

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA LUIZA BARROS FERNANDES BEZERRA

**PERCEPÇÃO DE MAUS-TRATOS NO DOMICÍLIO PELO IDOSO MORADOR NO
MUNICÍPIO DE JUAZEIRO-BA**

VITÓRIA-ES

2010

MARIA LUIZA BARROS FERNANDES BEZERRA

**PERCEPÇÃO DE MAUS-TRATOS NO DOMICÍLIO PELO IDOSO MORADOR NO
MUNICÍPIO DE JUAZEIRO-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Edinete Maria Rosa

VITÓRIA-ES

2010

MARIA LUIZA BARROS FERNANDES BEZERRA

PERCEPÇÃO DE MAUS-TRATOS NO DOMICÍLIO PELO IDOSO MORADOR NO
MUNICÍPIO DE JUAZEIRO-BA

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Edinete Maria Rosa

Prof^a Dr^a. Luziane Zacché Avellar

Prof^a Dr^a.Sabrine Mantuan Coutinho

Dedico este trabalho a minha avó Maria Luiza (*in memoriam*), de quem herdei o nome e por tudo que ela representa para mim e para minha família.

***“Muito mais importante do que acrescentar
anos à vida, é acrescentar vida aos anos”***

Leo Pessini

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	viii
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
LISTA DE QUADROS.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO NA ATUALIDADE.....	4
3. CAPÍTULO II - TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE BRONFENBRENNER: O MICROSSISTEMA FAMILIAR.....	16
4. CAPÍTULO III - INVESTIGAÇÃO.....	24
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	24
4.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	25
4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	26
4.4 CUIDADOS ÉTICOS.....	27
4.5 TIPO DE ESTUDO.....	28
4.6 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	28

5. CAPÍTULO IV - RESULTADOS.....	31
5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	31
5.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
5.3 RELACIONAMENTO FAMILIAR E PESSOAL.....	43
5.4 A VIOLÊNCIA SOFRIDA E PERCEBIDA.....	55
5.5 A AUTORIA DAS VIOLÊNCIAS.....	63
5.6 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.....	67
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
7. REFERÊNCIAS	76
ANEXO I: ROTEIRO DA ENTREVISTA	87
ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	90
ANEXO III: APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA	92

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado uma vida abençoada, feliz e com muitas realizações.

A Neco (*in memoriam*) pela inspiração na escolha da profissão e exemplo de vida.

A minha mãe por todo o amor, por quem sou e por tudo que alcancei. Sem o seu incentivo não teria concluído este trabalho.

A meu pai, meu amor, pelo exemplo de responsabilidade no trabalho, de bondade e simplicidade e apoio em todos os momentos de minha vida.

A Péricles, meu esposo, pelo amor, amizade, carinho, cumplicidade, companheirismo e apoio durante todas as fases deste trabalho.

A minhas filhas Maria Luiza e Maria Júlia pela constante motivação, ternura e razão de meu viver.

A minha mãe Alda, pela Fé e orações para que este trabalho se concretizasse.

Aos meus irmãos Nani e Lula pelo carinho, exemplo de responsabilidade e compromisso com a pesquisa e com a vida acadêmica.

A todos os meus demais familiares pelo constante apoio e incentivo.

A Universidade Federal do Espírito Santo, ao Programa de Pós Graduação em Psicologia por possibilitar a realização do curso de Mestrado.

A professora Edinete Maria Rosa, pela orientação, dedicação, amizade e ensinamentos que com ternura, firmeza, determinação e criatividade me ajudaram a realizar este trabalho e me tornaram uma pessoa melhor.

Aos integrantes da banca examinadora pelas contribuições, disponibilidade e gentileza em participar da realização deste trabalho.

Ao professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, por me ajudarem na construção dos conhecimentos necessários para realização deste trabalho.

Aos docentes e técnico administrativos da Universidade Federal do Vale do São Francisco, onde trabalho, que sempre me apoiaram, independentemente de data ou horário.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Federal do Vale do São Francisco, José Weber Freire Macedo, pelo compromisso em fazer da UNIVASF uma universidade de destaque no cenário nacional, e para tanto não mede esforços em investir na qualificação do corpo docente.

Ao Vice Reitor da Universidade Federal do Vale do São Francisco, professor e amigo Paulo César, pelo exemplo de determinação na busca de objetivos e de crescimento acadêmico.

Ao Professor Mário Miranda Vilas Boas Ramos Leitão, pelo exemplo de dedicação a pesquisa e a ciência e pelo esforço em fazer este mestrado acontecer.

Aos alunos da UNIVASF por despertarem a cada dia o meu interesse em pesquisa e o gosto pela vida acadêmica.

A Secretaria de Saúde de Juazeiro pelo apoio e valorização da qualificação profissional.

Aos funcionários da Equipe de Saúde da Família São Geraldo pela participação coletiva e contribuições na construção deste trabalho.

Aos idosos vítimas de violência de quem abracei a causa e estímulo para realização deste trabalho.

A todos os colegas de mestrado, em especial, Flávia, Margareth e Fátima pela ajuda mútua diante das dificuldades que surgiram ao longo desta caminhada.

RESUMO

Bezerra, M.L.B.F. (2010). Percepção de maus-tratos no domicílio pelo idoso morador no município de Juazeiro-BA. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória- ES.

A população brasileira apresenta um processo de envelhecimento acelerado e se espera que em 2025 o Brasil seja o sexto país com mais idosos no mundo (IBGE, 2004). Os profissionais da saúde, principalmente aqueles que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, deparam-se – constantemente - com queixas relacionadas à violência doméstica e social contra os idosos. Assim, necessitam compreender este fenômeno para atuar em defesa e garantir a qualidade de vida destes indivíduos. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1996) foi a fundamentação teórica utilizada nesta pesquisa e permitiu o estudo do idoso dentro do microsistema familiar, a sua integração dentro deste ambiente ecológico e assim tornou possível a investigação sobre a violência que ocorre no domicílio. O objetivo geral deste trabalho foi analisar a percepção de violência pelo idoso e como ele reage diante de uma situação de violência. A investigação, realizada em Juazeiro-BA, contou com a participação de 10 idosos, na faixa etária entre 64 e 84 anos, que frequentavam a Unidade de Saúde da Família e que possuíam indícios de violência. As informações sócio-demográficas dos participantes foram coletadas a partir do prontuário da família dos idosos e complementadas no momento da entrevista. Dos 10 idosos pesquisados, 9 eram do sexo feminino, 6 tinham mais de seis filhos, 5 moravam com mais de quatro pessoas no domicílio, 8 eram analfabetos e tinham alguma religião, 6 eram do lar, 10 possuíam alguma doença crônica e 10 recebiam até um salário mínimo: sendo, para a maioria, a única fonte de renda da família. O roteiro da entrevista continha questões que buscavam identificar os seguintes aspectos: relações familiares e pessoais dos idosos; tipos de violência e a percepção deles da violência; autores da violência; reações e a estratégia de enfrentamento utilizadas por eles diante da situação. Depois da transcrição das entrevistas, foi efetuada a análise do conteúdo conforme orienta Bardin (2006). As principais formas de violência presentes no ambiente doméstico dos idosos foram a psicológica (90%) e a negligência (100%), seguindo com a financeira (50%) e em menor proporção a física (30%) e o abandono (30%). A violência foi percebida nas ações e circunstâncias vivenciadas por eles no cotidiano como confusão, bebida, brigas, desentendimento, brutalidade, desobediência, tristeza e agressão física. Em relação aos autores da violência, observou-se que eram, na maioria das vezes, filhos da vítima, do sexo masculino, dependentes financeiramente e usuários de drogas e de álcool. A reação dos idosos diante das situações de violência apresentou-se em alguns casos como inexistente, ou em outras situações de forma tímida, temerosa e fragilizada. Alguns idosos apresentaram reações através da manifestação de patologias diante das situações. O apoio de familiares e amigos, como também a religião, foram as estratégias de enfrentamento utilizadas. Também se observou que oito participantes não conheciam o Estatuto do Idoso (2003). Este trabalho aponta a necessidade de capacitação dos profissionais que fazem parte da estratégia saúde da família, no que se refere à violência contra o idoso e articulação de uma rede de apoio a fim de formar parcerias para o combate à violência. Sugere-se também a inserção do psicólogo como integrante da equipe a fim de apoiar os profissionais e oferecer melhor assistência. Os dados sobre as características peculiares deste grupo populacional poderão ser levados em consideração no momento da formulação e implementação das políticas públicas e dos planos de enfrentamento da violência.

Palavras-chave: violência intrafamiliar, idoso e enfrentamento

ABSTRACT

Bezerra, M.L.B. F (2010). Perception of elder abuse at home by residents in Juazeiro -city BA. Dissertation. Graduate Program in Psychology at the Center for Human and Natural Sciences, Federal University of Espírito Santo, Vitória-ES.

The Brazilian population presents an accelerated aging process. It is expected that in 2025 Brazil will be the sixth country in the world in terms of older population (IBGE, 2004). The health professional, especially those who are part of the Strategy of Family and Community Health, faces, constantly, complaints related to domestic and social violence against the elderly, and so needs to understand this phenomenon to act in their favor and ensure the quality of life of those people. The Biological Human Development Theory of Bronfenbrenner (1996) was the theoretical foundation used in this research and allowed the study of the elderly within the family micro-system, their integration within this ecological environment and so let possible the research on violence occurring at home. The aim of this study was to examine the perception of violence by the elderly and how he reacts to a situation of violence. The research, performed in Juazeiro-BA, included the participation of 10 elderly, aged between 64 and 84 years who attended the Family Health Unit and that had evidence of violence. The participants' socio-demographic information was collected from the records of the family of the elderly and complemented during the interview. From the elderly group who formed the sample, 9 were female, 6 had more than six children, 5 lived with more than four people at home, 9 were illiterate and had a religion, 6 were housewives, 10 possessed a chronic disease and 10 received up to the minimum wage: being mostly the only source of the family income. The interview had questions looking for identifying the following aspects: personal and family relationships of older people, types of violence and their perception of violence, actors of violence, reactions and strategies used by them before the situation of violence. After transcribing the interviews, was analyzed the content as proposed in Bardin (2006). The most usual forms of violence presented in the household of the elderly were psychological (90%) and neglect (100%), followed with the financial (50%) and to a lesser extent the physical (30%) and abandonment (30%). The violence was seen in the actions and circumstances experienced by them in their daily life such as drinking, mess, fighting, disagreement, brutality, disobedience, sadness and physical aggression. In relation to the violence authors, it was observed that they were, in most of the cases, the victim's children, male, and financially dependent and users of drugs and alcohol. The reaction of the elderly in situations of violence was in some cases as non-existent or in other situations so timid, fearful and weak. Some older people had reactions through pathological demonstration in front of those situations. The support of family and friends, as well as religion, was the confronting strategy used. We also observed that 8 participants did not know the Elderly Statute (2003). This study highlights the need for training of professionals who are part of the family health strategy, with regard to violence against the elderly and the articulation of a support network in order to form partnerships to combat violence. It is also suggested the inclusion of the psychologist as a team member to support professionals and deliver better care. Data on the peculiar characteristics of this group may be taken into account when formulating and implementing public policies and plans for coping with violence.

