...] (C2).*

*Assim, sempre que ele chega em casa, acontece alguma coisa e ele me maltrata com palavras. Quando eu não fiz nada! Isso tudo é uma violência né?! Violência psicológica, né! Porque ele maltrata muito em palavras! Em palavras ele maltrata muito [...] E isso tudo em casa, em casa. Me sinto mal! Me sinto muito mal [...] Meu filho me faz muito mal com as palavras dele[...] (C3).*

*[...] aí fica esculhambando, fica dizendo que, que num é mulher mais e num sei que e num sei o que [...] Aqui dentro de casa [...] Meu marido me esculhambava muito[...] (C9).*

Os trechos acima remetem ao entendimento de que a família não é apenas um lugar privilegiado de afetos e realização pessoal, pode ser também representado por um lugar onde as pessoas idosas podem ser vítimas de violência, sobretudo física e psicológica (RAMOS, 2011).

Para Dessen et al. (2007), a família é um dos primeiros ambientes de socialização do indivíduo, atuando como mediadora principal dos padrões, modelos e influências culturais que tem como um dos principais papéis assegurar a continuidade e o bem estar dos seus membros e da coletividade, incluindo a proteção e o bem estar. Responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades, tem um impacto significativo e uma forte influência no comportamento dos indivíduos que aprendem as diferentes formas de existir, de ver o mundo e construir as suas relações sociais.

Em contraponto, a família pode não ser apenas este ambiente seguro e permeado por relações saudáveis. A violência psicológica contra idosos dentro do ambiente familiar já não é mais um evento raro, principalmente quando do sexo feminino. Segundo Ramos (2013), esse risco de violência é aumentado contra mulheres, nas idosas mais velhas e quando o agressor percebe a fragilidade do estado de saúde da pessoa idosa.

Idosas que sofrem violência praticada por algum membro de sua família, quando perguntadas a cerca da vitimação as mesmas negavam o convívio com conflitos. Tal fato

poderia estar ligado à questão de que elas não compreendiam que essas situações de violência manejadas por seus familiares contra elas, seriam atos de violência, pois não percebem como tal, expressando que eles somente tinham preocupações com o seu bem estar e sua existência de fragilidade. Embora tenham passado por vários tipos de violência as mesmas não discriminavam, seja pelo desconhecimento que tem, seja pela dificuldade emocional de aceitar que seus familiares sejam os protagonistas de atos violentos contra elas (MARTINS, 2013).

Assim, é notório que o vínculo entre o agressor e a vítima pode criar na pessoa idosa um medo em denunciar a situação, seja por existir uma questão de honra, cumplicidade e aparente confiança, seja pelo autoritarismo do agressor (FALEIRO, 2007). Conforme Minayo (2006) é público nos relatos descritos que este fator é tão importante que mostra os principais agressores de pessoas idosas os seus filhos/as, genros/noras e cônjuges, sendo que por muitas vezes é o familiar que assume o papel de cuidador e suporte social da pessoa idosa, tornando o idoso vítima vulnerável para ações de violência.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), no Brasil, das 626 notificações de violências contra idosos atendidos em serviços de saúde de referência, 338 foram vítimas dos próprios filhos. O dado representa 54% das notificações de agressões a pessoas com 60 anos ou mais, dentro de casa. Entre os tipos de agressões, a violência moral ou psicológica foi a mais relatada (55%), seguida da física (27%), do abandono (22%) e, por último, do dano financeiro ou patrimonial (27%), menos relatado por não ser entendido como agressão.

Por isso, Fonseca et al. (2003) argumentam que o fato dos idosos conviverem na mesma unidade doméstica com diferentes gerações pode ser encarada como um potencial causador de conflito intrafamiliares. Assim, o convívio plurigeracional não pode ser visto como garantia de velhice bem sucedida, nem mesmo sinal de relações mais amistosas entre as sucessivas gerações. Nesta linha de raciocínio, Oliveira et al. (2009) apontam que os principais fatores de risco da violência contra pessoas idosas são: o ciclo de violência intergeracional, ou seja, as crianças que foram violentadas maltratam os pais e os avós mais frequentemente quando adultos; a dependência psicológica, física e econômica da vítima; o estresse do cuidador, com níveis mais elevados na ausência de suporte familiar; e o isolamento social.

Tendo esse ciclo possíveis consequências psicológicas na saúde do idoso, entre essas estão incluídas: o medo, a vontade de morrer, o isolamento, a baixa autoestima, a depressão entre outras. Estas podem ser percebidas neste estudo, considerando que para o idoso tem um

enorme significado, pois os mesmos esperam receber dos seus familiares muito amor e dedicação, mas geralmente não é isso que ocorre.

Também ficou claro nas narrativas das idosas que uns dos fatores predominantes para a ocorrência da violência é o uso abusivo de bebidas alcólicas e de outras substâncias pelos agressores, e que os mesmos tinham um parentesco muito próximo, sendo esses filhos e conjugues os principais.

*[...] É desse povo que bebe, desse povo que às vezes usa droga né [...] Quando ele bebia ele dizia um monte de coisa, chamava de toda qualidade de nome e ficava desaforando dentro de casa e ficava assim há eu [...] Se você não der conta disso pra mim e daquilo outro, aí seus dias tá contado [...] Quando meu fio bebia [...] aqui dentro de casa[...] (C5).*

*[...] Eu tenho um filho que bebe né [...] E então ele se chega pra comer não come, sai vai embora, sai, desce esculhambando. Diz: “- Não tomar no cu, não se lascar, essas raparigas! Eu não venho mais aqui”. Se chega no portão, dá uma pancada que estremece a casa [...] dentro da minha casa, na rua, onde quer que seja ele me esculhamba [...] aqui dentro de casa, ele diz tanta coisa ruim comigo dentro de casa [...] E todas essas violências é o meu filho[...] (C6).*

*[...] Mas antes ele me dizia muita coisa. Era violência ‘psicolóstica’. Ele bebia cachaça, ele fazia... Ele assim me ameaçava, ele fazia, dizia que ia me matar, por causa que... Por causa da cachaça mesmo. Chegou a me agredir ainda... Um dia ele pegou uma espingarda pra atirar em mim. Ele chegou também a pegar na minha garganta [...] Tudo que ele fazia era dentro de casa [...] E era o meu esposo viu. Meu esposo [...] (C7).*

Do cotejo da pesquisa resta evidenciado que o uso de álcool por parte de filhos e parentes dos idosos é um dos problemas mais enfrentados nos lares, pois aqueles acabam, sob o efeito do álcool, gerando agressões verbais, físicas, psicológicas, dentre outras. Esse problema – o uso de álcool – é associado à violência contra os idosos e os agressores apresentam distúrbios de personalidade, especialmente quando associado ao uso de outras drogas, e daí advém fortes dificuldades na relação idoso-cuidador (MASCARENHAS et al., 2012).

Segundo Nogueira et al. (2011), o álcool é também um dos importantes fatores propulsores e de risco para os maus-tratos aos idosos. Na medida em que inibem o caráter e a censura, propiciam ainda atos de violência física e psicológica contra os idosos, muitas vezes estimuladas pelo consumo excessivo de álcool e outras drogas, como podem ser observadas nas narrativas anteriormente descritas.

