



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: SABERES E PRÁTICAS DE
CONSELHEIROS**

CAJAZEIRAS – PB

2014

EUGENIA RAQUEL TAVARES GOMES

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: SABERES E PRÁTICAS DE
CONSELHEIROS**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Iluska Pinto da Costa

CAJAZEIRAS – PB

2014

EUGENIA RAQUEL TAVARES GOMES

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: SABERES E PRÁTICAS DE
CONSELHEIROS**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/2014

BANCA EXAMINADORA

Profª. Esp. Iluska Pinto da Costa
(Membro efetivo - CFP-ETESC-UFCG)

Profª. Ms. Eliane de Sousa Leite
(Membro efetivo - CFP-UAENF-UFCG)

Profª. Ms. Romécia Batista dos Santos
(Membro efetivo - CFP-ETESC-UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos por acreditaram e me ajudaram a concretizar este sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me proporcionar essa experiência maravilhosa, e por estar presente nos momentos mais difíceis, me guiando com sua fonte de luz.

Aos meus pais, irmãos e demais familiares que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, ofertando-me muita força, amor e uma imensa dose de paciência.

Ao amor, pelas palavras de carinho e por ter aguentado pacientemente minhas ausências.

Agradeço a uma grande amiga, á Enfermeira Mestre Eliane de Sousa leite, por não medir esforços para conseguir material bibliográfico para a criação e desenvolvimento deste trabalho, além do carinho e total atenção. Saiba que serei eternamente grata a você.

A minha orientadora Professora Iluska Pinto da Costa por ter me dado suporte, apoio e orientação com bastante sabedoria na elaboração deste trabalho.

Ao conselho do idoso onde realizei a coleta de dados, por me acolher com muito respeito.

Aos profissionais que nos apoiaram para construção de nossa pesquisa, transmitindo-nos conhecimento e experiência, atenção e respeito.

A todos os professores que de alguma forma contribuíram para minha formação acadêmica.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

GOMES, E.R.T. Violência contra a pessoa idosa: saberes e práticas de conselheiros.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2014.

O aumento dos idosos em todo o mundo deve-se às transformações socioeconômicas que determinaram grandes inovações científico-tecnológicas, associadas a melhores condições de vida. No entanto, essa conquista também gera aspectos negativos, como aumento da violência e maus-tratos contra esses idosos. A Organização Mundial de Saúde define maus-tratos na terceira idade como ato único ou repetido, ou ainda, como ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança. Esse cenário é atualmente uma preocupação relacionada com a saúde pública e a violação dos direitos humanos e, por não ter um fator unicausal, trata-se de um fenômeno biopsicossocial. A violência contra o idoso pode ser classificada em violência física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência e autonegligência. O presente estudo teve como objetivo conhecer os saberes e práticas dos conselheiros acerca da violência contra a pessoa idosa. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras-PB com 10 conselheiros. Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões que abordavam os dados sócio-demográficos e questões sobre a violência contra o idoso. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável. Para análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual é composta pelas seguintes fases: a pré-análise que tem o objetivo de sistematização, para que o pesquisador possa conduzir as operações sucessivas da análise; a exploração do material, a inferência e a interpretação dos resultados encontrados. Os resultados encontrados na presente pesquisa mostraram que os principais agressores são os próprios familiares dos idosos principalmente filhos e netos, as principais agressões são as físicas e psicológicas, porém todas ou na maioria das vezes essas agressões existem para que haja uma extorsão de dinheiro da vítima, sendo assim a agressão financeira também entra como uma das principais. Os dados evidenciaram que todos os agressores não trabalham, dependem financeiramente desses idosos e são usuários de drogas lícitas e ilícitas, dificultando o trabalho dos conselheiros, já que muitas vezes os idosos negam a agressão por amor e piedade aos filhos e netos ou por medo. Conclui-se que a violência contra a pessoa idosa no Brasil é um grave problema para a saúde pública e necessita de providências urgentes por parte das autoridades competentes, pois caso esse idoso seja exposto a frequentes violências isso causará danos a sua saúde física e mental.

Palavras-chave: Violência; Idoso; conselheiros.

ABSTRACT

GOMES, E.R.T. Violence against the elderly: knowledge and practices of counselors . Completion of course work (undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, 2014 .

The increase of elderly worldwide is due to socioeconomic changes that determined major scientific and technological innovations associated with better living conditions. However, this achievement also generates negative aspects such as increased violence and abuse against these seniors. The World Health Organization defines abuse in old age as a single or repeated act, or, as the absence of appropriate action that causes injury, suffering or distress, and that occurs within a relationship of trust. This scenario is actually a related public health concerns and human rights violations and for not having a single-cause factor, it is a biopsychosocial phenomenon. Violence against the elderly can be classified into physical, sexual, psychological, economic, institutional, abandonment / neglect and self-neglect. The present study aimed to assess the knowledge and practices of counselors about violence against the elderly. This is an exploratory, descriptive qualitative study. The survey was conducted in the municipality of Cajazeiras -PB with 10 councilors. For data collection a semi - structured questionnaire with questions that addressed socio- demographic data and questions about violence against the elderly interview guide was used. Data collection occurred in November after approval by the research ethics committee and with the signing of a consent form by the person responsible. For data analysis we used the technique of content analysis proposed by Bardin, which consists of the following phases: pre - analysis that aims to systematize so that the researcher can conduct successive operations analysis; exploration material, inference and interpretation of results. The results of this survey showed that the main offenders are the relatives of the elderly mainly children and grandchildren , major assaults are physical and psychological , but all or most of the time these attacks are, that there is a victim of extortion of money, so the financial assault also comes as a major . The data showed that all the attackers do not work, these are financially dependent elderly and are users of licit and illicit drugs, hindering the work of counselors, since many times the elderly deny the aggression by love and compassion to children and grandchildren or fear . We conclude that violence against elderly in Brazil is a serious problem for public health and needs urgent by the competent authorities arrangements, because if that old is exposed to frequent violence that will cause harm to their physical and mental health.

Keywords : Violence , Elderly ; counselors .

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por sexo, faixa etária e estado civil. Cajazeiras, 2014.....	30
Tabela 2 – Distribuição dos conselheiros por profissão, nível de escolaridade e curso de capacitação. Cajazeiras, 2014.....	30
Tabela 3 - Tipos de agressões praticadas contra os idosos. Cajazeiras/PB, 2013.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos conselheiros por tempo se serviço.....	31
Gráfico 2 – Distribuição dos conselheiros por capacitação.....	32

LISTA DE SIGLAS

CEP - Comitê de Ética na Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNI - Conselho Nacional do Idoso

EI - Estatuto do Idoso

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

PNI - Política Nacional de Atenção ao Idoso

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

SDH/PR- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

CREAS - centro de referencia especializado de assistência social

CRAS - Centro de referencia da assistência social

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PB – Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	29
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	29
4.8 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
7 REFERÊNCIAS.....	44

ANEXOS

ANEXO A – Termo de anuência

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

APÊNDICE C - Termo de compromisso do pesquisador Responsável

APÊNDICE D – Termo de Compromisso do pesquisador participante

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno universal e representa um importante problema de saúde pública e cujo interesse tornou-se evidente apenas nas últimas décadas. Nenhuma sociedade, por mais ou menos desenvolvida que seja, está imune a ocorrência da violência e maus-tratos as pessoas mais velhas. Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a Saúde Pública em todo o Brasil. Diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais frequentes de violência e de acidentes constitui um grande desafio para o setor da saúde.

A violência contra o idoso é conceituada por Mascarenhas et al. (2010) como um ato que pode ser único ou repetido ou omissão que lhe cause dano ou aflição, e resulta na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor omissão ou perda de direitos humanos e redução da qualidade de vida do idoso.

Quando se fala em violência contra as pessoas idosas, pensa-se imediatamente na violência física, mas esta não é a única, pois há inúmeras formas de violência, veladas e mascaradas. A violência também pode manifestar-se como psicológica, econômica, moral, sexual, pode ser familiar, social, institucional, estrutural e pode resultar de atos de omissão e negligência. Muitas vezes não a reconhecemos, pois os idosos têm importância menor num mundo que valoriza o vigor e a beleza da juventude (OMS, 2007).

Esse ato contra pessoas idosas é uma violação aos direitos humanos e é uma das causas mais importantes de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desesperança. Segundo Minayo (2008) que faz uma ampliação na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e assim define a violência a pessoa idosa: violência à pessoa idosa pode ser definida como ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral).

No que concerne essa ação de violência ela tem que ser denunciada nos Conselhos Municipais, Estaduais e Federais, pois são órgãos previstos na Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei. É um órgão colegiado deliberativo, de caráter público e com representação paritária, de grande aceitação

nacional. Esse órgão tem como finalidades exercer a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito da União, Estados, Municípios e Distrito Federal (REPÚBLICA, 2013).