Keywords: domestic violence, elderly and coping.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01:	Dados sociodemográficos e clínicos dos idosos entrevistados (N=10). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.....	37
Quadro 02:	Frequência da categoria “relacionamento familiar e pessoal” e subcategorias relacionadas a ela, dos idosos participantes da pesquisa. (N=10). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.....	43
Quadro 03:	Frequência da categoria “violência intrafamiliar” e subcategorias relacionadas a ela, dos idosos participantes da pesquisa. (N=10). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.....	56
Quadro 04:	Dados sociodemográficos dos autores da violência contra os idosos entrevistados (N=17). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Distribuição do número de idosos atendidos na unidade de saúde da família por mês e sexo, durante o período de maio a agosto de 2010.....	38
Figura 02:	Classificação do grupo de participantes quanto à presença de acompanhantes no momento das consultas médicas.....	39
Figura 03:	Classificação do grupo de participantes quanto à escolaridade.....	40
Figura 04:	Dados comparativos referentes à frequência de analfabetismo entre os idosos no Brasil em 1996 e em 2007, no bairro São Geraldo em 2006 e no grupo de participantes em 2010.....	41
Figura 05:	Classificação dos idosos da amostra quanto à ocupação atual.....	42
Figura 06:	Frequência de doenças entre os idosos participantes da pesquisa.....	42
Figura 07:	Frequência das formas de violência entre os idosos participantes da pesquisa.....	57

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo originou-se na experiência da pesquisadora com a área da geriatria, gerontologia e saúde da família. A vivência profissional com idosos e seus familiares através de práticas ambulatoriais e acadêmicas no município de Juazeiro, Bahia, possibilitou o contato com diversas situações de violência contra esse grupo de pessoas. Estas circunstâncias despertaram o interesse em estudar a presença de violência intrafamiliar e a percepção do idoso diante deste fato. Porém, em Juazeiro não existiam pesquisas envolvendo idosos, principalmente, que abordassem a temática da violência. Tal realidade, atrelada ao fato de que a população mundial e brasileira apresenta um processo de envelhecimento acelerado, serviu como impulso para realização deste trabalho.

Segundo os indicadores sociais de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a faixa etária acima de 60 anos alcançou taxa de crescimento oito vezes superior à da população jovem. Espera-se que em 2025, o Brasil seja o sexto país com mais idosos no mundo. No Brasil, o número aproximado de idosos passou de três milhões em 1960 para quatorze milhões em 2002. Estima-se que alcançará 25 milhões em 2020. Dentro do grupo de idosos também está aumentando o número de indivíduos com mais de 80 anos, ou seja, alcança-se idade cada vez mais avançada (IBGE, 2005). Segundo dados divulgados pelo IBGE, referentes ao censo de 2004, a população estimada de Juazeiro é de 193.136 habitantes sendo que deste total 12.126 pessoas (6,28% da população) são idosas.

Esse aumento da população idosa em escala global exerceu pressão passiva e despertou o interesse científico em estudar e pesquisar o processo de envelhecimento (LEME 1996). No início do século XX, existia uma crença de que velhice era fase final da vida e que era o reverso da adolescência. Entre 1969 e 1979, as pesquisas na área aumentaram consideravelmente. Na época, cerca de 60% dos trabalhos versavam sobre os processos intelectuais, refletindo sobre a aceitação do idoso e da necessidade de adaptação do idoso na sociedade. (NERI, 2001). Ainda na década de setenta, surgiram os primeiros relatos britânicos sobre violência contra os avós, publicado na revista *Modern Geriatrics* e no *British Medical Journal* (WHO, 2002).

Em 1997, no XVII Congresso Mundial de Gerontologia da Associação Internacional de Gerontologia foi fundado o INPEA (International Network for the Prevention on Elder Abuse), organização não governamental, com status consultivo na Organização das Nações Unidas (ONU) e da Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia. O INPEA visa congrega mundialmente os estudiosos, as universidades, os governos e a sociedade civil, com

o objetivo de incrementar a consciência e o conhecimento do público em geral, acerca do problema da violência contra o idoso.

No Brasil, grandes centros urbanos como São Paulo registram diariamente diversos casos de violência familiar contra a pessoa idosa. A maioria dos casos refere-se à lesão corporal, furtos e mau uso de bens (FIGUEIREDO, 2003).

Os profissionais da saúde, principalmente os que fazem parte de atividades em atenção primária, como a estratégia de Saúde da Família e Comunidade, deparam-se constantemente com queixas relacionadas à violência doméstica e social contra os idosos.

Diante do exposto, urge a necessidade de se investigar o fenômeno da violência contra o idoso, objeto de estudo desta pesquisa, que tem como proposta analisar a percepção da violência e as estratégias de enfrentamento, ou seja, como o idoso morador de Juazeiro-BA lida, qual o seu pensamento, sentimento e comportamento diante das diferentes formas de violência que são expostas e percebidas por eles a fim de administrar a crise e tolerar as demandas criadas pela situação (FOLKMAN; MOSKWETZ, 2004). Com os resultados, pretende-se compreender como a violência o atinge e fornecer dados para que os profissionais que atuam com este grupo populacional possam agir em busca de minimizar esta situação, prestar melhor assistência e melhorar a qualidade de vida dos idosos. Espera-se também estimular a pesquisa com esta temática, tendo em vista o aumento do número de idosos e os poucos estudos existentes na região estudada.

O presente trabalho compõe-se de quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta os fundamentos da temática do envelhecimento na atualidade. Será apresentada uma abordagem conceitual de idoso em relação às questões cronológicas, orgânicas, sociais e culturais que permeiam o processo de envelhecimento humano nos dias atuais. Na seqüência, reflete-se sobre qualidade de vida na velhice, e se aborda a construção da violência contra a pessoa idosa apresentada através do conceito de maus tratos, explicitação de suas tipologias e ponderação acerca de alguns estudos recentes sobre violência e idoso.

O segundo capítulo apresenta o arcabouço teórico-metodológico que balizou o desenvolvimento desta pesquisa: a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e sua contextualização. Dentro da perspectiva bioecológica, que concebe a mudança do indivíduo e sua integração dentro do ambiente, torna-se possível a investigação sobre a velhice, que apresenta modificações na adaptação individual e sobre a violência intrafamiliar que apresenta influência direta no indivíduo que envelhece. O capítulo fará uma reflexão sobre o microsistema familiar, tendo em vista que é o microsistema que o

indivíduo idoso participa mais freqüentemente e no qual, na maioria das vezes, ocorrem os maus tratos contra eles.

O terceiro capítulo compreende a investigação realizada. Apresenta os objetivos, faz uma breve caracterização do município de Juazeiro – BA, com foco no bairro onde se desenvolveu a pesquisa. Descreve o processo de seleção dos participantes e os procedimentos metodológicos para obtenção de dados.

Por fim, o quarto capítulo tem como foco a apresentação e discussão dos resultados. Traz também a análise do conteúdo das entrevistas realizadas a partir das categorias elencadas para esta pesquisa. Na seqüência, serão apresentadas as considerações finais e sugestões para pesquisas posteriores.

2. CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO NA ATUALIDADE

O critério cronológico adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS para definir o limite de idade entre o indivíduo adulto e idoso é 60 anos para os países em desenvolvimento. Tal critério tem por base as condições orgânicas do indivíduo nesta idade, uma vez que as pessoas acima de sessenta anos encontram-se mais propensas a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor externo ou interno, tornando-as alvo maior de doenças. (PAPALÉO NETO, 1996). A idade avançada abrange aspectos e valores próprios, nos quais ocorrem mudanças nas pessoas, tanto de forma orgânica, como no metabolismo, imunidade, nutrição, características intelectuais, sociais e emocionais (STUART-HAMILTON, 2002)

Apesar de o envelhecimento ser um processo normal de transformações físicas e psicológicas progressivas, que ocorre na última etapa de vida do ser humano, durante muito tempo a sociedade percebeu o idoso como aquele que se diferenciava por não ter mais condições de ser protagonista das atividades sociais, cabendo a ele viver serenamente como exemplo de virtude e de comportamento moral. Ou seja, o conceito de velhice pode ser considerado como resultado da integração da dinâmica das atitudes e dos valores culturais da sociedade. Néri (2003) acredita que a marca social desta fase é estar em oposição à juventude. Ela afirma que em todas as culturas e em todos os tempos históricos existe forte associação entre velhice, dependência, afastamento, improdutividade, isolamento, desvalorização social, doença, incapacidade, declínio e morte.

Camarano (1999) em seu trabalho sobre como vive o idoso brasileiro, considera a categoria idoso como algo socialmente construído, ou seja, de acordo com as circunstâncias sociais, culturais, psicológicas e biológicas adotadas nas sociedades ocidentais. Assim, os diversos fatores que envolvem o envelhecimento, tais como as mudanças corporais, os fatores emocionais, cognitivos e sociais poderão configurar de uma velhice bem sucedida, normal ou patológica. (ÉLBOUX, NÉRI & CACHIONI, 2004).

Em diversos trabalhos pesquisados, o envelhecimento foi associado a questões referentes à qualidade de vida, a qual está intensamente relacionada com a construção social, influenciada por valores culturais e por aspectos subjetivos (MINAYO & COLS, 2000).

Paschoal (2000) comenta que o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa condição de saúde, desempenhando

papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de sua vida pode ser alcançada com êxito.

Santos et al. (2002) realizaram, no ano de 2002, um estudo na cidade de João Pessoa-PB, com objetivo de avaliar a satisfação do idoso em relação à qualidade de vida. O referido estudo apontou como conclusões que a qualidade de vida para o idoso está relacionada à questão da auto-estima e ao bem-estar pessoal, devendo ser levado em consideração aspectos como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e até mesmo a religião.

Segundo Minayo et al. (2000), a noção de qualidade de vida perpassa as diferentes condições vivenciadas por cada indivíduo, que a valoriza ou não dependendo do referencial adotado para o contexto analisado. Ela pode ser aproximada da satisfação encontrada na vida familiar, social, física, amorosa e ambiental, assim como a satisfação pessoal com a própria existência. Representa uma construção social diante da relatividade cultural existente.

Antoni & Koller (2001) consideram que o ambiente ecológico e seus sistemas têm influência importante no desenvolvimento e na qualidade de vida dos indivíduos porque envolvem os valores sociais, as crenças culturais, as regras de comportamento e os preconceitos. Ainda em relação à qualidade de vida, podem-se relacionar as reflexões apresentadas por Minayo et al. (2000) com a teoria de Bronfenbrenner, no que diz respeito à história, pois, em determinado momento de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma determinada sociedade tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra época histórica. Esta atenção aos valores associados a um determinado momento histórico compõe o que Bronfenbrenner (1996) chamou de macrossistema.

Em síntese, o conceito de qualidade de vida reflete as experiências e os valores sociais que se modificam no decorrer do tempo. Para Leonard (2007) existe uma correlação direta entre os diversos sentimentos e as diferentes condições externas em vigor, ou seja, o que o indivíduo sente, modifica-se quando sua interação com o mundo se modifica.

Néri & Yassuda (2004) descreveram o envelhecimento de acordo com a psicologia e o apontaram como um processo que tem lugar no ciclo vital, sendo determinado pela interação constante e acumulativa de eventos de natureza genético-biológica, psicossocial e sociocultural.

Em estudo realizado em 13 distritos de Portugal, foram entrevistados 1.354 idosos com idade superior a 75 anos sobre qualidade de vida na visão do próprio idoso. O estudo

apontou como resultado quatro fatores relacionados positivamente à qualidade de vida: atividade de vida diária, bem estar, mobilidade e comunicação. (SOUSA ET AL., 2003)

Alberto de Vitta (2004) faz a comparação entre capacidade para o trabalho na velhice e qualidade de vida, objetivando demonstrar elementos que pudessem afetar a capacidade para o trabalho, as medidas para promoção de qualificação e desenvolvimento de habilidades para o idoso. O autor considera que se manter ativo e trabalhando traz satisfação pessoal e em seqüência qualidade de vida.

De acordo com os estudos realizados por Gaspari & Shulartz (2005), percebe-se que o idoso encontra-se cada vez mais consciente da necessidade de adotar hábitos saudáveis de alimentação, de praticar exercícios físicos regulares, de estar inserido em programas de valorização do convívio social como forma de preservar e melhorar a sua vida, sua saúde e seu bem-estar. Com isso, as imagens de inércia, sedentarismo, acomodação, tristeza, indisposição, fadiga, dores sem fim, isolamento, depressão e falta de perspectiva diante desta etapa da vida, vão perdendo espaço para a crescente participação nas inúmeras oportunidades que são oferecidas a esta parcela da população nos espaços públicos e privados, formal ou informal.

