

**CYNTHIA CAMILA MENDES DE OLIVEIRA RODRIGUES**

**O CONTEXTO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA OS  
IDOSOS**

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2011**

**CYNTHIA CAMILA MENDES DE OLIVEIRA RODRIGUES**

**O CONTEXTO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA OS  
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Alexandre da Silva Bispo

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2011**

**CYNTHIA CAMILA MENDES DE OLIVEIRA RODRIGUES**

**O CONTEXTO DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA OS  
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre da Silva Bispo

Banca Examinadora

Prof. Alexandre da Silva Bispo Orientador

Prof. Alexandre Sampaio Moura

Aprovada em Formiga: 08/10/2011

Agradeço às comunidades assistidas pela Estratégia de Saúde da Família Santos Dumont e Nova Holanda, que me mostraram a importância da Saúde Pública.

Aos amigos Paty, Cláudio e Paulo pelo companheirismo durante todo o curso.

À Equipe Nova Holanda que é um exemplo de profissionalismo e amizade.

À minha família por todos os momentos de dedicação e apoio.

A Deus...

“Investir o tempo em você  
É um lucro absurdo de vida e prazer  
Cultivar o brilho em seu olhar  
É a coisa mais bela que eu posso querer...”

JORGE VERCILLO

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral a compreensão do contexto em que ocorre a violência contra os idosos. Foi realizado utilizando-se uma revisão narrativa, que concretiza uma avaliação não sistematizada de publicações a respeito dos assuntos: violência contra idosos e, idosos com incapacidade física ou mental. Foram utilizados artigos, manuais técnicos, livros e legislações pertinentes.

Na Estratégia de Saúde da Família o indivíduo é assistido, em seu contexto familiar e social e, o idoso com todas as suas particularidades e demandas deve ser valorizado e assistido de forma a reintegrá-lo à sociedade. O envelhecimento da população é uma tendência mundial e é certo que o governo, os profissionais de saúde da atenção primária e as pessoas no geral devem se preparar para essa mudança epidemiológica. O indivíduo idoso é fisicamente frágil e com isso muito vulnerável ao comportamento da sociedade e das pessoas que vivem mais próximas. Com o passar dos anos o idoso pode tornar-se dependente físico ou mental e isso o deixa mais susceptível a abusos e violências, tanto de seus familiares como da sociedade em geral. A violência pode ser favorecida por alguns fatores de risco como dependência financeira, física ou mental; cuidador usuário de drogas lícitas ou ilícitas; cuidador dependente financeiro; relação ruim com os familiares pré enfermidade; prática de violência contra familiares no passado; falta de apoio psicológico ao cuidador; excesso de responsabilidades do cuidador, entre outros. Pode se apresentar de diversas formas, através de abuso físico, psicológico, financeiro, sexual, abandono, negligência e autonegligência. Cabe ao governo melhorar as políticas de saúde, aos profissionais da saúde trabalhar com a prevenção da violência e, cuidar também dos cuidadores e, aos familiares buscar maneiras de oferecer qualidade de vida e valorização a essas pessoas que construíram uma história e se doaram enquanto tiveram forças. O estudo relacionado ao indivíduo idoso proporcionou um olhar diferenciado a esse grupo e mostrou a importância da realização de um atendimento minucioso e humanizado, com vistas a identificar e intervir em fatores que possam interferir na qualidade de vida do grupo, como por exemplo a violência.

Palavras Chave: Idoso. Violência. Qualidade de Vida. Atenção Primária.

## ABSTRACT

This study aims at understanding the overall context in which violence occurs against the elderly. Was performed using a narrative review, which spells out a systematic review of publications is not about the issues: violence against the elderly and elderly with physical or mental disability. We used articles, technical manuals, books and relevant laws.

In the Family Health Strategy the individual is assisted in his family and social context, and the elderly with all their peculiarities and demands should be valued and supported in order to reinstate to society. Population aging is a global trend and it is certain that the government, health professionals and the general population should prepare for this change in epidemiology. The elderly individual is physically fragile and therefore very vulnerable to the behavior of society and people living nearby. Over the years can become physically or mentally dependent and that leaves them more susceptible to abuse and violence, both their families and society in general. Violence may be favored by some risk factors such as financial dependence, physical or mental caregiver user of licit or illicit, depending on financial caregiver; bad relationship with the family pre illness; practice of violence against family members in the past, lack of psychological support the caregiver, caregiver's excess liability, among others. It can come in various ways, through physical, psychological, financial, sexual, abandonment, neglect and self-neglect. The government should improve health policies, health professionals working with violence prevention, and care for the caregivers: family members should seek ways to provide quality of life and appreciation to those people who had built and donated a story as long as they had forces. The study related to the elderly provided a different look to this group and showed the importance of conducting a thorough and humane care, in order to identify and intervene on factors that can affect the quality of life of the group, such as violence.

