

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

JORDANA BALDAN DE ALMEIDA MENDES

**IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS: AS PRINCIPAIS AÇÕES E AS  
DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

VITÓRIA  
2014

JORDANA BALDAN DE ALMEIDA MENDES

**IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS: AS PRINCIPAIS AÇÕES E AS  
DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito parcial, para o curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Tarsila Eulália Cafardo Thomaz da Cunha

VITÓRIA  
2014

JORDANA BALDAN DE ALMEIDA MENDES

**IDOSOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS: AS PRINCIPAIS AÇÕES E AS  
DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito parcial, para o curso de Graduação em Enfermagem.

Aprovada em.....de.....de 2014, por:

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Tarsila Eulália Cafardo Thomaz da Cunha - Orientador

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Daliana Lopes Morais ( Faculdade Católica)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>o</sup> Marcos Vinícius Ferreira dos Santos (Faculdade Católica)

Este trabalho é dedicado às pessoas que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e especialmente acreditando em mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus e soberano senhor Jeová, por ter conferido a mim toda força e coragem para superar as diversas dificuldades que surgiram durante este trabalho, sem me deixar cair em desânimo e por inúmeras vezes ter me abençoado maravilhosamente.

A minha Professora orientadora Tarsila Eulália Cafardo Thomaz da Cunha que com muita paciência sempre se manteve disposta para ouvir todas as minhas inquietações e dúvidas, sempre me mostrando os caminhos possíveis a seguir, com muita dedicação, atenção e disposição, tudo para me ajudar a concluir este trabalho.

Agradeço a todos os mestres que conduziram a minha formação.

A meu esposo Newton Bragança Mendes que muitas vezes me orientou, acalentou, me dando forças para continuar e nunca desistir, entendendo minhas ausências em diversos eventos e principalmente entendo meus momentos de desespero e irritabilidade, de coração eu lhe digo “Muito Obrigado”.

A meus filhos Hugo de Almeida Mendes e Higo de Almeida Mendes, que também por inúmeras vezes tiveram que abrir mão de momentos de lazer para que eu pudesse concluir este trabalho.

Aos meus pais que sempre com muito carinho e dedicação me incentivaram e entenderam minha ausência em alguns momentos familiares.

Agradeço aos meus irmãos Wendell Baldan de Almeida e Walkíria Baldan de Almeida que muito me apoiaram com palavras de incentivo para prosseguir e conquistar esta vitória.

A minha amiga Lorena Souza Garioli Layber, que foi meu baluarte por me ajudar tanto no trabalho, bem como também em ouvir minhas súplicas de desespero durante este processo, admiro muito sua força e com isso ela pode me incentivar a superar todos os obstáculos existentes e conquistar a vitória.

## RESUMO

Com o elevado índice de idosos na população, se faz necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, sejam capacitados a identificar, prevenir e intervir nos casos suspeitos ou confirmados de violências contra os idosos. Esta pesquisa tem como objetivo geral levantar na literatura as principais ações do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para identificar casos violências em idosos, e como objetivos específicos apresentar os tipos de violências mais comuns e existentes contra o idoso e relatar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na identificação de violências, com isso, realizou-se então uma pesquisa de revisão bibliográfica, feita em artigos, revistas, livros, monografias, sites e jornais, num período literário de 2001 à 2013, em português. O presente estudo justifica-se por contribuir para aquisição de informações referentes às ações dos profissionais de enfermagem em relação aos tipos de violência e dificuldades na sua identificação, com a finalidade de aprimorar o conhecimento e o atendimento destes profissionais em relação a saúde da pessoa idosa.

**Palavras chave:** Violência em idosos. Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

With the increase of elderly people population, it is necessary that health workers, specially nurses, be trained to identify, prevent and intervene in cases that are suspicion or confirmed case of violence against this group of people. In such case, the goal of this study is to write down the main actions of the nurse in Family Health Strategy (FHS) to identify violence against elderly people, pinpoint what kind of aggression older people are suffering more frequently and establish the majors difficulties faced by health workers in recognizing the type of violence they are dealing with. Then, a bibliography revision study was made, in articles, magazines, books, monographs, sites and newspapers, within a literacy time of 2001 to 2013, was written in Portuguese. The actual study is necessary because it helps to get information concerned the actions of health professionals dealing with the various types of violence and difficulties identifying them. The main goal is to improve the knowledge and training of these workers involved with the health of elderly people.

**Key Words:** Violence in elderly. Nursing. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 ENVELHECIMENTO.....	15
<b>2.1.1 Senescência.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.2 Senilidade.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.3 Idade cronológica.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.4 Idade biológica.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.5 Idade psicológica.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.6 Idade social.....</b>	<b>21</b>
2.2 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO.....	21
2.3 ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO.....	22
2.4 ENVELHECIMENTO PSÍQUICO.....	23
2.5 ALTERAÇÕES DO ENVELHECIMENTO.....	24
<b>2.5.1 Músculo esquelético.....</b>	<b>24</b>
<b>2.5.2 Sistema neurológico.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5.3 Sistema respiratório.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5.4 Sistema cardiovascular.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5.5 Sistema gastrointestinal.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5.6 Sistema genitourinário.....</b>	<b>27</b>
2.6 VELHICE.....	27
2.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO.....	30
<b>2.7.1 Política nacional do idoso(PNI) / estatuto do idoso.....</b>	<b>30</b>
2.8 VIOLÊNCIAS /MAUS TRATOS.....	33
<b>2.8.1 Níveis de violências.....</b>	<b>39</b>
2.8.1.1 Grande nível.....	39
2.8.1.2 Médio nível.....	39
2.8.1.3 Baixo nível.....	39
2.9 TIPOS DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS.....	40
<b>2.9.1 Violência Física.....</b>	<b>40</b>
<b>2.9.2 Violência psicológica.....</b>	<b>40</b>



<b>2.9.3 Violência de abandono.....</b>	<b>41</b>
<b>2.9.4 Violência de negligência.....</b>	<b>41</b>
<b>2.9.5 Violência de auto negligência.....</b>	<b>42</b>
<b>2.9.6 Violência social.....</b>	<b>42</b>
<b>2.9.7 Violência de abuso financeiro.....</b>	<b>42</b>
<b>2.9.8 Violência sexual.....</b>	<b>43</b>
2.10 POSSÍVEIS LOCAIS DE VIOLÊNCIA / MAUS TRATOS.....	43
2.11 FATORES ASSOCIADOS À CAUSAS DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS.	46
2.12 INDICADORES DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS.....	47
<b>2.12.1 Indicadores físicos.....</b>	<b>47</b>
<b>2.12.2 Indicadores psicológicos.....</b>	<b>48</b>
<b>2.12.3 Indicadores sexuais.....</b>	<b>48</b>
2.13 AGRESSÃO E SUAS PRINCIPAIS FORMAS NO ÂMBITO FAMILIAR.....	48
<b>2.13.1 Fatores de risco para violência intrafamiliar.....</b>	<b>52</b>
2.13.1.1 Dependência do idoso.....	52
2.13.1.2 Doenças que geram incapacidade progressiva.....	52
2.13.1.3 Doença no familiar que é cuidador.....	53
2.13.1.4 Casos de violência pregressa na família.....	53
2.13.1.5 Stress no cuidador.....	53
2.14 PUNIÇÕES.....	54
2.15 O PROGRAMA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO.....	55
<b>2.15.1 Competências requeridas ao enfermeiro na ESF.....</b>	<b>57</b>
<b>2.15. As ações do profissional de enfermagem na identificação de violência.....</b>	<b>58</b>
2.15.2.1 Dedicar atenção e tempo.....	59
2.15.2.2 Consulta de enfermagem.....	59
2.15.2.3 Colaboração dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.....	60
2.15.2.4 Conhecimento científico e condições de trabalho.....	60
2.15.2.5 Disponibilidade e visita domiciliares.....	61
2.15.2.6 Tempo de experiência e reuniões de equipe.....	62

<b>2.15.3 As principais dificuldades dos profissionais para identificar violências em idosos.....</b>	<b>62</b>
2.15.3.1 Falta de capacitação e preparo dos profissionais.....	63
2.15.3.2 Falta de comprometimento.....	64
2.15.3.3 Repreensões, ameaças .....	64
2.15.3.4 Notificação.....	65
2.15.3.5 Ausência de denúncia do próprio idoso.....	65
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Conforme envelhecemos diversas mudanças ocorrem no nosso organismo, fazendo com que se tenham alterações morfológicas, fisiológicas, patológicas e outras, quer sejam elas de origem genética ou externa, tendo o sistema imunológico grande participação neste processo, portanto para Mota e colaboradores (2010), compreender essas alterações é de grande importância para a prevenção, diagnóstica e tratamento de diversas patologias.

A velhice por ser um fenômeno biológico que provoca diversas consequências psicológicas deve ser entendida em suas múltiplas dimensões, pois ela faz com que o indivíduo sofra mudanças que são visivelmente observadas pela sociedade, caracterizando assim o estado de velhice. (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA; 2010).

O processo de envelhecer para Paschoal citado por Silva (2012), não começa de repente ao chegar os 60 anos, mas suas alterações vêm ao longo dos anos vividos desde o nascimento, de acordo com a genética, fatores ambientais e estilo de vida de cada indivíduo, o que consiste num acúmulo de processos sociais e comportamentais durante a vida.

A incapacidade em grande parte é gerada por muitos fatores, como: habilidades limitadas, vulnerabilidade, déficit na memória, perdas de autonomia, dependência, exclusão social e outros, o que faz com que esta população idosa seja alvo de violência e maus tratos, que pode ser detectado nos atendimentos realizados por profissionais de enfermagem em saúde.

Diante disto, atualmente no mundo, existe um crescente número de idosos decorrentes do processo de envelhecimento. (MOTA; et al, 2010).

Para Wolf e outros, citados por Melo e outros colaboradores (2006), até o ano de 2025 teremos cerca de 1,2 bilhões de idosos, o que irá representar 12% da população dos países.

Já o ministério da saúde – OMS (apud GAIOLI; RODRIGUES, 2008), em 2025, os idosos no Brasil representarão cerca de 34 milhões, número este que colocará o Brasil em uma posição de 6º lugar em comparação mundial com os demais países.

Diante do presente crescimento da população idosa, a gerontologia tem demonstrado nos últimos anos, um enorme interesse pelos estudos do

envelhecimento que vem desenvolvendo-se progressivamente. (CARVALHO FILHO apud NETTO, 2002).

De acordo com essas alterações e o crescente surgimento da população idosa faz com que a violência contra os idosos tenha se tornado um assunto bastante discutido por diversos autores e uma tarefa muito importante e desafiadora, o que exige da enfermagem e de todos que estão na responsabilidade de cuidar destes idosos um planejamento e estratégia, visando melhorar a qualidade de atendimento e enfrentamento do problema, intervindo com o objetivo de melhor diagnosticar a ocorrência de maus tratos. (ESPÍNDULA; BLAY, 2007).

Para Kleinschmidt e Pavlik (apud ESPÍNDULA ; BLAY, 2007), de uma forma geral, a violência contra os idosos vem comprometendo a sua qualidade de vida, trazendo transtornos psiquiátricos e até mesmo a morte prematura de alguns, bem como também se aumenta os gastos em vários setores da saúde por diversos motivos quer seja internações ou atendimentos ambulatoriais.

É de suma importância que os profissionais de enfermagem estejam plenamente qualificados e capacitados para o atendimento a esta população, usando de algumas práticas e técnicas que têm por finalidade detectar alguns tipos de violências, melhorar o atendimento e direcionar este público sempre que for necessário.

A equipe de enfermagem ao prestar atendimento deve esforçar-se para suprir as necessidades e contribuir para que essa população idosa possa alcançar idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, e para tanto, se faz necessário a aplicação de algumas práticas diárias de atendimento que todo profissional deve ter conhecimento.

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em artigos, revistas, livros, monografias, sites e jornais, num período literário de 2001 à 2013, em português.

Segundo Lakatos (2011), a pesquisa bibliográfica é uma forma de por o pesquisador diretamente ligado ao assunto que irá ser investigado, através de diversos meios como, os artigos, livros, revistas, jornais, monografias e sites.

Para Manzo citado por Lakatos (2011), este tipo de pesquisa não tem como objetivo fazer com que o pesquisador faça réplicas do que já é existente, e sim, tem o

objetivo de permitir que o pesquisador examine o seu tema diante das diversas abordagens existentes e chegue a uma determinada conclusão segundo sua percepção.

Este estudo tem como objetivo geral levantar na literatura as principais ações do enfermeiro na identificação de violências em idosos na Estratégia de Saúde da Família, e como objetivos específicos apresentar os tipos de violências mais comuns e existentes contra idosos e relatar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na identificação de violências.

Com o elevado índice de idosos na população, se faz necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, sejam capacitados a identificar, prevenir e intervir nos casos suspeitos ou confirmados de violências contra os idosos.

Este estudo justifica-se por contribuir para aquisição de informações referentes às ações dos profissionais de enfermagem em relação aos tipos de violência e dificuldades na sua identificação. Com a finalidade de aprimorar o conhecimento e o atendimento destes profissionais em relação a saúde da pessoa idosa.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ENVELHECIMENTO

De acordo com Netto e Ponte (2002), dentre muitas fases que ocorrem no nosso organismo, o envelhecimento é uma delas, sendo um processo que se inicia desde sua concepção até a sua morte, onde o organismo sofre alterações que são identificadas pela diminuição das funções de alguns órgãos, definindo basicamente a passagem de cada ser humano por este processo.

O autor ainda relata que a partir dos 20 anos as alterações funcionais que caracterizam o envelhecimento começam adiantadamente a surgir, durando por um período longo, porém é mais difícil de ser notada, mas que somente após os 30 anos que realmente surge todas as alterações pertinentes do envelhecimento, daí sim, são fáceis de perceber no ser humano esta fase já instalada.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90, citada por Teixeira e Neri (2008), o termo anteriormente utilizado de envelhecimento saudável acabou sendo substituído para envelhecimento ativo, com a finalidade de fazer com que a participação e a conscientização das pessoas nesse assunto promovessem uma melhor qualidade de vida para todos que estivessem com idade avançada.

Conforme envelhecemos diversas modificações ocorrem no nosso organismo, morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, psíquicas e algumas decorrentes de influências genéticas e ambientais, compreender essas alterações imunológicas é essencial para um atendimento de qualidade visando a prevenção e tratamento de doenças frequentes nesta população. Calcula-se que esta população até 2025 atinja um número de quase 2 bilhões de indivíduos. (MOTA et al, 2010).

No Brasil o processo de envelhecimento é cada vez maior em relação aos outros países, estando ele entre os 35 países de maior população no mundo e ocupando o lugar de o quarto país mais intenso no envelhecimento. (MOREIRA apud CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Para Campos e Rodrigues segundo Guerra e Caldas (2010), a região Sudeste tem vivido um processo de envelhecimento consideravelmente rápido, elevando o número de pessoas com a faixa etária de 60 anos em diante, isto se dá não somente

pela questão de estarem reduzidos os índices de fecundidade, mas se dá também pela diminuição da taxa de mortalidade nos idosos.

Em uma pesquisa realizada por Mafrá e outros (2013), o censo demográfico de 2010 mostra que entre um número de 190 milhões de pessoas, 20 milhões delas representam a população idosa no país, sendo assim cerca de 10,8% da população.

A autora ainda relata que a concentração da população idosa é maior na região Sudeste e Nordeste, sendo na Sudeste um percentual de 46,25% e na Nordeste 26,50%, confirmando assim que 70% da população idosa do País encontram-se nestas regiões, sua maior concentração na Região Sudeste se dá devido as suas diversas áreas metropolitana e ao grande desenvolvimento industrial ocorrido nos últimos 40 anos.

O envelhecimento da população tem sido um fenômeno mundial, e diante disso, nas últimas décadas a sociedade têm voltado sua atenção para às questões políticas, econômicas, culturais, sociais e de saúde, que são provocadas por esse fenômeno. (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), conforme o Indicador Sócio e Demográfico (2009), o grupo etário de 60 anos ou mais se duplica com o passar do tempo, no período de 2000 à 2020 ele passa de 13,9% para 28,3% e até 2050 ele sofrerá uma elevação que o levará para um total de 64 milhões, de acordo com estes números fica notório que o número de idosos já supera o números de crianças e adolescentes menores de 15 anos, sendo assim o número de idosos passa a representar 29,8% da população, contra apenas 13,1% de crianças e adolescentes num total de população.