A problemática explicitada associada aos poucos estudos que representem a situação local da violência contra o idoso, a afinidade com a temática, a necessidade de ampliar os conhecimentos nesta área e mais precisamente em nossa realidade paraibana e o anseio de aperfeiçoar o olhar dos profissionais de saúde para a detecção da violência contra a pessoa idosa, justificaram o interesse pela pesquisa.

Diante desta realidade suscitam-se as seguintes reflexões: Qual é o perfil do agressor da pessoa idosa? Quais as principais causas de agressão contra o idoso? Quais os principais tipos de agressões que ocorrem contra os idosos?

Espera-se que o referido estudo contribua de forma positiva com a sensibilização da sociedade sobre esse problema que não deixa de ser da saúde coletiva, possibilitando assim uma melhoria na saúde pública dos idosos no Brasil.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Conhecer os saberes e práticas dos conselheiros acerca da violência contra a pessoa idosa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar o perfil do agressor da pessoa idosa;
- Descrever quais as principais causas de agressão contra a pessoa idosa;
- Elencar os tipos de agressões que mais ocorre contra a pessoa idosa.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações sobre o envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional constitui-se como um dos maiores desafios contemporâneos no mundo. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, recentemente, tem-se mostrado de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento como o Brasil. Segundo dados dos últimos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1960 existiam cerca de 3 milhões de idosos, em 1980 passou para 7,2 milhões, em 2002 atingiu cerca de 14 milhões de idosos, em 2010 este contingente populacional chegou a somar 20,6 milhões, chegando a representar 10,8% da população brasileira, e estima-se que alcançará 34 milhões em 2020, ou seja, haverá em média 45 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos, levando o país ao sexto lugar a nível mundial de países com maior número de pessoas idosa (APRATTO JÚNIOR, 2010; MASCARENHAS et al., 2012; DUQUE et al., 2012).

De acordo com os dados levantados pelo IBGE (2008), o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. No ano de 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, estima-se que para o mesmo número de crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2013).

No entanto esse fenômeno tem ocorrido, devido um processo de inversão da característica populacional já estabelecida, isto é, houve uma diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, ocasionando, com isso, o crescimento da população idosa. Dentre os fatores que contribuíram para este processo de inversão, destacam-se a diminuição da fecundidade, acompanhada pelas grandes campanhas de planejamento familiar, a melhoria nutricional, os avanços médicos com acesso à assistência à saúde e melhores condições sanitárias, resultando assim no declínio da fecundidade, da queda nas taxas de mortalidade e do aumento da expectativa de vida (CHAIMOWICZ, 2013).

Diante desse fenômeno, a sociedade tem voltado sua atenção às questões políticas, econômicas, sociais e de saúde, procurando elaborar políticas sociais que venham garantir o atendimento na saúde pública e psicossocial, as quais se apresentam como dispositivos muito importantes de apoio para os idosos (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2013).

Ainda segundo os autores mencionado acima, as relações interpessoais, familiares, sociais e comunitárias estão sendo afetadas de tal modo, que num seio familiar é raro não ter

um membro idoso. Percebe-se comumente que pessoas com idade de 60 anos ou mais estão sendo responsáveis economicamente pelos lares brasileiros. Apesar disso, o idoso ainda é rejeitado no decorrer da velhice por ser considerado improdutivo pela sociedade. Em consequência disso, na maioria das vezes tem sua autonomia comprometida e acaba se tornando dependente. Este é um dado importante, porque à medida que aumenta o grau de dependência do idoso, mais vulnerável aos maus-tratos e à violência ele se torna.

Estudos realizados por Duque et al. (2012) mostram que essa nova realidade impulsiona a ocorrência de redefinições nas políticas de saúde voltadas à população idosa no que diz respeito à atenção às doenças de caráter crônico e às ações e estratégias de prevenção e atenção integral no cuidado à saúde do idoso. No panorama atual, as transformações vivenciadas em decorrência do processo de envelhecimento populacional acelerado também acarretaram mudanças no perfil epidemiológico brasileiro.

2.2. Políticas públicas para a pessoa idosa

No final da década de 90 a OMS passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, pois os idosos compõem um grupo de pessoas vulneráveis ao desrespeito, desconsideração e atos violentos, sobretudo no caso de incapacidades, e à medida que vão se tornando mais dependentes de seus familiares ou cuidadores, vão ficando cada vez mais sujeitos a abusos, principalmente o econômico (BRASIL, 2007).

O tema Políticas Públicas vem sendo abordado há algum tempo, e atualmente é preocupação de diversos segmentos sociais e profissionais, abordando teorias específicas e metodologias próprias, entre estes estão, cientistas, gestores, planejadores, sanitaristas, economistas e profissionais de saúde (CASTRO et al., 2013).

Diante disso, o Ministério da Saúde tem desenvolvido políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, contribuindo para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde, como por exemplo, através da prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros (BRASIL, 2007).

A implementação destas políticas envolve uma mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como

alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem incentiva a co-responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (BRASIL, 2007).

A partir de 1994 é instituída a Política Nacional de Atenção ao idoso (PNI) através da Lei nº 8.842 e regulamentada em 3 de julho de 1996, aparecendo com o objeto de discussão das políticas ao idoso e enfatizando seus avanços e suas lacunas. A PNI não menciona a violência, contudo enfatiza os direitos que devem ser garantidos ao idoso que incluem a assistência pré-hospitalar, preventiva, de promoção e de recuperação, que precisam ser executadas pela rede de serviços públicos e conveniados ao SUS (CASTRO et al., 2013).

Mascarenhas et al. (2012) destacam o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas apenas seis prioridades, sendo que três delas apresentam especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação à promoção da saúde da população idosa, as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as principais ações: (a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); (b) Alimentação saudável; (c) Prática corporal/atividade física; (d) Prevenção e controle do tabagismo; (e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; (f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; (g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; (h) Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2007).

3.2 ESTATUTO DO IDOSO

A legislação existente no Brasil busca preservar a liberdade e dignidade da pessoa idosa no intuito de garantir seus direitos. O objetivo do Estatuto é oferecer absoluta prioridade aos idosos, criando-se por lei ou por outros meios, oportunidades e facilidades, a fim de preservar a saúde física e mental e o seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social. Diante disso, a lei torna-se uma importante ferramenta no combate à violência contra o

idoso, pois versa sobre os direitos que deverão ser assegurados a esse público (REIS; ALMEIDA, 2012).

No que tange a responsabilidade dos profissionais de saúde sobre os casos de violência contra os idosos o Estatuto do Idoso em seu artigo 19 afirma que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso devem ser obrigatoriamente comunicados por estes profissionais. Recentemente através da Lei nº. 12.461/2011, todos os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2005).

Em um sentido mais amplo o Estado, a sociedade, a comunidade e a família tem o dever de dar proteção a pessoa idosa. Quando ocorre a omissão de uma dessas esferas, o idoso fica à mercê de graves problemas sociais como abandono, discriminação, maus-tratos e negligência. O Estatuto do Idoso, seguindo o princípio fundamental de respeito à pessoa humana, previsto na Constituição de 1988, estabelece em seu artigo 4º que: “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003).

3.4 VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

A discussão sobre violência como assunto relacionado à saúde tem início na segunda metade do século XX pela denúncia de profissionais da área em relação aos abusos perpetrados contra crianças, adolescentes, mulheres. No que concerne a violência contra os idosos foi a última a ser discutidas pelas autoridades que defendiam esta causa. Contudo, a preocupação no que diz respeito a violência com esta parcela da população vem aumentando em razão do crescente contingente de idosos no mundo (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Apesar de ser um fenômeno não muito recente, a violência contra o idoso se tornou mais evidente durante investigações científicas em meados da década de 1970, a partir da pesquisa realizada por Baker, enfatizando a violência intrafamiliar, especificamente o “espancamento de avós” (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2013).

No Brasil, o assunto ganhou visibilidade a partir da década de 1990 com a promulgação e regulamentação da Política Nacional de Saúde 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 ainda são vistas de forma secundárias (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Inicialmente no século XX, a violência contra os idosos permanecia reservada e era vista como uma questão familiar. Hoje ela representa um grande desafio a saúde pública, atingindo todas as classes sociais e provocando, além de óbitos, traumas físicos e emocionais de grandes proporções que criam uma demanda por serviços e programas de saúde mais adequados (APRATTO JÚNIOR, 2010).

Por essa razão, é fundamental que os profissionais da área coloquem em pauta esse problema antigo, porém de baixa visibilidade, enfocando-o como prioridade na agenda de diagnóstico situacional e estabelecendo políticas para seu enfrentamento.

O nome violência é entendido como uma relação desigual de poder, implicando a negação do outro, da diferença, da tolerância e das oportunidades com impacto que se traduz em prejuízo, dano ou sofrimento e que infringe o pacto social da convivência, de garantia de direitos e de modo civilizatório fundado nos direitos humanos (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA; 2013).