Elsner, Pavan & Guedes (2007) refletiram sobre a necessidade de mudança nas concepções sobre velhice que estão presentes em nossa sociedade. Os autores consideraram que a maioria da população ainda caracteriza o idoso como decadência física e pela ausência de papéis sociais, sendo muitas vezes considerados inúteis. Esta idéia preconcebida impede a participação do idoso em várias atividades comuns do cotidiano. Os autores apontaram para a necessidade da inserção do idoso na comunidade e do respeito às suas particularidades.

Denota-se, pois, uma dicotomia: os idosos avançaram no sentido de buscar qualidade de vida e saúde e a sociedade que os cerca persiste na visão negativista e de declínio desse grupo populacional. É nesse hiato contemporâneo que se sedimenta campo propício para conflitos que terminam por desencadear episódios de violência e maus tratos contra os idosos.

A violência contra o idoso está crescendo rapidamente e é fato que esta velocidade impede a obtenção da tão almejada qualidade de vida nesta fase da vida. De acordo com Gibbs & Mosqueda (2007), dados da *National Center on Elder Abuse* (2005) indicam que a violência contra a pessoa idosa é considerada um problema mundial que atinge a todas as populações, independente de fatores socioeconômicos e culturais. Para Schraiber et al. (2006) tanto no plano nacional, como no internacional a violência passou a ser vista como uma questão social e como um problema de saúde pública. É considerada mundialmente como

violação dos direitos, embora podendo se expressar de maneira diferente de acordo com o contexto que está inserida.

Carney et al. (2003), avaliam e refletem que a violência contra o idoso pode atingir qualquer sexo, e seu aumento deve-se ao fato que os idosos deixaram de fazer parte do sistema produtivo e passaram a ser vistos como um estorvo social, propício à exploração econômica pelos familiares e pelo próprio estado, recebendo pensões irrisórias, sem o direito a um envelhecer com dignidade. Saliba et al.(2007) afirma que os idosos que vivem com as famílias têm uma maior predisposição de serem vítimas de maus-tratos.

De uma forma mais ampla a violência é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

Useo intencional de força física ou do poder, real, ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

Em relação ao conceito de violência, Marilena Chauí contribui dizendo que:

A violência vem do alto para baixo da sociedade, unificando-a verticalmente e espalhando-se pelo interior das relações sociais, numa existência horizontal que vai da família à escola, dos locais de trabalho às instituições públicas, retornando ao aparelho do Estado (CHAUÍ, 1999, p. 2).

Já Mareuse considera que:

A violência não se caracteriza por um ato ou fato, mas possui diferentes interfaces. Em diferentes sociedades ou em diferentes momentos ela recebe valorizações diferentes, sendo tolerada, proibida, encorajada ou despercebida, e sua definição está principalmente atrelada a esse âmbito de análise, uma vez que essas interfaces são construídas através de representações e estas envolvem diferentes momentos, lugares, pessoas (MAREUSE, 2004, p. 89).

Em suma, a violência pode ser considerada como violação, transgressão de regras, normas e leis aceitas por uma coletividade, das quais ela depende para continuar existindo. Para Lachs e Pillemer (2004), a violência pode ser conceituada como uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra o outro, ou contra uma comunidade, que tenha possibilidade de provocar lesão, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência nas relações familiares, da comunidade, de classe ou gênero pode ocorrer nas mais diferentes formas, direta ou indiretamente podendo provocar danos físicos, mentais e morais.

Em relação ao idoso, a definição de maus tratos que vem sendo utilizada atualmente, por consenso internacional de todos os países participantes da Rede Internacional de

Prevenção Contra os Maus-tratos com Idosos (INPEA¹) e endossada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) é a da organização inglesa, *Action on Elder Abuse*.

Maus tratos: 'uma ação única ou repetida, ou ainda ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança' (Caderno de violência contra a pessoa idosa, 2007, p. 28).

Neste conceito, existem três pontos que merecem ser valorizados: (i) um vínculo significativo e pessoal que gera expectativa e confiança; (ii) o resultado de uma ação, dano ou o risco significativo de dano; e, (iii) a intencionalidade ou não intencionalidade. Para melhorar a compreensão deste conceito, Minayo (2005) amplia a definição da OMS e aborda como ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social. Como bem elucida a autora:

A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral) (Caderno de violência contra a pessoa idosa, 2007, p. 28).

No que tange a violência intrafamiliar contra o idoso, o caderno de violência intradomiciliar: orientações para a prática em serviço, do Ministério da Saúde (2001) define o termo como:

Toda ação ou omissão que prejudica o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento do idoso sendo praticados por familiares ou pessoas que convivam no espaço doméstico com o idoso. Pode ser cometida dentro ou fora de casa (Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. 2001p. 15).

Existem inúmeras formas de violência contra a pessoa idosa, tais como psicológica, econômica, moral, sexual podendo ainda ser atos de omissão ou de negligência. De acordo com a cartilha "Violência contra Idosos – o Averso de Respeito à Experiência e à Sabedoria", escrita por Minayo (2005), são definidas as diversas formas de violência contra o idoso, a saber:

• **Violência Física:** é o uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte. Podem-se citar como exemplo tapas, beliscões, contusões, queimaduras, contenção.

¹ The International Network for the Prevention Elder Abuse (Rede Internacional de Prevenção de Maus-Tratos a Idosos) foi fundado em 1997 com finalidade de disseminar em todo mundo as informações como parte do seu compromisso com a prevenção de violência a idosos. Reconhecendo as diferenças culturais, educacionais e de estilo de vida das diferentes populações no mundo, o INPEA busca capacitar a sociedade, por meio da colaboração internacional, a reconhecer e responder aos maus-tratos a idosos em qualquer situação que ocorram, para que os últimos anos de vida das pessoas sejam livres de maus-tratos, negligência e exploração.

- **Violência Psicológica:** corresponde a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social.
- **Violência Sexual:** refere-se ao ato ou jogo sexual utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças, sem o consentimento da pessoa idosa.
- **Abandono:** é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência.
- **Negligência:** refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais.
- **Violência Financeira ou Econômica:** consiste na exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais.
- **Violência Medicamentosa:** é administração por familiares, cuidadores e profissionais dos medicamentos prescritos, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo as dosagens estabelecidas. (Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa – 29)

Wei e Herbers (2004) definem a violência intrafamiliar contra o idoso como abuso físico, psicológico, financeiro e negligência. Descrevem a negligência como uma situação na qual o idoso experimenta sofrimento por omissão de atenção do cuidador. Conceituam negligência ativa quando o ato é deliberado, e, passiva quando resulta de conhecimentos inadequados das necessidades do idoso.

Diversos estudos têm mostrado de forma comparativa a vulnerabilidade, na qual os idosos encontram-se, independentemente de classes socioeconômicas, etnias e religiões. As ocorrências de maus-tratos afloram das mais diversificadas formas de violência: física, sexual, emocional e financeira. É nesse contexto que a violência domiciliar passa a ser vista como um importante problema de saúde pública. (MINAYO, 2003).

Minayo e Coimbra Jr (2004) comentam sobre a violência intradomiciliar e apontam:

No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus tratos e negligências. Mas nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos lares dos idosos, onde o choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como ‘decadência’ (p 1128).

Em relação à legislação, no Brasil, os idosos passaram a partir de 2003 a contar com um instrumento legal de proteção contra a violência. Pela lei número 10.741 de 1º de outubro de 2003 passou a vigorar o Estatuto do Idoso que versa em seu artigo quarto: “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, e todo atentado a seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003).

Um levantamento realizado no Estado de São Paulo pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), junto à delegacia de proteção ao idoso, através da análise de 1.856 boletins de ocorrência, no período de 1991 a 1998, foi apontado que a violência

psicológica é a forma de maus tratos mais freqüente registrada naquela delegacia, seguida da violência física. (MINAYO, 2000).

Gawryszewski et al. (2004) realizaram uma pesquisa com finalidade de investigar a morbi-mortalidade em indivíduos idosos por causas externas no Brasil no ano de 2000 e verificaram que 11,4% das mortes em indivíduos com mais de 60 anos ocorreram por causas externas. Apesar de representar uma porcentagem pequena em relação às demais faixas etárias (aproximadamente 30%), o trabalho concluiu que o resultado tinha relevância tendo em vista que os idosos não freqüentam tanto os espaços públicos quanto os jovens e adultos.

Pesquisa realizada por Gaioli et al (2008) no município de Ribeirão Preto-SP, analisou os registros relacionados a maus tratos a idosos encontrados nas delegacias de polícia no ano de 2005, utilizando laudos de exames de corpo de delito. O estudo teve como objetivo verificar a ocorrência de maus tratos, os tipos de lesões sofridas e identificar os ofensores. O trabalho apresentou como resultado: dos 100 idosos residentes em Ribeirão Preto constatou-se que 87% foram vítimas de maus-tratos no domicílio e 13% foram vítima de outra forma de violência. Dos idosos vítimas de maus-tratos no domicílio a maioria estava na faixa etária entre 60 e 69 anos. No que diz respeito ao relacionamento entre ofensor e vítima verificou-se que 47% especificaram o agressor e dentre eles estavam: filhos, netos, noras e genros. Os amigos foram citados como autores da violência em 22% dos casos; em 17% foram os assaltantes que adentraram no domicílio e em 14% os autores foram os próprios cônjuges ou companheiros dos idosos. A gravidade da agressão foi verificada através da necessidade e tipo de atendimento médico, e assim verificou-se que 57% daqueles que sofreram violência não procuraram atendimento médico, 31% procuraram atendimento primário, 2% procuraram atendimento secundário e 10% procuraram atendimento terciário. Quanto ao tipo de lesão que foi mais recorrente 36% foram vítima de traumatismo superficial não especificado do ombro e braço, ou seja, lesões que atingem a pele sem penetrar na camada muscular do corpo podendo ser hematomas ou escoriações. Houve um caso de abuso sexual e as lesões como contusões da pálpebra e da região periocular foram duas vezes maiores para o sexo masculino. Os idosos que sofreram mais de um tipo de lesão somaram 33% dos casos. O fato de avaliar a gravidade da lesão através da procura e do tipo de atendimento médico pode mascarar os casos, nos quais o indivíduo não procura o serviço de saúde, ou seja, os idosos reticentes têm medo ou vergonha de procurar um serviço de saúde, pelo fato de na maioria das vezes o agressor ser um membro da família e temem que a exposição possa desencadear mais violência e por em risco a própria vida e sentem vergonha por não ter conseguido controlar a situação. (CADERNO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA, 2007).

Outro estudo, por sua vez realizado em Niterói-RJ (MORAES, APRATTO JR & REICHENHEIM, 2008), teve como objetivo estimar a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família do município. O estudo foi realizado no bairro de Conceição e contou com uma amostra de 322 idosos. Os resultados apontaram que 10,1% dos entrevistados foram vítimas de um ato de violência física no ano anterior à entrevista. Foi verificada, também, a prevalência de violência grave em 6,3% da amostra estudada e maior prevalência de violência física não grave entre os que se classificam como “do lar”. Por outro lado, percebeu-se uma maior frequência da violência grave entre os idosos com maior escolaridade e entre os que relataram problema de memória. Foi possível perceber que a violência física parece ser menos prevalente entre os viúvos do que entre os com outra situação conjugal.