Achados da pesquisa confirmam que é crônica a violência praticada contra as pessoas idosas, reconhecendo um aumento no número de vezes que ocorrem atos violentos e podem

estar ligados ao ciclo familiar, à desorganização familiar, ao estresse, à dependência econômica dos agressores e principalmente, à utilização crônica de álcool e tabaco (MOTTA, 2009).

Relatos dos entrevistados clarificam que o álcool e outras substâncias constam de fatores primordiais para o ato de violência. O consumo do álcool surge, portanto, como uma arma para aqueles agressores que se revelavam outra pessoa durante o efeito, passando a ameaçar e chantagear as vítimas para realizarem os seus desejos. Colocando em risco a vida daquele idoso.

Outra categoria de violência identificada foi o abandono, que segundo Mascarenhas (2010), consiste na falta de promover as necessidades e os cuidados básicos para a melhoria física, emocional e social do outro.

*É o seguinte, violência contra mim nunca aconteceu não! Aconteceu, só eu ficando sozinho, abandonado, mas assim... Somente isso, ficar abandonado, sozinho, sem ter quem faiz as coisas [...] tanto os filhos como a mulher [...] (C8).*

O trecho acima relatado associa-se ao ato de abandono, e de acordo com Oliveira et al. (2008), o mesmo está ligado com sua história de vida e com características individuais de cada ser humano, diante das relações interpessoais construídas ao longo da vida, e que, em virtude das fragilidades decorrentes do envelhecimento, tornam-se mais evidentes.

Nessa conjectura, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas e, que determina a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem levá-lo à morte (MACHADO, 2006). Portanto, estas dificuldades reveladas ao envelhecer concorrem para que a família acabe se desvinculando do idoso, muitas vezes por motivos de conflitos familiares, falta de condições financeiras em manter o idoso na residência de origem, falta de uma pessoa da família que se dedique aos cuidados necessários e ao acompanhamento do idoso, ou até mesmo, por decisão individual ou coletiva (GARCIA et al., 2006). Logo, é por isso que na maioria das vezes a família não consegue exercer essa função ou cumprir com esta responsabilidade, e assim podem ocorrer situações de abandono e/ou asilamento (TEIXEIRA et al., 2007).

Dentre as principais causas da inserção de idosos em instituições asilares destacam-se: abandono do idoso pela família que não consegue manter o idoso sob os seus cuidados,

condições precárias de saúde, distúrbios de comportamento, necessidade de reabilitação, falta de espaço físico para que seus familiares o abriguem, falta de recursos financeiros entre outros (ESPITIA; MARTINS, 2006). Assim, é considerado o grande motivo do asilamento o abandono, significando, portanto, o estado ou a condição de uma pessoa que se encontra vivendo em uma instituição asilar, porque não tem família ou porque foi deixada pela família aos cuidados dessa instituição ou por conta própria (RODRIGUES, 2006).

Além disso, essas instituições devem minimizar os prejuízos da institucionalização aos idosos, tais como as perdas da autonomia e identidade e a segregação social, além de promover a qualidade de vida e as oportunidades de crescimento pessoal de seus residentes (ALVES et al., 2008). Esses prejuízos acabam por desencadear a negligência por parte do idoso, que se recusa aos cuidados prestados pelos cuidadores da instituição, sendo, portanto uma das formas de violência mais presentes tanto em nível institucional quanto no próprio ambiente familiar, onde os mesmos acabam por sofrerem lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, esta violência é uma das mais presentes no público idoso (MARTINS, 2013).

Outra violência bastante presente no grupo de idosos é a financeira, embora não tenham sido evidenciada nas narrativas. Este tipo de violência tem grande importância uma vez que as consequências materiais e simbólicas para as pessoas idosas são enfáticas, tais como: a fragilidade econômica, dependência física e financeira, insegurança, mau-estar e debilidade (RAMOS, 2011).

Conforme Cavalcanti e Souza (2010), no âmbito hospitalar o abandono foi apontado como preponderante, em virtude das famílias não poderem ou não saberem como cuidar devidamente do idoso. Esta questão se torna ainda mais grave quando se trata de idosos dependentes acometidos por transtornos mentais, demência e outros problemas de saúde debilitantes. Por ser ainda mais difícil cuidar desses pacientes, as famílias não dispõem de recursos para pagar cuidadores e inexistem instituições asilares suficientes e de boa qualidade.

## **II) Cicatrizes físicas e emocionais: o desfecho doloroso da violência**

A segunda categoria foi estruturada de modo a demonstrar todas as marcas que os agressores acabam por deixar nos idosos vitimados pela violência. As cicatrizes decorrentes dos atos covardes de violência transcendem as dores físicas da agressão. Elas comprometem o estado geral da saúde física, afetam as emoções e marcam a alma. As cicatrizes podem ser transitórias, mas também podem perdurar por todo o curso da vida, como pode ser observado abaixo nos fragmentos das narrativas dos colaboradores do estudo.

*[...] Depois disso mudou muita coisa na minha vida (choro). Sei lá. Tô ficando muito nervosa. Fico nervosa [...] Eu também fui no médico em Campina Grande pra cuidar da minha saúde. Eles passaram uma radiografia da cabeça, passou das costelas, mas graças a Deus não quebrou nada não. Eu tenho osteoporose, sabe! Eu pensei que tinha quebrado um bocado de coisa, porque ainda tenho cicatriz... Faz mais de um mês e ainda tá assim, ainda tem [...] (C1).*

*[...] Depois disso fiquei com problema de pressão alta, tomo até medicamento agora todo dia [...] (C2).*

*[...] Tô com a saúde toda prejudicada. A saúde tem que prejudicar sempre, sempre! Eu me sinto mal! Eu tenho problema de pressão! Altera! Fico nervosa! Fico nervosa [...] (C3).*

*[...] Depois disso fui pro médico e ele passou uns comprimidos, aí tá aliviando a dor do machucado que eu fiquei [...] (C4).*

*[...] Aí eu me sinto péssima né! Não fico bem. Fico mal né! Não fico bem. Não vou dizer: “- Ah, me sinto bem”. Não, me sinto péssima né [...] Comecei então a precisar tomar remédio. Eu tomo, eu tomo... Assim um remédio pra os nervos né! E tomo o remédio pra pressão [...] (C6).*

*Eu me sinto muito mal, por causa da doença. E não tenho ninguém [...] Aí quando todos foram embora tudo piorou, piorou... Não tem ninguém pra ir comigo no hospital. Nem a família num vão lá [...] (C8).*

*Sou uma pessoa mais triste desse mundo. E depois disso minha vida mudou muito [...] Mas agora vivo é com a pressão alta, fico nervosa. Acho que a depressão é por isso. É eu acho que foi né! Eu acho que foi [...] (C9).*

Diante das entrevistas dos participantes do estudo é possível observar nos relatos que as cicatrizes físicas foram as mais destacadas pelos mesmos, sendo estas advindas da violência física. Tais agressões ocasionaram lesões traumáticas, localizadas principalmente nos membros superiores e no rosto, além de outras partes do corpo. Foram identificadas cicatrizes do tipo: equimoses, escoriações, ferimentos da cabeça, e fraturas de fêmur, tornozelo e punho.