Segundo Minayo (2008) existem internacionalmente algumas categorias e tipologias para instituir as várias formas de violências mais praticadas contra a pessoa idosa:

- Abuso físico: maus tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte (Art. 99 do Estatuto do Idoso).
- Abuso psicológico: violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social (Art. 96 § 1º do Estatuto do Idoso).
- Abuso sexual: violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- Negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de

violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade (Art. 97 do Estatuto do Idoso).

- Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar (Art. 102, 104 e 106 do Estatuto do Idoso).
- Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários.
- Abandono consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção. Abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção (Art. 98 do Estatuto do Idoso).

3.4.1 Epidemiologia da violência

Dada a importância como problema de saúde pública, a violência contra a pessoa idosa tornou-se objeto de vigilância epidemiológica no Brasil a partir de 2006, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), atendendo ao que determina a Lei nº. 10.741/2003 no estatuto do idoso” (MASCARENHAS et al., 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde no ano de 2007, 18.946 idosos morreram por causas externas no Brasil, representando a sétima causa de morte da população acima de 60 anos. Nesse mesmo ano, houve cerca de 125.000 hospitalizações de idosos por essa causa (VALADARES; SOUZA, 2010).

Em 2009, as causas externas (acidentes e violência) ocuparam a sexta posição entre os óbitos de idosos no Brasil, totalizando 21.453 mortes, das quais 1.929 foram devidas a agressões (homicídios). O risco de morte por homicídio entre idosos foi de 9,9 por 100 mil idosos, sendo que o risco de morte entre homens (19/100 mil) foi sete vezes o das mulheres (2,7/100 mil) na mesma faixa etária (MASCARENHAS et al., 2012).

Estudos desenvolvidos em âmbito de cidades e de abrangência nacional mostram que os coeficientes de mortalidade de idosos por causas externas são muito próximos aos do grupo de 15 a 29 anos, tradicionalmente reconhecido como o mais afetado. Entretanto, em relação aos tipos de causas, os idosos diferem bastante da população geral. O componente não intencional é preponderante entre os idosos; as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito são mais altas e as de homicídios são mais baixas. Assim, os idosos têm riscos peculiares, por isso requerem abordagens específicas sobre esse tema (SANTOS et al., 2010).

Em estudo que analisou os números da morbimortalidade no Brasil por acidentes e violência entre maiores de 60 anos no ano 2000, com base em dados provenientes dos Sistemas de Informações de Mortalidade e de Internação Hospitalar do Ministério da Saúde, verificou-se que a população idosa teve taxa de mortalidade por essas causas de 92,1 por 100.000 habitantes (SANTOS et al., 2010).

Maranhão (2013) baseado em dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República revela informações obtidas em uma pesquisa realizada durante os meses de janeiro a junho de 2013, que afirmam que o disque denuncia registrou mais de 22.754 denúncias de violência praticada contra a pessoa idosa em todo o país. Foram em média cinco queixas por hora, o que leva aproximadamente 125 queixas por dia.

Ainda segundo este autor, pouco mais de 70% dos suspeitos denunciados têm parentesco direto com a vítima, são irmãos, netos, primos, mulheres ou maridos, mas a assustadora maioria é composta pelos próprios filhos, em mais de 50% dos casos, são eles os suspeitos das agressões. Em mais de 70% das denúncias, o ataque acontece na própria casa do idoso, quase duas de cada três vítimas (64,74%) são mulheres. Mais de 47% possuem algum tipo de deficiência física. No que concerne ao perfil dos agressores 43% são mulheres e 41% homens. Ainda segundo a secretaria, a maioria dos suspeitos de agressão (36,21%) têm entre 25 e 45 anos. As violências mais denunciadas são de negligência (75,07%), psicológica (56,06%) e de abuso financeiro e econômico (45,48%), já a violência física aparece com menor frequência, somando em média 28,03%, dos casos.

Tal problemática ainda apresenta incidências maiores que as registradas, pois é difícil se ter informações e estimativas mais fidedignas e confiáveis sobre o tema, isso ocorre pela falta de integração de fontes de informação, por se tratar de um problema complexo que abrange dimensões culturais, e também por encontrar poucos estudos que reflitam essa realidade, observada através de pesquisas realizadas em bases de dados como o SCIELO e a MEDLINE, no período de setembro a novembro de 2013.

De acordo com Brasil (2008) foram registradas no Brasil, 626 notificações de violências contra idosos atendidos em serviços de saúde de referência, destas, 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%).

Foi observado também, tanto na literatura internacional quanto na brasileira, um elevado número de subnotificações em todo o mundo, além do fato de pesquisadores estimarem que 70% das lesões sofridas pelos idosos não estão nas estatísticas (CASTRO et al., 2013).

É importante destacar que os fenômenos da violência, estão entretidos com o processo de envelhecimento. Esse entrelaçamento é justificável, uma vez que o objeto de preocupação da humanidade desde o início da civilização é a velhice (SARAIVA; COUTINHO, 2012).

Essa violência contra o idoso ocorre de forma independente do nível socioeconômico e se justifica pela concepção socialmente aceita de que o idoso é considerado como algo descartável ou um peso social. Trata-se de uma parte da população pelo qual se nutre um “desejo social de morte”, que se expressa, sobretudo, nos conflitos entre gerações, maus-tratos e negligências nas esferas político-institucionais e, marcadamente, no âmbito domiciliar (MASCARENHAS et al., 2012).

Diante disto, torna-se necessária a criação de um ambiente onde a velhice não seja percebida de maneira negativa e as necessidades do idoso possam acompanhar o ritmo e estilo de vida dos demais integrantes da família (DUQUE et al, 2012).

O Relatório Mundial sobre violência, realizado pela OMS pontua que a maior incidência de agressão ao idoso acontece no âmbito familiar, sendo que a maior contribuição para maior vulnerabilidade são os seguintes fatores: o agressor vive no mesmo local que a vítima, a dependência financeira é existente entre pais e filhos, a comunicação é deficiente, falta afeto na relação e os vínculos nessas relações familiares estão se afrouxando, o idoso e a família estão se isolando, fatores culturais e socioeconômicos, distribuição de heranças e migração dos jovens deixando idosos sozinhos (OLIVEIRA et al., 2012).

A maioria das vezes os idosos são vítimas de maus tratos pela própria família, os dados chegam a quase três quartos dos casos de violência contra o idoso. A violência, dentro dos lares, atingindo idosos, alcança proporções que começam a aterrorizar, pela clandestinidade como é praticada e a cumplicidade do silêncio entre a vítima e o agressor,

pois estudos mostram que muitas vezes a violência é cometida por pessoas de sua confiança e por isso os idosos apresentam dificuldade de revelarem os maus-tratos, porque eles apresentam temor a punições e retaliações de seus agressores, ou também porque tem vergonha de denunciar seus próprios filhos pela culpa implícita de não ter sabido ensinar a eles a respeitar os mais velhos, ensinar os valores e virtudes e impor limites (VALADARES; SOUZA, 2010; REIS; ALMEIDA, 2012).

Pesquisas realizadas por Apratto Júnior (2010) mostram a dificuldade de identificar e registrar as situações de violência contra o idoso está atribuído a não disposição dos idosos em relatar facilmente os episódios de vitimização que sofre, e a não preparação de profissionais de saúde em detectar os casos de violência, algumas vezes ocorre também pelo fato de que parte das situações ainda sofre uma invisibilidade de origem social, gerada pela difusão da ideia de que a violência é um problema privado, que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Isso faz com que não tenhamos prevalências mais concretas e conseqüentemente dados mais fidedignos sobre essas situações de violência e maus-tratos contra o idoso.

3.5 CONSELHO DO IDOSO

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA (2012) em parceria com a Secretaria Geral da Presidência da República, estabeleceu o tema da participação social e do diálogo com a sociedade como central em sua agenda de estudos. Dado o recente fortalecimento das relações entre sociedade civil e Estado, por meio da ampliação e diversificação dos canais de participação tais como conselhos, comissões, conferências, audiências públicas, ouvidorias, o instituto considera fundamental conhecer estes espaços democráticos a fim de contribuir na criação de condições para seu aprimoramento.

Os conselhos de políticas públicas, aqui entendidos como espaços públicos vinculados a órgãos do Poder Executivo, têm por finalidade permitir a participação da sociedade na definição de prioridades para a agenda política, bem como na formulação, no acompanhamento e no controle das políticas públicas. São constituídos em âmbito, estaduais e municipais. Além disso, permitem a inserção de novos temas e atores sociais na agenda política.