Keywords: Elderly. Violence. Quality of Life, Primary Care

## **Sumário**

### **Capítulo 1. Introdução**

1.1 Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nova Holanda.....	09
1.2 Justificativa.....	11
1.3 Objetivo Geral.....	13
1.4 Objetivos Específicos .....	13

### **Capítulo 2. Metodologia.....14**

### **Capítulo 3. Revisão Teórica**

3.1 O idoso e suas peculiaridades.....	15
3.1.1 O idoso dependente.....	16
3.2 Violência contra idosos.....	18

### **Capítulo 4.Considerações finais.....23**

### **Referências Bibliográficas.....25**

## 1.INTRODUÇÃO

### 1.1 Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nova Holanda

De acordo com Faria *et al.* (2009), o modelo assistencial de saúde no mundo começou a ser modificado a partir de 1978, com a Conferência de Alma Ata (Cazaquistão), quando a Organização Mundial de Saúde –OMS lançou o seu programa Saúde para Todos no ano 2000, baseado no conceito de cuidados primários em saúde. A proposta procurava dar ênfase na prevenção das doenças e na promoção da saúde, abordava também a participação comunitária e a intersectorialidade. No Brasil, após vários movimentos em relação aos hospitais, aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Para Slomp *et al.* (2007), a criação do novo sistema, trouxe transformações e desafios que implicaram na reorganização dos serviços de saúde.

Segundo Faria *et al.* (2009), o modelo hospitalocêntrico e curativo está sendo substituído pelo preventivo, e este se reafirma na criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, onde é proposta uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, visando a assistência centrada nos problemas dos indivíduos e suas famílias. Segundo Mandu *et al.* (2008), a partir da Norma Operacional Básica de 1996 o PSF passou a ser considerado uma estratégia do governo para reestruturar todo o sistema de saúde, expandindo-se pelo país. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além de manutenção da saúde da comunidade assistida. A estratégia, pelo estudo de Mandu *et al.* (2008), tem como desafios não só ampliar o acesso às ações de saúde mas, concretizar uma interpretação ampla de saúde, com idéias de integralidade da atenção, enfoque familiar, desenvolvimento de co-responsabilidades, humanização da assistência e formação de vínculo entre profissionais e população adscrita. Para dar corpo a esse modelo, a equipe de saúde deve realizar atendimentos individuais, além de visitas domiciliares e grupos de educação em saúde e convivência, entre outras práticas. O indivíduo é acompanhado em todos os ciclos de sua vida.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nova Holanda está localizada no bairro Nova Holanda, zona sudoeste do município de Divinópolis-MG. Foi criada há um ano e desde então possui como integrantes da equipe um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório dentário, quatro agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de limpeza (duas vezes por semana). A unidade

atende aos bairros Santa Tereza, Nova Holanda, Cidade Jardim, Nossa Senhora de Lourdes e Mar e Terra, com uma comunidade de 2647 usuários - de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Janeiro de 2011. A área assistida possui uma escola de ensino fundamental e médio, três igrejas e comércio escasso. A maioria das ruas possui calçamento e rede de esgoto – apesar de nem todas as famílias terem feito a ligação-, existe coleta de lixo pública e água encanada. As opções de lazer são praticamente nulas, já que só existem campinhos de terra feitos pela população.

## 1.2 Justificativa

O envelhecimento da população é uma tendência mundial, no Brasil vem ocorrendo de forma rápida e acentuada, com projeções a alcançar mais de 26,3 milhões de idosos em 2020 (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Para Chaimowicz (2009), este fenômeno é resultado de transformações demográficas ocorridas em décadas passadas e, tem duas causas fundamentais que são: a queda da mortalidade a partir de 1940 e a queda da fecundidade a partir da década de 70. O envelhecimento populacional acarreta demandas para o indivíduo, a família e a comunidade e especialmente para o setor da saúde. O fato traz para os profissionais de saúde a responsabilidade do cuidado aos idosos, e, para o governo a necessidade de inovação das políticas de saúde para essa população, com a finalidade de saúde e bem estar nesta fase da vida.

Pereira *et al.* (2006), enfatiza a importância de se investigar as condições que interferem no bem estar e na qualidade de vida dos idosos, com o objetivo de criar formas de intervenção e propostas que atendam às demandas desta população. Para o autor, o estado de saúde está relacionado à qualidade de vida, que por sua vez é influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades. Neste contexto, mostra que a capacidade funcional tem grande impacto na qualidade de vida dos idosos.