O processo de envelhecimento é de cada um, assim como o modo de pensar, agir e interpretar a vida e como seu estilo de vida afeta esse envelhecimento. (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Todo envelhecimento ocorre gradativamente por meio do ciclo da vida, da faixa etária de 0 – 12 anos são onde o indivíduo começa a se criar, disciplinar, já 12 – 18 anos é a adolescência, onde ocorrem inúmeras alterações físicas e psicológicas, entre os 18 – 30 anos pode se dizer que é a adultez propriamente dita, onde o adulto efetiva seus movimentos para garantir sua sobrevivência na sociedade, entre os 30 – 60 anos é onde a pessoa se empenha pela compreensão, organização,



compreendendo realmente suas necessidades e se adequando seu estilo de vida, e por fim dos 60 anos acima que é a chamada adultez velha, é nesta fase da vida em que todo indivíduo atinge seu grau máximo de compreensão do que é bom e do que é mal, vive de forma sábia participando da evolução de outras pessoas, superando o sentido de sua existência. (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

O nosso Sistema Nervoso Central (SNC) tem a capacidade de acumular diversas informações, sendo estas tanto do passado como do presente vivido, e é também formado por muitos neurônios, que não tem a capacidade de reparar os diversos danos que são causados pelo processo de envelhecimento, mas que ele tem a capacidade de diminuir o impacto sofrido mediante estas alterações por meio de alguns mecanismos compensadores, redundantes e plasticidade (TALLIS; FILLIT apud MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

O envelhecimento é um conjunto de consequências juntamente com os efeitos do tempo, uma involução biológica que afetam os principais sistemas fisiológicos, mas que não impede que se tenha uma vida ativa, independente e feliz. (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Para Hein e Aragaki (2012), o envelhecimento por fazer parte na vida de todo ser humano tem feito com que vários autores dedicassem a estudar esse processo.

Já Arking citado por Silva (2012), afirma que existem teorias responsáveis pelo envelhecimento, sendo uma delas a estática onde ocorrem vários danos moleculares de forma aleatória, e a outra a sistêmica que seria uma consequência das interações do ambiente com a genética de cada um.

O envelhecimento apesar de ser um fenômeno natural, tem se tornado um problema de Política Econômica e Antropológica, sendo que para a Econômica o mercado rege a lei do ser que é útil, fazendo com que aquele que não tenha utilidade seja visto de forma desigual na sociedade, já para a Antropológica identifica as vulnerabilidades desses grupos, sendo este o principal fator de exclusão, visando garantir o bom funcionamento da sociedade. (BIGOSSO; BILLÉ, 2012).

Com a evolução do envelhecimento é cada vez mais discutida a possibilidade de envelhecer com saúde e vivendo de forma satisfatória, fazendo assim com que se tenha uma busca para detectar quais os fatores que podem influenciar em alcançar este tão bem sucedido envelhecimento. (CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2007).

O envelhecimento é visto por muitos de maneira preconceituosa devido a falta de informações suficiente sobre este processo, fazendo com que se tenha um olhar totalmente negativo em relação ao envelhecimento e conseqüentemente gerando uma situação constrangedora que compromete a vivência e o relacionamento entre os idosos, podendo acarretar em exclusão ou até mesmo valorização desta população na sociedade. (GUERRA; CALDAS, 2010).

Contudo, o nosso organismo sofre diversas mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, não sendo assim possível determinar em que fase ou momento da vida a pessoa iria passar por este processo, pois tudo depende do nível em que está situado cada indivíduo, seja ele biológico, psicológico ou sociológico, onde sua progressão depende exclusivamente de cada um. (FONTAINE apud CANCELA, 2008).

### **2.1.1 Senescência**

Segundo Birrem; Schaie; Schroots citados por Silva (2012) Senescência é tida como processo primário do envelhecimento fisiológico que sofre influências de vários fatores extrínsecos e intrínsecos.

De acordo com Cancela (2008), a Senescência tem uma participação natural no envelhecimento envolvendo de maneira contínua tanto os aspectos físicos como também os cognitivos.

Para Simões citado por Mantovani ([20--]), a senescência que é considerada um envelhecimento saudável, por se tratar de um fenômeno fisiológico que é observado com o desenvolvimento cronológico, é muita das vezes regularizada pelo próprio organismo por meios compensatórios.

Para Carvalho (2002), Senescência é entendida como todas as mudanças que ocorrem no organismo a nível orgânico, em sua morfologia e em todo o seu funcionamento, pois para ele todas essas se dá por causa do processo de envelhecer que todos tem que passar na vida.

### **2.1.2 Senilidade**

Destaca o envelhecimento secundário, que também é conhecido como patológico, onde são provocados danos devidos doenças crônicas degenerativas. (BIRREM; SCHAIE; SCHROOTS, apud SILVA, 2012).

Segundo Montovani ([20--]), a senilidade nem sempre é observada em pessoas com idades mais avançadas, de certa forma ela pode também ocorrer precocemente por se tratar de uma deficiência no funcionamento cognitivo e físico de cada indivíduo, bem como também pode ser aumentada em pessoas que apresentem ser muito negativas tanto consigo mesmas, como com os demais a sua volta.

Para Moragas (2004), a senilidade é a forma com a qual se define a maneira negativa de se referir ao envelhecimento patológico, onde ocorrem diversas acontecimentos como, déficit de memória, algumas atitudes que não estão de acordo com os padrões da sociedade, e outros, e com isso o idoso fica sendo encarado pelo meio em que está inserido como que um ser que não tem capacidade de ter um modo de vida adequado o suficiente no meio da sociedade.

O autor ainda relata que esta expressão de senilidade faz com que os idosos sejam classificados como velhos doentes, pois esta fase da vida demonstra que estes idosos estão vivendo numa condição crônica e que não tem possibilidades de cura, devido a várias manifestações que ocorrem nesta fase, que acabam caracterizando a senilidade.

Já para Carvalho (2002), entende como senilidade todas as mudanças que acontecem no corpo como consequência de todas as doenças patológicas que de forma constante se instalam no organismo dos idosos.

O autor ainda comenta que dependendo da situação existente é muito complicado distinguir a senilidade da senescência.

### **2.1.3 Idade Cronológica**

Segundo Weineck citado por Fachine e Trompieri (2012), a idade cronológica organiza as pessoas de acordo com o nascimento de cada um.

Para Moragas (2004), esta idade cronológica é alcançada assim que se completa a idade de sessenta e cinco anos, onde nesta mesma idade o idoso na maioria das vezes se afasta do trabalho. Esta fase é marcada pela qualidade como que é percorrido o tempo e com as condições ambientais e experiências vividas pela pessoa, diante disso a idade cronológica é mal definida se for encarada pelas condições vitais de cada um.

#### **2.1.4 Idade Biológica**

Entendem-se como idade biológica todas as alterações que o corpo e a mente sofrem com o passar dos anos, o que confirma assim, que aquele humano está passando pelo processo de envelhecimento, processo este que tem início até mesmo antes de nascer e acompanha o indivíduo por toda a sua vida. (TAVARES; CARVALHO, 2011).

O organismo passa por momentos em que o envelhecimento orgânico provoca mudanças que impactam no funcionamento do mesmo e com isso com o passar do tempo os mecanismos reguladores acabam diminuindo suas capacidades de atuação (CANCELA, 2008).

Segundo Weineck citado por Fachine e Trompieri (2012), a idade biológica se dá de acordo com uma avaliação feita entre os parâmetros normais e baseando-se com o que é apresentado pelo organismo e suas respectivas condições.

#### **2.1.5 Idade Psicológica**

Esta fase está relacionada ao comportamento de cada pessoa, como ela se relaciona no meio em que está inserida, de acordo com cada ambiente e situação vivida, associando seu desempenho intelectual, motivacional e de memorização. (CANCELA, 2008).

De acordo com Hoyer e Roodin citados por Tavares e Carvalho (2011), para eles a idade psicológica é caracterizada pela interação do indivíduo no meio em que ele está inserido, de acordo com o desempenho de cada um, seja ele intelectual

emocional e outros, é o que os identifica dentro a sociedade como Jovens ou velhos psicologicamente.

Para Weineck citado por Fechine e Trompieri (2012), a idade psicológica é confirmada de acordo com a maturidade e experiências de vida e o desenvolvimento de cada um na sociedade.

### **2.1.6 Idade Social**

Esta relacionada a cultura de cada região, ao desempenho e hábitos de vida perante a sociedade, de como a pessoa é encarada pela sociedade. (CANCELA, 2008).

A idade social é identificada conforme a sociedade, da forma como ela vê tanto o ser jovem como o idoso, o que pode variar mediante a cultura de cada região. (WEINECK apud FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A idade social tem a cultura como seu principal fator para que a sociedade defina todo o processo de envelhecimento e com isso determinar como esse idoso será visto na sociedade, outro fator também muito importante, é o relacionamento e o desempenho de cada pessoa de acordo com sua idade, e o que a sociedade tem como expectativa de ver. (NERI apud TAVARES; CARVALHO, 2011).

Já para Netto citado por Fechine e Trompieri (2012), a idade social é a condição que cada indivíduo tem de se adaptar ao cenário vivido em uma sociedade, independente da história da mesma.

## **2.2 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO**

De acordo com Moraes citado por Moraes, Moraes e Lima (2010), o envelhecimento Biológico faz com que o organismo humano se torne cada vez mais vulnerável a diversas agressões, o que se torna evidente de acordo com as alterações dependente da genética e seu nível celular, e com isso os sinais destas alterações vão aparecendo durante toda a vida.

Dentre diversas alterações decorrentes do Processo de Envelhecimento temos a Biológica, onde alterações de características da pessoa são facilmente notadas, pela queda de cabelo ou sua coloração que fica esbranquiçada, ganho de peso,

diminuição de massa muscular, perdas na elasticidade da pele, curvatura da coluna, rugas. (VITÓRIA, 2010).

O envelhecimento da pele e do organismo para Widner, Ziaja e Gruner comentado por Montagner e Costa (2009), é uma consequência das alterações biomoleculares, onde as fibras colágenas e os fibroblastos, que são responsáveis por metabolizar o colágeno no organismo com o passar do tempo acabam se desorganizando o que acarreta uma queda na sua produção e como consequência sua degradação sofre um aumento.

Ainda Pereira citado por Montagner e Costa (2009), o envelhecimento é observado por meio da pele que sofre transformações com o passar do tempo, o que retrata um envelhecimento intrínseco, mas não descarta o extrínseco, que é também denominado como foto envelhecimento que pode ocorrer por diversos fatores, sendo o fator ambiental o fundamental neste processo de envelhecimento.

### 2.3 ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO

O envelhecimento Fisiológico em grande parte é uma consequência do modo de vida que cada um exerce e mantém desde sua infância, o organismo sofre alterações que compromete as funções orgânicas e mentais, onde ocorre um declínio do equilíbrio homeostático e de todas as outras funções, a exposição a agentes agressores como stress e sobrecarga emocional, colaboram para a desregulação da homeostase, fazendo assim, com que seja possível desenvolverem-se alguns processos patológicos, devido ao comprometimento de diversos sistemas decorrente da desregulação Fisiológica. (FIRMINO apud CANCELA, 2008).

De acordo com Moraes (2008), o envelhecimento fisiológico pode ser apresentado de duas maneiras, sendo de uma forma bem sucedida, onde o organismo consegue manter o desempenho esperado de todas as suas funções igualando-se aos desempenhos ofertados pelo organismo na idade adulta, e outra maneira é a usual, onde o organismo sofre algumas perdas, porém menos bruscas, mas gradualmente, que não interfere na capacidade de funcionamento do organismo, mas que de uma forma ou de outra pode provocar algumas limitações.

O autor ainda relata que existem inúmeros fatores que pré dispõe e colaboram para que se tenha alterações de forma mais acentuada que acabam provocando a desregulação do sistema homeostático, como por exemplo, o estilo da vida e as doenças adquiridas, comprometendo seriamente o funcionamento do organismo, tendo assim como consequência para este idoso a falta de autonomia, interações, dependências e em alguns casos podendo até mesmo levar a óbito.

## 2.4 ENVELHECIMENTO PSÍQUICO

O envelhecimento psiquismo é de uma forma geral desenvolvido por cada um, de acordo com o amadurecimento e interesse pessoal em adquirir conhecimento sobre a vida de uma forma mais ampla, o que requer alguma das vezes mudanças por parte da pessoa, sejam estas mudanças de hábitos de vida, como também de reconhecimento do que é certo e valioso e do que é errado e prejudicial, é a liberdade plena, pois a partir desse momento o idoso torna-se realmente sábio, aceitando sua realidade e conseqüentemente suas perdas, mas para tanto, se requer tempo e dedicação para que se atinja o amadurecimento. (MORAES, 2008).

O autor ainda relata que permanecer no envelhecimento psíquico infantil e não atingir o amadurecimento faz com que o envelhecimento biológico continue sofrendo diversas alterações, o que faz com que a velhice seja mal sucedida e cheia de perdas, angústias e tristezas.

Segundo Gatto (2002), sua experiência profissional lhe permitiu ver que os idosos em sua grande parte tem que enfrentar diversas perdas que acontecem na vida, mas para isso é necessário que se tenha um psicológico bem estruturado, diante dessa situação, muitos tem buscado os serviços de saúde para obter orientações de como minimizar os sintomas físicos que ocorrem por causa do psíquico que está afetado, o que muito preocupa é a pouca importância que é dada a esses sintomas, fazendo com que essa situação tome uma proporção considerável e que acabe afetando a qualidade de vida dos idosos.

## 2.5 ALTERAÇÕES DO ENVELHECIMENTO

Existem diversas alterações decorrentes do envelhecimento, apesar deste não ser o foco e objetivo do trabalho, encontra-se descrita a seguir algumas alterações que são mais constantes e associadas às doenças que prejudicam a independência da pessoa idosa, fazendo com que o idoso seja mais dependente de ajuda e cuidados. (NETTO; PONTE, 2002).

O autor ainda relata que, a qualidade de vida é avaliada pelo grau de dependência e de autonomia de cada pessoa idosa, e conseqüentemente este ponto de partida serve para indicar o estado de saúde de cada idoso, se é bom ou ruim.

### 2.5.1 Músculo esquelético

Dentre diversas alterações, temos algumas no Sistema Músculo Esqueléticas que os idosos sofrem, como a redução de sua força e movimentos muscular, rigidez nas articulações e diminuição da densidade óssea. (VITÓRIA, 2010).

O Sistema Músculo Esquelético quando se encontra em condições íntegras permitem com que os idosos possam realizar suas atividades diárias e com isso os idosos podem sem dependência alguma viver junto a sociedade. Como existem diversas alterações que estão ligadas diretamente ao envelhecimento, as que afetam diretamente a locomoção desses idosos são as perdas ósseas, perdas musculares e de suas fibras e as limitações articulares. (SMELTZER, et al., 2009).

O autor ainda relata que essas perdas, algumas ocorrem a partir dos 40 anos, como no caso da massa óssea, outras ocorrem em grande parte dos idosos na faixa etária de 70 anos, como no caso das doenças articulares, mas que a frequência regular em realizar exercícios contribui muito para melhorar a resistência muscular e promover um crescimento de massa muscular, sem falar também nas movimentações das articulações que tem uma melhora significativa.



### **2.5.2 Sistema neurológico**

Existem também alterações no Sistema Neurológico, onde a agilidade de pensar e movimentar ficam comprometidos pela diminuição dos neurotransmissores e neurônios que são responsáveis por esta função, resultando assim em uma deficiência de memorização. (VITÓRIA, 2010).

O sistema Neurológico sofre grandes perdas de sua estrutura na qual impacta de forma significativa a vida do idoso, as perdas ou diminuição de algumas células nervosas e de neurotransmissores afetam algumas funções que anteriormente eram bem desempenhadas, como o equilíbrio, marcha e o raciocínio, que ficam mais lentos e com isso afetam diretamente a segurança dessa população idosa, pois, a partir desse acontecimento se torna exposto a riscos como quedas, lesões, perigo em conduzir veículos e até mesmo em realizar suas atividades simples diárias. (SMELTZER, et al., 2009).