Segundo a secretaria de direitos humanos (2013), o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) é um órgão superior de natureza e deliberação colegiada, permanente, paritário e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR. O CNDI tem por finalidade elaborar as diretrizes

para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), bem como acompanhar e avaliar a sua execução. Ao CNDI compete:

- Elaborar as diretrizes, instrumentos, normas e prioridades da política nacional do idoso, bem como controlar e fiscalizar as ações de execução;
- Zelar pela aplicação da política nacional de atendimento ao idoso;
- Dar apoio aos Conselhos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais dos Direitos do Idoso, aos órgãos estaduais, municipais e entidades não-governamentais, para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso;
- Avaliar a política desenvolvida nas esferas estadual, distrital e municipal e a atuação dos conselhos do idoso instituídos nessas áreas de governo;
- Acompanhar o reordenamento institucional, propondo, sempre que necessário, as modificações nas estruturas públicas e privadas destinadas ao atendimento do idoso;
- Apoiar a promoção de campanhas educativas sobre os direitos do idoso, com a indicação das medidas a serem adotadas nos casos de atentados ou violação desses direitos;
- Acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos do idoso;
- Elaborar o regimento interno, que será aprovado pelo voto de, no mínimo, dois terços de seus membros, nele definindo a forma de indicação do seu Presidente e Vice-Presidente.
- Acompanhar e avaliar a expedição de orientações e recomendações sobre a aplicação da Lei nº 10.741, de 2003, e dos demais atos normativos relacionados ao atendimento do idoso;
- Promover a cooperação entre os governos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e a sociedade civil organizada na formulação e execução da política nacional de atendimento dos direitos do idoso;
- Promover, em parceria com organismos governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, a identificação de sistemas de indicadores, no sentido de estabelecer metas e procedimentos com base nesses índices, para monitorar a aplicação das atividades relacionadas com o atendimento ao idoso;

- Promover a realização de estudos, debates e pesquisas sobre a aplicação e os resultados estratégicos alcançados pelos programas e projetos de atendimento ao idoso, desenvolvidos pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República;
- Estimular a ampliação e o aperfeiçoamento dos mecanismos de participação e controle social, por intermédio de rede nacional de órgãos colegiados estaduais, regionais, territoriais e municipais, visando fortalecer o atendimento dos direitos do idoso.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo consiste em uma pesquisa de campo de caráter qualitativo com abordagem exploratório descritiva. Segundo Gil (1991 apud Fernandes; Gomes, 2003, p. 6) “Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se têm informações para solucioná-lo.”

“A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, e sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc” (PORTELA, 2004 p. 2).

“A pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso. A Pesquisa Descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento” (GIL1991 apud FERNANDES; GOMES, 2003, p. 6).

4.2 Local do Estudo

A cidade de Cajazeiras é um município do interior do estado da Paraíba, pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano e localizada a 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Limita-se na região oeste com Bom Jesus e Cachoeira dos Índios, ao sul com São José de Piranhas, ao noroeste com Santa Helena, ao sudeste com Nazarezinho e ao norte e leste com São João do Rio do Peixe. Cajazeiras ocupa uma área de 565,899 Km² e de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população é de 58.446 habitantes, o que lhe classifica como o sétimo maior município em população da Paraíba (IBGE, 2010).

O presente estudo foi realizado no Município de Cajazeiras, mas precisamente no Conselho Municipal do idoso. O conselho do idoso do município de Cajazeiras funciona na casa dos conselhos, localizada na rua Coronel Peba, numero 475, bairro centro na cidade de Cajazeiras –PB. O trabalho desenvolvido no conselho do idoso em relação o atendimento não

asilar aos idosos no município de Cajazeiras se dar através de denúncias anônimas por telefone, demanda espontânea do próprio conselho, que muitas vezes é o próprio idoso e encaminhamentos dos CREAS (centro de referência especializado de assistência social), CRAS (centro de referência da assistência social), ministério público, entre outros.

O conselho do idoso é parceiro dos grupos e pastoral do idoso (paróquia São João Bosco), onde os mesmos possuem um trabalho social para manter a interação entre os idosos na comunidade, participando de oficinas, festividades em datas comemorativas, passeios turísticos, atividades físicas e religiosas, etc.

Registram-se e avaliam as denúncias para decidir como proceder cada caso. Notifica-se o acusado (a) e ou faz a visita para averiguar a situação do idoso assistido. Ressalta-se que há inúmeras denúncias dos idosos em relação a falta de prioridade no atendimento preferencial em clínicas particulares, Hospital Regional de Cajazeiras e PSF. E quando os idosos necessitam viajar as empresas de transporte intermunicipal e interestadual são resistentes em fornecer passagem livre, na maioria das vezes elas fornecem 50% do valor da passagem, sem contar que o coletivo de ônibus do município, só libera passagem sem custo mediante carteira nacional do idoso, desrespeitando o documento oficial de identificação: a carteira de identidade.

Diante do presidente do conselho do idoso, da cidade de Cajazeiras muitos casos são resolvidos, mediante acordo ou termo de responsabilidade. E outros são encaminhados aos serviços de competência: CREAS, CRAS, Secretaria de Saúde, Secretaria de Cidadania e Promoção Social, CAPS II, CAPS ad, Comunidades terapêuticas (fazenda Peão) Ministério Público, onde a estrutura física e de recursos humanos dos serviços são adequados e satisfatórios.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por todos os conselheiros que fazem parte do Conselho do Idoso do Município de Cajazeiras. A amostra foi por conveniência, composta pelos conselheiros que se adequaram aos critérios de inclusão estabelecidos.

4.4 Critérios de Inclusão

Foram inclusos na amostra deste estudo os conselheiros que estão em atividade no Conselho do idoso a mais de dois meses.

4.5 Procedimentos de Coleta dos Dados

Inicialmente foi realizada uma visita prévia ao Conselho do Idoso do Município de Cajazeiras, para explicar ao Presidente do referido Conselho sobre a pesquisa e solicitei a assinatura do termo de anuência em que a instituição concorda com o desenvolvimento da mesma. Em seguida o projeto de pesquisa foi enviado a Plataforma Brasil para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/CONEP da Universidade Federal de Campina Grande.

Após aprovação do projeto, iniciou-se a coleta de dados no mês de novembro, realizada pelo próprio pesquisador por meio de entrevista gravada seguindo um roteiro semi-estruturado, respeitando a disponibilidade dos conselheiros e com sua concordância em participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

4.6 Instrumento de Coleta dos dados:

O instrumento para a coleta dos dados utilizados no referido estudo foi um roteiro de entrevista semi-estruturado construído a partir de perguntas objetivas e subjetivas com finalidade de atingir os objetivos propostos para a pesquisa, sendo composto por duas partes: na primeira contemplam-se os dados sociodemográficos da amostra, na segunda, parte os dados referentes às perguntas subjetivas do estudo.

4.7 Análise e interpretação dos resultados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, para garantir a fidedignidade das mesmas. Os dados sócios demográficos obtidos foram analisados a partir de estatística descritiva e organizados em tabelas construídas de acordo com o Programa Microsoft Office Excel for Windows 2007. OS dados qualitativos foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual é composta pelas seguintes fases: a pré-análise que tem o objetivo de sistematização, para que o pesquisador possa conduzir as operações sucessivas da análise; a exploração do material, a inferência e a interpretação dos resultados encontrados.

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa realizada respeitou os aspectos éticos de estudos com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução nº. 466, de dezembro de 2012. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e asseguram aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação, em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte da pesquisa dez conselheiros que atuavam no Conselho Municipal de Idosos da cidade de Cajazeiras, que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa estabelecidos e que aceitaram participar espontaneamente do estudo. Os resultados foram agrupados em duas etapas, sendo a primeira a caracterização dos participantes através do perfil sócio demográfico dos mesmos e a segunda está relacionada aos saberes e práticas dos conselheiros entrevistados. Entre esses saberes incluem-se a descrição por parte dos conselheiros sobre o perfil dos agressores e tipos de agressões praticadas contra os idosos. Espera-se, assim facilitar a leitura e a compreensão dos dados analisados.

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por sexo, faixa etária e estado civil. Cajazeiras, 2014

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	03	30%
Feminino	07	70%
Faixa etária		
Entre 30 e 40 anos	06	60%
Entre 41 e 50 anos	03	30%
Entre 51 e 60 anos	01	10%
Estado civil		
Solteiro	01	10%
Casado	08	80%
Divorciado	01	10%
TOTAL	10	100%

No que concerne à distribuição dos conselheiros por sexo, dos dez entrevistados, três são do sexo masculino (30%) e sete são do sexo feminino (70%).

No que diz respeito a faixa etária dos participantes o estudo mostrou que os profissionais atuantes no conselho do idoso, apresentavam idade entre 30 e 60 anos, onde seis pessoas (60%) tinha faixa etária entre 30 a 40 anos, três (30%) entre 41 a 50 anos e uma (10%) pessoa com 60 anos, totalizando os 100% dos entrevistados.

Quanto ao estado civil dentre os participantes, oito são casados e apenas uma pessoa solteira (10%), uma divorciada (10%), sendo assim o estado civil que prevaleceu foi o de casado com (80%).

Tabela 2 – Distribuição dos conselheiros por profissão, nível de escolaridade e curso de capacitação. Cajazeiras, 2014.