Nessa conjectura, Luís (2009) considera que violência é um determinante/condicionante de saúde, pois a mesma pode provocar várias complicações, dentre elas: artrites, dores crônicas, cefaleias e/ou enxaquecas, dor pélvica, possíveis doenças sexualmente transmissíveis, obstipação, dores nas costas, perda de apetite e a hipertensão, que se destacou nessa pesquisa como um fator importantíssimo dentre as cicatrizes referidas pelos colaboradores.

Embora as cicatrizes emocionais sejam pouco explícitas nas narrativas dos idosos participantes do estudo, estas tem como consequências uma baixa autoestima, diminuição da

confiança, maior fragilidade da vítima, medo, dificuldades em tomar decisões e diminuição da sua dignidade individual (FREITAS et al., 2007). Algumas dessas características foram evidentes nos discursos. Assim, conforme Elsner et al. (2007), nefastas são as consequências provocadas pela violência na saúde dos idosos, que independente de qual tipo foi praticada, esta tenderá a provocar uma maior passividade, resignação, tristeza, ansiedade, agitação, medo e depressão nas pessoas idosas.

É possível observar que tais consequências existem por desentendimento da própria sociedade em relação à garantia de segurança para os idosos, uma vez que as políticas que atualmente protegem essa parcela da população estão ainda muito acima das práticas adotadas nos serviços públicos e privados de atendimento aos idosos. Outro ponto importante que foi analisado neste estudo foi a falta de preparo dos familiares, as condições de carência econômica e a existência de história de violência entre seus entes, os quais são possíveis fatores que podem contribuir nos maus-tratos aos idosos praticados pelos familiares, seja física ou moralmente (OLIVEIRA et al., 2008).

Nessa linha de raciocínio, faz-se oportuno levantar o seguinte questionamento emitido por Araújo et al. (2013): até que ponto os familiares são responsáveis pelos seus idosos, uma vez que nota-se um descompasso entre as responsabilidades da família, da sociedade e do Estado? Na realidade, o que se percebeu durante os questionamentos com os idosos foi que a falta de entendimento é muito grande e este pode advir principalmente do sistema de saúde que ainda deixa muito a desejar na questão do preparo para o enfrentamento da violência e para procedimentos diante das consequências resultantes da mesma, tais como: fratura, hipertensão, depressão entre outras.

Essas consequências são adquiridas justamente pelo ato de violência e podem ser carregadas por toda a trajetória de vida do idoso, requerendo por parte deste, da família e dos profissionais de saúde, uma atenção integral perante aos cuidados necessários para os agravos à saúde, necessitando desde tratamentos psicológicos, farmacológicos, orientações para a prática de atividades físicas e até mesmo procedimentos cirúrgicos e internações, que por mais simples que pareçam podem colocar a vida do idoso em risco, justamente por suas debilidades associadas ao processo de envelhecimento.

Nesse contexto, existem diversos esforços sendo promovidos nos serviços, os quais buscam contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de ações e de políticas para o enfrentamento da violência por parte da saúde (PIROTTA et al., 2013). Embora seja claro que Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso garantam o direito à saúde integral do idoso, incluindo programas de assistência integral, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, com

atenção imediata e prioritária por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, muitas dessas diretrizes são desconhecidas pelo segmento populacional a que é de direito, seja pela falta de informação ou pela falta de credibilidade que as estruturas governamentais inspiram aos cidadãos. Talvez por isso eles não procurem saber sobre o assunto (OLIVEIRA et al., 2008).

Sendo esta então, uma problemática ainda pouco discutida e remodelada pelos profissionais de saúde, sobretudo pela falta de suporte estrutural e operacional por parte dos órgãos governamentais responsáveis, o resultado é a ausência de resultados eficazes quando ocorrem situações de violência contra idosos. Os envolvidos na assistência muitas vezes cerram os olhos para não vê-las e resolvê-las (ARAÚJO et al., 2013). No entanto, vale salientar que é na área da saúde que chegam suas consequências e onde, primeiro, pode-se visualizar seu alto poder destrutivo, onde olhares mais atentos podem identificar situações de agressão violentas ou possíveis atos que são enfrentados pelos idosos. Ao prestarem assistência ao idoso, os profissionais de saúde têm maior probabilidade de se depararem com o problema, de forma quase que rotineira, devendo, portanto, assumir o cuidado como responsabilidade (OLIVEIRA et al., 2008).

Em contraponto, se faz necessário compreender a complexidade da violência para a promoção de um acolhimento adequado na Unidade de Saúde da Família. O acolhimento passa a ser parte essencial da continuidade ao atendimento interdisciplinar às vítimas de violência, devendo ser orientado pelo diálogo e por relações simétricas entre os profissionais e clientes, e até mesmo familiares. Humanizar nessa hora é imprescindível, devendo a enfermagem dispensar uma escuta qualificada e permitir a expressão das falas, desejos, anseios, medos e outros sentimentos e vivências a serem possivelmente referidos pelos idosos violentados. Isso garante vínculo e confiança e deve ser oferecido nos serviços de atenção à saúde (SILVA et al., 2013). Wanderbroocke e Moré (2012) complementam esta ideia ao destacarem a importância dos profissionais da saúde, principalmente da Enfermagem, reconhecer que a escuta tem um papel fundamental para a prevenção deste agravo e por seu intermédio é possível prestar apoio e informação às vítimas.

No Brasil, práticas com esta configuração ainda são insuficientes quando se observam as condutas dos profissionais que atuam no contexto da atenção primária. A falta de preparo para lidar com situações de violência familiar se relaciona ao sentimento de impotência, que surge quando o profissional se depara com a questão e não se sente suficientemente capacitado para abordá-la. O medo do profissional pela perda de controle da situação, de ser invasivo e ofensivo, de cometer injustiça com a pessoa atendida, caso a suspeita não se

confirme e ainda, o temor da exposição e de represálias por parte do agressor, podem justificar o posicionamento adotado por tais profissionais (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Entende-se dessa maneira que para exercer essa tarefa, se faz necessário que seu desenrolar seja mediado por uma equipe de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais que integram a Saúde da Família. Através de uma abordagem multidisciplinar, há uma liberdade maior para a criação de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais e a população acompanhada, facilitando a identificação e o atendimento humanizado, e este deve ser o papel mais importante para os enfermeiros (BRASIL, 2009).

O enfermeiro da atenção básica à saúde e membro da equipe de saúde deve observar a realidade das famílias, tanto nos aspectos físicos, mentais, sociais e demográficos, realizando assim uma assistência integral e contínua a todos os membros, principalmente aos idosos, incluindo a assistência domiciliar como na Unidade local. É importante sempre analisar as informações coletadas na consulta de enfermagem e elaborar o plano assistencial estabelecendo metas, participando ativamente do cuidado prestado ao idoso, abordando mudanças físicas consideradas normais e identificando precocemente possíveis atos de violência (SILVA; BORGES, 2008).