A percepção da violência pelo idoso pode ocorrer de forma diferenciada de acordo com o contexto social, econômico e cultural, no qual o idoso está inserido. Na Argentina, foi realizada uma pesquisa investigando a “percepção sobre o que são maus-tratos na velhice”. Este estudo foi realizado por meio de questionário com perguntas abertas e semi-abertas, a serem respondidas por idosos saudáveis na comunidade. Os resultados mostraram que 90% dos idosos percebiam a violência através de agressividade, insulto com palavras, falta de respeito, indiferença e abandono. Apenas 10% referiam questões sociais e aspectos econômicos. (ÁGUAS, 1996, citado por MACHADO E QUEIROZ, 2006)

Esse estudo foi replicado no Chile, e em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná). No Chile, os resultados foram os seguintes: 55,1% relataram maus-tratos psicológicos; 7,1% relataram negligência; 6,1% afirmaram sofrer maus-tratos físicos e 1,6% disseram sofrer maus-tratos econômicos. Neste estudo, constatou-se que 26,8% dos idosos apontaram já ter sofrido alguma forma de violência e 3,2% afirmaram que sofreram todas as formas de violência (QUEIROGA, 2000, citado por MACHADO E QUEIROZ, 2006).

No Brasil, diferentemente dos resultados encontrados na Argentina e no Chile, os maus tratos foram percebidos no nível macro e médio: num percentual de 65%, consideravam maus-tratos a forma preconceituosa como são tratados pela sociedade em geral, as baixas aposentadorias, o desrespeito que sofrem nos transportes públicos (como não pagam passagem os motoristas não param e os degraus de subida e descida são muito altos) e a falta de leitos hospitalares para idosos. O nível micro só foi relatado como abandono por parte das famílias (MACHADO, 1997, citado por MACHADO E QUEIROZ, 2006).

Em 2001, a organização Mundial de Saúde, conjuntamente com o INPEA, coordenou um estudo multicêntrico em oito países, (Argentina, Áustria, Brasil, Canadá, Índia, Quênia, Líbano e Suécia), sobre a percepção que os idosos e profissionais de saúde tinham sobre a questão da violência. Foram realizados oito grupos focais, (seis de pessoas idosas e dois com profissionais de saúde), em cada país. As formas de violência mais relatadas foram a estrutural, a negligência e o abandono, o desrespeito, as atitudes preconceituosas e o abuso legal e financeiro. Apreendeu-se do discurso dos idosos que os seus maiores anseios eram que seus direitos fossem respeitados, como expresso na fala de um dos participantes da pesquisa: *“respeito é mais importante que comida e bebida”*. (MACHADO, GOMES & XAVIER, 2001).

No Brasil, este estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro e a violência estrutural aparece em maior destaque sendo descrita por fenômenos tais quais: desrespeito dos motoristas de ônibus, a falência da saúde pública, fazendo com que os aposentados gastem o dinheiro com remédios e planos de saúde e o valor que recebem da previdência que é cada vez menor. Este estudo também mostrou que uma das causas da violência, na visão dos idosos e dos profissionais de saúde, seria a ausência de políticas públicas que garantissem os direitos dos cidadãos. Outra constatação foi a mudança na estrutura familiar brasileira, que se tornou nuclear, ou seja, composta por pais e filhos determinando um maior isolamento social dos idosos, chegando muitas vezes ao abandono. Porém, neste mesmo trabalho os autores comentam que em muitas situações o alto índice de desemprego no país, associado ao crescente número de divórcios fazem com que adultos voltem à família nuclear, passando a depender financeiramente e emocionalmente do idoso. (MACHADO, GOMES & XAVIER, 2001).

Em pesquisa realizada em 2002, na delegacia especializada de proteção ao idoso, na cidade de Belo Horizonte, investigou-se 1.388 casos registrados nos termos circunstanciais de ocorrência – TCO (COSTA & CHAVES 2003). Foram obtidos resultados os quais indicaram que o maior índice de violência contra os idosos naquela localidade era provocado pelos filhos (45,3%), seguido pelo cônjuge (15,4%) e depois pelos vizinhos (12,2%). O trabalho apontou também que as primeiras reações do idoso diante de violência envolviam sentimentos de medo, vergonha e culpa pelo fracasso das relações familiares. Foi verificada, também, a omissão do acontecimento pela vítima e até mesmo a sua aceitação como parte natural das relações familiares. As agressões descritas na investigação foram físicas, psicológicas e morais.

Grossi & Souza (2003) divulgaram os resultados de sua pesquisa, cujo objetivo foi mapear, dimensionar e identificar os tipos de maus-tratos sofridos pelas pessoas idosas que moravam na região metropolitana de Porto Alegre. O estudo realizado com 307 idosos apontou fatores de risco para maus tratos como a dependência econômica do cuidador da pessoa idosa, o abuso do álcool e/ou drogas pelo familiar cuidador, entre outros. Dados como estes permitem um melhor embasamento das políticas públicas de prevenção à violência familiar contra o idoso.

Ainda no que se refere aos fatores de risco para a violência contra o idoso, Freitas et al., (2006) comenta que esta pode ser decorrente da fragilidade, do estado fisiológico e da vulnerabilidade da própria velhice, associados ao despreparo da família e as condições sociais e econômicas precárias. Swageerty et al (2006) acrescentam que a utilização do álcool pelo cuidador, falta de privacidade e autonomia por parte dos idosos também representam um fator relevante para ocorrência de violência.

Segundo dados da *World Health Organization* (2008) é possível fazer uma associação entre o consumo abusivo de álcool por algum membro da família e o abuso contra os idosos, principalmente se levando em consideração os usuários como pessoas financeiramente dependentes dos idosos agredidos. Os dados apontam que dentre os tipos de violência mais relacionados ao alcoolismo do agressor estão a negligência, a violência física e a violência financeira. Muitos outros autores comentam sobre a associação do uso de álcool ao desencadeamento de violência contra o idoso (SOUZA ET AL., 2004; BELL ET AL., 2006; ANDERSON ET AL., 2007)

Em estudo realizado no Município de Criciúma - SC com finalidade de observar a maior frequência de depressão entre os autores de violência intrafamiliar contra idosos vítimas, restou confirmado que 62,5% daqueles já tiveram algum episódio de depressão e 45,8% ingeriam álcool (GARCIA ET AL., 2008). A depressão maior é caracterizada pela combinação de alterações comportamentais, emocionais e de pensamentos que incapacitam o indivíduo para realizar suas atividades profissionais, acadêmicas, de lazer, além de trazer alterações no ritmo de sono e dependência ao álcool. O estudo confirmou dados da literatura, o qual afirma que parte dos fatores de risco para a ocorrência da violência é o uso de substâncias psicoativas, uso abusivo de álcool e depressão maior (CARNEY & PARIS, 2003).

Alencar (2005) analisou a questão da violência contra pessoas idosas em domicílio no município de Itabuna- BA, a partir de denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso, registradas em 49 fichas de acompanhamento. A pesquisa apresentou como resultado a situação de abandono em que se encontram as famílias por parte do poder público e refletiu

também a respeito dos frágeis vínculos afetivos construídos nas famílias, nas quais vivem os idosos que foram alvos de violência. O estudo aponta duas questões para reflexão, ou seja, a incapacidade do poder público em garantir vinculação e pertencimento social para os idosos brasileiros e falta de espaço dos idosos, na família, em decorrência dos valores que permeiam os conflitos geracionais.

Em outro estudo realizado com 315 idosos de Camaragibe-PE, cidade da Região Nordeste brasileiro, com o objetivo de descrever a situação de maus-tratos contra os idosos, encontramos como resultado que a forma mais comum de violência naquele município é a psicológica que estava presente em 62,15 dos casos, seguida pela física, cometida no domicílio por familiares, confirmada em 31,8% dos casos. O estudo mostrou a relevância do problema e a necessidade de medidas educativas para esclarecer ao idoso os seus direitos, facilitar a forma de denúncia e a obtenção de ajuda. (MELO, CUNHA & NETO, 2006)

Estudo qualitativo realizado em Três Passos-RS com o objetivo de analisar o entendimento sobre maus tratos contra idosos no domicílio na ótica de familiares, contou com a participação de 19 familiares. Os resultados apontaram que a concepção de maus tratos pelos cuidadores vai além da violência física. Constatou-se que familiares e idosos podem conviver harmoniosamente no ambiente domiciliar, mas também podem ocorrer momentos de conflito e de desentendimento, o que favorece a ocorrência de maus tratos. (SANTOS ET AL., 2008)

Uma pesquisa realizada na cidade de Fortaleza-CE teve como objetivo verificar a percepção de violência pelo idoso e a reação dos idosos à violência. Foi realizado um estudo qualitativo com 12 idosos, que freqüentavam uma unidade de saúde da família. A pesquisa possibilitou a aproximação com a problemática da violência cotidiana na visão do idoso e mostrou que grande parte deles achava a violência como sendo a falta de respeito para com ele por parte da sociedade em geral, verificada no espaço de convivência social, nos serviços comunitários, nas instituições governamentais e na família. Em relação às reações de enfrentamento dos idosos diante de uma situação de violência verificou-se que variavam de acordo com o local e o agressor. Muitos deles recorriam à religião ou a outros parentes. (SILVA ET AL., 2008)

Em pesquisa realizada com 50 idosos moradores do arquipélago de Fernando de Noronha-PE, inseridos em Grupos de Convivência, com o objetivo de apreender as representações sociais da violência na velhice apresentou como resultado que a violência foi manifestada através de expressões como abandono, negligência, agressão física e desrespeito.

O estudo deu mais evidência ao fenômeno da violência contra o idoso e incentivou a formulação de políticas públicas de prevenção. (ARAÚJO & LOBO, 2009)

Há de se considerar que a violência intradomiciliar é bastante delicada, sendo extremamente difícil penetrar no silêncio das famílias dos idosos violentados. Os idosos apresentam laços com os agressores e não querem prejudicá-los ou piorar ainda mais a situação existente, preferindo a comodidade e o silêncio. As agressões aos idosos, sejam elas físicas, psicológicas e até mesmo morais, geram ao agredido um sentimento de incapacidade em lidar com os filhos, os netos, o companheiro e de enfrentar o mundo.

Todos os estudos citados neste capítulo denotam a importância e magnitude do fenômeno da violência contra o idoso, demonstrando a necessidade da continuidade de pesquisas sobre essa temática em todo o Brasil, sobretudo nas regiões em que elas ainda sequer iniciaram, como é o caso de Juazeiro-BA.

3. CAPÍTULO II - TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE BRONFENBRENNER: O MICROSSISTEMA FAMILIAR

O modelo teórico-metodológico utilizado como referência para esta pesquisa foi a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2004; BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998). A ontologia desta teoria, a qual tem uma visão sistêmica do desenvolvimento, atribui ao indivíduo um papel ativo, ou seja, influenciando e sendo influenciado pelo ambiente, dessa forma produz constância e mudança nas características da pessoa no curso da vida (BRONFENBRENNER, 1989). Esta teoria permite o estudo da pessoa em seus contextos, com suas histórias e processos de desenvolvimento e como o que se pretendeu estudar foi à violência intrafamiliar contra o idoso, esta teoria facilitou a realização da investigação. Neste capítulo, serão abordados os diversos aspectos que envolvem a teoria, comentará em mais detalhes a família, a qual é o microssistema principal que o idoso participa e concluirá com a discussão de dois trabalhos, os quais utilizaram esta teoria para realização de pesquisa com tema semelhante ao que está sendo apresentado no presente estudo.

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano e o idoso deve ser visto dentro de seu contexto, e a família pode ser considerada como microssistema primário fazendo parte deste processo. As postulações da Teoria de Bronfenbrenner possibilitam um estudo bioecológico sobre esta faixa etária, pois permite a pesquisa de aspectos da pessoa em desenvolvimento, do contexto vivenciado e das relações que influenciam o desenvolvimento em determinados períodos de tempo (MARTINS & SZYMANSKI, 2004)

A teoria bioecológica do desenvolvimento humano privilegia aspectos saudáveis do desenvolvimento e aponta que os estudos devem ser feitos em ambientes naturais e a participação da pessoa deve ser analisada focalizando o maior número possível de ambientes e de contatos com diferentes pessoas. (BRONFENBRENNER, 1996). Este modelo propõe que o desenvolvimento humano bioecológico deve ser estudado considerando a interação de quatro aspectos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, os quais serão explicados a partir de agora.