De acordo com Carvalho (2002), o sistema neurológico tem o poder de controlar vários sistemas no organismo humano, porém a medida que envelhecemos este sistema sofre uma diminuição de suas funções, entre muitas, é fácil perceber as alterações referentes a pele do idoso que com o tempo os seus receptores acabam perdendo a sensibilidade, fazendo com que os idosos não tenham noção quanto a temperatura e as variações da mesma.

### **2.5.3 Sistema respiratório**

No Sistema Respiratório deste idoso ocorrem algumas alterações importantes como a diminuição da força muscular que impacta de certa forma na expansão torácica podendo até mesmo ocorrer um desconforto respiratório. (VITÓRIA, 2010).

De acordo com Miller citado por Smeltzer e outros (2009), o sistema respiratório é um dos sistemas que tem mais capacidade de reparar as alterações que ocorrem decorrentes do envelhecimento, pois os idosos que mantêm uma conduta sadia de vida e que não são fumantes sofrem pouco impacto na função respiratória, caso ocorra alguma alteração, elas acontecem de formas mais brandas e ocorrem de maneira gradativa.

O autor ainda relata que o uso do tabaco é um dos fatores que mais pré dispõe o idoso a doenças do trato respiratório, tendo assim como foco a prevenção dessas doenças respiratória, se faz necessário que este idoso pare definitivamente com o tabagismo, e que seja a ele orientado realizar atividades como, exercícios, beber bastante líquido, tomar todas as vacinas indicadas para a prevenção de doenças do trato respiratório, para que assim sua função respiratória seja mantida de boa qualidade e eficaz.

#### **2.5.4 Sistema cardiovascular**

O Sistema cardiovascular também é afetado pelo Processo de Envelhecimento onde a câmara cardíaca fica comprometida, pois, seu relaxamento fica menor, e os vasos sanguíneos passam a ter uma maior resistência o que pode acometer este idoso a desenvolver uma Hipertensão (pressão alta). (VITÓRIA, 2010).

O sistema cardiovascular no idoso que mantêm condições saudáveis de vida pode facilmente se moldar frente às alterações que o organismo sofre decorrentes do envelhecimento e que estão ligadas a idade, a ponto de não perceber nenhum incomodo ou diminuição no seu funcionamento. Diante de algum tipo de agressão que ataque desafiadoramente o funcionamento deste sistema, seu desempenho torna-se menos eficaz quando confrontado com situações que exijam desta máquina uma maior atividade, como por exemplo, situações em que se realizem exercícios ou que sofre algum tipo de stress ou até mesmo alguma atividade na qual seja necessária a manutenção da vida. (SMELTZER, et al., 2009).

#### **2.5.5 Sistema gastrointestinal**

No Sistema Gastrointestinal é visivelmente observado desgastes dentários, varizes na língua, lentidão no esvaziamento da região gástrica e diminuição do metabolismo. (VITÓRIA, 2010).

Para Miller citado por Smeltzer e outros (2009), as alterações do trato gastrointestinal estão menos ligadas ao envelhecimento, pois os idosos são capazes de se adaptarem as essas alterações apesar das dificuldades que eles têm em

realizar algumas tarefas, como preparar o seu alimento, compra-lo e fazer suas refeições degustando adequadamente cada uma delas e seus sabores.

O autor ressalta que as alterações do sistema neurológico colaboram para que esses idosos tenham dificuldades em reconhecer os alimentos e com isso acabam ficando insatisfeitos tanto com os alimentos como também em fazer as refeições, outro fator que colabora é a diminuição do esvaziamento gástrico, que faz com que esse idoso tenha sensação de sempre estar saciado. Contudo, o devido entendimento entre as perdas que o idoso sofre e o que é necessário para manter um bom funcionamento do seu organismo é o ponto principal para que se possa manter uma alimentação adequada e assim garantir uma boa saúde para esses idosos.

### **2.5.6 Sistema geniturinário**

No Sistema Geniturinário já ocorre disfunções renais, comprometimento da elasticidade da bexiga o que pode provocar uma incontinência urinária, alterações bactericidas que podem provocar infecções urinárias futuras. (VITÓRIA, 2010).

O sistema geniturinário tende a ter seu funcionamento de forma correta nos idosos, apenas um terço dos idosos apresentam alguma disfunção no trato urinário, sendo que essas alterações na maioria das vezes estão relacionadas ao envelhecimento bem como também a algumas patologias que afetam o sistema renal, diante disso alguns distúrbios acabam sendo vistos como comuns nos idosos, como no caso das incontinência urinária que atinge mais ao público feminino e que com uma interpretação errada é encara como uma das alterações normais decorrentes do envelhecimento. (SMELTZER, et al., 2009).

## **2. 6 VELHICE**

A velhice por se tratar de um processo de continuidade onde muitos seres humanos passam por essa etapa na vida, tendo em vista que ela se inicia juntamente com o nascimento, muitos tentam burlar esta passagem por tentar retardar os efeitos provocados por ela, porém, não conseguem impedir sua fase final que é a morte. (SIMÕES apud ALMEIDA; LOURENÇO, 2009).

A velhice deveria ser vista por todos como uma etapa da vida que tem um grande significado para o ser humano, mas infelizmente o ser velho ou a velhice em si, é encarado como um impasse e um grande problema, pois o termo velhice que é utilizado por muitos acaba representando as doenças, incapacidade, ser inútil, dependência total, perdas e outros. (PASCHOAL; 2002).

O autor ainda comenta que a velhice passou a ser um rótulo de que todo aquele que se encontra neste estado é um ser velho que tende a perturbar o bom funcionamento da sociedade, e com isso, esse ser velho passa a não ter mais direito a dignidade, direito de sobreviver e até mesmo de conviver na sociedade, porque todos a sua volta o encaram como sendo uma fotografia insignificante, sem representação alguma para a sociedade.

Segundo Moragas (2004), a velhice tem três tipos de concepção, sendo a primeira cronológica, onde se atinge a idade de 65 anos e junto ocorrem limitações, como por exemplo, o afastamento do trabalho secular o que fundamenta a velhice de forma geral a todos que atinge esta mesma idade; a outra é a funcional onde a sociedade rotula termos como “velho” para refletir a incapacidade e limitações que acreditam representar a velhice; a terceira é a velhice vital onde se tem uma forma mais moderna de ser interpretada, reconhecendo todo o percurso que o tempo faz e seus efeitos, enxergando sua própria realidade e condições.

Para Carvalho, Rocha e Leite citados por Freitas, Queiroz e Sousa (2010) a velhice que todos desejam com saúde, é difícil de detalhar visto que, compõe processos biológicos e fatores sociais e culturais de cada um, acreditam que a melhor forma de ver a velhice, é encará-la como uma etapa da vida que tem seus avanços de acordo com o aumento de sua idade, que geram modificações afetando todo o contexto vivido desse indivíduo.

Para Mercadante (2002) a velhice na sociedade é representada por um termo muito utilizado de ser velho, o que define este termo é a cultura e a forma como é analisada a participação do idoso na sociedade e como sua vida é mantida na mesma, esse termo usado acaba evidenciando as diferenças existentes entre as identidades, onde a identidade da pessoa idosa se firma de maneira oposta a identidade do ser jovem.

Para Bobbio citado por Santos (2010) a velhice é na verdade uma fase que continua após a adolescência, que passa pela juventude e atinge a maturidade, e todas essas fases podem ter sido exploradas de várias maneiras, de acordo com as condições de vida de cada um, mas de grande importância, pois a passagem por estas fases determinam sua velhice.

Segundo Minayo (2012), tudo que se pensava sobre velhice acabou envelhecendo, pois 85% de idosos do país estão presentes no seu desenvolvimento, que ele seja político, cultural, socioeconômico, e 87% ainda tomam conta de suas famílias as chefiando, travando assim uma luta contra o envelhecimento ou até mesmo mudando o sentido de envelhecer. Com esta nova conquista de envelhecer torna se necessário planejar o cuidado para com esta população, no qual o seu número é crescente.

A presença de muitos idosos na sociedade traz um sentimento de convivência e proximidade da morte, mesmo que dedicamos toda nossa energia em se afastar da morte, os idosos confirmam o quanto é inválidas estas tentativas, sendo a velhice não somente um estado em que se passa, mas sim um modo de viver que tem suas próprias exigências (BIGOSSÍ; BILLÉ, 2012).

Na opinião de alguns idosos sobre as dificuldades e recompensas da velhice, ela é vista por muitos como algo negativo em sua vida e para outros como glória, podendo ser aceita de diversas formas, com dificuldades ou com recompensas (GUERRA; CALDAS, 2010).

O fato da velhice não ser um processo e sim uma forma de caracterizar o ser idoso por suas alterações, como: cabelos brancos, rugas, envergadura na postura, comprometimento de reflexos e outros, não determina quem é idoso, pois, hoje existem idosos que se cuidam com processos de plásticas e produtos químicos que acabam disfarçando esses aspectos da velhice, sendo assim torna-se impossível determinar a velhice por uma idade fixa (SANTOS; 2010).

Segundo Aranha (apud GUERRA; CALDAS; 2010), a forma com que se vê o envelhecimento vai de acordo com o modo de vida de cada pessoa e de como ela se constrói dentre esse meio, na verdade de como ela encara o envelhecimento e a velhice.

De acordo com Hummel citado por Guerra e Caldas (2010), a velhice é vista de forma degradante na sociedade, quando comparada a sua apresentação física é encarada com frequência de forma negativa por muitos.

Segundo Haraway (apud HEIN; ARAGAKI, 2012) é fácil observar que envelhecer tem diversas implicações, não só pessoais como também sociais, culturais, políticas e econômicas, sendo necessário levar em consideração à realidade vivida e suas adversidades.

Entretanto a velhice para Aranha, comentado por Guerra e Caldas (2010), hoje é rotulada de um modo geral como sendo algo de destruição que propicia inúmeras perdas, incluindo a exclusão desses idosos afetados na sociedade, o que gera por parte destes diferenciadas reações.

De acordo com Hoffman citado por Dutra (2006), as modificações celulares e moleculares que ocorrem no organismo vão com o passar do tempo ocasionando perdas funcionais gradativamente tanto de órgão como de todo o organismo em si. Essa queda é facilmente percebida no final da fase reprodutiva, mesmo que algumas perdas já possam estar ocorrendo bem antes, um exemplo simples é o próprio sistema respiratório e o tecido muscular que já apresentam declínio de sua funcionalidade a partir dos 30 anos.

## 2.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO

### 2.7.1 Política Nacional do Idoso (PNI) / Estatuto do Idoso

De acordo com Rodrigues (2001), foi a partir dos anos 70 que se teve um surgimento considerável de idosos na sociedade, gerando assim uma preocupação em relação da questão social do idoso.

Diante deste considerável número de idosos, nas últimas décadas as sociedades estão voltando sua atenção às questões políticas, econômicas, culturais, sociais e de saúde, provocadas por esse fenômeno. (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Ainda de acordo com Moreira, Domingos, Figueiredo (2007), as dificuldades que mais se destacam, são: a infraestrutura dos serviços de saúde, filas imensas em que

o familiar mais o idoso têm de permanecer para realizar um atendimento, agendar consultas e exames.

A medicina e a saúde pública tem visto o envelhecimento como um impasse, por observar de perto um aumento considerável dessa classe anualmente, o que da origem ao surgimento de diversas preocupações, tornando assim necessário que estejam qualificados e equipados para tratar de questões relacionadas a prevenção de doenças e a atenção adequada que deve ser prestada a aqueles idosos já doentes. (MINAYO; COIMBRA JR, 2004).

As políticas e leis brasileiras implementadas, indicam, que para ter um envelhecimento sadio é necessário que as pessoas mudem suas atitudes e o meio em que estão inseridas, ressaltando que todos tem o direitos aos atendimentos nos Serviços Único de Saúde (SUS), bem como também direito a ter profissionais e familiares qualificados e orientados para prestarem um atendimento de qualidade, e assim, tomar as devidas ações que se fazem necessárias em casos confirmados ou de suspeitas de maus tratos, que é notificar os devidos órgãos responsáveis, com o objetivo de analisar melhor esta situação e elaborar ações de prevenção para esse tipo de violência para com o idoso. (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

De acordo com Sousa citado por Sanches, Lebrão e Duarte (2008), com o aumento da população idosa faz se necessário o surgimento e a implantação de leis que possam atender e garantir os direitos desse público idoso, o que passa a ser dever do Estado e dos familiares garantir um envelhecimento digno, sendo a maior parte de responsabilidade dos familiares, uma vez que tem relação direta com a tutela e amparo desses idosos perante a lei, assim se unindo com o Estado para concretizar este papel, tendo em vista que o Estado sozinho não poderá assumir e efetuar esta ação.

Ainda o autor relata que em 1994 foi implantado a Política Nacional da Pessoa idosa, onde se deu origem a Lei 8.842 que regulamenta as competências de órgão e entidades públicas para com o idoso.

A política Nacional do idoso (PNI), na Lei 8.842 de 4 de Janeiro de 1994, citada por Souza e Minayo, (2010), o art. 1º vem assegurando que o idoso tem direitos perante a sociedade, bem como também autonomia, participação e integração nela, de acordo com o art. 10º do PNI, o idoso também tem direito ao atendimento em todos

os Serviços Únicos de Saúde (SUS) que visem prevenir e promover a saúde e recuperação deste idoso.

Conforme Mamede na Política Nacional do Idoso, (2010), ele relata que o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) juntamente com o Governo Federal criou um plano de ação que estabelece estratégias que irão seguir de perto e avaliar todo o processo de execução das ações destinadas a prevenção e enfrentamento da violência para com o idoso, para tanto há necessidade de uma adequada parceria entre o governo e a sociedade.

O autor ainda relata que a falta de uma Política Social assessorando os idosos que se encontram em situações de riscos, representa a negação dos direitos humanos na qual a República Federativa do Brasil tem obrigação constitucional e moral de manter.

Apesar dos avanços referente a Política Nacional do Idoso, Veras e colaboradores (2002), citados por Moreira, Domingos e Figueiredo (2007), relatam que todo o sistema de saúde não está equipado para acolher e dar a devida atenção a esta população idosa, o que tem propiciado o surgimento de muitas dificuldades para ser superados tanto pelos idosos com também pelos seus familiares.

No Pacto em defesa com a vida, a Saúde do Idoso está entre as 06 preferências pactuadas pelos ambitos governamentais, onde diretrizes e ações estratégicas são traçadas possibilitando aos profissionais realizar atendimentos de formas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada setor ou área, quer seja ela de atenção domiciliar, internação diferenciada e acolhimento, até mesmo a Caderneta da Pessoa Idosa e o Manual de Atenção Básica a Saúde da Pessoa Idosa estão entre as ações de estratégias, possibilitando assim um melhor acompanhamento por parte dos profissionais em seus diferentes processos. (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso foi gerado em 2003 e sancionado pela Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, onde afirma que ser idoso é todo aquele que tiver idade igual ou superior a 60 anos, esta lei foi uma das maiores conquistas da população idosa, sendo assim, é dever do Estado assegurar a esta população proteção à vida bem como também a saúde, permitindo que se tenha um envelhecimento saudável e com dignidade. (BRASIL, 2012).



Ainda de acordo com a Lei 10.741/2003 no artigo 19º, (apud BRASIL, 2007), esta lei é bem clara ao dizer que todos os casos que são suspeitos ou até mesmo confirmados de maus tratos contra a pessoa idosa, tem que ser obrigatoriamente notificado ao Conselho Municipal ou Estadual dos direitos do idoso, bem como também as delegacias de polícia e podendo até mesmo chegar ao Ministério Público.

O artigo 230 da Constituição Federal do Brasil, 1998 citados por Sanches, Lebrão e Duarte, (2008) comenta que a família, sociedade e o Estado devem amparar as pessoas idosas, e com isso, a sua participação na comunidade deve ser garantida de forma que sua dignidade seja protegida e seu bem estar juntamente com a vida sejam a estes idosos garantidos.