Para que tais condutas sejam implementadas, deve haver a disponibilidade aos profissionais inseridos no ESF de mecanismos de intervenção, identificação e prevenção aos casos de violência que eventualmente venham a vislumbrar na sua prática profissional e que estão cada vez mais presentes na nossa sociedade (ARAÚJO et al., 2012).

É oportuno destacar que essas habilidades devem ser utilizadas na prática diária e diretamente junto aos idosos usuários dos serviços de saúde. Cabe ao profissional de saúde saber investigar e identificar os casos de violência e maus-tratos, agir coordenadamente com outros profissionais e, com isso, traçar intervenções eficazes para cada tipo de violência (PINHO et al., 2009). Reforça-se, que a área da saúde não pode tomar pra si a responsabilidade no combate à violência, mas, cabe a ela o envolvimento institucional, de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas (SALIBA et al., 2007).

### III) Justiça: o silêncio dos violentados, a revolta dos injustiçados e a impunidade dos agressores

A terceira categoria, estruturada a partir das narrativas dos colaboradores, traz em sua essência a descrição dos possíveis desfechos consequentes dos atos de violência contra idosos. Embora as ações de violência contra os idosos exijam denúncias por parte de quem é violentado e punição para os agressores, o que foi percebido mediante os discursos dos colaboradores é que por um lado as vítimas silenciam, expondo-se a sequentes episódios de violência, pois geralmente os seus próprios familiares são os agressores; e por outro, acabam descreditando da justiça, por procurar ajuda e nem sempre obter respostas adequadas e concretas da sociedade, dos serviços de atenção à saúde e assistência social, e principalmente da justiça, que grande parte das vezes permite que a impunidade prevaleça.

A contextualização desta assertiva é ratificada pelas narrativas apresentadas a seguir:

*[...] Aí dali eu fui pra delegacia com o meu filho que é advogado, mas até hoje a justiça não tomou nenhuma providência mesmo sabendo quem é! Aí eu me sinto muito revoltada. Vontade de fazer justiça com as próprias mãos [...]* *Queriam justiça [...]* *Não sei direito, mas aqui veio um rapaz da assistência social, levou pro promotor, mas até agora não teve ação nenhuma [...]* *Como não tem nenhuma providência aí eu fico revoltada. Ah, eu fico pensando, revoltadíssima com a situação do idoso [...]* (C1).

*[...] Mas também não procurei ajuda de nenhuma autoridade não [...]* (C2).

*[...] Nunca fui procurar autoridade. Autoridade é eu mesma (risos) [...]* (C3).

*[...] No dia lá não tinha nenhuma autoridade lá que eu pudesse denunciar. Procurei depois o delegado. Falei com o delegado [...]* (C4).

*[...] No tempo eu disse a polícia. Aí a polícia falou que se ele fizesse laiguma coisa dentro de casa eu procurasse a justiça e tudo, mas aí no dia que eles vieram eles num pode fazer nada porque ele num dava em mim que ele num era doido de bater em mim. Aí deu uns conseio a ele, aí ele disse: - Não, não, eu não vou fazer mais nada, mas aí pronto, e depois ele voltou novamente, vim fazer a mesma coisa, ficava dentro de casa me jurando, que meus dias estava contado, isso, aquilo outro. Aí eu já com medo de por ele na cadeia pra quando ele saísse aí era que ele ia ficar com ódio de mim, com raiva de mim né! [...]* (C5).

*[...] E também nunca procurei nenhuma autoridade. Só a ajuda dos meus familiares mesmo [...]* (C7).

*[...] também nunca vieram ninguém de nenhum órgão aqui não. Nunca vieram [...]* (C8).

*[...] Eu também não fui pra autoridade nenhuma não. Nem procurei assistente social, nem ninguém [...] (C9).*

De acordo com as narrativas dos colaboradores verifica-se que após o ato de violência alguns idosos procuraram autoridades cabíveis para efetivar as denúncias e outros, por decisão própria, acabaram por não tomarem nenhuma atitude, absorvendo as dores e o sofrimento decorrentes da violência.

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, entendendo-se por acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, especialmente do idoso (BRASIL, 1990).

O assunto ganhou visibilidade a partir da década de 1990 com a promulgação e regulamentação da Política Nacional do Idoso e, posteriormente, com a aprovação do Estatuto do Idoso e o Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Apesar dessas Políticas Públicas que contemplam o problema da violência contra os idosos, a trajetória de implementação das mesmas está apenas no princípio (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

A Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso é resultado das opiniões da sociedade e das batalhas sociais em um período histórico, um olhar diferenciado a população idosa. Encontraremos nos seus artigos os dispositivos garantidores de direitos, os princípios e as diretrizes da política com vistas a garantir uma vida digna a esta população. Dispondo o art. 3, a política nacional do idoso reger-se-á pelos princípios dentre eles (RODRIGUES, 2006):

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.

Em contraponto, de acordo com as narrativas dos colaboradores esses princípios não são colocados em prática, haja vista muitos relatos dos idosos serem enfáticos que nem família, nem sociedade e muito menos o Estado fornece o suporte suficiente para o bem-estar dos mesmos. Nem sua dignidade, fator primordial pra aquele idoso, é respeitada diante desses episódios de violência relatados.

As políticas públicas previstas na Lei 8.842/1994 são colocadas em prática através de atos e gestões direcionadas pelo Estado brasileiro em suas esferas e estas se dão por atos de gestão, portarias, a exemplo da mais atual a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, oriunda do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, fixando prazos e representa, em conjunto com a lei, um marco regulatório para a efetiva implementação, promovendo a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2006).

Outra Portaria importante é a de nº 399/GM, que em sua essência traz as diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo representando, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira (BRASIL, 2006).

Logo em seguida foi sancionada a Lei nº 10.741/2003(Estatuto do Idoso), elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso tem uma maior resolubilidade do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

A política de atendimento ao idoso no seu Estatuto fica bem clara no art. 46 definindo que sejam cumpridos com êxito os benefícios legados aos idosos e o legislador adotou um conjunto articulado de ações, governamentais e não-governamentais trabalhando de forma harmônica, sempre com vistas principalmente para os direitos. O rol das políticas públicas previstas no art. 47 e seus incisos são exemplificativos, sendo todos os incisos referentes à dignidade do idoso, entres eles:

III - serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV - serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência (BRASIL, 2003, p. 183)

O Estatuto do Idoso dispõe ainda em seu art. 19, § 1.º que violência contra o idoso é qualquer tipo de evento ou até mesmo omissão praticada em local público ou privada que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico, referindo, pois, no art. 3.º que é justamente função da família, da sociedade e do Poder Público garantir ao idoso, com prioridade absoluta, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à

cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Prescreve, ainda, o art. 19 que em casos de suspeita ou confirmação de algum tipo de violência praticado contra a pessoa idosa, estes serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária. O serviço de saúde ou o próprio idoso tem por obrigação comunicar aos seguintes órgãos responsáveis: inicialmente autoridade policial, segundo Ministério Público, terceiro Conselho Municipal do Idoso, quarto Conselho Estadual do Idoso e por último Conselho Nacional do Idoso, não necessariamente precisando seguir esta sequência (BRASIL, 2003).