Variáveis Nível de escolaridade	N	%
Ensino fundamental	02	20%
Ensino médio	05	50%
Ensino superior	01	10%
Pós graduação	02	20%
Profissão		
Do lar	01	10%
Funcionário Público	03	30%
Militar reformado	01	10%
Agente Administrativo	01	10%
Professor	01	10%
Assistente social	01	10%
Técnico em enfermagem	01	10%
Auxiliar em serviços gerais	01	10%

No tocante ao nível de escolaridade dos entrevistados, verificou-se que duas pessoas (20%) apresentam ensino fundamental completo, cinco possuíam ensino médio (50%), uma ensino superior (10%), e duas pessoas (20%) com pós-graduação.

Segundo França, Gasparini, Loureiro; (2004) o nível de escolaridade é apontado como o fator determinante para aumentar a distribuição de renda e qualificar o profissional para um melhor desempenho diante do trabalho que exerce.

No que diz respeito as profissões dos conselheiros, observou-se que a maior parte são funcionários públicos com 30% dos entrevistados e 10% para as demais profissões citadas: militar reformado, agente administrativo, professor, assistente social, técnica em enfermagem, auxiliar em serviços gerais e trabalhador do lar.

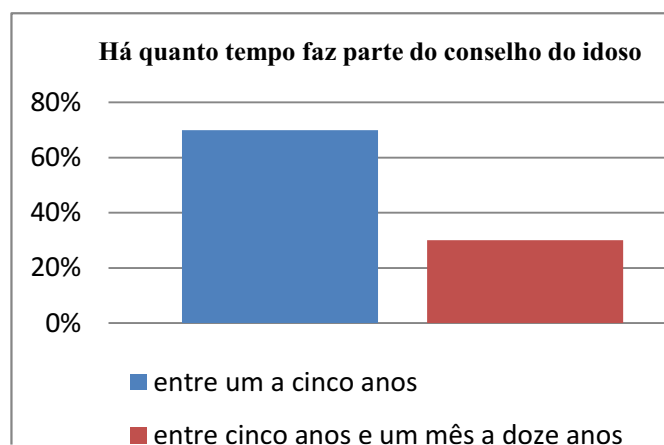


Gráfico 1- Distribuição dos conselheiros por tempo se serviço. Cajazeiras/PB, 2014.

No estudo foi verificado ainda o tempo de participação dos conselheiros no conselho do idoso, onde três conselheiros fazem parte do mesmo há doze anos, ou seja, desde sua fundação, e os outros sete membros apresentaram entre um a cinco anos de participação.

Estes resultados demonstram que os conselheiros atuam diante do serviço por um período de tempo bastante significativo o que lhes confere conhecimento das necessidades dos idosos e capacidade de atuar com maior segurança diante das situações que vivenciam.

Cavichioli (2009) corrobora, afirmando que todos os profissionais que atuam na área da gerontologia, ou que trabalham de certa forma com idosos, devem estar atentos e assumir o papel de educadores sociais, trabalhando numa proposta emancipatória, observando os interesses coletivos, buscando parcerias e realizando articulações, viabilizando não só a garantia dos direitos, mas também proporcionando que esses espaços sejam locais de organização de estudos e discussões. Como defendido, é preciso atuar no sentido de fazer o espaço tornar-se reconhecido por todos e realizar um trabalho de mudança na concepção coletiva acerca da importância e do valor do idoso. No entanto para que isso ocorra é necessário uma certa estabilidade no serviço, visto que não se consegue alcançar um objetivo deste porte em pouco tempo de trabalho.

Essas experiências de participação apesar de terem muitas dificuldades e desafios estão se mostrando como relações importantes no controle social, em que a sociedade civil fiscaliza as ações públicas e privadas e aponta a direção para onde devem ser construídas as políticas sociais.

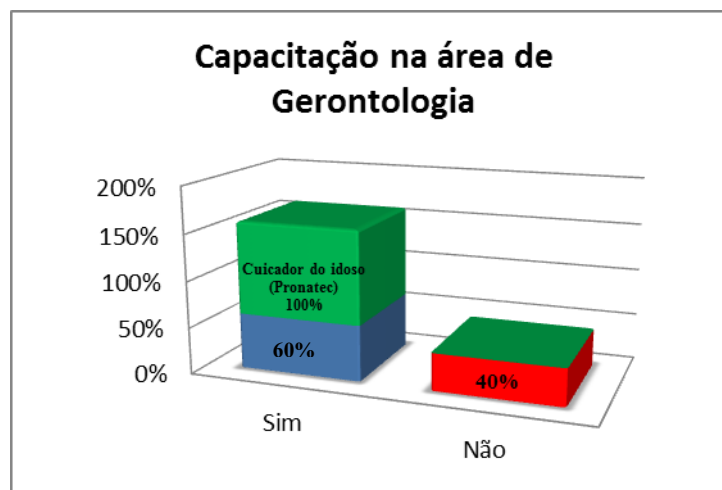


Gráfico 2 – Distribuição dos conselheiros por capacitação. Cajazeiras/PB 2014.

No que concerne a capacitação destes membros, quando os mesmos foram entrevistados e questionados se possuíam algum curso de capacitação na área de gerontologia, (60%) dos entrevistados responderam que sim, e (40%) da amostra responderam que não possuíam nenhuma capacitação. Todos que afirmaram ter capacitação na área de gerontologia, disseram que possuem o curso de cuidador do idoso, oferecido pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC).

Os resultados obtidos neste estudo demonstram a necessidade de que todos os conselheiros possuam alguma capacitação na área de gerontologia para melhorar atuação dos mesmos nos cargos que ocupam, assim como para prestar um atendimento qualificado aos idosos e suas famílias.

Portanto, é somente através da formação que se consegue adquirir conhecimentos necessários para conhecer e melhorar atuação junto à população atendida, no sentido de implementar ações necessárias e eficazes para a comunidade atendida. Tais resultados corroboram com o que diz CAVICHIOLI (2009).

“O conjunto organizado da sociedade deve assumir essa direção, nos espaços de participação coletiva, para em conjunto articular esforços, como alternativa de mudança dos padrões centralizados de decisão. O conselheiro, em razão disso, precisa de qualificação, de informação, para saber representar os direitos sociais e os interesses dos idosos. A qualificação, contudo, não pode ser no sentido de tornar o conselheiro um especialista, pois excluiria os demais sujeitos envolvidos, os colaboradores, mas, deveria ser voltada à Entidade representativa, (...). a qualificação permanente é outra possibilidade para aqueles que permanecem e principalmente para os que são substituídos, que entram, às vezes, sem saber por que estão ali, simplesmente porque a Instituição exigiu, sem o seu consentimento.”

5.2 Perfil do agressor

No tocante ao perfil do agressor evidenciou-se que todos os entrevistados, ou seja, (100%) afirmaram que os agressores são os próprios familiares dos idosos, havendo uma incoerência, pois os agressores desses idosos são os que “deveriam” cuidar, proteger e amar eles, no entanto isso ocorre de forma antagônica.

Pode-se perceber nas falas dos participantes que os filhos e netos são os principais agressores, em segundo lugar vêm os sobrinhos, noras e genros, ou seja, ocorre com menor frequência de casos, e em terceiro lugar, com poucos casos são os vizinhos, até porque é muito mais comum encontrar os próprios familiares cuidando desses idosos do que vizinhos, logo percebe-se o porque da existência de poucos casos.

O estudo ora realizado corrobora com a pesquisa realizada por Reis e Almeida (2012) na qual é demonstrado que os maiores agressores são filhos, netos, noras, ou seja, parentes mais próximos que convivem diariamente com o idoso no domicílio. Isso evidencia um grave problema, pois aqueles que deveriam proteger os idosos são os que mais praticam a violência contra ele.

De acordo com Valadares e Souza (2010), os mesmos relatam em seus estudos que a maioria das queixas de violência contra idosos refere-se à violência praticada por parentes. Noventa por cento dos casos de violência contra esse grupo ocorrem no interior dos lares; 2/3 dos agressores são filhos homens, noras, genros e cônjuges.

Dados internacionais, mais precisamente nos Estados Unidos mostram que o espaço doméstico abriga 90% dos casos de maus-tratos e negligência notificados. Destes, dois terços dos agressores seriam os filhos e cônjuges, o perfil de maior frequência do perpetrador familiar é o do filho homem, seguidos das noras, genros e esposos (SOUSA, et al., 2010).

Quanto a faixa etária, os agressores possuem entre 14 a 45 anos de idade. Ainda segundo os participantes deste estudo a maioria dos casos de violência ocorre na faixa etária

de transição de adolescência para adulto, e geralmente há registros dessa faixa etária, porque são exatamente as idades dos filhos, noras, genros, sobrinhos e netos.

No tocante a ocupação do agressor, todos os entrevistados responderam que os agressores não possuem nenhuma ocupação e geralmente são usuários de drogas, ou seja, eles (os agressores) além de dependerem financeiramente desses idosos, também extorquem dinheiros desses vulneráveis para manterem os seus vícios, observa-se também em outras falas que há a presença não só de drogas, mas também do álcool.