## 2.8 VIOLÊNCIA / MAUS TRATOS

A violência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) citada por Dahlberg e Krug (2007), é definida, a partir do momento que qualquer pessoa faça o uso de sua força física ou poder a ela conferido para ameaçar ou praticar o ato de violência propriamente dito, seja ele praticado com outra pessoa, grupos, comunidades ou contra si mesmo, e que diante da realização deste ato, tenha ou possa ter como consequência o sofrimento, dor, intimidação e até mesmo a morte.

A violência segundo Penna (2008), tem sido um assunto de extrema importância para a Saúde Pública, diante de sua evolução rápida, a violência tem causado um impacto muito grande comprometendo de forma geral todos os cidadãos em sua vida individual e coletiva, tem gravemente influenciado na qualidade de vida da população e com isso aumentado consideravelmente os custos na saúde, de forma geral tem mudado os pensamentos, as ações e hábitos de vida de muitas pessoas.

Já Minayo também comentado por Abath, Leal e Melo, (2012), relata que no Brasil esta questão sobre violência contra idosos demonstrou importância para a saúde pública e ganhou atenção a partir da década de 1990.

Aceitar e entender que a violência é um problema que está ligado a saúde pública, é um ganho muito grande para o nosso país, pois agindo assim, estaremos demonstrando que reconhecemos que temos um problema e respectivamente os

seus efeitos complexos diante da sociedade, que já vive esse cenário há muito tempo (SOUZA, 2008).

A violência hoje para Cecília Minayo citada por Brasil (2008) é um fenômeno social que tem impactado de forma brusca a saúde, pois, os seus prejuízos e as consequências dessa ação desestrutura toda a sociedade, onde se fazem necessários uma nova adequação e reorganização de trabalho, para atender as necessidades de cada região e cidadão.

Segundo Minayo comentado por Souza, Freitas e Queiroz (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende ser maus tratos ou negligência toda atitude que seja usada de maneira repetitiva ou que seja usada apenas uma vez, bem como também, não realizar uma ação que seja necessária e que venha causar algum tipo de sofrimento e tristeza, e que todas essas situações aconteçam em um ambiente onde se tem verdadeira confiança, o que não permite enxergar o perigo em si.

A Rede Internacional de prevenção de maus tratos contra idosos (apud SOUZA; MINAYO, 2010), rotula violência contra os idosos, como sendo uma atitude de repetição e única podendo até mesmo ser encarada como omissão e que venha causar ao idoso algum mau, e que tudo isso acontece devido ao relacionamento de confiança existente.

A violência nos idosos segundo Kleinschmidt, citado por Abath, Leal e Melo, (2012), foi comentada pela primeira vez na Inglaterra no ano de 1975, por ter sido observado espancamento em avós.

Segundo Minayo citado por Epíndula e Blay, (2007), a violência tem uma ocorrência que pode variar entre grau e intensidade diferente de cada continente, demonstrando assim que a violência esta inteiramente relacionada com a cultura de cada região, abrangendo gêneros e sexualidade e problemas de exploração geral partindo dos próprios filhos.

Já para Ribeiro, Souza, Valadares, (2012), essa onda de maus tratos que vem acontecendo com esse público idoso, se dá devido ao aumento deles em massa na população, bem como também os benefícios e leis que eles com o passar do tempo vem conquistando entre a sociedade.

As diversas alterações que o organismo vem sofrendo com o processo de envelhecimento têm feito com que os idosos enfrentassem inúmeros problemas,

tornando-os vítimas de violência, número este que cresce consideravelmente na população idosa. (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Devido ao envelhecimento constante desta população inúmeras alterações ocorrem, tornando muitas habilidades diminuídas. Dentre essas habilidades as que mais se destacaram foi com a memória, velocidade de pensamento, habilidade visual e espaço, sendo também observadas algumas alterações anatômicas e funcionais que ocorrem durante todo o processo, como: realizações de tarefas que dependem da função executiva e da memória de trabalho, ambas facilmente observadas, tornando-os vulneráveis. (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

As mulheres são as que mais sofrem com as violências, pois existem diversos tipos de violências que são facilmente aplicados neste público feminino, costuma-se serem aplicados por familiares, vizinhos, parentes próximos e até mesmo antigos relacionamentos. (BRASIL, 2008).

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS), desenvolveu um órgão chamado de VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes, que visa conhecer melhor os tipos de violências e acidentes, detalhando em cada uma delas suas respectivas características por intermédio de sua ficha de notificação que deve ser preenchida para melhor ocorrer a apuração dos fatos, em uma de suas pesquisas que fora realizada entre os anos de 2006 à 2007 em 27 Municípios, retratou que as mulheres são realmente as mais afetadas em se tratando de violências, onde o público de mulheres idosas tem representado cerca de 408 notificações, totalizando um percentual de 65,2% do número de violências contra o sexo feminino na terceira idade. (BRASIL, 2008).

Em uma pesquisa realizada por Espíndula e Blay, (2007), citada por Wanderbroocke e Moré, (2012), eles identificaram que o abuso físico representa um percentual de 1,2% na Holanda e 18% na Finlândia, já Moraes, Apratto Junior e Reichenhein, (2008), identificou que este mesmo tipo de maus tratos físico aqui no Brasil varia de 10,1% (o que é feito de qualquer forma) e 6,3% (aquele de forma mais grave), considerando estes índices Melo, Cunha e Falbo Neto, (2006), eles analisam que este percentual encontrado por eles é bem maior do que é encontrado em outros países.

De acordo com o Sistema de Informação – DATASUS, comentado em Ribeiro, Souza e Valadares, (2012), no ano de 2008 cerca de 20.303 idosos sofreram maus

tratos por diversas causas, chegando até a óbito e totalizando um percentual de 3.1% de mortes nessa população e com isso se referenciando como a sétima causa de mortes em idosos, ainda durante o ano de 2008 foi constatado que 65,4% desses idosos procuraram o serviço de saúde para atendimento, após sofrerem violências e não resistiram indo a óbito durante o atendimento.

Ainda o Sistema de Informação – DATASUS, citado por Ribeiro, Souza e Valadares (2012), ainda destaca que só no Rio de Janeiro, de 1.364 idosos cerca 86,1% deles também morreram devido a essas violências e todos estavam tendo o atendimento prestado pelos serviços de saúde.

No Brasil, é necessário que muitas medidas sejam ainda tomadas mesmo depois de várias mudanças e avanços que já foram obtidos em relação a violência contra os idosos, o que exige da parte de todos os profissionais uma capacitação profissional eficiente para lidar com essa situação, tendo em vista que os idosos que sofreram algum tipo de violência, tem grande dificuldade em relatar, denunciar e expor os abusos que sofreram, por receio e até mesmo medo dos seus agressores. (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

De acordo com Gaioli e Rodrigues, (2008) a principal inquietação de todos os pesquisadores é que a ocorrência de maus tratos vem aumentando, e é algo possível de se prevenir e evitar.

Para Lima e outros (2010), os maus tratos realizados contra idosos ainda não são visivelmente explorados, apesar da frequência com a qual eles vêm ocorrendo atualmente, o que na verdade deveria ter uma atenção melhor, pois a vulnerabilidade desta população idosa tem repercutido muito bem na saúde, mas a sociedade e os familiares tendem a acreditar na inverdade de que a velhice seja realmente inválida, calar-se para eles é a opção correta a ser tomada.

Os maus tratos ou violência contra os idosos independente do conceito utilizado podem acontecer dentro ou fora de casa por um membro da família ou não, por qualquer pessoa que tenha função responsável por aquele idoso. As naturezas dos atos de maus tratos podem variar entre física, psíquica, material, sexual, negligência e confinamento. (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Um estudo realizado por Krueger; Patterson (apud MELO; CUNHA; FALBO, 2006) mostra que existem diversas dificuldades apontadas pelos médicos referentes à

violência ou maus tratos contra o idoso, entre muitas estão: sentimento da vítima, vergonha, negação do paciente ou da família, isso tudo tem interferido e apresentado um dos maiores impasses dos médicos na detecção da violência.

Hoje muito se preocupa com os maus tratos aos idosos, tendo em vista que é necessária uma conscientização mundial, pois haverá futuramente um aumento dessa geração a partir de 60 anos, o que faz com que esses idosos sejam mais vulneráveis. (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007)

A Instituição do Dia Mundial de Combate a Violência contra Pessoa Idosa, celebrado no dia 15 de Junho, surgiu decorrente desta situação em que se encontram os idosos. (NOGUREIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

De acordo com o Estatuto do Idoso, 2003 (apud GAIOLI; RODRIGUES, 2008), o art. 4º ele defende que o idoso de forma alguma poderá ser objeto de violência, ser discriminado na sociedade ou negligenciado, até mesmo oprimido ou sofrer algum tipo de agressão, pois se assim fizer, esse será sentenciado de acordo com os rigores da Lei.

Para melhor enfrentar esta questão de maus tratos, é necessário constituir uma rede integrada de atendimento, com apoio social, educação, saúde, justiça, segurança, culturas e governantes. (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

O autor acrescenta que diante desses resultados, acreditamos que haja uma enorme necessidade de maiores investimentos futuros para avaliação dos riscos de maus tratos, implantação de uma assistência multiprofissional que possa contribuir para geração de políticas públicas a fim de diminuir os maus tratos contra idosos. (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

De acordo com o Estatuto citado por Oliveira e outros colaboradores (2012), todos os cidadãos tem a responsabilidade de prevenir que o idoso sofra qualquer tipo de ameaça ou que seus direitos perante a sociedade sejam descumpridos, tornando assim obrigatório que todos que estão representando de forma competente essa população idosa, faça denúncias aos setores determinados a agir, como por exemplo, as Autoridades Policiais, Ministério Público, a fim de garantir o cumprimento dos direitos dos idosos, descritos no Estatuto do idoso.

A violência contra idosos representa um grande desafio para a sociedade e para a saúde, onde a demanda se torna cada vez maior, sugerindo a implementação de

políticas efetivas para o enfrentamento, focando-se prioritariamente no âmbito da saúde do idoso. (MORAES; APRATTO JUNIOR; REICHENHEIM, 2008).

Segundo Dahlberg e Krug (2007), assim como outros agravos existentes a saúde, a violência também pode ser evitada e seus respectivos danos diminuídos, a partir do momento em que seja tomada atitude tanto individuais, bem como também coletivas, para que órgãos responsáveis desempenhe adequadamente seu papel diante da sociedade.

Segundo Oliveira e colaboradores (2012), o idoso que sofre qualquer um dos tipos de agressão se envolve profundamente no sentimento de medo e vergonha o que torna ainda mais vulnerável e incapaz de se defender para garantir sua segurança.

De acordo com Menezes comentado por Menecalli e outros colaboradores (2012), analisando as violências de uma forma geral, é visto que os idosos que sofrem com todo este contexto além de desenvolverem um sentimento de incapacidade e inferioridade eles também acabam não tendo conhecimento dos seus reais direitos e nem dos serviços que prestam assistência a esses idosos vítimas de violências, diante desta falta de ajuda eles acabam tendo que conviver com esses agressores e sofrer suas represálias e nunca denunciar, por falta de apoio e proteção de profissionais e órgãos responsáveis na sociedade.

Segundo Faleiros citado por Araújo e Lobo (2009), o acontecimento das violências contra os idosos já é fato que ocorre a muito tempo, por volta dos anos 70 uma investigação mostrou esta problemática e nos anos 80 diversos conceitos foram gerados para definir esse ato, como por exemplo maus tratos e negligência na velhice, porém, somente agora é visto pela sociedade como algo que requer mais estudos e atenção.

O autor ainda acrescenta que o convívio familiar da vítima com o suposto cuidador ou familiar favorece o agressor para que ele não seja denunciado, pois com o passar do tempo, acaba-se gerando certa confiança entre a vítima e o agressor, e daí a vítima por medo de romper este laço não delata seu agressor.

### **2.8.1 Níveis de Violência**

De acordo com Bennett e outros citados por Menecalli e outros colaboradores (2012), a violência contra o idoso, foi por ele proposto de ser medida de acordo com suas dimensões sendo grande nível, médio nível e baixo nível.

#### **2.8.1.1 Grande nível**

A violência de grande nível é entendida como todo ato abusivo que segue desde discriminação referente a idade até as questões de diferentes salários, bem como também o desrespeito e os direitos que o idoso tem, mas que na verdade tem grandes dificuldades em ter acesso.

#### **2.8.1.2 Médio nível**

A violência de nível médio está ligada aquelas que correspondem as condutas políticas e preconceituosas que impactam diretamente o idoso na sociedade, os fazendo alvos de discriminações e vandalismos, de forma geral refere-se a maneira como o idoso é recebido pela sociedade e como seus direitos são vistos, se é com respeito ou preconceito pelo simples fato deles representarem a velhice na sociedade.

#### **2.8.1.3 Baixo nível**

A violência de baixo nível refere-se aos atritos que os idosos sofrem em sua residência por intermédio de cuidadores ou algum familiar.

Segundo Florêncio citado por Mecalli e outros (2012) a violência tem se tornado evidente diante do aumento do número de idosos que tem se tornando crescente na população, porém essa questão ainda é pouco abordada pela sociedade e também por todos os profissionais de saúde, pois ainda não está sendo aplicada por estes como deveria.

## 2.9 TIPOS DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS

### 2.9.1 Violência Física

A Organização Mundial de Saúde aponta diversos tipos de violências, entende a Violência Física, como sendo o uso abusivo de sua própria força física para fazer com que a sua vítima faça algo que não é de sua vontade e com isso causando - lhedor, ferimentos físicos e até mesmo a própria morte. (VITÓRIA, 2010).

Nesse tipo de violência o agressor usa de sua força física para causar diversos danos á integridade corporal de sua vítima, como por exemplo, lesões cutâneas, hematomas, ranhuras, ferimentos feitos por objetivos pontiagudos, tapas, socos e outros, bem como também pode causar outros danos por permitir que aquele idoso viva em condições precárias de higiene, com má alimentação e vivendo em constante situações de perigos. (BRASIL, 2007).

### 2.9.2 Violência Psicológica

Entende a Violência Psicológica, como sendo aquela em que se faz uso de palavras agressivas e ofensivas ou até mesmo o uso de gestos para intimidar e de certa forma conseguir afastar os idosos da sociedade e limitar sua liberdade. (VITÓRIA, 2010).

De acordo com Wolf e Pillemer citados por Dias ([20--]) no abuso psicológico existem diversas formas que a pessoa pode fazer para aplicá-lo, nele utiliza-se ações desrespeitosas, de invasão de privacidade, sem consideração nenhuma para com a vítima, a ponto de constranger o idoso até o momento em que nele se desenvolva o medo e até mesmo em alguns casos eles perdem a autonomia de tomar suas próprias decisões, pois a pessoa se sente pequena inferiorizada diante desta situação.



### **2.9.3 Violência de Abandono**

O Abandono, é encarado como sendo também um tipo de violência onde o agressor se nega a prestar qualquer tipo de assistência ao idoso, quer seja, o abandono praticado por familiares ou por locais públicos ou privados. (VITÓRIA, 2010).

O abandono também é demonstrado quando não se fornece a devida atenção ao idoso e quando não presta o devido cuidado a pessoa idosa de acordo com suas necessidades, de certa forma, além de abandonar o idoso ele também é negligenciado. (BRASIL, 2007).

### **2.9.4 Violência de Negligência**

A negligência também é tida como uma violência onde é praticada a falta e omissão da atenção, cuidados e assistências que todo idoso tem o direito de ter, seja essa aplicada por parte de familiares ou instituições na qual o idoso encontra-se inserido. (VITÓRIA, 2010).

Para Wolf e Pillemer citados por Dias ([20--]) a negligência se dá por duas formas, uma de maneira passiva, onde ocorre tudo de forma inconsciente e sem nenhuma intenção, e outra que é a ativa, onde a pessoa tem plena consciência do que está fazendo e de suas respectivas consequências.

Para Levine citado por Smeltzer e outros (2009) todos os idosos que precisam conviver em locais que eles tenham contato com a comunidade, podem ser alvos de negligência, pois diversas pesquisas apontam que existe um percentual desse tipo de violência que varia de 3% á 5% o que totaliza em torno de 5 milhões de idosos.

O autor ressalta também que a negligência é um tipo de maus tratos que está muito mais avançado do que se esperava e acreditava, ele acredita que em torno de 84% dos casos ainda infelizmente não são denunciados, pois nem as vítimas e nem seus respectivos agressores tem a coragem de delatar esse fato, fazendo assim, com que não se chegue até os profissionais adequados as informações corretas para que a ação devida seja tomada.