“A partir da literatura internacional se sabe que a violência contra o idoso é também problema universal” (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). O estudo mostra ainda que em diferentes culturas, idosos de todos os status sócio-econômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus tratos, que podem ocorrer de várias formas; física, sexual, emocional e financeira. Não raramente, o idoso sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus tratos.

De acordo com o último diagnóstico situacional realizado na ESF Nova Holanda, em Janeiro de 2011, do total da população assistida 6% é composta por idosos, valor próximo ao apontado pelo censo 2011, que foi de 7%. Destes, 59% são do sexo feminino e 41% do sexo masculino. Um total de 22 (13%) idosos possui incapacidade funcional e 47 (28%) cuidam da família, financeiramente ou no cuidado de filhos e netos. Não existe, na área de abrangência, instituição asilar. Quando é necessário, a Assistente Social da unidade de saúde de referência – Centro de Saúde Nossa Senhora das Graças - realiza o encaminhamento para as instituições filantrópicas disponíveis no município. Estas instituições contam com assistência de enfermagem e médica para os que necessitam e, com o auxílio de voluntários. As áreas internas são bem organizadas e todas possuem boa área externa, para banho de sol e atividades. São realizadas, precariamente, atividades de

terapia ocupacional, lazer, mas a realidade é geralmente bucólica, com muitos idosos abandonados pelos familiares. A cidade de Divinópolis pouco contempla a estes usuários em relação à disponibilidade de instituições. Ao todo são cinco instituições, uma particular e quatro filantrópicas sob a responsabilidade dos Vicentinos e da igreja católica. Não existem instituições públicas.

A equipe de saúde da ESF Nova Holanda não realiza trabalhos específicos - grupos para prevenção, oficinas de lazer, curso de cuidadores, acompanhamento dos cuidadores, plano de cuidados - com este grupo, fato apontado pelos usuários durante as entrevistas para o diagnóstico situacional, como ponto negativo. Diante do número considerável de idosos na comunidade, a equipe percebe a necessidade de realizar estudos a fim de elaborar projetos para trabalhar com tais usuários. Por existir na área número crescente de usuários de drogas lícitas e ilícitas, poucas opções de trabalho e lazer e, alto índice de violência - de acordo com diagnóstico situacional de 2011 e dados da rede da paz de Divinópolis - conhecer melhor os riscos à violência a que estes usuários idosos estão expostos auxilia a elaboração de um projeto focado na prevenção da violência contra este grupo populacional.

Compreender o contexto em que ocorre a violência contra os idosos não institucionalizados empodera o profissional de saúde e o torna capaz de, além de diagnosticar a violência, atuar de forma preventiva assistindo melhor a esse grupo.

### 1.3 Objetivo Geral

Compreender o contexto em que ocorre a violência contra os idosos.

### 1.4 Objetivos Específicos

- Caracterizar as peculiaridades do indivíduo idoso e os diversos graus de dependência;
- Abordar o significado da qualidade de vida para o grupo idoso e o potencial impacto da violência na redução da qualidade de vida;
- Apresentar os tipos de violência que ocorrem contra os idosos e suas principais causas.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado utilizando-se uma revisão narrativa, que concretiza uma avaliação não sistematizada de publicações a respeito dos assuntos: violência contra idosos e idosos com incapacidades física ou mental. Foram utilizados artigos, manuais técnicos, livros e legislações pertinentes.

Rother (2007) afirma que as revisões narrativas são publicações amplas, próprias para discussão e desenvolvimento de temas, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Geralmente, não informa fontes de informação utilizadas, metodologia para busca de referências, critérios para avaliação e seleção dos trabalhos utilizados, sendo simplesmente a análise da literatura escolhida. Corrêa; Vasconcelos; Souza (2009) mostram que, particularmente para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, é interessante que seja realizado uma revisão de literatura, tendo como tema questões da atenção primária à saúde da ESF, atrelando o cotidiano do trabalho ao conteúdo e motivações do estudo.

Para o levantamento dos artigos neste estudo, utilizamos as bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), artigos disponibilizados na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). As palavras utilizadas nos descritores nos sites da BVS foram: Idoso, Atenção Básica, Demência e Violência. Foi selecionado texto completo e idioma português. Além dos artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde foram utilizados também livros e publicações do Ministério da Saúde.