Segundo Valadares e Souza, (2010), há uma forte associação nos casos em que o agressor físico e/ou agressor emocional usa drogas e o que contribuem para a maior vulnerabilidade das vítimas são os seguintes fatores: o agressor viver na mesma casa que a vítima; existirem relações de dependência financeira entre pais e filhos; o ambiente de pouca comunicação, há pouco afeto entre pais e filhos e demais membros da família.

Estudo realizado por Sousa, et al., (2010), também afirma que uma característica notável é o fato de que a maioria dos casos, constata-se abuso de álcool e drogas, no ambiente familiar, agregada a uma relação pouco comunicativo e afetivo e histórico de agressividade nas relações com seus familiares.

A pesquisa realizada por Nascimento (2011), corrobora com os resultados da presente pesquisa, mostra que 50% dos agressores dos idosos demonstram problemas com bebida alcoólica; que agressores físicos e emocionais usam álcool e drogas.

5.3 Principais agressões praticadas contra os idosos

Na Tabela 3 estão os principais tipos de agressões praticadas contra os idosos. As agressões encontradas nos discursos foram agressões físicas (maus tratos e espancamento), agressões psicológicas (agressões verbais, ameaças e torturas), agressões financeiras (extorsão de dinheiro dos idosos, furtos e também realizam empréstimos sem que o idoso tome conhecimento da situação e/ou autorização), negligência, abandono, e agressão sexual.

A Organização Mundial de Saúde (2002) define violência da seguinte forma: “O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Tabela 3. Tipos de agressões praticadas contra os idosos. Cajazeiras/PB, 2013.

Percebe-se que eles repetiram muito os tipos de agressão. As agressões físicas e psicológicas foram abalizadas em todas as entrevistas, ou seja, 10 vezes, já a agressão financeira foi apontada por nove entrevistados.

Agressões praticadas contra os idosos	N	%
Agressões físicas	10	100%
Agressões psicológicas	10	100%
Agressões financeiras	09	90%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A violência contra os idosos ocorre de diferentes formas, e por isso mesmo, sua identificação se torna difícil dependendo do contexto cultural em que o idoso esteja inserido. Nas palavras de Nelson Mandela, publicadas no relatório mundial sobre violência da OMS ele diz “Muitos dos que convivem com a violência dia após dia, assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade”.

Porém as agressões que foram mais relatadas como as principais ou as mais comuns foram as agressões financeiras, psicológicas e físicas, como evidencia as falas:

As principais são agressões verbais, físicas, psicológicas e financeiras. A maioria dos idosos são ameaçados pelos filhos e são coagidos pelos familiares. Muitas vezes eles mentem na hora da visita e negam que sofrem essa violência por temer aos parentes, quase todos os casos de violência são para extorquir dinheiro da vítima (Ent. C.)

[...] as principais são agressões físicas e psicológicas, abandono do idoso, existe também muita agressão financeira, eles os agressores fazem empréstimos nos cartões dos idosos para seu bem estar e não para o bem estar do idoso. É importante lembrar que essas agressões já estão atingindo as classes sociais mais econômicas (Ent. I).

[...]psicológicas (verbais e ameaças), física, financeira e com pouca frequência a violência sexual. Há muitas denúncias dos familiares, queixando-se que o idoso é dependente químico, ou seja, faz uso de álcool ou outras drogas (Ent. F)

[...] a agressão física é a principal, depois vem a verbal, psicológica e a financeira. Os agressores são muito violentos e agride logo para fazer medo ao idoso e pegar o dinheiro da aposentadoria do idoso (Ent. G)

Na presente pesquisa percebe-se que a violência física é uma das mais comuns segundo os nossos entrevistados. Já a pesquisa realizada por Shimho, Mantovani e Labronici, (2011) constatou que entre os tipos de violência contra o idoso a mais comuns é o abandono/negligência, observado por 25% dos casos; a violência econômica, por 24%; a psicológica, por 21%; e a autonegligência, em 19% das respostas. Já em relação a violência física houve uma discordância, pois o mesmo afirma que quanto aos tipos de violência, a física e a sexual foram apontadas com menor incidência entre os entrevistados com 9% e 6%, respectivamente.

Para melhor visualização dos achados subjetivos deste estudo optou-se por constituir duas categorias: atitude dos conselheiros após denúncias e desfechos dos casos apurados.

Atitude dos conselheiros após denúncias

É notória a preocupação dos conselheiros em analisar a veracidade das denúncias, pois todos afirmaram que fazem uma visita na residência desses idosos que até então, estão sendo supostamente agredidos. Esta visita como assim eles as chamam, existem para verificar a veracidade das denúncias, além de verificar também o tipo de violência e a partir daí tomar as providências necessárias para que esse anúncio seja esclarecido.

Percebe-se também a preocupação por parte dos conselheiros com o bem estar psicossocial do idoso, uma vez que eles não se preocupam unicamente com a punição dos agressores, mas também tem todo um cuidado com o idoso, através de encaminhamentos desses idosos para psicólogos, assistentes sociais e CAPS, quando necessário.

[...] nós realizamos as visitas para ver se houve a violência. A maioria dos casos são denunciados pelos vizinhos e familiares distantes, que não tem acesso diretamente com o idoso. (Ent. C).

[...] nós vamos realizar as visitas juntamente com outros profissionais como, por exemplo, psicólogo e assistente social. Em todas as ocorrências os agressores fazem uso de álcool e drogas. Todos os agressores eles são punidos,

alguns ficam presos e cumprem penas em regime fechado, e outros cumprem em regime alternativo. (Ent. I)

Realiza visita domiciliar para averiguar a situação e tomar as devidas providências e/ou encaminhar para órgãos competentes (ministério público, delegacia, CRAS, CREAS, CAPS ad) (Ent. F).

[...] a gente vai lá averiguar e vê se é verdade, se a denuncia é verdadeira, porque as vezes não são. Muitas vezes o próprio idoso nega as violências por amor ao (s) filho(s) e também por temê-lo(s) (Ent. G).

Após as denúncias, é feita uma visita ao idoso para constatar a veracidade dos fatos, constatado o fato é solicitado um estudo psicossocial e mediante estudo é encaminhado para o ministério público. Caso o agressor for pego em flagrante, ou constatou que o idoso está vulnerável, imediatamente será tomadas medidas emergenciais. [...] (Ent. J).

Conforme o Estatuto do Idoso (2003) a função do conselho do idoso é supervisionar, acompanhar, fiscalizar e avaliar a política nacional do idoso, para garantir ou assegurar os direitos e deveres dos idosos no âmbito da União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Logo após a existência da denuncia de agressão contra o idoso, seja ela qual for, cabe ao conselho fiscalizar e avaliar a situação.

Logo, percebe-se a partir das falas dos entrevistados que os conselheiros estão agindo de forma coerente, ou seja, estão agindo corretamente sem tomar decisões precipitadas ou então deixar de tomá-las, de acordo com o estatuto do idoso.

Desfechos dos casos apurados

De acordo com os conselheiros entrevistados a maioria dos casos não são solucionados no conselho, apenas quando ocorre somente a agressão psicológica que envolve agressão moral ou verbal, porém quando há casos mais complexos como extorsão de dinheiro ou espancamento, estes são encaminhados para o ministério público ou para outros órgãos competentes, como afirma a Lei N° 12.548 do conselho estadual do idoso, e dever do conselho buscar parcerias com os Órgãos Públicos e Instituições da Sociedade Civil com foco na execução dos seus objetivos e zelando pelo cumprimento da Política concernente à pessoa idosa.

Alguns casos sim, o próprio conselho consegue solucionar, porém outros são encaminhados para o ministério público através do presidente do conselho do idoso. Os casos que são encaminhados para o ministério, geralmente são os financeiros, ou seja, os que estão com problemas de cartões, contas no banco que algum parente próximo obteve para realizar empréstimos (Ent. A).

São solucionados no ministério público, como por exemplo os casos mais relevantes como agressão física, abandono, extorsão de dinheiro, os que são resolvidos no conselho são aqueles simples, quando ocorrem agressão psicológica, moral e graças a Deus até hoje nunca teve reincidência de casos, eles são totalmente solucionados, não havendo casos de aqueles idosos ou familiares voltarem a procurar o conselho. (Ent. I)

Quando os casos são simples como, por exemplo, as agressões verbais são solucionadas no conselho, mas quando são casos de violência física ou financeira, então são encaminhados para o promotor. (Ent. H)

Alguns são solucionados no próprio conselho como violência não física e violência verbal e outros são encaminhados, como por exemplo: extorsão de dinheiro, agressão física, abuso sexual, cárcere de privado. (Ent.F).

É função dos Conselheiros em Direitos Humanos: acompanhar o reordenamento institucional, propondo, sempre que necessário, as modificações nas estruturas públicas e privadas destinadas ao atendimento do idoso. Acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos do idoso; e prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

Conforme Reis; Almeida, (2012) dependendo do tipo de violência, se for violência física, por exemplo, é um atendimento diferencial e se for outras violências como as ordem moral, de ordem de trato e de zelo, a esse tipo de atendimento envolve além da policial a atuação do Serviço Social, sendo assim as atitudes tomadas pelo o conselho do idoso do município de cajazeiras estão de acordo com outras literaturas pertinentes.