O processo proximal é considerado o construto fundamental e é definido como formas de interação constantes da pessoa com o ambiente ao longo do tempo e caracterizado como sendo o primeiro mecanismo produtor do desenvolvimento humano (COPETTI & KREBS, 2004). A forma como as pessoas percebem o seu contexto e suas relações são exemplos de processos fundamentais no desenvolvimento.

Segundo Bronfenbrenner e Ceci (1994) para que ocorra o desenvolvimento das capacidades biológicas e do potencial genético de cada indivíduo é necessário que ocorra o processo proximal, pois possibilita que os recursos pessoais sejam estimulados e desenvolvidos. Para que os processos proximais existam é necessário que ocorra a ação simultânea dos seguintes fatores: (a) a pessoa deve estar engajada em uma atividade; (b) esta atividade deve acontecer em uma base relativamente regular, através de períodos estendidos de tempo; (c) as atividades devem ser progressivamente mais complexas; (d) deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; e (e) os objetos e símbolos presentes no ambiente devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação de um indivíduo em desenvolvimento.

Os processos proximais ou as interações recíprocas e complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes em seu ambiente imediato podem incentivar ou inibir a expressão das competências cognitivas, sociais e afetivas (PORTO & KOLLER, 2006).

O segundo aspecto da teoria bioecológica do desenvolvimento é a pessoa com características geneticamente determinadas e as construídas na interação com o ambiente as quais influenciam a direção e o conteúdo dos processos proximais. Bronfenbrenner (1994) apresenta três características da pessoa que atuam no desenvolvimento e influenciam nos processos proximais: força, recursos e demandas. (i) a força dispõe orientações comportamentais ativas que podem desenvolver ou impedir os processos proximais; (ii) os recursos são as experiências, habilidades e conhecimentos que são envolvidos no funcionamento efetivo da pessoa através dos processos proximais ao longo da vida; (iii) as demandas são atributos da pessoa que são capazes de provocar ou impedir reações do ambiente social e podendo favorecer aos processos proximais. Exemplos de *força* seriam o temperamento e a personalidade da pessoa e de *demandas* seriam a aparência física e o gênero.

O terceiro aspecto da teoria bioecológica do desenvolvimento humano é o contexto que segundo Bronfenbrenner (1979; 1996) organiza o ambiente ecológico através de sistemas com níveis estruturais entrelaçados, denominados: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.

O microssistema é o sistema no qual ocorrem os processos proximais e neste nível há um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais estáveis e significativas experienciadas face a face pela pessoa em desenvolvimento, num dado ambiente com características físicas e materiais específicas. Neste sistema, as relações possuem três características as quais em conjunto permitem internalizar as vivências afetivas: (a) a reciprocidade- o que uma pessoa faz dentro do contexto influencia outra pessoa e vice-versa;

(b) o equilíbrio de poder- quem tem o domínio da relação passa gradualmente este poder para a pessoa em desenvolvimento, de acordo com suas necessidades e capacidades; e (c) o afeto- que pontua o estabelecimento e perpetuação de sentimentos, de preferência positivos, no decorrer do processo.

A família é considerada o microsistema primário podendo ou não contribuir para a construção de uma velhice com qualidade de vida e a violência intrafamiliar opõe-se ao desenvolvimento saudável do indivíduo que envelhece. Para que ocorra a violência contra o idoso, tendo em vista o microsistema família, é preciso discutir as relações familiares que o idoso participa a fim de compreender os resultados alcançados neste trabalho. Não se pode negar que as relações familiares são as que o idoso vive com mais assiduidade e intensidade e devem incluir todos os participantes. Para o entendimento destas relações, devem ser levados em conta os seguintes aspectos: (i) o grau de dependência influencia diretamente na vida do idoso e de sua família, pois as dificuldades em realizar as atividades da vida diária determinam a necessidade de uma maior atenção de quem presta o cuidado; (ii) o conhecimento da realidade das famílias do ponto de vista de suas necessidades, das dificuldades e facilidades geradas no cotidiano; e, (iii) como também os sentimentos e emoções que foram cultivados ao longo da vida.

A família tem um movimento de troca entre os seus integrantes com eles mesmos e com o meio onde vivem, e o comportamento de um dos membros influencia e é influenciado pelos comportamentos dos outros membros provocando desenvolvimento. A história do relacionamento prévio dos idosos com seus familiares implicam na relação presente e precisa ser também compreendida (NERI & YASSUDA, 2004).

A fragilidade e a dependência é um desafio para o cuidado e bem estar de idosos e familiares, pois existe a necessidade de disponibilidade e de recursos que a família precisa arcar. Cuidar de um familiar envolve projetos de vida e esta questão pode ser evidenciada no estudo realizado com 12 idosos moradores em Porto Alegre-RS, os quais pertenciam ao Programa Gerenciamento de Casos de um plano de saúde, o qual mostrou que quando o prestador de cuidado ao idoso é o cônjuge gera menos conflito, pois os dois compartilham de um mesmo projeto de vida; Já quando o prestador de cuidado é um filho, ou outro parente, a exigência é maior e gera mais conflito, pois os projetos de vida são diferentes e terão que ser redefinidos ou até mesmo abandonados em detrimento do idoso. De acordo com os cuidadores entrevistados neste estudo, as maiores mudanças do cotidiano deles aconteceram na vida pessoal e profissional, já que o cuidado constante dispense de muito tempo, de suas forças, do seu lazer e até das suas emoções (THOBER, CREUTZBERG & VIEGAS, 2005).

Outro aspecto em relação à família e o cuidado com o idoso é a questão das habilidades, porque quanto maior o grau de dependência do idoso maior será a dificuldade de mobilidade e se faz necessário o condicionamento físico para realizar a movimentação e tarefas do idoso de forma adequada. A habilidade e o conhecimento necessários para o cuidado com o idoso são aprendidos com a prática, de acordo com os erros e acertos do dia a dia e esta situação contradiz uma trajetória profissional, na qual o indivíduo recebe o conhecimento, depois é treinado e quando se encontra preparado poderá exercer a atividade profissional. (MENDES, 2000)

Sendo a família, em tese, a maior fonte de apoio para todos os seus integrantes, seja qual for a idade, é de fundamental importância o estabelecimento de medidas governamentais de assistência social e de saúde que propiciem suporte e mantenham a família enquanto unidade essencial provedora de cuidados ao idoso, seja ele autônomo e independente ou frágil e dependente. Sem o devido respaldo do governo e da sociedade muitas vezes a família é obrigada a abandonar o idoso e deixam de prestar assistência digna e se obriga a lançar mão de institucionalização. Caldas (2003) comenta sobre este assunto dizendo que a família é fundamental no processo de prestação de cuidados ao idoso, porém deve ser compreendida quando os cuidados excedem a capacidade familiar sendo necessário o apoio da sociedade e principalmente do Estado. Também é preciso levar em consideração os idosos que não possuem família e que moram sozinhos pondo muitas vezes em risco a sua própria vida. Esta questão foi refletida por Delbert (1999) afirmando que existe outra tendência relacionada ao envelhecimento populacional, ou seja, o crescimento das famílias unipessoais formadas por idosos morando sozinhos e alegava o estado conjugal, (viuvez, o crescimento dos divórcios e proporção de pessoas que nunca casaram), como um determinante importante neste tipo de arranjo, bem como a idade. O governo precisa estar ciente desta situação e planejar as políticas públicas necessárias para melhorar esta realidade. (DELBERT, 1999).

O cuidado também pode ser visto como gratidão, assim a percepção do cuidador de estar retribuindo os benefícios recebidos pelo familiar idoso durante a vida gera um sentimento de estar cumprindo com a sua obrigação, e o cuidado torna-se gratificante. O cuidado com o familiar idoso é considerado como parte do ciclo da vida, devendo ser repetido a cada geração. (ALVAREZ, 2001)

Silva (1998) discute este assunto ao indicar que:

As filhas em geral sentem que é preciso demonstrar as mães, mediante seus cuidados, que são gratas pelo que receberam no passado, e que nada mais justo do que assumirem os encargos daquelas que são incapacitadas, até para mostrarem essa gratidão e retribuir os benefícios recebidos (p.158).

O mesossistema, por sua vez, é o conjunto dos microsistemas que a pessoa freqüenta e participa ativamente, consolidando diferentes relações e exercitando papéis específicos dentro de cada contexto. Ocorre uma socialização, promove-se o desenvolvimento e são várias as interrelações de mesossistemas que são possíveis e vão afetar o desenvolvimento do sujeito. No que tange os idosos pode-se citar como exemplo de mesossistema a rua, a praça e a igreja.

O exossistema é formado por contextos que afetam o indivíduo, mas sem a sua participação direta e ativa, ou seja, são os ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento não se encontra presente, porém as relações que ocorrem nestes ambientes afetam o seu desenvolvimento. Quanto mais efetivas forem as conexões ambientais entre os exossistemas, mais influenciam indiretamente o desenvolvimento. Podem-se citar como exemplo de exossistema dos idosos os órgãos governamentais e não governamentais, trabalho de familiares, a comunidade e a secretaria de saúde. (ANTONI & KOLLER, 2001)

O macrossistema refere-se à consistência existente na cultura, ideologias, valores, crenças, formas de governos que são vivenciados e assimilados pelo indivíduo e que influenciam no desenvolvimento.

Toda vez que a pessoa muda de posição no meio ambiente ecológico ocorre uma transição ecológica e esta mudança é decorrente de modificações de papel, de ambiente ou ambos. Existem, portanto, mudanças que podem ser biológicas ou circunstanciais do ambiente e podem ocorrer em qualquer um dos níveis da estrutura ecológica, ou seja, no microsistema, no mesossistema, no exossistema ou no macrossistema (BRONFENBRENNER, 1979;1996).

A transição ecológica acontece com mudanças de papel ou de ambiente no decorrer da vida do indivíduo e pode ser citado como exemplo o nascimento de um irmão, a entrada na escola, o casamento, a aposentadoria, etc. Com o envelhecimento o idoso participa de troca de papéis, diminuição das condições econômicas, transformações na aparência que muitas vezes o torna marginalizado socialmente (ZASLAVASKY & GUS, 2002).

Gaspar e Schwartz (2005) nos alertam para a possibilidade de processos de ressignificação emocional na velhice. Assim, os autores comparam esta época com a adolescência, na qual as diversas mudanças nos ambientes ecológicos poderão provocar situações de estresses e exigir do jovem a utilização de estratégias de enfrentamento. Desta forma, ao contrário do que se pensa no senso comum, os idosos também poderão passar por momentos de incertezas, repercutindo na sua autonomia, liberdade e convívio social principalmente na família e nos demais microsistemas aos quais ele participa (igreja, grupos de amigos, outros parentes, etc.). Neste sentido, na tentativa de ressignificação da auto-

imagem e da auto-estima torna importante a relação com os outros, principalmente em nível familiar (SANTANA & SENA, 2003).

O quarto aspecto da teoria bioecológica do desenvolvimento é o tempo, que exerce influencia no desenvolvimento a partir de transformações e continuidades que ocorrem no ciclo da vida. Existe um envolvimento interconectado da pessoa em seu contexto com os processos ao longo do tempo e quando se analisa o ciclo do desenvolvimento de um ser humano, é possível perceber as alterações que ocorrem com o passar do tempo. A interação recíproca favorece momentos únicos, que motivam e servem de suporte para os processos de desenvolvimento. Tal fenômeno é favorecido à medida que as pessoas permanecem em interação. (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998)

O Tempo é analisado em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo. (KOLLER, 2004, citado por KOLLER E PORTO, 2006):

- **Microtempo** - é a continuidade ou descontinuidade que ocorrem nos episódios de processo proximais em pequenos intervalos de tempo.
- **Mesotempo** - periodicidade dos episódios de processo proximal, através de intervalos maiores de tempo como dias e semanas. Porém o acúmulo desses episódios pode produzir resultados significativos no desenvolvimento.
- **Macrotempo** - abarca as expectativas e os eventos em mudança, dentro da sociedade, através de gerações, bem como esses eventos são influenciados e influenciam dentro do ciclo da vida (p. 110).