A busca foi realizada durante os meses de dezembro de 2010 e Janeiro 2011. Após a seleção dos artigos e materiais foi realizada a leitura a fim de selecionar as partes importantes para confecção do trabalho.

### 3.REVISÃO TEÓRICA

#### 3.1 O IDOSO E SUAS PECULIARIDADES

De acordo com Brasil (2003), o Estatuto do Idoso define que toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos é idosa.

A nova legislação garante: o envelhecimento é um direito personalíssimo. Como pessoa humana e sujeito de direitos civis, aos velhos brasileiros são assegurados respeito, liberdade e dignidade. Existem hoje, no País, suficientes dispositivos legais para o enfrentamento da violência contra o idoso. Ninguém pode duvidar que o Estatuto do Idoso é um excelente dispositivo legal, por meio do qual, a sociedade dá um passo decisivo no reconhecimento da cidadania desse grupo social, do seu protagonismo e de sua contribuição passada e atual (MINAYO E SOUZA, 2005 p.158).

Ao atingir tal idade o indivíduo traz consigo uma bagagem de vida e, com ela suas conseqüências emocionais, físicas e sociais. Para Smeltzer *et al.* (2009), um envelhecimento psicológico de sucesso é aquele em que o indivíduo se adapta às perdas físicas, sociais e emocionais e, consegue se sentir sereno e satisfeito.

De acordo com Pereira *et al.* (2006), a produtividade e a empregabilidade caem com a idade e os indivíduos, após o 60 anos, começam a depender financeiramente cada vez mais dos familiares. Caramano *et al.* (1999) diferentemente, afirmam que “[...] é crescente a proporção de famílias que têm idosos como chefes e filhos morando junto”. E que isso “[...] pode ser efeito da crise econômica que leva os filhos a saírem de casa mais tarde e/ou retornarem depois de casados, estejam separados ou não”. Duarte; Lebrão; Lima (2005) mostram que com a idade existe uma tendência à diminuição das atividades fora do domicílio, devido à dificuldade em sair do mesmo. Isso diminui a facilidade dos contatos externos e afasta o indivíduo do círculo de relacionamentos e, reduz a rede de apoio social, ocasionando maior dependência de outras pessoas para proporcionar a integração do idoso à sociedade; essa situação pode sobrecarregar os familiares.

O idoso apresenta alterações cognitivas como: processos lentos de pensamentos, confusão e dificuldade de aprendizagem. Biologicamente ocorrem as alterações que provocam deterioração física e de função. Fisicamente, o indivíduo fica mais baixo, com ombro envergado, aumento da circunferência do tórax e abdome. A pele fica mais fina e desidratada, a massa muscular diminui e o tecido adiposo aumenta. Ocorrem alterações cardiovasculares, respiratórias, tegumentares, reprodutivas, genitourinárias, gastrointestinais, nervosas, sensoriais e mentais (SMELTZER *et al.* 2009).

De acordo com Alves; Leite; Machado, (2008), existem alguns itens que podem contribuir para avaliação funcional do idoso, são eles:

- Atividades de vida diária: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro;
- Correr, levantar objetos pesados, praticar esportes;
- Empurrar mesa ou realizar consertos domésticos;
- Subir ladeira ou escada;
- Abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se;
- Andar mais de um quilômetro;
- Andar cem metros.

Para o autor, “[...] um idoso com “uma ou mais” doenças crônicas pode ser considerado saudável, se comparado com um idoso [...] com seqüelas e incapacidades associadas”. As doenças não trazem tantos transtornos como a inabilidade para desempenhar atividades.

### 3.1.1 O IDOSO DEPENDENTE

A qualidade de vida na terceira idade tem sido associada à independência e autonomia e, a dependência do idoso é consequência das alterações biológicas e de mudanças nas exigências sociais. Alves; Leite; Machado (2008, p.544) consideraram que:

No período de dependência, uma intervenção apropriada pode minimizar a sobrecarga sobre a família e o sistema de saúde. [...] a abordagem da capacidade funcional se torna essencial para a promoção da saúde e do bem estar aumentando, assim, a qualidade de vida do idoso.