Segundo Lobato (2009) o processo de envelhecer com dignidade não é uma “responsabilidade individual, mas sim responsabilidade coletiva. Implica não só a criação de políticas como também a garantia de acesso dos idosos a essas políticas”. Então entende-se que quando o amparo e o cuidado com o idoso não existe no âmbito familiar, a função passa a ser nível município e/ou estadual.

Art. 9 do Estatuto do Idoso:

“É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa contribuiu para evidenciar a realidade local no que tange as questões relativas a violência contra o idoso. Através da mesma constatou-se que os principais agressores dos idosos são os próprios familiares, principalmente filhos e netos. Constatou-se também que as principais agressões são as físicas e psicológicas, porém todas ou na maioria das vezes essas agressões existem devido a uma tentativa de extorsão de dinheiro da vítima, sendo assim a agressão financeira também entra como uma das principais. Observou-se também que todos os agressores não possuem ocupação, ou seja, não trabalham e dependem financeiramente desses idosos, e em sua maior parte fazem uso de drogas lícitas e ilícitas. Uma grande dificuldade enfrentada pelos conselheiros é a de que na maioria das vezes o idoso nega a agressão por medo, amor ou piedade aos filhos, netos ou outros familiares.

Os dados encontrados nos levam a questionar sobre a fragilidade da pessoa idosa, nota-se que o entendimento sobre a defesa do idoso com relação a família deixa a desejar perante a constatação de casos de violência contra o idoso por parte da própria família. Diante disso faz-se necessário a criação de espaços de discussão e comunicação dos participantes do processo, de forma a possibilitar o enfrentamento da situação e auxiliar o idoso a lidar com o problema, é visível a importância de se constituir um ambiente onde a velhice não seja percebida de maneira negativa e as necessidades do idoso possam acompanhar o ritmo e estilo de vida dos demais integrantes da família.

Observa-se nas respostas que há um aproveitamento deste suporte social, ou seja, há uma procura significativa por partes da comunidade para com o conselho do idoso, para solucionar os casos de violência contra os idosos, logo o papel do conselho do idoso do município de Cajazeiras destaca-se como relevante, pois torna-se um apoio fiel ou suporte social para as políticas públicas de proteção aos idosos, tendo em vista que segundo o presidente do conselho nunca houve casos de reincidência.

Porém é necessário à implementação de medidas educativas e da mobilização social com o objetivo de esclarecer aos idosos os seus direitos, orientar quanto à atitude apropriada a adotar diante da agressão, facilitar a denúncia e a obtenção de apoio ou ajuda, buscar junto à sociedade uma sensibilização para o problema e sua participação na construção de uma rede de proteção ao idoso, uma vez quando há as denúncias, as vezes os próprios idosos as desmentem por medo do agressor ou por vergonha, já que se considera o culpado da situação por não ter sabido educar seus próprios filhos.

Alguns estudiosos sugerem um protocolo de identificação de violência que vá além da pura investigação de sinais e sintomas clínicos por profissionais da saúde, mas que utilize como critério alguns dos fatores propostos pela OMS, como abuso financeiro, portadores de demência, incluindo-se tipos de lesões e de causas externas, cuidadores estressados, portadores de doença mental ou alcoolistas, isolamento social, relações de dependência financeira e co-residência com o agressor, padronizar as fichas de atendimento pré hospitalar e hospitalar, facilitando a atendimento desses profissionais de saúde, não só os enfermeiros, mas também de toda equipe interdisciplinar.

E para que haja uma mobilização social, é essencial que ocorram mudanças públicas com relação à esses protocolos, participação de múltiplos setores da sociedade em campanhas de prevenção, paralelamente ao desenvolvimento e treinamento dos profissionais não só da saúde, mas também da educação, através de setores formais com escolas e universidades, pelos meios de comunicação; e, principalmente, normatização das resposta legislativas, aumento de financiamento para redes sociais que atuam no combate a esse tipo de violência. Até porque a necessidade da conscientização de que violência contra o idoso é um fato mundial que acomete não só o Brasil, mas também outros países desenvolvidos e subdesenvolvidos, portanto, deveria ser passível de uma investigação de prevalência mundial.

7. REFERÊNCIAS

APRATTO JÚNIOR, P. C. **A Violência Doméstica Contra Idosos nas Áreas de Abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil)**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. V.15 n 6, p.p 2983-2995, 2010. Acesso em setembro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf>

ARAÚJO, L. F.; CRUZ, E. A.; ROCHA, R. A. **Representações Sociais da Violência na Velhice: Estudo Comparativo entre Profissionais de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde**. Rev. Psicologia & Sociedade. v.25 n 1, p.p 203-2012, 2013. Acessado em outubro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n1/22.pdf>

APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, L. A. **Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da saúde** Rev. Escola de enfermagem USP, v 42 n. 3 p.p 474- 482. 2008. Acessado em março de 2014 em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a08.pdf>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. p. 126, 2011.

BERNARDES, M. A. F. **Conselhos de Representação: espaços para os idosos se organizarem na defesa de seus direitos**. Rev. Kairós, São Paulo, vol. 10 n 2, pp. 107-121 dezembro de 2007. Acessado em março de 2014 em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2593/1647>

BRASIL, M. S. **Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. Resolução nº 466/12 sobre a pesquisa envolvendo os seres humanos. Brasília, 2013. Acessado em outubro de 2013, em http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

BRASIL, M. S. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1.^a edição, 1.^a reimpressão, Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2007. Acessado em setembro de 2013, em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>

CAVICHIOLO, C. S. **Conselho municipal do idoso de Florianópolis Como esfera pública: experiências e concepções dos Conselheiros.** Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, sc. 2009. Acessado em março de 2014 em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial284674.pdf>

CASTRO, A. P. et al. **Violência na Velhice: Abordagens em Periódicos Nacionais Indexados.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.18 n 5, p.p 1283-1292, 2013. Acessado em setembro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/13.pdf>

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso.** 2ª edição, p.16-20. Belo horizonte, 2013. Acessado em outubro de 2013, em <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>

DUQUE, A. M. et al. **Violência Contra Idosos no Ambiente Doméstico: Prevalência e Fatores Associados (Recife/PE).** Rev. Ciência & Saúde Coletiva. V.17 n 8, p.p 2199-2208, 2012. Acessado em setembro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/30.pdf>

FRANÇA, G. N.; GASPARINI, C. E.; LOUREIRO, P. R. A. **Relação entre escolaridade e renda no brasil na década de 1990.** Acessado em março de 2014 em: http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/ Mesa8_texto3.pdf

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. **Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: Características e modalidades de investigação.** Rev. ConTexto, V. 3, n 4, 1º semestre. Porto Alegre, 2003. Acessado em março de 2014 em: <file:///C:/Users/Eug%C3%AAnia%20Raquel/Downloads/11638-39037-1-PB.pdf>

HUMANOS, C. F. C. D. Abril – Julho de 2006. Acessado em março de 2014 em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/a_pdf/modulo3-tema1-aula7.pdf

MASCARENHAS, M. D. M. et al. **Violência Contra a Pessoa Idosa: Análise das Notificações Realizadas no Setor Saúde – Brasil, 2010.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva. V.17 n 9, p.p 2331-2341, 2012. Acessado em outubro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf>

MARANHÃO, F. **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**. São Paulo, 2013. Acessado em setembro de 2013, em <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/10/01/parentes-sao-agressores-em-7-de-cada-10-denuncias-de-violencia-contra-o-idoso.htm>

MINAYO, M. C. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2ª edição, 2008. Acessado em setembro de 2013, em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf

NASCIMENTO, L. F. **Estudo bibliométrico sobre violência intrafamiliar no Brasil 2000-2010**, Trabalho de Conclusão de Curso. Campina Grande-Paraíba, 2011. Acessado em outubro de 2013, em <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/1594/1/PDF%20-%20Luiz%20Francisco%20do%20Nascimento.pdf>

OLIVEIRA, S. C. et al. **Violência em Idosos após a Aprovação do Estatuto do Idoso: Revisão Integrativa**. Rev. Eletrônica de Enfermagem, v.14 n 4, p.p 974-82, out-dez/ 2012. Acessado em setembro de 2013, em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a27.htm>

PORTELA, G. L. **Abordagens teórico-metodológicas**. Projeto de Pesquisa no ensino de Letras para o Curso de Formação de Professores da UEFS, 2004. Acessado em outubro de 2013, em http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uefs.br%2Fdisciplinas%2Flet318%2Fabordagens_metodologicas.

PESQUISA, R. **Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso na Visão de seus Conselheiros**. Brasília, 2012. Acessado em outubro de 2013, em http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/120409_relatorio_direitos_idoso.pdf

PAIXÃO, J. R, C. M. et al. **Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos**.