Outro aspecto também importante na teoria bioecológica é o de validade ecológica que pode ser conceituado como a compreensão de que a vida cotidiana deve ser considerada como um nicho ecológico, ou seja, para que uma investigação seja considerada válida deve ser executada num ambiente natural, envolvendo atividades e objetos do cotidiano (BRONFENBRENNER, 1979; 1996). É fundamental que haja inserção do problema de pesquisa na vida, na história e no contexto das pessoas, para que a validade ecológica possa existir (CECCONELLO E KOLLER, 2004). Os estudos psicológicos interessados em analisar crenças, atitudes e valores precisam levar em consideração o ambiente em torno das pessoas, lidando com a ação e reação dos seres humanos no contexto, para que seja alcançada a validade ecológica. Bronfenbrenner (1979; 1996) ressalta a importância de levar em consideração a maneira pela qual a situação de pesquisa foi percebida e interpretada pelos participantes do estudo, evitando a possibilidade de interpretações errôneas pelo pesquisador.

Esta teoria aplicada ao estudo com idosos pode ser contemplada tendo em vista o papel ativo dos indivíduos na modelagem de suas vidas. Este papel vai sofrendo modificações ao longo do ciclo da vida, mas continua a expressar-se em idades mais avançadas de um modo claramente construtivo, contrariando a perspectiva de uma velhice passiva e alienada.

Bronfenbrenner comenta:

...Em idades mais avançadas, esta tendência (para uma orientação ativa e responsiva face ao ambiente) é expressa através de aspectos como a facilidade para tomar iniciativas sociais; a capacidade para manter relações humanas; a curiosidade; e de uma concepção do self como um agente ativo num mundo que apresenta uma natureza sensível. (Bronfenbrenner, 1989, p.212)

Em um estudo realizado no Núcleo Universitário da Terceira Idade junto ao Programa de Lazer, Educação e Cultura, para idosos da comunidade de Rio Grande, na Fundação Universidade Federal do Rio Grande-RS, com o objetivo de investigar a ocorrência de atos de violência, abusos e maus tratos contra as mulheres idosas participantes do núcleo, a teoria bioecológica do desenvolvimento humano foi utilizada como referencial teórico. Participaram do estudo quarenta e uma idosas com idade superior a sessenta anos integrantes do grupo, que moravam com familiares ou que mantinham contato sistemático com seus familiares. Foi constatada a existência de maus-tratos contra as idosas, como agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros e com menor incidência, agressões físicas (PORTO & KOLLER, 2006).

A teoria foi muito importante para a realização do trabalho possibilitando que as pessoas fossem estudadas dentro do próprio contexto e assim foi possível observar como as pessoas são influenciadas e como reagem diante das situações de violência que permeiam as relações familiares do cotidiano. Desta forma, possibilitou-se ao pesquisador uma maior compreensão do ambiente e das relações intrafamiliares facilitando a identificação dos problemas e a busca de maneiras para lidar com as pessoas envolvidas na situação. (PORTO & KOLLER, 2006).

Outro estudo realizado por Porto e Koller (2008) em uma instituição para idosos na cidade de Porto Alegre-RS com o objetivo de investigar a visão de violência, abusos e maus tratos dos idosos, nos vários sistemas ecológicos, através do enfoque bioecológico do desenvolvimento humano contou com a participação de 15 idosos com idades entre 73 e 93 anos. A utilização da teoria bioecológica do desenvolvimento humano (BRONFEBRENNER, 2005) foi importante, porque possibilitou o entendimento das interações existentes no ambiente familiar e institucional. Através dos dados levantados constatou-se a percepção de maus tratos sofridos pelos idosos, como agressões verbais, insultos, negligência, abusos financeiros e com menor incidência agressões físicas. Ficou também evidente, no estudo, a influência macrossistêmica, de que os idosos não têm utilidade, no microsistema institucional e familiar fazendo com que fossem negados a eles a possibilidade de vivência digna e cidadã. O estudo considerou a necessidade de educação gerontológica para os

profissionais que trabalham com idosos a fim de se conseguir uma compreensão maior do processo de envelhecimento objetivando oferecer uma melhor assistência aos idosos.

Para Bronfenbrenner e Evans (2000) a teoria bioecológica permite a transição do mundo do design da investigação para o mundo da realidade e da ação, considerando que estes mundos não podem se afastar. A partir deste princípio e da proximidade com a temática dos estudos de Porto e Koller (2006) e de Porto e Koller (2008), a pesquisadora sentiu-se incentivada na escolha da teoria bioecológica do desenvolvimento humano como fundamentação teórica para ser utilizada no presente trabalho.

4. CAPÍTULO III – INVESTIGAÇÃO

Este estudo teve como **objetivo geral** conhecer a percepção dos idosos moradores de Juazeiro - BA a respeito da violência intrafamiliar e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles, quando a violência os atinge. Os **objetivos específicos** foram:

1 - Identificar os tipos de violência que afetam o idoso que frequenta a unidade de Saúde da Família São Geraldo, Juazeiro-BA.

2 – Conhecer os tipos de acontecimentos e fatos reconhecidos pelo idoso como violência.

3 - Detectar como reage um idoso frente a um ato que sofreu e que considera ser violência.

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A **cidade de Juazeiro-BA** foi escolhida tendo em vista a falta de estudos sobre idosos no município e a conseqüente necessidade de estudos na área. O município localiza-se no Norte da Bahia, divisa com o estado de Pernambuco. A cidade destaca-se pela agricultura irrigada que se firmou na região em virtude das proximidades do Rio São Francisco. O município tem uma área territorial de 6.380Km². Possui uma população estimada de 193.136 habitantes, destes 12.126 são idosos.

O **bairro São Geraldo**, localizado na zona urbana, apresenta-se num nível regular de desenvolvimento em comparação a outras áreas de periferia do município. Possui uma escola pública com ensino até o 1º grau (fundamental I e II), uma escola pública com ensino até o 2º grau (nível médio), duas escolas particulares com ensino até o 1º grau e uma creche municipal. Segundo dados obtidos pelo SIAB (Sistema de Informação da atenção Básica-Secretaria Municipal de Saúde) de Junho de 2010, o bairro possui 4010 moradores, desses 7,8% (315) estão na faixa etária maior que 60 anos. Existe no bairro uma unidade de Saúde da Família que dá assistência a todos os moradores.

Um levantamento realizado no bairro São Geraldo no ano de 2006 (BEZERRA, 2008)², objetivando traçar o perfil epidemiológico da população idosa (considerando os acima de 60 anos), deu conta que dos 90 idosos entrevistados 28,8% (26 pessoas) não possuíam profissão, 42,2% (38 pessoas) eram ou foram trabalhadores rurais. Quanto à renda percebeu-

² BEZERRA, M.L.B.F. Perfil epidemiológico dos idosos moradores do bairro São Geraldo, município de Juazeiro-BA. Relatório de pesquisa não publicada, 2006.

se que 10% dos idosos (9) não possuíam renda, 76,7% (69) tinham renda de até um salário mínimo e 13,3% (12) possuíam renda superior a um salário mínimo. Verificou-se que dentre os sujeitos da pesquisa, 86,5% (78) eram aposentados e destes 46,1% (36) contribuíam com a única renda da família. Observou-se também que nesta amostra, 76,6% (69) tinha escolaridade de até três anos. Quanto ao número de pessoas que moravam no domicílio do idoso foi verificado que seis idosos (6,7%) moravam sozinhos, 14(15,5%) moravam com até duas pessoas, 32 idosos (35,5%) moravam com três a cinco pessoas e 38 idosos (42,2%) moravam com mais de seis pessoas no mesmo domicílio. Também foi observado que a deficiência física estava presente em 17,7% dos idosos (16), 13,3% (12) eram portadores de diabetes e tomavam algum tipo de medicação, 56,6% (51) eram hipertensos e tomavam algum tipo de medicação. Verificou-se ainda, que 62,2% dos idosos (56) tinham história de hospitalização prévia. Quanto aos hábitos desta população foi visto que dentre os entrevistados, 25,5% (23) realizavam algum tipo de atividade física, 57,7% (52) realizavam alguma atividade extradomiciliar (igreja, grupo de idosos e amigos). Ainda em relação a essa amostra, observou que 17,7% (16) era tabagistas e 13,3% (12) fazia uso de bebida alcoólica de forma regular.

Assim, frente ao retrato demográfico descrito anteriormente, pode-se perceber o perfil epidemiológico dos idosos moradores do bairro São Geraldo e assim compreender de uma maneira mais ampla a amostra escolhida para esta pesquisa levando em consideração a realidade regional do idoso para a interpretação dos resultados.

4.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A investigação contou com a participação de 10 idosos na faixa etária entre 64 e 84 anos, residentes no Bairros São Geraldo, Juazeiro-BA e que frequentavam a Unidade de Saúde da Família São Geraldo, que fica localizada no bairro.

Foram entrevistados 20 idosos que frequentaram a unidade de Saúde no período de Junho a Agosto de 2010, que não possuíam déficit cognitivo e que aceitaram fazer parte do estudo. Destes, foram selecionados 10 idosos que apresentavam indícios de algum tipo de violência domiciliar. O número de participantes foi determinado por saturação dos dados, sendo que o grupo constituiu-se na medida em que as informações foram coletadas, por conveniência e não de forma probabilística. Nos resultados estão apresentados dados sociodemográficos e clínicos que descrevem em detalhe o grupo de participantes.

4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi realizada uma entrevista com roteiro semi-estruturado (Anexo I) contendo questões abertas, gravadas por meio digital e transcritas na íntegra com a finalidade de investigar a percepção da violência intrafamiliar pelo idoso a partir dos relacionamentos dentro do microsistema família.

A entrevista foi organizada em três blocos. O primeiro foi composto por dados sociodemográficos e clínicos preenchidos com dados do prontuário, os quais seriam perguntados aos participantes quando não fossem encontrados nos prontuários. O segundo bloco referiu-se as relações familiares dos idosos. Nestes dois blocos, buscou-se analisar o contexto em que o idoso está inserido, fundamental para a pesquisa ecológica, com questões relacionadas ao cotidiano e hábitos de vida, permitindo observar como as pessoas vivem e como influenciam e são influenciados pelo meio onde vivem. O terceiro bloco continha questões referentes a diversos tipos de violência. O último bloco objetivava buscar informações acerca da identificação da violência intrafamiliar, da percepção dela pelo idoso e da reação diante das situações que consideravam ser violência. As entrevistas tiveram tempo médio de duração de 30 minutos e ocorreram de maneira tranquila sem intercorrências.

As entrevistas foram realizadas ou na Unidade Saúde da Família ou no domicílio do idoso, conforme a conveniência e disponibilidade do entrevistado. Assim, durante o transcorrer da pesquisa, nove entrevistas ocorreram na Unidade de Saúde e uma ocorreu no domicílio. No momento em que o idoso procurava a unidade de saúde para consulta médica, a pesquisadora informava sobre a pesquisa e explicava a sua finalidade. Caso o idoso concordasse em realizar a entrevista, esta seria agendada conforme local e conveniência do idoso. Todos os idosos que foram convidados aceitaram participar da pesquisa. Presou-se que o participante permanecesse sozinho durante a realização da entrevista. Alguns dos entrevistados foram indicados pelas agentes comunitárias de saúde do bairro por se tratarem de idosos vítimas de violência.