No aspecto do direito penal, é fato que o Estatuto do Idoso é norma legal de cunho especial e consiste em tratar de um determinado grupo da sociedade. Isso se dá, por exemplo, com a Lei Maria da Penha, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, etc. Porém o nosso foco é o idoso. Já as normas de cunho geral são aquelas dirigidas à sociedade como um todo, sem focar, contudo, um determinado grupo especial da sociedade.

No que diz respeito às normas de cunho repressivo (criminais) do Estatuto, estas consistem, em geral, em dispor ao agressor uma pena de reclusão, que é a prisão e estão elencados a partir do art. 95 e vão até o art. 108 e com exceção do art. 99, §§ 1.º e 2.º, não sujeitam os seus agressores a prisão de imediato, apesar de o dispositivo do art. 312 em combinação com o art. 313, inciso I, todos do Código de Processo Penal permite, em determinados casos, a prisão do agressor do idoso.

Eis o dispositivo acima mencionado:

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1.º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2.º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa (VADE MECUM, 2013, p. 145).

Quando se faz alusão à certa ineficácia do Estatuto no aspecto legal e criminal é porque, no âmbito geral e de prevenção, a pena em concreto deixa a desejar já que, em situações adversas, para que um juiz mantenha um agressor preso faz-se necessária a boa

conjugação do art. 312 com o art. 313, inciso I, ambos do Código de Processo Penal (CPP), já que a pena em concreto, em geral, não passa de 04 (quatro) anos:

Eis o que dizem o art. 312 e art. 313, I do CPP:

Art. 312. A prisão preventiva poderá ser decretada como garantia da ordem pública, da ordem econômica, por conveniência da instrução criminal, ou para assegurar a aplicação da lei penal, quando houver prova da existência do crime e indício suficiente de autoria.

Art. 313. Nos termos do art. 312 deste Código, será admitida a decretação da prisão preventiva:

I - nos crimes dolosos punidos com pena privativa de liberdade máxima superior a 4 (quatro) anos (VADE MECUM, 2013, p. 203).

Este é um ponto indissociável. Mesmo que os agressores dos idosos exerçam pressão psicológica e emocional, estas, em sua maioria, não recebem do Estatuto uma reprimenda firme, pois sua pena maior prevista vai de 01 (um) a 04 (quatro) anos, conforme previsão dos artigos 99, § 1.º e 102, já que a previsibilidade do § 2.º só prevê a situação de morte.

Eis, portanto, o problema. Pois, diante de penas baixas e da grande possibilidade de seus agressores não receberem duras penas do Estado-juiz é que muitos idosos não procuram ajuda por temer que presos sejam soltos imediatamente e diante da ausência de programas de recuperação destes próprios agressores, é que muitos idosos dão o silêncio por resposta mesmo diante de agressões contínuas.

Nesse ínterim, o objeto deste estudo focou a violência perpetrada contra o idoso e estas, naturalmente, não são apenas as físicas. Compreende, em grau maior, a psicológica exercida em especial por familiares, no âmbito do grupo familiar e no seio da sociedade. Isso vai de encontro ao que dispõem os dispositivos legais expostos até então. Assim, por que será que ainda tem tanto idoso sofrendo violência? Pode-se perceber nesse estudo, é que muitos até sabem dos seus direitos, mas não denunciam por serem os seus agressores os próprios familiares e preferem o “silêncio” como resposta diante da violência, outros até procuram a justiça e denunciam, mas percebe que por muitas vezes veem que seus direitos não são sendo assegurados, mesmo como uma diversidade legal que os respaldem.

Uma questão crucial é o elevado número de subnotificações em todo o mundo, uma vez que pesquisadores estimam que 70% das lesões sofridas pelos idosos não estão nas estatísticas. Estes valores revelam apenas uma pequena porcentagem do total de idosos maltratados, sendo que em sua maioria eles zelam pela família e temem por si próprios e acabam deixando de procurar ajuda, contribuindo para que as situações de violência e maus-tratos permaneçam ocultas pelos envolvidos (BRASIL, 2008).

É nesse sentido que o “silêncio” continua representando uma das grandes barreiras para identificação dos maus-tratos contra o idoso, visto que esses casos são vistos como algo natural, “resolvidos” pela própria família (MINAYO, 2007). O único momento em que essa realidade muda é quando, em raras situações, esta vítima, cansada dos abusos e maus-tratos, decide romper este silêncio e denunciar os verdadeiros agressores (ARAÚJO et al., 2012).

Entende-se dessa maneira que o segredo ou conchavo familiar faz com que os idosos não denunciem seus agressores, isto devido à vinculação, confiança, cumplicidade e também ao autoritarismo do agressor. Em muitos casos, o medo da vítima em quebrar a confiança estabelecida pela família é o que mais faz o idoso hesitar em realizar uma denúncia (FALEIROS, 2007).

Assim, é inquestionável que a prevenção do abuso, a identificação e o encaminhamento correto dos casos são pontos primordiais para que o respeito e a valorização da pessoa idosa sejam restabelecidos, de forma que ela possa usufruir de uma velhice saudável, sem temor, opressão ou tristeza (ARAÚJO et al., 2013).

Nessa conjectura, o profissional deve estar atento aos possíveis episódios de violência na sua área de abrangência, principalmente no perfil populacional, dando uma atenção especial ao idoso, para que o mesmo tenha uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, com medidas de promoção, proteção, identificação precoce de seus agravos, intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua exclusão do convívio familiar e social, defendendo essencialmente a presença e participação do idoso na família e na sociedade. Essa é uma das missões daqueles que adotaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada (SILVA; BORGES, 2008).

Humanizar, nesse contexto, é respeitar aos direitos humanos, devendo esse ser aplicado em qualquer aspecto do cuidado, fazendo com que o usuário participe das tomadas de decisões, tendo sua autonomia preservada. Na relação profissional-usuário deve-se valorizar a efetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidado. É preciso que haja um encontro entre pessoas, compartilhando saberes, poderes e experiências vividas, mantendo relações éticas e solidárias (CAMPOS, 2005).

## *6 Considerações Finais*

---

Ao se realizar este estudo, buscou-se conhecer o cotidiano da população idosa, com especial destaque aos idosos da cidade de Cuité/PB, que serviram de parâmetro da pesquisa, e estes, na essência, compuseram-se de idosos violentados que eram atendidos pelo CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

Em estudo de campo pode-se constatar o quão dura era – e é – a vida de parcela dos idosos que em seus grupos familiares, na maioria das vezes, são vistos e colocados em segundo ou terceiro plano, pois, dos dados coletados, há informes de que boa parte dos idosos não têm em seus lares estruturas físicas para acolhê-los, já que se tratam de pessoas carentes.