Cad. Saúde Pública, v. 23 n 9, p.p 2013-2022, Rio de Janeiro, set. 2007. Revisão 2013. Acessado em outubro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/03.pdf>

REIS, H. M. S.; ALMEIDA, J. M. **O Olhar Acolhedor para os Idosos, Vítimas de Violência Familiar.** Rev. Saúde e Desenvolvimento, v. n 1, Jan –Jun/ 2012. Acessado em setembro de 2013, em <http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/78/40>

REPÚBLICA, S. D. H. P. **Estatuto do Idoso. Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003.** Brasília, 2013. Acessado em setembro de 2013, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

REPÚBLICA, S. D. H. P. **Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.** Escrito por Redação. Agosto de 2013. Acessado em outubro de 2013, em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cndi>

SANTOS, E. R. et al. **Cenário do Atendimento aos Agravos Provocados por Acidentes e Violência Contra Idosos na Rede SUS de Manaus (AM, Brasil).** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.15 n 6, p.p 2741-2752, 2010. Acessado em setembro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a12v15n6.pdf>

SAÚDE, O. M. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde.** Genebra, 2007.

SILVA, E.L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 4ª edição. Florianópolis, 2005. Acessado em outubro de 2013, em http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3439.pdf

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. **Meios de Comunicação Impressos, representações Sociais e Violência Contra Idosos** Psicologia em Estudo, V. 17, n. 2, p. 205-214, abr./jun. Maringá, 2012. Acessado em outubro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a03.pdf>

SOUSA, D. J. et al. **Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.13 n.2, Rio de Janeiro ago. 2010. Acessado em outubro de 2013,

em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=es&nrm=iso

SHIMBO, A. Y.; MANTOVANI, M. F.; LABRONICI, L. M. **Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família.** Rev. Esc Anna Nery (impr.) V.15. n 3.p.p 506-510. jul-set; 2011. Acessado em outubro de 2013, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300009

SAÚDE, O. M., **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**, v. 1, p.p 1-49. 2002

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORÉ, C.L.O.O. **Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.17 n 8, p.p 2095-2103, 2012. Acessado em setembro de 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/20.pdf>

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. **Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, V. 15 n 6, p.p 2763-2774, 2010. Acessado em outubro de 2013, em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n6/a14v15n6.pdf>

ANEXOS

ANEXO A
ESTADO DA PARAÍBA
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS
SACRETARIA DE CIDADANIA E PROMOÇÃO SOCIAL
CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **“Violência contra a pessoa idosa: saberes e práticas de conselheiros”** a ser desenvolvida pelo(a) aluno(a) Eugênia Raquel Tavares Gomes, sob orientação da professora Mestranda Iluska Pinto da Costa e está autorizada para ser realizada junto ao conselho dos idosos destes serviços.

Outrosim, esclarecemos que para ter acesso a qualquer informação referente ao conselho citado, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Sem mais,

Cajazeiras, 02 de dezembro de 2013

LIDUÍNO MACIEL DE OLIVEIRA

CPF. 486228934-72

Presidente do conselho do idoso

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. INFORMAÇÕES A(O) PARTICIPANTE

- 1.1.** Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa a atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil, regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes de pesquisa.
- 1.2.** Atendendo à referida Resolução, esse Termo contém informações a cercado projeto de pesquisa e seu(s) responsável (eis) abaixo mencionado(s). De pleno direito, o (a) participante deverá tomar conhecimento do teor do projeto para que possa de modo esclarecido e livre de quaisquer imposições, decidir por sua inclusão, através de sua assinatura no final do termo, ficando de posse de uma de suas vias, e a outra, de posse do pesquisador.

2. IDENTIFICAÇÃO

- 2.1. Título do Projeto de Pesquisa:** Violência contra a pessoa idosa: saberes e praticas dos conselheiros
- 2.2. Nome do pesquisador Responsável:** Iluska Pinto da Costa
- 2.3. Nome do pesquisador participante:** Eugênia Raquel Tavares Gomes
- 2.4. Instituição proponente:** Universidade Federal de Campina Grande, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras – PB, tel: 35322075 e 3532 2074.
- 2.5. Finalidades:** Projeto de pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso.

3. INFORMAÇÕES ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA

3.1 Justificativas: A justificativa deste estudo baseia-se, nos poucos estudos que representem a situação local da violência contra o idoso, na afinidade com a temática, na necessidade de ampliar os conhecimentos nesta área e mais precisamente em nossa realidade paraibana e no anseio de aperfeiçoar o olhar dos profissionais de saúde para a detecção da violência contra a pessoa idosa.

3.2 Objetivos: Conhecer os saberes e práticas dos conselheiros acerca da violência contra a pessoa idosa; Caracterizar o perfil sócio demográfico dos conselheiros; Identificar o perfil do agressor da pessoa idosa; Descrever quais as principais causas de agressão contra a pessoa idosa; Descrever os tipos de agressões que mais ocorre contra os idosos.

3.3 Procedimentos: Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa sobre a violência contra a pessoa idosa: saberes e práticas de conselheiros no Município de Cajazeiras-PB. Os dados serão coletados após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras, através da aplicação de um questionário semiestruturado junto aos conselheiros que atendem os critérios de inclusão de estudo.

3.4 Riscos ou desconfortos: Riscos: o estudo em si não oferece risco potencial aos conselheiros, no entanto, estes podem se sentir constrangidos ao responderem algumas perguntas, já que esse se trata de um tema que enfrenta muita dificuldade. Porém os dados serão analisados e discutidos garantindo os preceitos éticos legais e a integridade dos entrevistados.

3.5 Benefícios esperados: espera-se que as reflexões advindas da realização desse estudo possam contribuir para que a população tome conhecimento a cerca da problemática, de modo que este proporcione uma melhoria na qualidade de saúde dos idosos no geral.

4. GARANTIAS A (O) PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimentos da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do(a) participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível a(o) participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

4.6 Garantia de que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável, que estará acessível para esclarecimento e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa de Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares, CEP: 589000-000, Cajazeiras – PB, tel: 3532-2075 e 3532 -2074 que avaliou o trabalho e aprovou o termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender seus direitos, caso manifeste esse desejo.

5. CONTATO(S) DISPONIBILIZADO(S) PELO(S) PESQUISADOR(ES)

O(s) pesquisador(es): Iluska Pinto da Costa e Eugênia Raquel Tavares Gomes

5.1 Ciente(s) da importância da participação do voluntário, o agradece(m) por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2 Se compromete(m), reiteradamente, a cumprir a resolução 466/12, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3 Como prova de compromisso, disponibiliza(m) seus dados para contato ao participante:

Dados completos do(s) Pesquisador(es) para contato:

Nome: ILUSKA PINTO DA COSTA

Endereço completo: Rua Emídio Assis, 46, Jardim Oásis, Cajazeiras – PB. CEP: 58900-000.

Telefone: (83) 99062027

E-mail: lucosta.ufcg@gmail.com

Nome: EUGÊNIA RAQUEL TAVARES GOMES

Endereço completo: Rua José Leite de Oliveira, 174, Dondon Palitot, São José de Piranhas – PB. CEP: 58940-000.

Telefone: (83) 91934744 e (83) 96710890

E-mail: eugeniaraquelsjp@hotmail.com ou eugenia_raquelemario@hotmail.com

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras, PB.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PESQUISA:

I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

01 - Sexo: () Masculino () Feminino

02 - Idade: _____ anos

03 - Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Outros

06 - Profissão: _____

07 - Nível de escolaridade:

() Ensino fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós- graduação

08 - Tem capacitação na área de Gerontologia: Sim () Não ()

Quais? _____

09 – Quanto tempo faz parte do Conselho? _____ anos

II - DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

1. Qual o grau de parentesco da pessoa que pratica agressão contra o idoso?

2. Qual a idade do agressor que é registrada com maior frequência? Por que?

3. O agressor tem alguma ocupação? Sim () Não ()

Se a resposta for sim, quais são?

4. Quais os principais tipos de agressões praticadas contra os idosos?

5. Como vocês intervêm após a realização das denúncias?

6. Os casos são solucionados no próprio conselho ou são encaminhados para uma instância maior?

APENDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Pesquisador Responsável)

Eu, Iluska Pinto da Costa, professora da Universidade Federal de Campina Grande, campos de Cajazeiras, responsabilizo-me pela orientação de Eugênia Raquel Tavares Gomes, discente do curso de graduação em enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**Violência Contra a Pessoa Idosa: Saberes e Práticas de Conselheiros**”. Declaro em estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, no sentido da manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardando da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP-FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que implica no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o termino pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 10 de dezembro de 2013.

Pesquisador Responsável

APENDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Pesquisador Participante)

Eu, Eugenia Raquel Tavares Gomes, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campos de Cajazeiras, responsabilizo-me junto com a minha orientadora, Profa. Ms. Iluska Pinto da Costa, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**Violência Contra a Pessoa Idosa: Saberes e Práticas de Conselheiros**”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras-PB, 10 de dezembro de 2013.

Pesquisador Participante