### **2.9.5 Violência de Auto Negligência**

Segundo Paixão e Reichenhein (2006), é a atitude que a pessoa toma contra si mesma de negar-se o próprio cuidado e garantir sua segurança e com isso acaba colocando em risco sua própria saúde.

O significado do termo usado de auto negligência, exclui ser auto negligência quando ocorrem o fato em que a pessoa cria um atentado contra sua própria saúde, pondo em risco sua vida de forma consciente e de sua própria vontade, sabendo inteiramente quais serão as consequências de seus atos. (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

### **2.9.6 Violência Social**

Segundo Levine citado por Sousa e outros colaboradores (2010), esse tipo de violência é provocado pela sociedade que se omite em assumir e defender os direitos desses idosos, todos os responsáveis por representar essa classe de população acabam não exercendo suas funções e com isso os idosos passam por discriminações.

### **2.9.7 Violência de Abuso Financeiro**

Entende também que o Abuso Financeiro é um tipo de violência na qual o agressor explora e extorque a vítima sem sua autorização, fazendo uso de seus bens patrimoniais e bancários. (VITÓRIA, 2010).

Já para Wolf e Pilleme comentados por Dias ([20--]), eles defendem que o abuso financeiro vai além de um simples uso do dinheiro do idoso sem seu consentimento, para eles, apropriar-se de bens materiais como, casas, terras, e outros e até mesmo impedir que o idoso possa ter controle e verificar sempre que achar necessários seus bens, também é uma forma de abusar financeiramente do idoso.

### 2.9.8 Violência Sexual

É quando uma pessoa usa a outra pessoa, quer seja ela heterossexual ou homossexual para promover sua própria satisfação sexual ou estimulação da vítima, utilizando de diversos artifícios para atingir seu objetivo, como práticas eróticas, ameaças físicas e verbais, com imposições e sedução. (PAIXÃO; REICHENHEIN, 2006).

Geralmente esse tipo de violência é utilizado por pessoas que tem algum tipo de poder mediante o idoso, no qual a liberdade lhe permite tomar algumas atitudes que não são autorizadas e nem de vontade da vítima, como por exemplo, fazer carícias, usar palavras obscenas, relação sexual de diversas formas, masturbações e outros. (BRASIL, 2007).

### 2.10 POSSÍVEIS LOCAIS DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS

Minayo e outros colaboradores citados por Sousa (2010) diz que existem diversos lugares no qual o agressor pode executar sua maldade como, por exemplo, na própria residência da vítima, em casas de repouso ou locais onde o idoso fica permanentemente, em sua vida diária na comunidade, em transportes e outros, porém o local mais comum e onde acontece o maior número de violências é no próprio lar, na residência da vítima, onde é entendido pela sociedade como um local em que deveria preservar o amor, carinho e afeto, representando assim proteção, mas na verdade estes locais tornaram-se propícios para a execução desses atos que de forma mascarada são aplicados em suas vítimas.

De acordo com Machado e outros colaboradores citados por Souza, Freitas e Queiroz (2007), são inúmeros os casos de maus tratos, dentre estes uma grande parte é cometida em asilos casas de repouso, onde o idoso sofre de isolamento sentindo-se completamente sozinho, sem ao menos poder procurar alguém para defendê-lo ou até mesmo ter condições de realizar sua própria defesa.

O autor ainda ressalta que esses tipos de violências que ocorrem em instituições é uma forma de maus tratos para com o idoso que tem ocupado um lugar especial na sociedade, onde as instituições públicas, e prestadores de serviços e até mesmo

Instituições de Longa Permanência (ILP), tem sido o campo para se cometer estes atos de violência contra a pessoa idosa.

Para Minayo citado por Melo, Cunha e Falbo (2006), o sexo feminino é o que mais sofre com os maus tratos em se tratando do ambiente familiar, pois para ele o sexo masculino são mais vítimas de violências de origem urbanas.

Porém os autores Leme e Silva (2002) discordam nesse assunto, pois em sua pesquisa realizada com a população americana eles puderam identificar que as agressões mais constantes passaram a ser feitas com os homens em relação do que era esperado que fosse feito para com as mulheres.

Segundo Nogueira, Freitas e Almeida (2011), em sua análise feita no município de Fortaleza no Ceará, ele pode constatar que diante dos dados colhidos o público idoso feminino entra a faixa etária de 71 à 80 anos é o mais afetado em relação a violência e denúncias.

De acordo com Krug e outros (apud, NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011) um relatório mundial a respeito de violência chega a uma estimativa de que cerca de 4 a 6% de idosos sofrem por serem vítimas de violência, principalmente a de origem doméstica.

O que concorda Souza, Freitas e Queiroz (2007), que cerca de 2/3 dos casos de maus tratos e negligências praticada contra o idoso é inteiramente realizada no contexto familiar por filhos homens e cônjuges.

Segundo Ritt comentado por Oliveira e outros (2012), em se tratando de violência, ela tem duas formas, sendo a primeira do tipo de violência doméstica, a qual não se mantém somente focada na família, esse tipo para ele, engloba tudo e todos que estão vivendo juntamente com o idoso, que tenham algum grau de parentesco ou não, mas desde que estejam próximos como, por exemplo, empregados, pessoas que os visitam, e outros.

O autor ainda ressalta que o segundo tipo é a violência familiar, que é na verdade todas as agressões ou maus tratos causados por familiares diretamente ligados ao idoso, não importando a linhagem deste parentesco, podendo ser desde filhos até bisnetos, companheiros, mas desde que a pessoa tenha alguma aproximação e ligação direta com a vítima, sendo esta a que é de grande importância, pois o contato direto com esses familiares próximos tem tornado o ambiente mais favorável

para ocorrer os maus tratos, e com isso é também mais complicado de se ter um controle desta situação, tendo em vista que a vítima tem uma vivência diretamente ligada ao agressor o que propicia um sofrimento às escuras.

Torna-se então, cada vez mais necessário à busca por estratégias que visem manter os cuidados dos idosos de forma integral, principalmente àqueles que têm dependência ou semi dependência e fragilizados, que são alvos fáceis e de violência e maus tratos no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Para Wanderbroocke e Moré (2012), quando o agressor é alguém que pouco tem contato com a vítima, é muito mais fácil de detectar a violência contra o idoso do que aquele agressor que está bem próximo da vítima, inserido no seu contexto.

O autor ainda comenta que é no ambiente familiar que os valores de cada um são desenvolvidos e explorados como as capacidades e habilidades, sendo possível neste mesmo ambiente desenvolver laços de afetividade, amor, respeito, bem como também desenvolver o próprio ódio, sentimentos e ações de destruição, porque dependendo de cada contexto vivido este local pode ter sido um ambiente cheio de sofrimento e em alguns casos violento.

De acordo com uma pesquisa feita por Mascarenhas e outros colaboradores (2012), eles puderam identificar que dos atos de violências 78% delas representam as agressões sofridas na residência das vítimas, sendo que em torno de 53,6% das vítimas já haviam sofrido outras agressões. O sexo feminino na pesquisa, apresentou ser o mais violentado com relação as violências originadas no domicílio, bem como também sofreram as agressões diversas vezes, o que nos homens não fora constatado.

O autor ainda relata que diante de sua pesquisa ele concluiu diante dos dados colhidos que de todas as violências usadas contra o idoso, o sexo feminino é o alvo mais afetado, sendo a principal vítima na maioria dos casos, independente que o agressor seja do convívio da vítima e esteja inserido em sua residência ou não.

## 2.11 FATORES ASSOCIADOS À CAUSAS DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS

Segundo Minayo e outros citado por Souza, Freitas e Queiroz (2007), as diversas formas de violências contra o idoso em sua maioria são causadas pelos seus próprios filhos, e grande parte se dá por algum tipo de dependência química.

Em uma pesquisa realizada no Ceará no ano de 2005 foi encontrado dados que comprovam a participação de muitos agressores que fazem uso de drogas ilícitas ou lícitas, onde o uso abusivo de álcool e drogas por parte desses agressores tem provocado um aumento considerável nos casos de violências familiares. (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Ballone citado por Souza, Freitas e Queiroz (2007), ainda ressalta que o uso em excesso de álcool e drogas é um dos principais fatores que colaboram para que as violências domiciliares sejam cometidas, pois a pessoa quando está sobre o efeito do álcool ela perde seu total controle se tornando agressiva, em alguns casos ficam iradas e furiosas e com isso comete agressões que depois do fato ocorrido não se recordam de nada.

Para Minayo, Wolf e outros colaboradores citados por Melo, Cunha e Falbo (2006) o uso de álcool e drogas está ligado diretamente a outros diversos fatores de risco causadores de maus tratos em idosos.

Já Cammer citado por Melo, Cunha e Falbo (2006) defendem que até mesmo os níveis de stress em que o responsável por cuidar do idoso se encontra é um fator muito importante e pré disponente para que seja efetuada uma agressão.

Vale ressaltar que mesmo que se tenha alguns fatores que colaborem para que o idoso sofra algum tipo de agressão, em alguns casos o agressor não responde por si só, tendo em vista que alguns idosos de acordo com seus comportamentos promovem reações por parte de seus agressores, fazendo assim com que as condições de vida também sejam um fator relevante para riscos e conflitos. (MINAYO; WOLF; CAMMER apud MELO; CUNHA; FALBO, 2006).

Conforme Guccione comentado por Elsner, Pavan e Guedes (2007), os idosos que sofrem com os atos de violências são aqueles que de certa forma, dependem tanto fisicamente como mentalmente de seus cuidadores e que ainda possuem alguma

deficiência em locomover-se e outras limitações, necessitando assim, de auxílio para desempenhar suas atividades de vida diárias (AVDs).

Segundo Lanchs e Pillemer citados por Leme e Silva (2002), existem diversos fatores que colocam os idosos em risco sujeitos a sofrer agressões, dentre muitos eles citaram o fato do idoso ser portador de alguma doença aguda ou ter se acidentado, o que impossibilitaria o idoso de defender-se de agressões, outro fator também comentado por eles é o fato dos respectivos cuidadores fazerem uso de entorpecentes ou ser altamente dependente de suas vítimas, situação na qual possibilitaria com que o cuidador tivesse atitudes agressivas e fizesse uso de sua força para coagir ou intimidar sua vítima e com isso atingir seu objetivo, desta forma viver no mesmo ambiente com pessoas que apresentam tais aspectos é um complicador bastante importante, pois aumenta grandemente as oportunidades de agressões e diminui assim a chance de ser descoberta.

## 2.12 INDICADORES DE VIOLÊNCIAS / MAUS TRATOS

De acordo com Guccione citada por Elsner e outros colaboradores (2007), a falta de visualização nítida de agressões, não garante que o fato não tenha ocorrido com a vítima, diante disso, é de grande importância ter conhecimento de alguns fatores que podem servir como marcadores e indicadores em casos de suspeita de agressões.

### 2.12.1 Indicadores físicos

Existem diversas formas de identificar uma agressão, o indicador físico é uma delas onde é observado na vítima que ela sofreu ou esta sofrendo uma perda de peso considerável, apresentando desidratação e desnutrição, sem ter alguma doença que explique a ocorrência dessas alterações, bem como também o surgimento de hematomas, úlceras de pressão, ferimentos, olheiras, má higiene, vestimenta inadequada, sujeira, higiene oral debilitada, ocorrência de acidentes sem explicações precisas. (GUCCIONE apud ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007).

### **2.12.2 Indicadores psicológicos**

Segundo Guccione citada por Elsner, Pavan e Guedes (2007), o idoso que sofreu ou está sofrendo algum tipo de violência, pode demonstrar algumas atitudes que servem de norteadores para identificarmos que algo está errado com aquele idoso, como por exemplo, o psicológico fica muito abatido, com isso o idoso pode demonstrar profunda tristeza, apatia, ansiedade, não ter forças pra se defender, medo constante, desenvolver um quadro de depressão, não consegue se expressar espontaneamente, fica agitada, a vítima não quer de forma alguma manter algum tipo de contato com o seu cuidador ou possível agressor.

### **2.12.3 Indicadores sexuais**

Os indicadores sexuais também são de extrema importância para identificar violências associadas a este fator, nessa situação o idoso muitas vezes apresenta ter atitudes diferenciadas em determinadas situações e na presença de algumas pessoas como o ato de ficarem exibidos ou usarem de falas inapropriadas que não se encaixam naquele momento ou determinado assunto, podem apresentar também agressividade tanto com outros como também com si mesmos, podem também apresentar-se isolados, lesões em suas regiões genitais bem como também dor e infecções de repetições, roupas íntimas rasgadas, sangramentos e outros. (GUCCIONE apud ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007).

## **2.13 A AGRESSÃO E SUAS PRINCIPAIS FORMAS NO ÂMBITO FAMILIAR**

Agressão é conceituada por Ferreira citado por Kristensen e outros (2003), como sendo todo aquele que tenha coragem para agredir, mantendo-se disposto para encadear atitudes agressivas e destruidoras.

Em comum acordo, para Houaiss e outros citados por Kristensen e outros (2003), a agressão tem como significado toda atitude que venha infringir a integridade física de uma pessoa ou até mesmo a moral, ou até utilizando de algum modo um ato hostil ou de provocação.



Segundo Minayo citado por Sanches, Lebrão e Duarte (2008), afirma que ao se traçar uma linha para determinar como se segue o padrão de violências contra o idoso no âmbito familiar para saber quem mais os agride em ordem sequencial, nota-se que os filhos estão em primeiro lugar, logo em seguida estão as filhas, as noras, os genros e os seus respectivos parceiros.

Em uma pesquisa feita por Neri no ano de 2003, citado por Sanches, Lebrão e Duarte (2008), o instituto Brasileiro de Investigações Criminais (IBICCRIM), relata que de 1.500 casos de violências contra o idoso, 40% desses casos, os responsáveis por essas agressões são os filhos, netos e seus respectivos companheiros.

Conforme dados colhidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 citados por Araújo, Cruz e Rocha (2013), cerca de 630 casos de violências foram informados para os serviços de saúde no ano de 2008, onde um número de 338 idosos acabou sendo vítimas de agressões provocadas pelos seus próprios filhos, 54% das violências ocorrem nos seus lares e com idosos com idade acima de 60 anos.

O autor ainda relata que diante dos diversos tipos de violências, a violência moral e a violência psicológica foram as mais utilizadas pelos agressores totalizando um percentual de 55% dos casos, as outras violências, como a física tem um percentual de 27% e a violência de abandono tem em torno de 22% e a violência de abuso financeiro e de bens patrimoniais atingiram um percentual de 27%.

Para D'Oliveira citado por Oliveira e outros (2012), o autor afirma que, os maus tratos mais acometidos por parte dos agressores são os de violência física, onde o agressor utiliza da força física para causar feridas e podendo ocorrer até a morte; bem como também o da violência psicológica onde o agressor usa de agressões verbais ou gestos para aterrorizar, menosprezar, humilhar e isolar o idoso do convívio na sociedade, o restringindo totalmente de sua liberdade. Já o abuso financeiro que também é muito utilizado pelos agressores que são geralmente por familiares próximos, neste ato ele faz uma exploração indevida dos recursos financeiros sem autorização do idoso; vale ressaltar ainda, que o abuso sexual que muitas vezes acontece para obter excitação sexual do agressor ou estimular a própria vítima, podendo ocorrer em diferentes relações quer seja heterossexual ou homossexual, é na maioria das vezes impostas através de violências ou ameaças.

O autor ainda acrescenta que pode ocorrer à negligência onde o agressor se recusa totalmente de cuidar de sua vítima, abandonando a responsabilidade de garantir a esse idoso o devido cuidado, acrescenta também a violência de abandono que é facilmente cometida, por simplesmente o agressor se ausentar de prover para sua vítima os devidos cuidados, outra forma de violentar um idoso é a auto-negligência, esta é muito utilizada pelos próprios idosos, onde eles colocam em risco sua própria vida por deixar de prover para si o que lhe é devido.