Para confecção do roteiro da entrevista e escolha do tipo de estudo a pesquisadora baseou-se no estudo sobre violência na família contra pessoas idosas realizado por Porto e Koller (2006). Foi um estudo qualitativo que investigou a ocorrência de atos de violência praticados pela família contra idosos. A teoria bioecológica do desenvolvimento humano foi utilizada neste trabalho como referencial teórico. Desta forma, o roteiro de entrevista utilizado pela pesquisadora foi baseado em roteiro encontrado no trabalho de Porto e Koller (2006)

complementados com questões propostas pela orientadora e pela própria pesquisadora. O roteiro final consistiu de 65 perguntas.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Neste estudo, observaram-se as questões éticas, preconizadas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde³ tendo em vista que a pesquisa envolveu seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e aprovado em reunião de 09 de Junho de 2010. (Anexo III). Foi elaborado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) o qual foi assinado em duas vias pelo entrevistado e pela pesquisadora, ficando uma cópia com ambas as partes. Buscando preservar a identidade e atender às questões relativas ao anonimato, os entrevistados receberam nomes fictícios. Foi feita uma carta de Anuência para a Secretaria de Saúde do Município para buscar autorização para realização da pesquisa.

Os idosos que foram convidados a participar do estudo receberam explicação sobre os objetivos do trabalho e de como iriam decorrer as entrevistas, além das considerações sobre o sigilo. Foi explicado que a entrevista não traria riscos e ficou claro que ele estava livre para participar e que poderia desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo na sua assistência pela unidade de saúde. As informações contidas nas entrevistas foram utilizadas apenas neste trabalho e serão inutilizadas logo em seguida. Os dados organizados em forma de dissertação serão posteriormente submetidos à publicação em revistas científicas, não comprometendo nenhum dos quesitos éticos aqui abordados. Por se tratar de temas ligados à violência e relações familiares, as entrevistas poderiam desencadear reações emocionais negativas (choro, ansiedade ou agravar quadro de depressão), portanto a pesquisadora contou com o apoio do serviço de psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, porém nenhum caso precisou ser encaminhado. A pesquisadora disponibilizou para o idoso um número de telefone para esclarecimento de possíveis dúvidas. Em relação aos benefícios que o estudo poderia proporcionar, mostrou-se que pesquisas sobre violência são de suma importância para planejamento de ações de saúde e de assistência ao idoso.

³ A Resolução n.o 196/96 regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Lisboa, Habigzang e Koller (2008) comentam sobre estudos realizados com seres humanos:

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais de: 1) consentimento livre e informado, protegendo contra riscos e vulnerabilidade; 2) ponderação entre os riscos e benefícios, garantindo contra prejuízos previsíveis; e 3) relevância social da pesquisa, garantindo, sempre que possível, o retorno às comunidades e às pessoas (p.181).

4.5 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo, qualitativo com análise de conteúdo, segundo a metodologia de Bardin (2006) referente à percepção dos idosos moradores de Juazeiro-BA, a respeito da violência intrafamiliar e as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles quando a violência os atinge. Segundo este autor, a análise qualitativa pode ser considerada como a presença ou ausência de uma característica de conteúdo em um determinado fragmento de mensagem em que se está fazendo o estudo.

Conforme Oliveira (2007) a pesquisa qualitativa possibilita que através de entrevistas ou questões abertas seja possível explicar em profundidade as características e o significado das informações sem a mensuração quantitativa de características ou comportamento.

Bardin (2006) aponta que a análise de conteúdo compreende:

“Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis e em constante aperfeiçoamento que se aplicam em discursos extremamente diversificados” (p. 07).

4.6 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Depois de transcritas e obtidos os relatos das 10 entrevistas foi efetuada a análise do conteúdo conforme orienta Bardin (2006). As informações foram organizadas em categorias e subcategorias. Minayo (2004) considera que algumas questões podem interferir na análise e categorização dos dados: a) perigo da compreensão espontânea como se o real mostrasse-se nitidamente ao material observado, b) ser fiel as significações presentes no material coletado e c) a dificuldade na junção de teorias e conceitos muito abstratos com os dados obtidos no campo.

Bardin (2006) faz a comparação do analista a um arqueólogo:

o analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: os documentos que pode descobrir ou suscitar. Mas os vestígios não são as manifestações de estados, de dados e de fenômenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles. Tal como a etnografia necessita da etnologia para interpretar as suas descrições minuciosas, o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio (BARDIN, 2006, p. 34).

A análise do conteúdo foi baseada nos objetivos da pesquisa anteriormente descritos e compreendeu as seguintes fases como sugere Franco (2003) : a) leitura seletiva do material coletado, b) organização das respostas dos diferentes entrevistados, c) seleção dos depoimentos e identificação de unidades de contexto e suas respectivas unidades de registro e d) apreensão das categorias de análise.

A princípio foi realizada uma análise prévia do material obtido com a transcrição das entrevistas, foi feita uma categorização das falas através da organização das respostas dos entrevistados, em seguida os resultados foram analisados por meio de categorias e subcategorias, e em consequência obteve-se as conclusões desta pesquisa através dos resultados obtidos em discussão com a literatura relacionada ao assunto.

Puglisi e Franco (2005) comentam sobre a análise de conteúdo e refletem que:

(...) o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos. Reiterando, diríamos que para o efetivo ‘caminhar neste processo’, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos, e, mesmo, ‘o pano de fundo’ no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados e, de preferência, socializados (p. 24).

Os quadros 02 e 03 trazem a frequência de partes das falas dos sujeitos, chamadas de unidades de análise, obtidas por meio das entrevistas com roteiro semi-estruturado realizadas com os idosos, transcritas, literalmente, na íntegra e posteriormente agrupadas em categorias. A transcrição e categorização foram realizadas manualmente pela pesquisadora e não contaram com o uso de qualquer programa auxiliar, sendo que este processo recebeu revisão da orientadora da pesquisa.

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram agrupados em categorias e subcategorias de acordo com o referencial teórico e temático de estudo elaboradas após sucessivas leituras das entrevistas. A primeira categoria *RELACIONAMENTO FAMILIAR E PESSOAL* trata das expressões verbais emitidas pelos idosos caracterizando os relacionamentos vivenciados por eles no cotidiano, ou seja, no contexto em que vivem. Esta categoria pôde ser dividida nas subcategorias: **a) relacionamento com os familiares moradores no domicílio; b) relacionamentos com familiares que não moram no mesmo domicílio e c) relacionamento social e com amigos.**

Relacionamento com familiares moradores no domicílio: São conteúdos presentes nas falas dos entrevistados, os quais descrevem o relacionamento com os familiares que moram no mesmo domicílio, no momento atual da entrevista. Neles apreende-se a qualidade

dos relacionamentos expressos em relatos sobre: respeito, apoio, presença, carinho, felicidade, diálogo, ajuda nas tarefas da casa e preocupação.

Relacionamento com familiares que não moram no mesmo domicílio: trata-se das falas emitidas pelos participantes que manifestam o relacionamento com os familiares que não moram no mesmo domicílio, ou seja, através da frequência de visitas, apoio, respeito, carinho, participação nos eventos familiares, notícias, participação das decisões e ajuda nas necessidades.

Relacionamento social e com amigos: compreendem as falas dos idosos que expressam o relacionamento social e com amigos através da participação em grupos, frequência a igrejas, vínculos e atividades realizadas no cotidiano especialmente externos ao domicílio.

A segunda categoria elencada para esta pesquisa foi a VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR que aborda as expressões dos participantes em relação à violência intrafamiliar vivenciada. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias: **a) tipos de violência; b) autores da violência, e c) reação diante das situações de violência.**

Tipos de violência: esta subcategoria descreve as experiências dos idosos que revelam situações de violência vivenciadas no dia a dia, seja na forma de violência física, psicológica, financeira, medicamentosa, negligência ou abandono.

Autores da violência: falas dos idosos, os quais indicam as pessoas que provocaram alguma forma de violência contra eles.

Reações diante das situações de violência: são os relatos que descrevem os sentimentos dos idosos diante da situação de violência, as atitudes diante do agressor e as medidas tomadas após os episódios que sofreram (se houve ou não denúncia, se procurou ajuda de alguém, etc.).

5. CAPÍTULO IV - RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Sebastiana

Sebastiana 76 anos, analfabeta, viúva, não teve filhos por questões de saúde, ou seja, é portadora de útero infantil sendo impossibilitada de engravidar. Ela trabalhou muitos anos como doméstica, era lavadeira de roupas e segundo ela tinha bastante freguesia tendo parado de trabalhar há mais de 10 anos e declarou que o resultado foi apenas doença: “... o que recebi foi só doença, crises de nervos e passou para a cabeça...”

Mora em casa própria em companhia de um sobrinho de 15 anos e a sua esposa, porém, tem um irmão que passa o dia em sua casa e a noite vai dormir com a esposa em um bairro próximo. Sebastiana faz parte da igreja católica e foi selecionada para a entrevista por possuir indícios de violência. Foi à unidade de saúde para consulta médica devido a um ferimento na perna, após queda na rua e estava desacompanhada. Portadora de Doença de Parkinson não faz tratamento por não compreender a doença e não ter acompanhantes nas consultas médicas. Só comparece a Unidade de Saúde em situações de emergência apesar de ser cadastrada na Unidade de Saúde da família há três anos. No dia da consulta foi explicada a pesquisa e foi convidada para a entrevista, que ficou marcada para quatro dias após, na unidade de saúde da família. Sebastiana recebe a pensão do cônjuge, mora em casa própria e o sobrinho trabalha como mecânico, porém Sebastiana paga todas as despesas da casa. Relata que o irmão é alcoólatra e já foi motivo de bastante preocupação, porém há três anos passou a freqüentar a igreja evangélica e parou de beber sendo motivo de muita alegria para ela. O Sobrinho que mora com ela costuma brigar com a esposa, e isso aborrece Sebastiana, sendo motivo de choro, porém afirma não se importar mais com o fato.

Déia

Déia 64 anos, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, porém não sabe assinar o nome, casada, teve quatro filhos, sendo três vivos. Um filho morreu assassinado; segundo ela por engano. Trabalhava na Roça e parou há oito anos por questões de doença, pois apresentou problemas oculares e não podia trabalhar com poeira. Foi portadora de uma boa condição

econômica, segundo ela possuía carro, criação de gado e tinha funcionários para ajudar nos trabalhos da roça e em casa, porém o esposo perdeu tudo com bebida, festas e mulheres. Chegou a ficar um ano separada do marido e precisou trabalhar como lavadeira para ajudar no sustento da família. Hoje, permanece no mesmo trabalho, sendo este dinheiro associado à bolsa família utilizado para a compra de medicações, pois afirma que os colírios são muito caros. Portadora de doenças oculares, hipertensão, artrose e varizes extensas em membros inferiores, o que provoca muita dor e dificuldade na locomoção. O esposo apesar da idade, 69 anos, trabalha no Curtume e recebe um salário mínimo e meio mensal. Mora em casa própria com o esposo, uma filha, o genro e uma neta pequena de quatro anos. O genro também trabalha no curtume, recebe um salário mínimo e a filha não trabalha. Refere que o esposo, hoje, faz uso de bebida alcoólica com moderação, porém possui bastante mágoa devido às traições do marido do passado. Déia tem bastante dificuldade em lidar com a morte de parentes e amigos, cultiva sempre o sonho de visitar os parentes na Paraíba.

Déia frequenta a unidade de saúde há quatro anos e ao comparecer para consulta de rotina, acompanhada pela filha, expliquei sobre a pesquisa e marquei a entrevista para o dia seguinte na unidade de saúde. Ela compareceu no horário marcado e a entrevista foi realizada sem intercorrências.

Isa

Isa possui 66 anos, analfabeta, é separada e possui cinco filhos todos vivos. Ela trabalhou em escritório como servente, doméstica em casa de família e como vendedora de verduras em feira livre, parou de trabalhar quando casou. Isa faz parte da igreja evangélica e mora com um neto e uma neta de doze e treze anos, os quais dão muito trabalho e preocupação a ela. A neta de 13 anos é bastante rebelde, tabagista, não aceita frequentar a escola e tem namorado. Isa mora em casa alugada, porém os filhos estão construindo uma casa para ela. Aposentou-se há seis meses e recebe um salário mínimo mensal com o qual paga as despesas da casa, inclusive o aluguel. Há um ano perdeu uma neta de dezessete anos que morava com ela por problemas cardíacos e ela sente muita falta porque tinha muita afinidade com ela, o esposo desta neta, até hoje, mantém contato com ela e chegou a morar na mesma casa.