Os idosos formam um grupo heterogêneo e, grandes variações nas condições de saúde, bem estar, capacidade funcional e necessidade de cuidados definem os diferentes grupos, relata Alves; Leite; Machado (2008). Os autores expõem ainda que o grau de incapacidade pode variar muito entre os indivíduos, alguns podem apresentar pequenas incapacidades, ou serem independentes, e outros podem sofrer limitações graves. Contudo, são também variáveis os fatores de riscos a que estão expostos. “É o grau de dependência que determinará quais tipos de cuidados serão necessários, e como e por quem os mesmos deverão ser realizados [...]” (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

A avaliação do grau de dependência é realizada através do método de avaliação funcional. Esse método é frequentemente aplicado em geriatria e é um bom indicador das necessidades, facilitando a escolha da utilização de recursos. “A “função” é definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos, ou seja, aquelas atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato.” A execução das atividades da

vida diária (AVDs) é o parâmetro utilizado para avaliar a situação funcional dos idosos. “As AVDs, [...] se dividem em: (a) atividades básicas da vida diária - tarefas próprias do autocuidado, [...] b) atividades instrumentais da vida diária indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, [...]” (SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005). As atividades básicas da vida diária são alimentar-se, tomar banho, sentar, andar, etc e, as atividades instrumentais da vida diária são fazer compras, ir ao banco, limpar a casa, ir à igreja, etc.

Medina *apud* Karsch (2003, p.862) cita que:

[...] cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.

“A frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades” (KARSCH, 2003). Para Chaimowicz (2009), ao envelhecer, o indivíduo reduz a capacidade funcional de seus diversos sistemas fisiológicos, além de acumular as seqüelas de doenças crônico degenerativas e desenvolver doenças comuns da velhice, como osteoartrose e osteoporose. O autor aborda em seu trabalho cinco problemas comuns e de difícil solução entre os idosos. São eles: iatrogenias; incontinência urinária; instabilidade postural, quedas e fraturas; doenças neuropsiquiátricas e síndrome de imobilidade. Os cinco problemas citados podem gerar danos aos idosos e alterar sua qualidade de vida, além de os deixarem mais expostos à violência.

Chaimowicz (2009) afirma que as demências mais comuns são o Alzheimer e as vasculares e são de evolução lenta e progressiva. Para Luzardo, Gorini e Silva (2006), o Alzheimer “[...] é o tipo de demência com maior chance de se desenvolver nas idades mais avançadas, sendo que o envelhecimento constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença [...]”. Santana; Santos; Caldas (2005) afirmam que “A ocorrência das demências aumenta exponencialmente com a idade, dobrando, aproximadamente, a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade, [...] podendo atingir 38,6% dentre aqueles com 90 e 95 anos”.

O indivíduo portador de demência pode apresentar distúrbios de comportamento como agressividade, agitação ou exacerbações emocionais. Atividades comuns como banho, vestir roupa ou outras podem gerar medo ou outros problemas. O portador pode andar o dia inteiro pela casa ou não querer sair da cama (CHAIMOWICZ, 2009). Com o passar do tempo, a agressividade e a agitação tendem a diminuir e paralelamente o indivíduo perde a capacidade de reconhecer pessoas, conversar, alimentar-se sozinho, se vestir, andar, entre

outras. A partir daí, pode se tornar acamado e, a demanda de cuidado aumenta muito. Santana; Santos; Caldas. (2005) lembram que a síndrome demencial atinge a um indivíduo idoso que até então tinha um papel na vida de seus familiares, tinha uma história, e após a doença perde lembranças de tudo isso, deixa de ocupar aquele lugar, de realizar funções antes exercidas, podendo desestruturar a família em um primeiro momento.

Karsch (2003) afirma que, por motivos como a redução de custos, a assistência aos idosos incapacitados, em muitos países e no Brasil é realizada em domicílio, por sua família. Tal costume deve ser preservado, todavia, cuidar de um idoso e incapacitado em tempo integral, sem descanso não é tarefa para uma mulher – que em geral é a cuidadora- que geralmente tem mais de 50 anos, e não conta com apoio nem serviços que possam atender às suas necessidades. O mesmo relata Luzardo, Gorini e Silva (2006, p.593) em seu trabalho, quando diz que:

A sobrecarga do cuidador mostra que esta pessoa ao ser provedora de si mesma e do idoso assume uma responsabilidade além dos seus limites físicos e emocionais, motivo pelo qual necessita ser apoiada, valorizada e reconhecida pelo trabalho que executa.

### 3.2 VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

Em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno sociohistórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área, porém, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2005 p.11).

No trabalho, a autora relata que, as consequências geradas pela violência se traduzem em altos custos emocionais e sociais e estratégias de segurança pública. Para o sistema de saúde, as consequências são vistas no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, mais onerosos que a assistência primária.

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra vis que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (MINAYO, 2005 p.15).

Em relação às pessoas idosas, os primeiros estudos de violência são da década de 1970, dos Estados Unidos, o artigo *Granny battered* (espancamento de avós) em 1975 e, em 1989 a revista dedicada ao tema – *Journal of Elder Abuse & Neglect* (PASINATO; CAMARANO; MACHADO 2006).