Verificou-se através de dados governamentais que a expectativa de vida teve um aumento substancial com maiores garantias sociais, previdenciárias e de saúde, ofertando melhores níveis de qualidade de vida do idoso, fazendo com que possa entrar e melhor envelhecer com um aparato de assistência do Estado o que, em tempos bem próximos não se verificava. Entretanto, estes idosos acabam sendo vítimas de violências tanto no seio da sociedade quanto no de seus familiares, pois, infelizmente, há uma questão cultural que nem sempre foca o idoso como alguém merecedor de cuidados especiais e boa parte dos familiares não estão e nem buscam se preparar para acompanhar o envelhecimento de seus familiares.

Assim, a pesquisa permitiu uma aproximação da problemática da violência cotidiana, na visão dos idosos que, muitas vezes, representam as principais vítimas da mesma. Possibilitou-se analisar os reflexos da violência na saúde e na vida do idoso no contexto das narrativas. Caracterizando-se a amostra enquanto dados socioeconômicos e demográficos, constatou-se a interferência do ato de violência na saúde física e mental do idoso, bem como identificou os tipos mais comuns de violência praticada contra o idoso.

Ao realizar a pesquisa descobriu-se que a maior parte dos idosos era do sexo feminino, possuía faixa etária entre 60 a 69 anos, sem alfabetização ou apenas com ensino fundamental incompleto, viúvos, com renda inferior ou igual a um salário mínimo e aposentada.

Em relação à primeira categoria “Violência contra idoso: contextualizando o cenário do crime” foi possível visualizar que as violências mais frequentes foram a física, onde esta ocorreu em ruas da cidade, e eclodiu aí informações de que os idosos vitimados e seus algozes eram desconhecidos; e a psicológica, que quase sempre são ocasionadas por familiares que, infelizmente, com o decorrer do tempo, não seguem e acompanham o envelhecer de seus familiares. Tanto a violência física quanto a psicológica têm em seus nascedouros o uso de álcool, entorpecentes, tabaco, dentre outros, como um de seus principais pontos de violência no âmbito familiar.

É fato que os idosos, em grande parte, são vistos por familiares como pessoas que devem, mesmo depois de alcançada a velhice, continuar com a “eterna” atenção ao clã, tanto no aspecto de serviços domésticos, quanto no de manutenção dos lares, uma vez que as aposentadorias, pensões e proventos, muitas das vezes, compõem os únicos meios diretos de manutenção de familiares, quando o contrário é que deveria prevalecer e os idosos terem seus poucos rendimentos voltados para suas próprias melhorias e recebendo a contrapartida de filhos e netos.

Na segunda categoria, “cicatrices físicas e emocionais: o desfecho doloroso da violência”, muitas marcas são visíveis e outras apenas imaginadas e sentidas. Algumas lesões deixaram verdadeiras cicatrizes evidentes em todo o corpo como, por exemplo, as escoriações e as fraturas, que podem levar a um grau de dependência do idoso ainda maior, o que o torna fácil alvo para violência. As cicatrizes emocionais são inúmeras: o medo, o nervosismo, a angústia, a baixa autoestima, etc, que podem se originar tanto na violência física, quanto na própria violência psicológica adquirida em sua grande maioria, no ambiente familiar.

Na terceira categoria observou-se que a maioria dos idosos não procurava ajuda e silenciava diante dos atos de violências perpetrados contra si, pois, na essência, os grandes agressores são os próprios familiares. Outros procuravam ajuda, mas se revoltavam por não encontrarem o respaldo estatal diante da violência verificada e ainda, quando era efetivada a assistência, iam às autoridades pedir em nome dos próprios agressores, pois o laço de sangue falava mais alto. Há também dados que informam que idosos temiam ver agressores presos e estes, quando soltos, viessem a praticar violência em grau maior como a morte.

Ademais outra constatação é que estes mesmos idosos, vivendo em um contexto de ausência de políticas públicas efetivas para essa faixa etária, encaram a idade avançada com fervor e alegria, pois pudemos sentir o quão eles “aproveitam” a possibilidade de alçarem a “melhor idade” e demonstraram esperança em um futuro melhor.

Assim este estudo revela grande significatividade, uma vez denunciar quanto a violência contra o idoso vem crescendo e alcançando grandes proporções. Neste sentido, além de respaldar o campo científico, também traz grande importância no âmbito da enfermagem, estimulando que profissionais desta categoria busquem reconhecer os fatores de risco e os sinais de alerta referentes à violência contra o idoso, já que estes são os responsáveis por providenciarem um acompanhamento mais rigoroso deste idoso, inclusive aconselhando-os a denunciar os maus-tratos ao órgão competentes.

Vale destacar ainda a importância da elaboração e aplicação de um instrumento específico para os profissionais da saúde que verse sobre a violência contra o idoso

permitindo que a equipe de saúde possa trabalhar de forma a abordar o tema de maneira que não venham infringir ou até mesmo inibir aquele idoso que procuram o serviço de saúde diante do ato de violência, o que concorreria para uma atenção integral à saúde do idoso, bem como para a redução das subnotificações dos casos.

É oportuno destacar também a importância de uma ampla campanha para a divulgação dos avanços na legislação referente aos direitos da população idosa como forma de manter a sociedade conectada aos dispositivos legais vigentes, permitindo o entendimento às peculiaridades e o usufruto dos direitos. Outrossim, percebe-se ainda a importância que outros pesquisadores aprofundem as investigações científicas na área da violência contra o idoso, a fim de promover uma educação para cidadania, principalmente referente à questão do envelhecimento, no ambiente familiar e na sociedade em geral, procurando trabalhar a questão da valorização do idoso, o respeito e a garantia dos seus direitos.

## *Referências*

---

AFIUNE, A.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALVES, C. F. Rompendo com o silêncio: Uma breve análise sobre violência familiar contra idosos; Revista Kaitós, n. 4, v. 1, 2008, p. 81-94.

ANDRADE, S. C. et al . Relação entre violência física consome de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, Set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a11.pdf>>. Acesso em: 27 jul 2013.

ARAÚJO, L. F. et al.. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicol Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2013 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n1/22.pdf>> . Acesso em: 06 ago 2013.

ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C.. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**, v: 3, n: 3, 2000, p. 7-19.

APRATTO JÚNIOR, P. C. J. A Violência Doméstica contra Idosos NAS áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, set. de 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição Revista e Actualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, D. M.. Notificação compulsória de violência: implicações em saúde mental. **Rev. Psiquiatr Clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a01v38n4.pdf>>. Acesso em: 27 Jul. 2013.

BARRA, D. C. C. et al . Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, abr. 2010 . Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 ago 2013.

BAPTISTA, M. N. Suporte familiar e violência. In: Romaro, R. A.; Capitão, C. G. (Org.). As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Vetor, 2007, p. 11-31. Disponível em:<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8610/6579>>. Acesso em: 17 mar 2014.