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto foi possível identificar nos dados coletados que a ocorrência de violências contra o idoso do sexo masculino no âmbito familiar é muito grande, totalizando um percentual de 58,6%, onde 45,2% destes tem uma idade de 75 anos e sendo casados, estes sofreram maus tratos por parte dos filhos, genros, noras e netos, o que mais entristece neste estudo é saber que um total de 57,4% não recorreu aos seus direitos buscando ajuda dos órgãos responsáveis, como por exemplo, ajuda médica. (GAIOLI apud SANCHES; LEBRÃO; DURTE, 2008).

Em uma análise feita por Nogueira e colaboradores (2011) no Município de Fortaleza no Ceará, eles puderam constatar que diante dos dados colhidos os agressores estão sempre entre os familiares, sendo estes em sua grande maioria filhos e netos, também foi possível observar que os atos de agressão para com o idoso têm sido aplicados por agressores do sexo masculino, ao invés de feminino.

Conforme Leme e Silva (2002), os agressores sempre tem um perfil, numa pesquisa realizada com a população americana, foram encontrados dados que mostram que o agressor normalmente é o próprio parceiro e em seguida os filhos.

Para Godim e Costa citados por Araújo e Lobo (2009), é perceptível aos agressores características específicas que eles demonstram ter como, por exemplo, a falta de comprometimento e atenção em cuidar do idoso, eles conseguem com facilidade se irritar mesmo que seja com pequenas coisas e manter um elevado nível de estresse.

Para Leme e Silva (2002) os autores relatam que em muitas situações as condições de estresse de todos que ficam responsáveis pelos cuidados desses idosos, tem se tornado a cada dia mais frequente e de grande intensidade naqueles familiares, que cuidam dos idosos que são altamente dependentes para realizar suas atividades de vida diariamente.

De acordo com alguns investigadores, Menezes, e outros comentados por Gaioli e Rodrigues (2008), os idosos estão expostos a diversas formas de maus tratos, pelo simples fato de serem frágeis, os tornando assim, propensos a esse risco, uma vez que moram na mesma residência com quem os agride e ainda assim, com filhos que dependem financeiramente dos seus pais idosos ou que esses idosos dependam de seus familiares para tudo.

O autor ainda relata que pode ocorrer também, o uso abusivo de álcool e drogas tanto por parte dos idosos, como também por parte dos filhos, inclusive uma exclusão social tanto do familiar quanto do idoso, o que ambas fazem parte dos sinais de vulnerabilidade e riscos que estes idosos correm diante dos agressores, assim como também, a história passada de agressões ou violências contra o idoso e sua família.

Em concordância, os autores Menezes, Wof, Reay e outros citados por Elsner, Pavan e Guedes (2007) diante da situação em que vivem os idosos alvos de maus tratos eles viram a necessidade de melhor detalhar os seus agressores, por ressaltar que quem os agride além de na maioria das vezes residirem juntamente com a vítima e além de serem filhos das vítimas, ainda são dependentes delas em questões financeiras ou o idoso é o dependente de seus filhos, na maioria das vezes os agressores são usuários de drogas e álcool, em média três vezes mais do que um usuário comum.

Relatam ainda que o agressor não tem um bom vínculo familiar, onde sua comunicação entre os demais familiares é restrita e com isso o de sua vítima também se torna restrito, e em muitos casos os que hoje agridem, também já foram alvos de violências e sofreram agressões e diante desse fato, eles sofrem com algum tipo de patologia de origem psiquiátrica e mental, o autor ainda ressalta que, muitos ainda fazem uso de entorpecentes.

Os autores Leme e Silva (2002) têm opiniões contraditórias, ao autor Minayo citado por Sanches, Lebrão e Duarte (2008) não sendo assim possível determinar um agressor específico.

### **2.13.1 Fatores de risco para violência intrafamiliar**

Fator de risco é tudo aquilo que de alguma forma venha infringir ou romper a integridade e o bem estar físico e psíquico de todo ser humano, permitindo que este se torne vulnerável as diversas formas de violências. (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

#### **2.13.1.1 Dependência do idoso**

Para Neri citado em um estudo realizado por Meira, Gonçalves e Xavier (2007), foi observado que o fato do idoso depender totalmente ou até mesmo parcialmente de seu cuidador demonstrando necessidade de apoio em todas as suas atividades durante o dia, pode favorecer para ocorrência de atritos na família principalmente de origem física, resultando assim em possível abandono.

#### **2.13.1.2 Doenças que geram incapacidade progressiva**

As alterações existentes decorrente do processo de envelhecimento faz com que diversos fatores com o decorrer do tempo sejam causadores de doenças crônicas, que tem seu surgimento mais acentuado na velhice, que faz com que as capacidades do idoso desenvolver suas atividades diárias fiquem limitadas e regressivas em alguns casos, bem como também impede que esse idoso busque ajuda médica e tratamento para sua saúde, tornando-o assim mais dependente de seus cuidadores. (ALVAREZ apud MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

O que para Machado e Queiroz citado por Meira, Gonçalves e Xavier (2007), essa dependência reflete diretamente no cuidador, por intensificar seus cuidados para com esse idoso devido a sua condição crônica, este cenário de dependência ainda favorece um ambiente propício a violências, pois quanto maior for a dependência do idoso, maior também será o risco de ele sofrer algum tipo de violência, levando sempre em consideração o aumento das tarefas que sobrecarregam esses cuidadores devido as limitações desses idosos.

### 2.13.1.3 Doença no familiar que é o cuidador

Para Alvarez citado por Meira, Gonçalves e Xavier (2007) os cuidadores acabam adquirindo diversas doenças por não dedicarem a si à atenção devida, muitos sofrem com depressão, problemas de hipertensão arterial, níveis elevados de stress, outros com problemas de alcoolismo, problemas de articulações, em fim, sua condição de saúde é esquecida devido aos compromissos já existentes como cuidadores, o que também passa a ser uma condição propícia de violência, a partir do momento em que o cuidador passe a se esquivar de atender as necessidades do idoso e até mesmo não ter condições para executá-las por motivos de doenças próprias.

### 2.13.1.4 Casos de violência pregressa na família

A violência muitas vezes praticada no âmbito familiar pode ter um relacionamento com histórias anteriores de agressões vivenciadas ou sofridas pelo cuidador na sua infância, fase na qual se aprende facilmente a ter esse tipo de comportamento violento e que no futuro o cuidador agressor usa deste mesmo artifício para resolver suas situações, e com isso faz uso desta prática sempre em pessoas que apresentem algum tipo de fragilidade. (ROSS; CAMPBELL apud MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

### 2.13.1.5 O stress no cuidador

Para Alvarez comentado por Meira, Gonçalves e Xavier (2007), realizar todos os cuidados diariamente, com o passar do tempo faz com que o cuidador sofra um cansaço intenso decorrente dos números de tarefas que devem ser desempenhadas, isso também colabora para que o cuidador veja este trabalho como uma carga pesada e como um trabalho estressante, cansativo, podendo até mesmo atingir os picos mais altos do stress, que é a exaustão.

O autor ainda relata que nesses casos a violência familiar ocorre a partir do momento em que o cuidador começa a se omitir em realizar os cuidados necessários para aquele determinado idoso e com isso não atendendo mais suas

respectivas queixas e solicitações, e passando assim a dizer que aquele idoso não necessita mais de tanta atenção e cuidados, porque seus problemas de saúde não teriam mais jeito.

Toda pessoa que sofre de stress passa pelas fases existentes do stress, que são discriminadas como sendo a primeira de alarme onde a pessoa está naquele momento se preparando para enfrentar os problemas de forma emocional e fisiológica, bem como também a segunda fase de resistência onde a pessoa mesmo que tenha muitas tarefas e não esteja conseguindo lidar com aquilo tudo, mas mesmo assim ela não admite e continua a exercer suas funções, e por fim a terceira fase que é a de exaustão, esta fase caracteriza a violência, onde o cuidador já não mais consegue ter controle e tudo que estava acumulado acaba o vencendo. (NERI apud MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

## 2.14 PUNIÇÕES

De acordo com Sousa citado por Sousa e outros (2010), como a violência é um ato no qual lesar fisicamente, psicologicamente e financeiramente o idoso, cabe ao agressor uma penalidade de dois meses até um ano de prisão e juntamente pode ser dada uma multa e suspensão condicional, no caso de agressões mais intensas onde podem ocorrer danos mais graves, essa penalidade pode aumentar, podendo ser até mesmo de um a quatro anos de prisão, mas no caso de agressões seguidas de morte, cabe ao agressor uma penalidade de quatro a doze anos de prisão.

O autor ainda relata que, caso algum profissional da área da saúde entre em contato com qualquer idoso que apresente agressões e que ele as identifique, mas, porém não seja de sua parte tomada nenhuma atitude de denunciar esta violência, cabe também a ele sofrer penalidades, como pagar uma multa em torno de R\$ 500,00 à R\$3.000,00, que pode ser alterada, caso seja constatado que este acontecido seja recidivo.

De acordo com o Estatuto do Idoso na Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003, citado por Vitória (2008), quem for de contra aos direitos do idoso, os infringindo, será penalizado de acordo com a lei descrita no quadro 1.

Quadro 1- Infrações contra pessoa idosa e suas penalidades, segundo o Estatuto do idoso.

INFRAÇÕES	PENALIDADES
Negar assistência ao idoso ou recusar, retardar ou dificultar a assistência a saúde.	Detenção de 6 meses a 1 ano e multa, se a negligência levar a morte do idoso a pena será triplicada.
Submeter o idoso a condições desumanas privá-lo de alimentação ou obrigá-lo a trabalho excessivo ou inadequado.	Detenção de 2 meses a 1 ano e multa.
Submeter o idoso a maus tratos que resultem em lesão corporal grave.	Reclusão de 1 à 4 anos.
Apropriar-se ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso.	Reclusão de 1 à 4 anos e multa.
Negar acolhimento ou permanência do idoso em um abrigo.	Detenção de 6 meses à 1 ano.
Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso.	Detenção de 1 à 3 anos e multa.

Fonte: Vitória. 2008, p.74.

## 2.15 O PROGRAMA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO

De acordo com o Ministério da Saúde citado por Dalpiaz e Stedile (2011) o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, com o objetivo de organizar, reformar e orientar a forma com a qual a assistência em saúde era prestada pela equipe médica, sendo interligada com a doença e não na visão dos direitos do cidadão e nem na forma com a qual a equipe deveria prestar esse atendimento.

Dalpiaz e Stedile (2011) relatam que em 2006 o Programa de Saúde da Família, (PSF), deixou de ser um programa, o que determina tempo de ação e atendimento, para ser estratégia, que age de uma forma ininterrupta prestando uma assistência duradoura, sendo assim renomeada como Estratégia de Saúde da Família, (ESF).

Segundo o Ministério da Saúde comentado em Giacomozzi e Lacerda (2006) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como objetivo realizar atendimentos domiciliares focados na prevenção e integralidade, se diferenciando das práticas de intervenções médicas.

Ainda afirma Giacomozzi e Lacerda (2006), que essa prática adotada de atendimento da Estratégia de Saúde da Família é importante, pois é uma forma de fazer com que o profissional esteja inserido no âmbito familiar vivenciando e conhecendo a realidade de cada família e efetivando diversos vínculos, e de certa forma podendo atender as necessidades desta família de acordo com realidade de cada uma. Sendo assim, a assistência domiciliar prestada é uma forma de refletir sobre as práticas que são utilizadas nesse atendimento, substituindo o modelo tradicional de atendimento.

De acordo com Brasil (2007), citado por Dalpiaz e Stedile (2011), a Estratégia de Saúde da Família tem por objetivo redirecionar a assistência básica prestada, em comum acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), atuando com inovações, garantindo o vínculo e o comprometimento entre o Sistema de Saúde e a população, família. De uma forma geral, prestar um atendimento de qualidade, integral, humanizado, organizado, com parceria, visando sempre à resolutividade em todos os aspectos.

A autora ainda relata que a Estratégia de Saúde da Família necessita ter uma equipe bem estruturada com diversos profissionais para a realização desse atendimento, o que compõe de um Médico, um Enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, todos capacitados para prestar uma melhor assistência, tendo como alvo principal a saúde da família.

A atenção básica feita pela Estratégia da Saúde da Família em relação a saúde da pessoa idosa tem meios pelos quais ela consegue captar esse público, um deles é através de visitas domiciliares onde é possível fazer um diagnóstico de muitas dimensões, como por exemplo, do ambiente em que o idoso está inserido, como a relação que o profissional pode desenvolver com a pessoa idosa e também com os demais familiares. (BRASIL, 2007).

Por ser de inteira responsabilidade da Equipe de Estratégia prestar à devida atenção a pessoa idosa e também a todos de sua família que estão em sua área de abrangência mesmo que seja em locais privados, cabe a esta equipe acompanhar, orientar e dar apoio domiciliar as diversas formas do envelhecimento, respeitando a cultura de cada indivíduo, minimizando as barreiras que dificultam o acesso destes ao serviço de saúde. Sempre que necessário os profissionais devem criar meios para promover ambientes saudáveis e favoráveis que futuramente irão influenciar



diretamente no envelhecimento, estabelecendo junto a família um vínculo e o suporte adequado para atender as inúmeras necessidades do idoso. (BRASIL, 2007).

È imprescindível para as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ter conhecimento sobre as violências de diversas formas, sejam elas de origem familiar, bem como também as de origem institucional, como os locais de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI), na verdade os asilos como eram chamados antigamente, e outros locais que estejam dentro de sua cobertura e de responsabilidade de sua equipe. É também de inteira responsabilidade da Equipe de Estratégia tanto identificar os casos suspeitos e confirmados como notificar os mesmos, tendo sempre como foco promover meios que previnam esses maus tratos juntamente com a família, as orientando para que assim seja desenvolvida nesses familiares uma visão de proteção para este idoso, sempre estimulando a paz e saúde e por meios estratégicos buscar que o idoso possa viver em lugares que tenham hábito e comportamento saudável e que estes estejam seguros de violências. (BRASIL, 2007).

A comunicação e a observação durante as visitas são muito importantes, pois a associação delas permite ao profissional identificar lesões, como úlceras, sinais de desidratação, de violência, bem como também a própria fala do idoso comunicar além do que está sendo visto e assim colaborar para que de forma mais precisa se feche uma avaliação de situações que possam estar ocorrendo com aquele idoso. Sendo assim, é imprescindível manter uma boa comunicação para que seja possível avaliar, manter um vínculo e planejar a assistência que deve ser prestada em cada situação. (BRASIL, 2007).

### **2.15.1 Competências requeridas ao enfermeiro na ESF**

Diante de muitas competências pertinentes ao enfermeiro da Estratégia de saúde da Família, destacam-se aqui algumas que estão ligadas diretamente ao atendimento da população idosa.

Promover a qualidade de vida do idoso, o enfermeiro tem que entender os diversos fatores que interferem na vida da pessoa idosa; compreender que a família e a comunidade fazem parte do processo de vida do idoso; incentivar a participação da

comunidade com atividades que sejam benéficas para a vida do idoso; entender plenamente sobre o envelhecimento e suas formas, sabendo reconhecer o que é agravante e ameaçador na vida do indivíduo; identificar precocemente os fatores que podem interferir na saúde do idoso tendo bastante atenção aos sinais e sintomas que representam essas alterações; manter parcerias para melhor desenrolar o trabalho; reconhecer as ações que são desenvolvidas pelos sistemas governamentais que visam a promoção da saúde do idoso; desenvolver meios que colaborem para melhorias de forma abrangente e educativa; compreender que a saúde do idoso é muito mais que um simples processo; avaliar a área em que sua unidade presta cobertura para que com antecedência possa identificar as doenças que estão prevalentes nesta população. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O autor ainda relata que o enfermeiro precisa monitorar e prevenir as doenças prevalentes do idoso, por meio de atitudes tanto individuais como de grupo, sendo uma das formas conhecerem o contexto em que está inserido este idoso e como é sua família; cabe ao enfermeiro orientar tanto os familiares quanto aos idosos e até mesmo a comunidade para assim reduzirem ao máximo os riscos a saúde; em casos de idosos com comprometimento mental ou físico, traçar meios que diminuam os riscos de violências intrafamiliar; agendarem suas visitas domiciliares aos idosos que estejam apresentando ou fazem parte de algum grupo de risco; coordenar, supervisionar e capacitar os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem e os auxiliares, com o objetivo de que suas devidas atribuições sejam desempenhadas de forma integral a população idosa. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

### **2.15.2 Ações dos profissionais de enfermagem na identificação de violências**

Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, são fundamentais na identificação de casos de violências e na promoção de ações que podem ser desenvolvidas individualmente ou coletivamente. (RUCKERT et al., 2008).