No Brasil, as violências contra os indivíduos com idade acima de 60 anos se manifestam como formas de discriminação, quando são tidos como descartáveis e peso social. A natureza dessas violências “[...] coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e transfere-se culturalmente” (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ 2007). Para os autores, a questão da negligência e dos maus-tratos contra idosos não é novidade, porém somente nos últimos vinte anos esse problema incomodou a comunidade científica. Isso devido à tendência comprovada do aumento demográfico nesse segmento da população. Souza; Freitas; Queiroz (2007) afirmam que:

[...] a Organização Mundial de Saúde entende por maus-tratos e negligência como uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança.

A negligência para com o idoso é muito comum no ambiente doméstico e institucional, o que geralmente resulta em lesões e traumas físicos, emocionais e sociais. Os idosos formam um grupo heterogêneo, e isso faz com que estejam expostos a riscos diferenciados de vitimização pela violência. No Brasil, “25% das pessoas acima de 60 anos ganham três salários mínimos ou mais. Isso evidencia que cerca de 75% é pobre,[...] necessitando, portanto, de assistência dos serviços públicos”. Os idosos entre 60 e 69 anos se denominam terceira idade e é um grupo com menos dependência física e mental, a maioria ainda consegue trabalhar e, geralmente, é esse grupo até 75 anos que realiza as denúncias de maus-tratos e violências, já que são mais independentes e conseguem buscar ajuda. “Acima dessa faixa, os velhos sentem muito mais dificuldade de reagir a agressões físicas, econômicas e psicológicas” (MINAYO E SOUZA, 2005). A predominância de maus-tratos a mulheres idosas reforça resultados de pesquisas internacionais que identificam o perfil da vítima como: mulher com 75 anos ou mais, viúva, física ou emocionalmente dependente, na maioria das vezes residindo com familiares, um dos quais é o agressor. Diferentemente, Souza; Freitas; Queiroz (2007) afirmam que, em estudos realizados no Canadá, nos Países Baixos e nos Estados Unidos, observou-se que não há diferença significativa nos índices de abuso por idade ou sexo:

Mundialmente, como cita Minayo e Souza (2005), a violência contra idosos tem sido classificada da seguinte maneira:

- Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física;
- Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos;
- Abuso sexual e violência sexual;
- Abandono;

- Negligência ( recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários);
- Abuso financeiro e econômico;
- Autonegligência.

A negligência é o tipo de violência mais comum no Brasil e geralmente está associada a outros tipos, sendo praticada principalmente em idosos com múltiplas dependências ou incapacidades.

Minayo e Souza (2005) mostram que a violência, de acordo com sua origem, pode ser estrutural, institucional ou familiar. A violência estrutural “[...] reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas”. A violência institucional se dá como “[...] agressão política, cometida pelo estado, [...] e, de maneira mais específica, nas instituições públicas de prestação de serviços e nas públicas e privadas de longa permanência dos idosos”. A violência familiar é a mais comum em todo o mundo e a maioria dos agressores são filhos e cônjuges, e, geralmente ocorrem devido a “choque de gerações, por problemas de espaço físico, por dificuldades financeiras”. Paixão Jr *et al.* (2006) reforçam o citado anterior dizendo que apesar de poucos estudos nacionais, “existe um perfil do abusador familiar: [...] em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas; em segundo lugar, noras e genros e, em terceiro, o cônjuge.”

No geral, os agressores vivem no mesmo ambiente que a vítima e são dependentes financeiros; ou os idosos dependem financeiramente da família e de seus filhos; existe abuso de álcool e drogas pelo agressor ou pela vítima; há na família vínculos frouxos e, pouco afetivos; isolamento social dos familiares e da vítima; o idoso foi ou é uma pessoa agressiva nas relações com seus entes; já havia casos de violência na família; os cuidadores já sofreram violência doméstica ou, são portadores de depressão ou sofrimento mental ou psiquiátrico. “Em São Paulo, 57% das ocorrências referiam-se a agressores do sexo masculino, geralmente, filhos, netos, familiares ou vizinhos das vítimas. Em Belo Horizonte, o percentual comparável foi de 74%” (PASINATO; CAMARANO; MACHADO 2006).

Em um serviço de denúncia de São Paulo, de acordo com Pasinato; Camarano; Machado (2006) 59% das denúncias foram de violência familiar ou doméstica, 41% de violência social (estrutural), onde os serviços de transporte obtiveram o maior número de reclamações. No Brasil, em geral não existem trabalhos que definam essa prevalência. Paixão Jr *et al.* (2006) declaram que estimativas sobre maus tratos em idosos não são bem

definidas devido ao caráter velado do problema, e devido ao costume que os idosos tem em não relatar seus contratempos.