BRASIL. **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde (MS)**. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: MS; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2008). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista Saúde Pública**, v:18, n:1. Acesso em 18 de outubro, 2009 Disponível em:<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol18\\_n1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol18_n1.pdf)>.., em. Acesso em: 18 de mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Disponível em:  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 24 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994**. Presidente da República. Disponível em:<  
[http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/politicas\\_publicas/6.pdf](http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/politicas_publicas/6.pdf)>. Acesso em: 24 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080, de 19 De Setembro de 1990-Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em:<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 23 mar 2014.

\_\_\_\_\_. Lei no 10.741/2003. **Estatuto do Idoso**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil. Brasília; 2003.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Subsecretaria de Direitos Humanos**. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva**. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Violência psicológica contra idosos é a mais frequente**. Publicado em 05 de maio 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução 466/2012 de 12 dezembro de 2012. **Conselho Nacional de Saúde revoga as resoluções nº 196 , 303 e 404 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 30 de ago 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Temático: prevenção de violência e cultura de paz**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008. 60p. (Série painel de indicadores do SUS, v.3, n.5).

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Cartilha do idoso-INSS**. Disponível em:<[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1\\_121017-104915-755.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121017-104915-755.pdf)>. Acesso em: 23 mar 2014.

CAMPOS, W. G. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface Botucatu**. São Paulo, v.9, n.17, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf> >. Acesso em: 19 mar 2014.

CAVALCANTI, M. L. T.; SOUZA, E. R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a08v15n6.pdf> >. Acesso em: 12 ago 2013.

CHAN, T.C. et al.. Financial abuse in a mentally incapacitated oldman. **Hong Kong Med J** , v:15, n:3, 2009, p. 213-216.

CARVALHO, W. J. F.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, dez. 2011 . Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf> >. Acesso em: 28 jun 2013.

CORREIA, T. M. P. et al . Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a13.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de**

**Enfermagem. Rio de Janeiro, fev.2007.** Disponível em:< [http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)>. Acesso em: 30 ago 2013.

DESSEN, A. M.; POLONIA, C. A.. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v: 17, n: 36, 2007, p. 21-32. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2014.

ELSNER, F. S. et al.. Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? **Revista Ciências do Envelhecimento**, v: 4, n:2, 2007, p. 46-56.

YOSHITOME, Y. A.; THORELL, A.. **Enfermagem gerontológica**/Charlotte Eliopoulos; trad. -5.ed.-Porto Alegre:2005.1. Enfermagem – Gerontologia. I Título.

FALEIRO, V. P. Violência contra a pessoa idosa: ocorrência, vítimas e agressores. Brasília-DF: **Universa**.2007. Disponível em:< [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_803622948.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_803622948.pdf)>. Acesso em 13 mar 2014.

FERREIRA, O. G. L. et al . O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf> >. Acesso em: 08 Jul. 2013.

FREITAS, M. C. et al.. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf> >. Acesso em: 08 jul 2013.

FERREIRA, I. R. C. et al.. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, dez. 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf> >. Acesso em: 27 ago 2013.

FREITAS, M. S. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v: 60, n:3 2007, p. 238-272.

FONSECA, M. M. et al.. Violência contra Idoso: suportes legais para a intervenção. **Cadernos de Psicologia**, v:7, n: 2, 2003, p. 121-128.

GIACOMIN, C. K.. **Políticas Públicas para um país que envelhece**/ Organizadores Marília Berzins e Maria Claudia Borges – São Paulo: Martinari, 2012.304 p.

GIL, C., A. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

GORZONI, L. M.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GONDIM, R. M. F.; COSTA, L. M. Violência contra o idoso. In: Falcão, D.V.S.; DIAS, C. M. S. B. (orgs.). Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas. **Casa do Psicólogo**. São Paulo, v: 1, n:8, 2006, p. 169-191.

GROSSI, P. K.; SOUZA, M.R. Os idosos e a violência invisibilizada na família. **Textos e Contextos**, v:2, n:1, 2003, p.1-14. Disponível em :< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/967/747>>. Acesso em:18 mar 2014.

GUALDA, D. M. R. **Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar**. In: CIANCIARULLO, T.I. et. al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p. 85-92, 2001.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a31v15n6.pdf>>. Acesso em: 28 jun 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).Censo [dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso 01 Ago 2013.

LIBERMAN, S. **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LUÍS, S. Mulheres numa casa de abrigo: expectativas e recursos face á violência doméstica. **Estágio de Licenciatura de Sociologia**, 2009.Universidade Minho.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V.. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS et al. (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1.152-1.159.

MARTINS, B. M.. Violência Silenciada: Violência Física e Psicológica Contra Idosos No Contexto Familiar. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**. BIUS N.º 1 Vol. 4, 2013. Disponível em:< file:///C:/Users/Lea/Downloads/422-1194-1-PB.pdf>. Acesso em: 13 mar 2014.

MAIA, A. C.; BARRETO, M. Violência contra crianças e adolescentes no Amazonas: análise dos registros. **Psicol Estud.**, Maringá, v. 17, n. 2, jun. 2012 . Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a02.pdf> >. Acesso em: 27 jul 2013.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf> >. Acesso em: 07 ago 2013.

MENEZES, M. R. **Violência contra Idosos: é preciso se importar**. In:BERZINS, M. A. V. S.; MALAGUTTI, W. (orgs). Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010 . Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a10v15n6.pdf> >. Acesso em: 08 jul 2013.

MINAYO, H. M. D. Violência e Saúde. **Revista Ciência e Saúde**,v:13, n:2, 2006, p.803-806. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06>>. Acesso em: 17 mar 2014.

MINAYO, M. C. S. Violência contra a pessoa idosa: o direito pelo avesso. In: Papaléu Netto M, organizadores. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 2007. <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/MariaCeciliaDeSouzaMinayo.pdf>

MINAYO, S. M. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. – São Paulo:, 2010.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola; 1998.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2005.

MOTTA, A. S.. Violência Contra Mulheres Idosas – Questão feminista ou questão de gênero? **Revista de Saúde Pública** ,v: 4, n: 2, 2009, p.4 3-18.

MORAES, C. L. et al. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico da Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**, v:24, n:19, 2008; p.2289-2300.

NOGUEIRA, A.C. et al. Responsabilidade Civil por danos decorrentes de pesquisas científicas com seres Humanos. **Revista do Curso de Direito da UNIFACS**, Salvador, BA, n. 142, p. 1-16, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2047/1529>>. Acesso em: 27 ago 2013.

NOGUEIRA, C. F. et al.. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n3/v14n3a14.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2013.

OLIVEIRA, et al. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v: 26, n: 6, 2008, p. 494-501.

OLIVEIRA, M. L. C. de et al . Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, Sept. 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a16.pdf>>. Acesso em 02 mar 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra (CH): OMS; 2002.

PEDRÃO. A. A. R.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PEREIRA, M. R. S.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PAZ, F. S.. A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal. **O Social em Questão** - Ano XV - nº 28 – 2012. Disponível em:<<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/4artigo.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2014.

QUEIROZ, Z. P. et al.. Fatores potencialmente Associados à negligencia Doméstica Entre Idosos atendidos los Programa de Assistência domiciliar. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, set. de 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a19v15n6.pdf>>. Acesso em: 26 de jun. 2013.