### 2.15.2.1 Dedicar atenção e tempo

Alguns profissionais ressaltam que para administrar diariamente estes casos se faz necessário dedicar intensa atenção e tempo, porque na maioria das vezes a resolução desses problemas requer certo domínio entre conhecimento e a articulação de toda a equipe e a rede que os fornece ajuda. (RUCKERT et al., 2008).

### 2.15.2.2 Consulta de enfermagem

De acordo com o Ministério da Saúde citado por Santos Reis e outros colaboradores (2008) a consulta de enfermagem está entre as diversas funções que são atribuídas ao enfermeiro em unidades de saúde da família, que devem ser desempenhadas de acordo com os protocolos do próprio Ministério da Saúde e atributos legais da profissão.

De acordo com alguns autores, a consulta de enfermagem é uma função de total responsabilidade do enfermeiro, não lhe sendo permitido transferir esta função para qualquer outro membro da equipe que participe juntamente com ele na unidade de Saúde da Família, esta responsabilidade também promove ao enfermeiro um diferencial e privilegiado valor, refletindo diretamente na saúde e no atendimento do usuário. Esta consulta de enfermagem geralmente é iniciada com uma coleta de dados e um histórico, em seguida, a elaboração de diagnósticos juntamente com ações que visem atender as necessidades do paciente, e por fim, com um plano de assistência que é composto de orientações a respeito das técnicas e práticas que devem ser realizadas para atender de forma eficaz todos os pacientes de acordo com a sua saúde. (MACIEL; ARAÚJO apud SANTOS REIS et al., 2008).

Alguns profissionais de saúde identificam os casos de violência durante suas consultas de enfermagem. É mediante essas consultas de enfermagem que o profissional traça meios e faz planejamentos para prevenir e tratar situações de violências já identificadas ou suspeitas, daí parcerias que fornecem apoio são acionadas e grupos de educação em saúde são desenvolvidos para melhor, monitorar e atuar diante dessa problemática. (RUCKERT et al., 2008).

Em uma pesquisa realizada por Ruckert e outros colaboradores com profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Saúde (2008), a situação de violência

familiar encontra-se entre os diversos atendimentos realizados por estes profissionais.

Alguns profissionais comentaram que no caso de identificarem violências que seja de origem de âmbito familiar, o foco principal no atendimento é garantir a vida da vítima de violência, sendo assim imprescindíveis que no atendimento sejam identificados, alguns itens importantes como moradia, questões referente a trabalho, alimentação, avaliando criteriosamente estes pontos para prosseguir na tomada de decisão. (RUCKERT et al., 2008).

#### 2.15.2.3 Colaboração dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)

A identificação das violências requer um envolvimento de toda uma equipe, porque cada um tem seu respectivo papel e sua importância, diante disso a maioria das violências são primeiramente identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão ligados diretamente às famílias de sua região, e por residirem no mesmo local. Os técnicos de enfermagem também conseguem identificar algumas violências, já pelo fato de estarem ligados aos procedimentos que facilitam a identificação de lesões principalmente as de origem física, podendo ser o primeiro passo para suspeita de um caso de violência. (RUCKERT et al., 2008).

Os agentes comunitários de saúde conseguem ter um olhar bem abrangente de uma situação de violência, pelo fato de terem uma aproximação considerável com sua área de abrangência, isso os torna a fonte principal para detectar os casos de violências e até mesmo assistir de perto todo o processo de recuperação das vítimas. (LIMA et al., 2009).

#### 2.15.2.4 Conhecimento Científico e Condições de Trabalho

Durante a pesquisa de Ruckert e outros colaboradores (2008) os enfermeiros entrevistados também destacaram que é necessário ter certo conhecimento científico ligado as condições de trabalho em questão de protocolos, capacitação.

A formação dos profissionais de enfermagem ainda como acadêmicos tem sofrido diversas mudanças em longo prazo, ligadas diretamente a realidade vivida na saúde, favorecendo seu conhecimento técnico e científico, permitindo que estes possam prestar uma assistência primária de acordo com a realidade. (COSTA; MIRANDA, 2008).

#### 2.15.2.5 Disponibilidade e visitas Domiciliares

Takahashi e Oliveira citados por Giacomozzi e Lacerda (2006) relatam que a visita domiciliar é um instrumento muito importante na atenção a saúde, onde é possível promover ações educativas priorizando a realidade de vida de cada indivíduo traçando de forma diferenciada um diagnóstico. Nas visitas domiciliares o profissional pode intervir sempre que preciso na saúde da família, bem como também dar continuidade aos planejamentos assistenciais já pré-definidos, sendo assim, as visitas são programadas e têm como objetivo contribuir com as ações e as respectivas intervenções planejadas pelo profissional.

A disponibilidade e coragem do profissional de viver e ver de perto essa situação e assim enxergar que algo de errado está ocorrendo e que algo precisa ser feito, é muito importante, bem como também, realizar as visitas domiciliares visando acompanhar de perto aquela família com suspeita ou não de violência. (RUCKERT et al., 2008).

Em uma pesquisa realizada em unidades de Estratégia de Saúde da Família no município de Curitiba, os autores Shimbo, Labronici e Mantovani (2011) comentaram que dos 96 profissionais entrevistados, cerca de 42% afirmaram que as visitas domiciliares que são realizadas pela equipe são de extremamente importantes, pois com elas é possível identificar os casos de violências contra a população idosa.

Em concordância, Silvestre citado por Shimbo, Labronici e Mantovani (2011) diz que esse tempo dedicado e as visitas domiciliares favorecem para que a equipe possa conhecer melhor a família e os respectivos fatores que possam servir de riscos para esta população idosa, e acima de tudo, esta visita domiciliar favorece para que a assistência seja prestada conforme a necessidade de cada indivíduo.

### 2.15.2.6 Tempo de Experiência e Reuniões de Equipe

As enfermeiras ainda nesta pesquisa de Shimbo, Labronici e Mantovani (2011) relataram que o tempo de experiência no ramo profissional e o tempo que se é dedicado a prestar este serviço são fundamentais para identificar de maneira precoce a violência no âmbito familiar, após a identificação, realizar uma reunião para discutir o assunto e tomar decisões também são de grande valia para enfrentar esta problemática juntos em equipe.

Para Moretto citado por Costa e Miranda (2008) as tarefas do profissional de enfermagem que são desempenhadas em equipe trazem grande satisfação e são uma enorme experiência para estes profissionais, pois com essa parceria eles podem desenvolver fortes laços com as famílias e outros profissionais, com o tempo irão adquirir confiança tanto por parte da comunidade, bem como também da equipe, podendo assim melhor desenvolver o trabalho, com mais agilidade, segurança e responsabilidade, tanto dentro de sua unidade de atendimento, como também na sua comunidade ou área de abrangência.

### **2.15.3 As principais dificuldades dos profissionais para identificar violências em idosos**

O estudo sobre as dificuldades dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na Estratégia de Saúde da Família, é muito importante, pois é fundamental que suas funções em identificar casos de violências, quer sejam eles suspeitos ou confirmados, sejam desempenhadas com qualidade, para que a violência não passe por estes profissionais de forma despercebida e com isso seja encarada por todos como algo natural e que é impossível de evitar. (RODRIGUES BEZERRA; SILVA, 2012).

Diante disto, descrevem-se aqui algumas dificuldades que estes profissionais têm em identificar violências.

### 2.15.3.1 Falta de capacitação e preparo dos profissionais

Jaramillo e Uribe citados por Saliba e outros (2007), defende a ideia de que os profissionais de enfermagem se encontram despreparados pelo simples fato de que durante sua graduação eles não foram informados e treinados adequadamente para lidar com esse tipo de problema, e quando deparados com essa situação, não conseguem desempenhar um papel satisfatório e adequado diante de suas vítimas.

A falta de preparo dos enfermeiros precisa ser resolvida ainda na sua graduação, com instruções adequadas para que seu ensino seja equivalente a realidade vivida pelo sistema de saúde, onde o conhecimento é a chave para um bom atendimento e uma boa assistência. (JACOPETTI; NEVES apud COSTA; MIRANDA, 2008).

Leal e Lopes citados por Saliba e outros (2007), em um de seus trabalhos, também concordam com o fato de que uma das principais dificuldades dos profissionais de enfermagem seja o despreparo, o que faz com que estes entrem em aflição quando deparados com vítimas de violências.

Em concordância o autor Pereira e Alves citados por Costa e Miranda (2008), também relata que os profissionais de enfermagem que hoje atuam prestando seus serviços na Estratégia de Saúde da Família, não se encontram bem preparados e nem estão capacitados, pelo fato de ainda estarem moldados para uma atuação mecânica, subordinação e as inúmeras falhas entre o ensino e a prática.

A formação dos profissionais é uma questão muito importante, que este assunto de violência deveria ser mais discutido pelos profissionais durante sua formação, o que os familiarizaria com a situação, dando-lhes assim mais habilidades e conhecimento para identificá-la. Outro fator que também muito dificulta é o fato dos profissionais acreditarem que não há meios suficientes para indicar as vítimas de violências, o que faz com que muitos gerem um sentimento de impotência diante da situação e sensação de invasão de privacidade por abordar as vítimas sobre esse assunto. (MOURA; REICHENHEIM apud RUCKERT et al., 2008).

Existem diversos fatores que impossibilitam os profissionais de identificarem sinais de violências, para Reichenheim citado por Ruckert e outros colaboradores (2008), a falta de informação por parte dos profissionais juntamente com os impasses que ocorrem no serviço de saúde é um grande dificultador.

Os autores Leal e Lopes citados por Saliba e outros (2007) relatam, que a ausência de profissionais e instituições comprometidas e a falta de capacitação e apoio psicológico para essas vítimas, também fazem parte dos dificultadores na identificação de violência nessa população idosa.

Em uma pesquisa realizada por Rodrigues Bezerra e Silva com profissionais de Estratégia de Saúde da Família, no Rio de Janeiro (2012), eles puderam destacar que dos 86 profissionais que responderam a pesquisa (38) 44% destes, afirmaram nunca ter recebido a capacitação sobre o tema de violências.

### 2.15.3.2 Falta de comprometimento

Outros autores como D' Oliveira e Schraiber citados por Saliba e outros (2007), comentam que muitos profissionais não se posicionam e tomam atitude diante de casos de violências por simplesmente acreditarem que este problema venha ser um problema de responsabilidade pública e judiciária e não de categoria médica.

Em uma pesquisa realizada por Lima e outros (2009), eles relataram que apesar das dificuldades existentes para identificar violências, os enfermeiros que foram entrevistados enfatizaram que é necessário que os profissionais tenham mais comprometimento para resolver os problemas de violências e que eles queiram realmente se dedicar em trabalhar visando a prevenção dessas violências.

### 2.15.3.3 Repreensões, ameaças

Os Agentes Comunitários de saúde são os que mais têm condições de identificar situações de violências em virtude de estar inserido no ambiente familiar, porém, por serem os que estão diretamente ligados à comunidade e suas famílias, eles sofrem com várias situações como repreensões e ameaças, o que dificulta em muito, tanto identificar os sinais de violência, bem como também as denúncias do mesmo, e a aplicação de uma assistência adequada. (RUCKERT ET al., 2008).

Segundo Rodrigues Bezerra e Silva (2012) em sua pesquisa cerca de 37% dos profissionais entrevistados, relataram que nunca realizaram a notificação de casos



de violências por simplesmente temerem a sua segurança e integridade física e respeitarem as famílias em optarem por manter sigilo total da situação.

#### 2.15.3.4 Notificação

Apesar de a notificação ser um ato de extrema importância para a epidemiologia, os profissionais tem tido certa dificuldade para realizá-la, a partir do momento em que os profissionais não têm os procedimentos técnicos para executar esta tarefa, bem como também, lhes falta proteção e mecanismos legais, outro ponto também muito importante, é o descumprimento da ética profissional onde o sigilo é um fator importantíssimo e os erros e falhas por parte dos profissionais em identificar casos de violências. (GONÇALVES; FERREIRA apud SALIBA; GARBIN; DOSSI, 2007).

Em uma pesquisa feita por Rodrigues Bezerra e Silva (2012) dos 86 profissionais entrevistados, cerca de 84% destes relataram nunca terem preenchido a ficha de notificação de violências, apesar de ser algo que é obrigatoriamente imposto pelo Ministério da Saúde, devido ao pouco acesso que eles tem referente as informações e procedimentos que devem ser realizados para identificar casos de violências, por isso eles nunca as preencheram, confirmam que sabem que ela existe, mas infelizmente não fazem uso da mesma.

#### 2.15.3.5 Ausência de denúncia do próprio idoso

O idoso por sua vez não consegue denunciar qualquer tipo de violência contra si conferido, pelo fato de não conhecerem ou perceberem o que está acontecendo, por falta de conhecimento, medo de sofrer represálias e outros. (SILVA; OLIVEIRA; JUVENTINO apud SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011).

O autor Gaioli citado por Shimbo, Labronici e Mantovani, (2011), também concorda que os idosos não realizam denúncias contra os seus agressores, pois eles não têm serviços que os serviriam de apoio em situações de violências, o que colabora para que eles tenham insegurança, e com isso sintam medo de retornar para suas respectivas casa e serem novamente agredidos.



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o passar dos anos é observado na sociedade um aumento considerável da população idosa decorrente do processo de envelhecimento. Por se tratar de um processo que ocorre de forma progressiva e que não pode ser adiado, o envelhecimento e a velhice tem sido um assunto mais estudado por diversos autores. Sabe-se que a velhice é o reflexo do estilo de vida que cada um indivíduo escolheu ter, porém, muitas alterações acompanham esta etapa, e com isso o número de idosos que tem se tornado dependentes de cuidados também vem aumentando e se intensificado a cada dia.

É de grande importância que os profissionais de saúde tenha consciência e conhecimento deste processo, para melhor reconhecer os problemas vividos por estes idosos que muitas vezes são causados no próprio meio no qual estão inseridos. Devido ao processo de envelhecimento, muitos idosos hoje tem se tornado alvos de violências, por serem simplesmente uma população mais vulnerável e frágil, onde suas capacidades e desempenho têm sido diminuídos, em alguns casos totalmente e outros parcialmente.

Os atendimentos em Redes Básicas de Saúde feita pelos profissionais de enfermagem se fazem necessário em que a atuação deste profissional seja cada vez mais criteriosa, com a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida, visando à prevenção, promoção e recuperação, garantindo assim a esta população, um envelhecimento ativo e saudável.

Esta pesquisa bibliográfica buscou apresentar os tipos de violência mais comuns e existentes contra os idosos, bem como, levantar nas unidades de Estratégia de Saúde da Família as principais ações que os profissionais de enfermagem desempenham para diagnosticar as violências sofridas pelos idosos e suas dificuldades para detectar-lás. Durante o estudo foi possível identificar quem são os principais agressores e qual o local mais utilizado para realizar a agressão.

O presente estudo destacou que geralmente os idosos são mais violentados em ambiente intrafamiliar do que em relação aos outros locais, alguns autores afirmaram também que o principal agressor nesse ambiente intrafamiliar é em primeiro lugar o filho homem, mas já outros autores têm opiniões contraditórias, o que não determina em si um agressor específico.

Foi evidenciado neste presente estudo, que a rede de atenção básica a saúde é muito importante em se tratando da assistência prestada a todos os idosos vítimas de violências, pois é nela que os profissionais de enfermagem, principalmente os enfermeiros, tem a possibilidade de ver de perto a real situação vivida por estes idosos e com isso utilizarem de seus respectivos conhecimentos técnicos e científicos e aplica-los no seu atendimento diário. A compreensão dos fatores de risco que provocam estas violências é indispensável para que estes profissionais identifiquem os casos de violências.

As ações utilizadas por esses profissionais são de extrema importância para que estes casos sejam percebidos previamente e assim sejam tomadas todas as medidas necessárias para o enfrentamento desta problemática.