[...] a qualidade da relação pré-enfermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso ao cuidador, o principal fator que determina a forma positiva ou negativa como este último percebe seu trabalho (como castigo ou como ato de dedicação amorosa). Essa atitude é preditiva de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. (WILLIANSO E SCHAFFER, 2001 *apud* MINAYO E SOUZA, 2005 p.157). Nesse sentido, é muito ilustrativo o trabalho de Caldas (2002), em que, por meio de uma abordagem fenomenológica, ouve e interpreta a ótica dos cuidadores sobre o impacto em suas pessoas e em suas famílias, da convivência com idosos em processo de demência. (CALDAS, 2002 *apud* MINAYO E SOUZA, 2005, p.157)

Alguns pesquisadores desacreditam que familiares seriam os maiores agressores e que os atos de violência “[...] tenderiam a piorar com a multiplicidade de dependências do idoso e com o tempo exigido de atenção e dedicação a ele” (MINAYO E SOUZA, 2005).

Para Pereira *et al.* (2006), avaliar as condições de vida do idoso nos torna capazes de criar propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, e isto contribui para o bem estar dos que envelhecem. De acordo com o autor, a qualidade de vida é reflexo da percepção que os indivíduos tem de que suas necessidades estão saciadas ou que oportunidades lhe estão sendo negadas e, isto independente de seu estado físico ou de suas condições sociais e econômicas. Dentro desta afirmativa percebemos que a violência tem como consequência um impacto negativo, um prejuízo na qualidade de vida do indivíduo, já que lhe é negado o direito a respeito, liberdade e dignidade.

Vem surgindo no Brasil serviços voltados para os idosos como: abrigos, os centros de referência multiprofissionais e as instituições que recebem denúncias das violências aos idosos. É “[...] fundamental que políticas públicas enfoquem o papel social do idoso, bem como privilegiem o cuidado e a proteção dessas pessoas em suas famílias, nas instituições e sociedade” (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). Para Minayo (2003), “Em qualquer política de prevenção e atenção à violência contra os idosos, atualmente, precisa-se considerar as diferentes formas de configuração do problema.”. Para a autora, as políticas públicas devem valorizar o lugar do idoso na sociedade e enfatizar a importância do cuidado e sua proteção, sua subjetividade, em qualquer ambiente que ele esteja. No ambiente de residência, os responsáveis devem primar por cuidados de segurança, como barras de apoio nos banheiros e rampas, tapetes antiderrapantes, melhor iluminação, com o objetivo de evitar quedas com consequências fatais ou incapacitantes. Em se tratando dos serviços de saúde, os profissionais em geral, devem estar preparados para o diagnóstico da violência e além da assistência prestada, devem acionar os serviços de apoio à vítima.

A implementação do Estatuto do Idoso requer que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os idosos devam ser *obrigatoriamente* comunicados aos seguintes órgãos (art. 19): autoridades policiais, Ministérios Públicos ou Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso. (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006 p. 12)

De acordo com Minayo e Souza (2005), o crescimento do grupo acima de 75 anos traz a exigência de preparação adequada do Brasil para atendimento de “suas necessidades de saúde e de assistência, assim como atenção específica para a prevenção das várias formas de violência”.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família foi inserida na saúde pública como um recurso de acompanhamento dos indivíduos, em seu ambiente de moradia, em todas as suas fases de vida. Tem como foco a prevenção de doenças e promoção à saúde e por isso causa grande impacto na saúde pública quando realizado com responsabilidade e conhecimento. O Curso de Especialização em Saúde da Família traz ao estudante e profissional a visão ampla do cuidado na atenção primária. Mostra a grandeza do trabalho a ser realizado com a comunidade e, a diversidade de cada ciclo de vida, com suas particularidades e demandas. Proporciona ao especializando uma gama de opções de estudo, pesquisas e projetos a serem realizados e principalmente desperta o profissional para a realidade do outro.

O estudo relacionado ao indivíduo idoso proporcionou um olhar diferenciado a esse grupo e mostrou a importância da realização de um atendimento minucioso e humanizado, com vistas a identificar e intervir em fatores que possam interferir na qualidade de vida do grupo, como por exemplo a violência.