RAMOS, S. F.. Os agressores de pessoas idosas. **Porto**, 2011. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação para a Saúde apresentada à Universidade do Porto. Disponível em: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/62267/2/Os%20agressores%20de%20pessoas%20idosas.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2014.

RIBEIRO, P. C. C. et al . Desempenho de idosos na bateria cognitiva CERAD: relações com variáveis sociodemográficas e saúde percebida. **Psicol Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, abr. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a13v23n1.pdf> >. Acesso em: 08 jul 2013.

RODRIGUES, T. P. et al . Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a17.pdf> >. Acesso em: 19 ago 2013.

ROCHA, T. A.; BONILHA, A. L. L.. Formação das enfermeiras para a parturição: implantação de um hospital universitário na década de 80. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, dez. 2008 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a07.pdf> >. Acesso em: 27 ago 2013.

ROSSI, E.; SADER, S. C.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do Tema Violência contra a Pessoa Idosa nas Políticas Públicas de Atenção à Saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a02v15n6.pdf> >. Acesso em: 26 de jun. 2013.

SOUZA, E. R. et al.. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, 2008.

SANTOS, V. B. et al.. As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2011 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n3/v14n3a10.pdf> >. Acesso em: 29 jun. 2013.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. et al . Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Av Enferm.**, Bogotá, v. 29, n. 2, dez. 2011 . Disponível em:< <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a14.pdf> >. Acesso em: 08 jul 2013.

SANTOS, S. S. C.. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, dez. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>>. Acesso em: 08 jul 2013.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial. **Psicol Soc.**, Belo Horizonte , v. 24, n. 1, abr. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n1/13.pdf>>. Acesso em: 19 ago 2013.

SILVA, P. V.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010. Disponível em:< [http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodo\\_historia\\_oral\\_de\\_vida\\_contribuicoes\\_para\\_a\\_pesquisa\\_qualitativa\\_em\\_terapia\\_ocupacional.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodo_historia_oral_de_vida_contribuicoes_para_a_pesquisa_qualitativa_em_terapia_ocupacional.pdf)>. Acesso em: 19 mar 2014.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/18.pdf>> . Acesso em: 08 jul 2013.

SILVA, R.M.P. **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SILVA, A. A.; BORGES, C. M. M.M.. Humanização da Assistência de Enfermagem ao Idoso em uma Unidade de Saúde da Família. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea\\_silva\\_e\\_marta\\_borges.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea_silva_e_marta_borges.pdf)>. Acesso em: 16 mar 2014.

SILVA, L. M. P. et al.. Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre a prevenção do crime e do dano. **Rev Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, dez. 2012 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n4/a07v12n4.pdf>> . Acesso em: 01 ago 2013.

SILVA, B. E. et al.. Oficinas pedagógicas com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**. v:14, n: 3, 2009.

SILVA, J. M. et al.. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008;10(1):124-136. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n1/pdf/v10n1a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a11.pdf). Acesso em: 08 mar 2014.

TEIXEIRA, I. N. D. A. O.; GUARIENTO, M. E.. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a22v15n6.pdf> >. Acesso em: 08 jul 2013.

VADE, M.. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva. In: CURIA, R. L.; CÉSPEDES, L.; NICOLETTI, J.. 15.ed. **atual. e ampl.** São Paulo: Saraiva, 2013.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R.. Violência contra a Pessoa Idosa: Análise de Aspectos da Atenção de Saúde mental em cinco Capitais Brasileiras. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a14v15n6.pdf> >. Acesso em: 26 de jun 2013.

VIEIRA, L. B. et al . Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2012 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a16.pdf> >. Acesso em: 08 jul 2013.

VEIGA, V. M. A.; **Fisiologia do Envelhecimento**. In: ELIZABETE, V. F.; LIGIA, P.(Autores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Terceira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORE, C. L. O.. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, ago. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/20.pdf> >. Acesso em: 27 jul 2013.

\_\_\_\_\_. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2513-2522, dez, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>>. Acesso em :15 mar 2014.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B.. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, mar. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a21.pdf>>. Acesso em: 27 ago 2013.

*Apêndices*

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Violência contra idosos em narrativas orais” e está sendo desenvolvida pela aluna Lericiana Ferreira Santana do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujos objetivos são: analisar os reflexos da violência na saúde e na vida do idoso no contexto das narrativas orais; caracterizar a amostra enquanto dados socioeconômicos e demográficos; averiguar a interferência do ato de violência na saúde física e mental do idoso e identificar os tipos mais comuns de violência praticada contra o idoso.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer quais os tipos de violência sofrida por idosos, sua frequência e o seu impacto na saúde e na vida daquele idoso violentado. A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar o conhecimento sobre violência. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, tudo como preceitua a Resolução nº 466/2012 do CNS.

Os dados serão coletados através de entrevista, com uso de um gravador. Posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

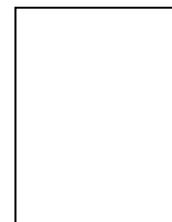
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço do pesquisador responsável:  
Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### \* Questionário socioeconômico e demográfico

Entrevistado n°: \_\_\_\_\_

Iniciais: \_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino                       Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade (número de anos de estudo): \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Solteiro     Casado     Divorciado     Viúvo     União consensual

Renda Familiar:

- ≤ a 01 salário mínimo  
 Entre dois e três salários mínimos  
 Acima de três salários mínimos

Profissão: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

#### \* Roteiro de Entrevista

Antes de dar início à entrevista, gostaria apenas de explicar para o (a) Senhor (a) que os tipos de violência contra o idoso são: **violência física**, que se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor; **violência psicológica**, que são agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social; **violência sexual** se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento; **violência financeira**, que consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais; **negligência**, que se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários, por parte de responsáveis e familiares; **autonegligência**, que diz respeito à conduta da pessoa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários; e **abandono**, que consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a quem necessite de proteção (SOUZA, 2010).

1. Com relação a esses tipos de violência, qual desses o senhor já sofreu? Conte-me um pouco sobre tudo que aconteceu.

2. Por quem o (a) Senhor (a) foi violentado e aonde tudo aconteceu?
3. Me fale um pouco como o (a) Senhor (a) se sente diante deste acontecimento.
4. Depois que o (a) Senhor (a) foi violentado, mudou alguma coisa na sua vida? E na sua saúde?
5. O (A) Senhor (a) procurou ajuda de alguma autoridade diante do acontecido? Quem apoiou o (a) Senhor (a) quando tudo aconteceu? Conte-me um pouco a sua história.

## APÊNDICE C

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanderlânea de Macedo Santos, Secretária de Assistência Social do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Violência contra idosos em narrativas orais*”, no mês de novembro de 2013 (após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa), tendo como cenário o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), unidade de prestação de serviços especializados e continuados às famílias com crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência em situação de risco pessoal e/ou social, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Lericiana Ferreira Santana – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 05 de setembro de 2013.

---

**Vanderlânea de Macedo Santos**  
Secretária Municipal de Assistência Social  
Cuité – PB

*Anexo*

---