As dificuldades destacadas no estudo podem subsidiar a elaboração de métodos e estratégias para que os profissionais de enfermagem possam avaliar a qualidade do serviço que é prestado a esta população, com o intuito de qualificar o seu processo de trabalho buscando soluções para prestar uma assistência de melhor qualidade aos idosos vítimas de violências.

Portanto, o presente estudo espera contribuir para aquisição de informações referentes às ações dos profissionais de enfermagem em relação aos tipos de violência e dificuldades na sua identificação, com a finalidade de aprimorar o conhecimento e o atendimento destes profissionais em relação a saúde da pessoa idosa, para que estes estejam sempre buscando uma melhor qualificação e capacitação para que o seu atendimento seja realizado de forma competente, crítica e reflexiva, independente da sua área de atuação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATH, M.B; LEAL, M. C.C; MELO, D. A. F. Fatores Associados a Violência Doméstica Contra a Pessoa Idosa. **Revista Brasileira de Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 305 – 314, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200013&script=sci_arttext). Acesso em: 21 Nov. 2013.

ALMEIDA,T; LOURENÇO, M. L. Reflexões: Conceitos Esteriotipos e Mitos acerca da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.6, n.2, maio/ago. 2009. pag. 233-244. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/171/793>. Acesso em: 21 Mar. 2014.

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. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.25, n.1, p. 203 – 2012. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822013000100022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822013000100022&script=sci_arttext). Acesso em: 22 jan. 2014.

ARAÚJO, L.F; LOBO FILHO, J.G. Análise Psicossial da Violência Contra os Idosos. **Psicologia: Reflexão Crítica**, [S.l.], v.22, n.1, pag. 153-160, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/20.pdf>. Acesso em: 13 Fev. 2014.

BIGOSSI, F.; BILLÉ, M. M. D. *Vale a pena envelhecer?* Lormont: Le Bord de L'eau; 2010. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n.8, p. 2209 – 2212. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800032). Acesso em: 12 Jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, 3ª ed., Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007 (série A, Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n.19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação geral de Apoio a Gestão descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, v. 3, n. 5, 2008.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de Ação para enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. **O portal dos psicológicos**. Porto, Portugal. 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. Pag. 60-70.

CLOSS, E. V; SCHWANKE C. H A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 443- 458, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 Mai. 2014.

COSTA, R. K. S; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia de saúde da família: Contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de enfermagem do nordeste**. Fortaleza, v.9, n.2, p. 120-128, abr – jun, 2008. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570>. Acesso em: 11 Fev. 2014.

CUPERTINO, A. P. F; ROSA, F. H. M; RIBEIRO, P. C. C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v.20, n.1, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722007000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722007000100011&script=sci_arttext). Acesso em: 10 Fev. 2014.

DAHLBERG, L.L; KRUG, E.G. Violência: Um Problema Global de Saúde Pública. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**. [S. l.], v. 11, p. 1163 – 1178. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>. Acesso em: 06 Jan. 2014.

DALPIAZ, A. K; STEDILE, N.L.R. Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas Premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011.Caxias do Sul. **Anais Eletrônicos...** Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2011. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRAT](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRAT) . Acesso em: 15 de Mar. 2014.

DIAS, I. **Envelhecimento e violência contra idosos**. [S.l.], p. 249-273, [20--]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/8789/2/3731.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2014.

DUTRA, J.S. **Atividade Física e Qualidade de Vida no Grupo de Idosos**. 2006. 38f. Monografia (Especialização em Treinamento Esportivo) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2006.

ELSNER, V. R; PAVAN, F; GUEDES, J. M. Violência contra o idoso: Ignorar ou Atuar? **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v.4, n. 2, p. 46-54, 2007. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/139/111>. Acesso em: 11 Jan. 2014.

ESPÍNDOLA C. R; BLAY S. L. Prevalência de Maus Tratos na Terceira Idade: Revisão Sistemática. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41 n.2, p.301 – 306, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200020). Acesso em: 02 Abr. 2014.

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional Inter Science Place**. [S. l.], ed. 20, v.1, n. 7, jan – mar, 2012. Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2013.

FREITAS M. C; QUEIROZ T. A; SOUSA J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n.2, p.407 – 12. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci_arttext). Acesso em: 18 dez. 2013.

GAIOLI C. C. L. O; RODRIGUES R. A. P, Ocorrência de Maus Tratos em Idosos no Domicílio. **Revista Latino Americana Enfermagem**. São Paulo, v.16, n.3, maio-junho, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_21.pdf). Acesso em: 23 dez. 2013.

GATTO, I. B. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. Pag.109 – 113.

GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M. R. Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.4, p. 645 – 653. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2014.

GUERRA, A.C. L C; CALDAS, C. P. Dificuldades e Recompensas no Processo de Envelhecimento: Percepção do Sujeito Idoso. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.6. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600031&script=sci_arttext). Acesso em: 04 dez. 2013.

HEIN M. A; ARAGAKI S. S. Saúde e Envelhecimento: Um estudo de Dissertações de Mestrado Brasileiras. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. [S.l.], v.17, n.8, p. 2141-2150, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800024&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800024&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 08 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Indicador Sócio Demográfico de Saúde no Brasil 2009**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/). Acesso em: 04 de out. 2013.

KRISTENSEN, C. H; LIMA, J. S; et al. Fatores Etiológicos da Agressão Física: Uma Revisão Teórica. **Estudos de psicologia**. [S.l.], v. 8, n.1, p. 175-184. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17248.pdf>. Acesso em: 15 abr.2014.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, análise e interpretação de dados**. 7ª Ed. São Paulo: Atlas S. A, 2011.

LEME, L. E. G; SILVA, P. S. C. P. O Idoso e a Família. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. Pag. 92-97.

LIMA S. M. A. D; RUCKERT, T. R; et al. Atendimento aos Usuários em Situação de Violência: Concepção dos Profissionais de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v.30, n.4, p. 625- 632, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23642/000739683.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 jan.2014.

LIMA, M. L. C; et al. Assistência a Saúde de Idosos Vítimas de Acidentes e Violência: Uma análise da rede de serviços do SUS no Recife ( PE Brasil). **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.6, p. 2677- 2696, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600006). Acesso em: 13 mar. 2014.

MAFRA, S. T; et al. O Envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do Censo Demográfico 2010. In: SIMPÓSIO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL EM ECONOMIA DOMÉSTICA, 2013, [S.l.]. **Anais eletrônicos...UFV**, 2013. Disponível em: <http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/Simone%20Caldas%20Tavares%20Mafra%20-%20%20%20%20%20%20%20Tem%C3%A1tica%20Envelhecimento.pdf>. Acesso em: 01 Jan. 2014.

MAMEDE, M. Enfrentamento da Violência Contra a pessoa Idosa: Uma questão de direitos humanos. In: **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1ª ed. p. 67-70, Maio, 2010. Disponível em: [https://www.google.com.br/?gfe\\_rd=cr&ei=toqEU-PvJ-Ki8weCj4GYAw#q=Pol%C3%ADtica+Nacional+do+Idoso+2010\(2\).pdf](https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=toqEU-PvJ-Ki8weCj4GYAw#q=Pol%C3%ADtica+Nacional+do+Idoso+2010(2).pdf). Acesso em: 18 jan.2014.

MANTOVANI, E. P. O **processo de envelhecimento e sua relação com a nutrição e atividade física**. [S.l.], Cap. 13. p. 165-172, [20--]. Disponível em: [http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/alimen\\_saudavel\\_ql\\_af/vinhedo/diagnostico\\_vinhedo\\_cap13.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/alimen_saudavel_ql_af/vinhedo/diagnostico_vinhedo_cap13.pdf). Acesso em: 12 Abr. 2014.



MASCARENHAS, M. D. M; et al.; Violência Contra a Pessoa Idosa: Análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v.17, n. 9, p. 2331 – 2341, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf>. Acesso em: 13 Mai. 2014.

MEIRA, E. C; GONÇALVES, L. H. T; XAVIER, J. O. Relatos Oraís de Cuidadores de Idosos Doentes e Fragilizados Acerca dos Fatores de Risco para Violência Intrafamiliar. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Paraná, v. 6, n.2, p. 171-180, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4148/2729>. Acesso em: 23 abr.2014.

MELO, V. L.; CUNHA J. O.C; FALBO, G. H. N. Maus Tratos Contra Idosos no Município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, v.6, n.1, Recife, mai, p. 543-548, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500006). Acesso em: 12 fev.2014.

MENICALLI, A. M. F; et al. O Idoso na Sociedade. In: SILVA, J. V. (org.). **Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sobre Múltiplos Aspectos**, São Paulo: látria, 1ªed. 2012. p. 302-315.

MERCANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.73-76.

MINAYO, M. C. S. O Envelhecimento da População Brasileira e os Desafios para o Setor da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n. 2, pag. 208 – 209, Fev, 2012. Editorial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/01.pdf>. Acesso em: 30 mar.2014.

MINAYO, M. C. S; COIMBRA, C. E. A. Jr (org.). In: Resenhas Reviews. Antropologia Saúde e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1127-1132, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/32.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2013.

MONTAGNER, S; COSTA A. Bases Biomoleculares do Foto Envelhecimento. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 263-269, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n3/v84n03a08.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2013.

MORAES C.L; APARATTO JUNIOR. P. C; REICHENHEIN, M. E. Rompendo o Silêncio e suas barreiras: Um inquérito sobre a violência doméstica contra idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p. 2289 -2300. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci_arttext). Acesso em: 22 mai.2014.

MORAES E. N; MORAES F. L; LIMA S. P. P. Características Biológicas e Psicológicas do Envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.20, n.1, pag.67 – 73. 2010. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/209>. Acesso em 23 nov. 2013.

MORAES, E.N. O Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. IN: BORGES, A. P. A; COIMBRA, A. M. C, (org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Fiocruz/ENSP/EAD; Rio de Janeiro, 2008. pag. 151-175. Disponível em:[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_912998204.pdf](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_912998204.pdf). Acesso em: 15 out. 2013.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida**. São Paul, ed. Paulinas, p. 17 – 22, 2004.

MOREIRA, M. C; DOMINGOS, A. M; FIGUEIREDO, N. M. A. Cuidados para a Família da Pessoa idosa, IN: FIGUEIREDO, N. M. A; TONINI, T. **SUS e PSF para a Enfermagem Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul, SP. ed. Yendis, 2007.pag. 251-265.

MOTA, S. M. Q; PORTO, D. B; et al. Imunossenescência: Alterações Imunológicas no Idoso.**Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v.67, n. 6, p. 183-188, ed. Copyrith Moreira Jr, 2010. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4323](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4323). Acesso em: 22 jan. 2014.

NETTO, P. M; PONTE, R. J. Envelhecimento: Desafio na transição do século. IN\_\_\_\_\_. **Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 03-12.

NOGUEIRA, F. C; FREITAS, M.C; ALMEIDA, C. P. Violência contra idosos no Município de Fortaleza, CE: Uma análise documental. **Revista Brasileira de Gerontologia e Geriatria**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 543-554, 2011. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000300013&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 mai. 2014.

OLIVEIRA, M. L. C; GOMES A. C.G; et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.555- 566, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300016&script=sci_arttext). Acesso em: 17 abr. 2014.

PAIXÃO. C. M. Jr; REICHENHEIN, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1137-1149, jun, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600003). Acesso em: 30 mai. 2014.

PENNA, G.O. Painel de Indicadores do SUS, nº5. In: **Prevenção de Violência e Cultura de Paz**. V.III, novembro, Brasília DF, 2008. p. 06. Editoriais

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.26 - 42.

RIBEIRO, A.P; SOUZA, E.R; VALADARES, F. C. Atendimento de Saúde para Pessoa Idosa vítima de Violência no Município do Rio de Janeiro. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.5, pag. 1167 – 1177, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a11v17n5.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2014.

RODRIGUES BEZERRA, V; SILVA, S. B. Identificação e notificação de casos de violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos: Um estudo junto a estratégia de saúde da família em Mesquita- RJ. **Programa de pós Graduação do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio\\_resumo2013/relatorios\\_pdf/ccs/SER/SER-Vilson%20Bezerra%20Rodrigues.pdf](http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2013/relatorios_pdf/ccs/SER/SER-Vilson%20Bezerra%20Rodrigues.pdf). Acesso em: 03 mai. 2014.

RODRIGUES, N. C. **Política Nacional do Idoso**. Retrospectiva Histórica Estudo interdisciplinar de Envelhecimento. Porto Alegre, v.3, pag. 149 - 158, 2001. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4676/2593>. Acesso em: 07 nov. 2013.

RUCKERT, T. R; et al. Assistência em Unidades Básicas de Saúde à Vítima de Violência na Concepção de Enfermeiros. **Ciência, Cuidado Saúde**. [S.l.], v.7, n.2, abr-jun, pag. 180-186, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4997/3239>. Acesso em: 12 mai. 2014.

SALIBA, O; GARBIN, C. A. S; GARBIN, A. J. I; DOSSI, A. P. Responsabilidade do Profissional de Saúde sobre a Notificação de Casos de Violência Doméstica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n.3, p. 472 – 477, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci_arttext). Acesso em: 23 abr. 2014.

SANCHES, A. P. R. A; LEBRÃO, M. L; DUARTE, Y. A. O. Violência Contra o Idoso uma Questão Nova? **Saúde Social**. São Paulo, v.17, n.3, p. 90-100, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

SANTOS, S. S. C. Concepções Teórico-Filosóficas sobre Envelhecimento, Velhice, Idoso e Enfermagem Gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.6, p. 1035-1039 nov- dez, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci_arttext). Acesso em: 17 mai. 2014.

SANTOS REIS, M.S; et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 124 – 130, Jan-Mar, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100014). Acesso em: 08 jun. 2014.

SHIMBO, A. Y; LABRONICI, L. M; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da Violência Intrafamiliar Contra Idosos pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 506-510, jul- set, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300009). Acesso em: 08 mai. 2014.

SILVA A. C. Processo Natural do Envelhecimento. In: SILVA, J.V. (org.). **Saúde do Idoso. Processo de Envelhecimento sobre Múltiplos Aspectos**. 1ªed. São Paulo: Iátria, 2012. pag. 23-33.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, pag. 839 – 847, mai-jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

SOUSA, D.J; et al. Maus Tratos contra idosos: Atualização dos Estudos Brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 321-328, 2010. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt). Acesso em: 17 fev. 2014.

SOUZA J. A.V; FREITAS M. C; QUEIROZ T. A. Violência Contra os Idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília,v.60, n.3, mai-jun, pag. 268-272, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300004). Acesso em: 12 out. 2013.

SOUZA, A. A. Painel de Indicadores do SUS, nº5. In: **Prevenção de Violência e Cultura de Paz**. V.III, novembro, Brasília DF, 2008. p. 07.Editoriais

SOUZA, E. R; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema Violência contra a Pessoa idosa nas Políticas Públicas de Atenção à Saúde no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.6, p. 2659 – 2668, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600002&script=sci_arttext). Acesso em: 26 nov. 2013.

SMELTZER, S. C; et al. Cuidado de Saúde do Idoso In:\_\_\_\_\_.**Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, vol.1, p.184- 209.

TAVARES, M. M.S; CARVALHO, V.S. Estudo Bibliográfico sobre Sexualidade do Idoso na Contemporaneidade. **Psicologado**. [S.l.], set, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UHg4wNgq-EcJ:psicologado.com/psicologia-geral/sexualidade/estudo-bibliografico-sobre-a-sexualidade-do-idoso-na-contemporaneidade+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 11 de Abril de 2014.

TEIXEIRA, I. N. A. O; NERI, A. L. Envelhecimento Bem Sucedido: **Uma Meta no Curso da Vida**. São Paulo, Psicologia, USP, v.19, n.1, p. 81-94, jan- mar, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642008000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100010). Acesso em: 19 abr. 2014.

VITÓRIA. Secretaria de Assistência Social. Conselho Municipal do Idoso de Vitória. Viver e Envelhecer: **Manual de Orientação dos Estudos sobre Envelhecimento**. Vitória, 2010.

VITÓRIA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes Clínicas Saúde da Pessoa Idosa**, 1ª ed. Vitória, 2008.

WANDERBROOK, A. C; MORÉ C. Significados de Violência Familiar para Idosos no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 28, n.4, p.435-442, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000400010&script=sci_arttext). Acesso em: 09 de abr. 2014.