O indivíduo com mais de sessenta anos geralmente se apresenta frágil e vulnerável, com modificações fisiológicas que deixam seu corpo menos ágil, propício à instalação de comorbidades e têm muitas vezes sua qualidade de vida afetada. Alguns conseguem por alguns anos serem independentes, chegando muitas vezes a cuidar de netos, realizar as tarefas da casa e ajudar ou manter os filhos financeiramente. Em contrapartida muitos não gozam da mesma independência e, devido a problemas físicos (visão, fraturas, imobilidade), mentais (demências) ou sociais (baixa renda) necessitam de cuidados especiais. Em geral esses cuidados são prestados por um familiar ou, algumas vezes por uma instituição pública ou privada. Por si só o idoso já é vulnerável à violência, devido à fragilidade física, porém outros fatores podem ser considerados de risco, são eles: dependência financeira, física ou mental; cuidador usuário de drogas lícitas ou ilícitas; cuidador dependente financeiro; relação ruim com os familiares pré enfermidade; prática de violência contra familiares no passado; falta de apoio psicológico ao cuidador; excesso de responsabilidades do cuidador, entre outros.

O estudo do contexto em que ocorre a violência contra os idosos, dos fatores de risco e dos tipos de violência cometidas contra o grupo, é de extrema importância para o profissional de saúde, pois traz uma visão ampla do problema e o deixa preparado intelectualmente para a implementação de ações relacionadas à prevenção e identificação da violência, já que na maioria das vezes ela não é relatada pela vítima. Na estratégia de saúde da família o indivíduo é assistido, em seu contexto familiar e social e, o idoso com

todas as suas particularidades e demandas deve ser valorizado e assistido de forma a reintegrá-lo a uma sociedade que não aprendeu a valorizar suas raízes e histórias.

O estudo realizado oferece à Equipe de Saúde Nova Holanda apoio científico para a implementação de ações de promoção da qualidade de vida para o idoso e de prevenção da violência contra o grupo.

## 5.REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J.. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 3: p.535-546, mar., 2008.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Senado, 2003.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-72 *apud* MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1. ED. Brasília, DF, 2005. 342 p.

CARAMANO A.A. *et al.* Como vai o idoso brasileiro? **IPEA**, Texto para discussão n.681. Rio de Janeiro, 1999.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS M.; SOUZA M.S.L.. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

DUARTE Y.A.O., LEBRÃO, M.L., LIMA F.D.. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.17, n.5/6: p.370–378, 2005.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FRANÇA, J.L.;VASCONCELOS,A. C. **Manual de normalização de publicações técnico-científicas**. 8.ed.rev. Belo Horizonte:Ed. UFMG,2009.

KARSCH U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19 n.3: p.861-866, mai-jun, 2003

LUZARDO, A.R.; GORINI M.I.P.C.; SILVA A.P.S.S.. Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de Neurogeriatria. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.4: p. 587-94, out-dez 2006.

MEDINA, C.; SHIRASSU, M. & GOLDFEDER, M.,1998. Das incapacidades e do acidente cerebro-vascular. In: *Envelhecimento com Dependência:Revelando Cuidadores* (U. Karsch,

org.), pp. 199-214, São Paulo: EDUC .*apud* KARSCH U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19 n.3: p.861-866, mai-jun, 2003.

MANDU, E.N.T. et al. Visita Domiciliária sob o olhar de usuários do Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto e Enferm**. p. 131-140, jan./mar., 2008.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3: p.783-791, mai./jun. 2003.

MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1. ED. Brasília, DF, 2005. 342 p.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1. ED. Brasília, DF, 2005. 342 p.

PAIXÃO JR, C.M.; REICHENHEIM, M.E.. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.6: p.1137-1149, jun., 2006.

PASINATO, M.T.; CAMARANO, A.A.; MACHADO,L.. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. **Texto para discussão nº1200 do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas**, jul. 2006.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr RS**, v.28, n.1: p.27-38, jan./abr. 2006.

ROTHER, E. T. Editorial. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**. v. 20, n. 2: p. 5-6, abr./jun 2007.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I.dos; CALDAS, C.P.. Cuidando de idosos com demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1: p. 44-48, jan./fev. 2005.

SLOMP, F.M. et al. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. 41(3): p. 441-446, 2007.

SMELTZER, S.C.; *et al*. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11.ed. vol.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, J.A.de; FREITAS, M.C.de; QUEIROZ, T.A.de. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n. 3: p. 268-272, mai./jun. 2007.

WILLIANSO, G. M.; SHAFFER, D. R. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now - the family relationship in late life project. *Psychology Aging*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 217-226, 2001 *apud* MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.. *Violência contra idosos: é possível prevenir*. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1. ED. Brasília, DF, 2005. 342 p.