Isa é portadora de diabetes e hipertensão, porém com controle difícil da doença, pois não faz o uso correto das medicações e sempre comparece as consultas desacompanhada. Apareceu na unidade de saúde para acompanhamento médico, foi aproveitada a oportunidade

para explicar sobre a pesquisa e a entrevista foi realizada no mesmo momento, pois não havia outros pacientes para serem atendidos e ela demonstrou estar disponível naquele momento.

Rui

Rui, 84 anos, analfabeto, casado e possui dezesseis filhos sendo que apenas dez estão vivos. Faz parte da igreja evangélica e é aposentado recebendo um salário mínimo mensal. Trabalhou na Roça e no curtume descarregando mercadorias. Através do trabalho conseguiu dar um terreno para cada filho, porém no momento não recebe ajuda financeira de filho algum. Mora em casa própria com a esposa que é doente (portadora de depressão, trombose, gastrite e amputou a perna há alguns dias por problemas circulatórios) e um filho alcoólatra e portador de epilepsia. Rui é portador de hipertensão arterial, sendo acompanhado pela unidade de saúde há quatro anos. Com o dinheiro da aposentadoria paga todas as despesas da casa, pois a esposa não tem renda e o filho doente apesar de ser aposentado e de ter acordado de pagar o bujão de gás e a água, gasta todo o dinheiro com bebida, não honrando o compromisso assumido. Rui realiza todos os serviços domésticos da casa e também cuida de sua esposa.

Rui chegou espontaneamente à unidade de saúde para consulta médica e como sempre estava desacompanhado. Naquela ocasião foi explicada, pela pesquisadora, a pesquisa e a entrevista realizou-se naquele momento, devido à disponibilidade de ambos.

Joana

Joana tem 84 anos, analfabeta, é solteira e não teve filhos, porém criou cinco sobrinhos de uma irmã falecida e os considera como filhos. Mora em casa própria com uma irmã solteira, que passa metade do ano na sua casa e metade do ano em Salvador na casa da família em que trabalhou durante toda a vida. Joana mora ainda com dois sobrinhos que são solteiros. Ela trabalhou muitos anos como lavadeira tendo parado de trabalhar devido à idade, atualmente recebe uma pensão que foi do irmão que morreu sem deixar filhos e um dos filhos trabalha e ajuda nas despesas da casa. Joana faz parte da religião Cristã do Brasil e é portadora de labirintite, hipertensão e de insuficiência cardíaca em estágio avançado, o que causa bastante cansaço e a impossibilita de sair de casa. Parou de ir ao cardiologista, segundo ela, por comodidade ficando com o tratamento comprometido.

A entrevista foi realizada através de visita domiciliar, pois apesar de Joana não ser acamada ela não frequenta a unidade de saúde sendo acompanhada no domicílio pela equipe de saúde da família. A agente de saúde marcou a visita médica domiciliar como rotina e ao chegar ao domicílio a paciente encontrava-se sozinha, como na maioria das vezes. A pesquisadora informou sobre a pesquisa e a entrevista foi realizada naquele momento.

Laura

Laura possui 67 anos, parou de estudar na quarta série do ensino fundamental, é viúva e teve oito filhos, mas morreram três ainda na infância. É católica e trabalha como vendedora de frutas e verduras no mercado municipal tendo parado porque o local está em reformas, mas diz que assim que puder retornará ao trabalho. Mora com um filho solteiro, alcoólatra que lhe causa muita preocupação, com uma filha e seis netos. O filho trabalha, mas todo dinheiro que recebe é para comprar bebida alcoólica. A filha não trabalha e a pensão que dona Laura recebe do marido é atualmente a única renda da família.

Em visita domiciliar marcada pela Agente Comunitária de Saúde devido à situação em que se encontrava o filho da dona Laura, expliquei sobre a pesquisa e marcamos a entrevista para o dia seguinte na unidade de saúde. O filho por sua vez que estava bastante debilitado, acamado, com descamação e infecção em pele, desidratado e desnutrido foi encaminhado para internação hospitalar.

Laura possui hipertensão arterial e anemia, é acompanhada pela unidade de saúde há cinco anos e sempre vai as consultas sozinha assim como aconteceu no dia da entrevista.

Carmem

Carmem tem 77 anos, frequentou a escola até a terceira série do ensino fundamental, porém não sabe assinar o nome. É casada, tem seis filhos, mora em casa própria em companhia do esposo e de um neto de onze anos. Católica, nunca trabalhou fora, porém fazia chapéu para vender e ajudar nas despesas da casa. Carmem e o esposo são aposentados e a renda dos dois serve para pagar as despesas da casa e ajudar aos filhos quando necessário. É portadora de hipertensão arterial, osteoporose, artrose e usa um marca-passo cardíaco. Tem problemas na função intestinal sendo impossibilitada de comer vários alimentos. Há um ano sofreu queda tendo fraturado o fêmur causando muita dor e sofrimento para ela, dificultando

bastante a sua locomoção. Hoje, tem limitações para caminhar e para realização de atividades da vida diária como trabalhos domésticos e ir ao banheiro. Carmem compareceu a consulta médica de rotina, em companhia de uma neta onde, então, lhe foi explicada a pesquisa e a entrevista foi realizada naquele mesmo momento. Apesar das limitações, Carmem não recebe ajuda para realizar as atividades domésticas ou cuidados pessoais.

Helena

Helena tem 66 anos, analfabeta, casada, porém o marido saiu de casa há vários anos, teve nove filhos sendo que um morreu quando criança e oito estão vivos. É católica, do lar, mas trabalhou a vida inteira como zeladora, hoje é aposentada e recebe um salário mínimo mensal. Mora em casa própria em companhia de um filho separado e de um neto. O filho que mora com ela é alcoólatra e este é o maior motivo de suas preocupações.

Helena é paciente da unidade de saúde e foi indicada pela agente comunitária de saúde por possuir indícios de violência. Helena é acompanhada pela unidade de saúde devido seu histórico de hipertensão e diabetes e sempre comparece às consultas desacompanhada. Foi convidada pela Agente de Saúde para participar deste trabalho e compareceu no dia e horário marcados para a entrevista.

Sônia

Sônia tem 65 anos, concluiu o ensino médio, casada, teve oito filhos, todavia apenas dois estão vivos sendo que alguns morreram quando ainda eram crianças, um morreu afogado há três anos e um foi assassinado já quando adulto. Atualmente, ela mora com o marido que é alcoólatra, usuário de drogas, com um neto também usuário de drogas órfão do filho que foi assassinado e dois outros netos filhos de uma filha que não quis criá-los e os abandonou.

Ela mora em casa própria, pequena fazendo com que durma em uma área externa, nos fundos da casa em um colchão no chão com um neto. É católica e trabalha como auxiliar de nutrição na universidade estadual da Bahia e recebe um salário mínimo mensal. O marido apesar de ser aposentado gasta todo o dinheiro que recebe com bebidas. A idosa tem uma filha doente e tem muitos gastos com medicações e exames para essa filha, tendo sido obrigada a tomar vários empréstimos para custear essas despesas.

Sônia é hipertensa sendo acompanhada na Unidade de Saúde, porém falta bastante às consultas agendadas e quando comparece está sempre desacompanhada de algum familiar ou de outro cuidador. Foi indicada pela agente comunitária de saúde por possuir indícios de violência e no dia da consulta médica em que compareceu à Unidade da Saúde a entrevista foi realizada.

Bernadete

Bernadete tem 79 anos, analfabeta, viúva e teve seis filhos, estando todos vivos na ocasião da entrevista. Faz parte da Legião de Maria, grupo da Igreja Católica e trabalhou como doméstica em casa de família e na roça parou de trabalhar há trinta anos, quando se casou. Mora com um filho alcoólatra que é separado, com dois netos (seis e nove anos) e com um sobrinho. Explica que fica muito agitada na companhia das crianças e bate bastante nelas. Bernadete é portadora de ansiedade, de hipertensão arterial e é acompanhada na Unidade de Saúde há quatro anos. Comparece às consultas sempre com alguns dos seus netos que a deixam bastante nervosa. Ela tinha outro filho etilista, que dava bastante preocupação, mas, parou de beber após acidente de moto ocasião em que ficou internado por vários dias. Bernadete faz o uso das medicações de forma incorreta estando sempre com os níveis pressóricos elevados.

Em uma das consultas, Bernadete foi convidada a participar da entrevista, então solicitei que a recepcionista da unidade cuidasse das crianças e a entrevista foi realizada sem interrupção transcorrendo normalmente.

5.2 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.

Os dados sóciodemográficos e clínicos foram coletados através de informações contidas nos prontuários e, quando necessário, complementados no momento da entrevista. Para melhor visualização, os dados foram organizados através do Quadro 01, apresentado a seguir. Foram tabuladas as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de pessoas que moram no mesmo domicílio que o idoso, religião, ocupação atual e diagnóstico de algum problema de saúde.

DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS			DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS		
	<i>F</i>	<i>F(%)</i>		<i>F</i>	<i>F(%)</i>
<u>SEXO:</u>			<u>Nº DE PESSOAS NO DOMICÍLIO:</u>		
Feminino	9	90	Nenhum	0	0
Masculino	1	10	1-3	5	50
<u>IDADE:</u>			Mais de 4	5	50
60-65	2	20	<u>ESCOLARIDADE:</u>		
66-75	3	30	Analfabeto	6	60
76-85	5	50	Ensino Fundamental	3	30
<u>ESTADO CIVIL:</u>			Ensino Médio	1	10
Casado (a)	4	40	<u>RELIGIÃO:</u>		
Solteiro (a)	1	10	Católica	7	70
Viúvo (a)	3	30	Evangélica	2	20
Divorciado/Separado	2	20	Outra	1	10
<u>DESCENDÊNCIA:</u>			<u>OCUPAÇÃO ATUAL:</u>		
Não possui filhos	1	10	Do lar	6	60
0-2 filhos	0	0	Outra	4	40
3-5 filhos	3	30	<u>DIAGNÓSTICO PARA DOENÇA:</u>		
Mais de 6 filhos	6	60	Sim	10	100
			Não	0	0

Quadro 01: Dados sociodemográficos e clínicos dos idosos entrevistados (N=10). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.

O Quadro 01 apresenta os dados clínicos e sociodemográficos dos 10 idosos que participaram da pesquisa através da entrevista. Percebe-se que 9 eram do sexo feminino, 2 estavam na faixa etária de 60 a 65 anos, 3 na faixa etária de 66 a 75 anos e 5 na faixa etária entre 76 e 85 anos. Quanto ao estado civil percebeu-se que 4 eram casados, 1 era solteiro, 3 viúvos e 2 separados. Quanto a descendência nota-se que 1 não possuía filhos, 3 possuíam entre três e cinco filhos e 6 possuíam mais de seis filhos. Quanto ao número de indivíduos que moravam no mesmo domicílio do idoso observa-se que metade dos participantes morava com uma a três pessoas e a outra metade com mais de quatro pessoas.

Quanto à escolaridade, vê-se que 6 participantes não possuíam escolaridade, 3 possuíam o ensino fundamental e 1 tinha o nível médio. Quanto à religião, 7 declararam-se católicos, 2 evangélicos e 1 afirmou pertencer a outra religião (Cristã do Brasil), porém um participante disse ser católico, mas freqüentava tanto a religião católica quanto a evangélica. Quando participantes da pesquisa foram questionados sobre sua ocupação atual, viu-se que 6 eram do lar, 4 ainda trabalhavam e declararam as seguintes profissões: vendedor de frutas, lavadeira de roupas, zeladora e auxiliar de nutrição. Foi observado que todos os idosos apresentavam algum tipo de patologia, sendo elas: hipertensão arterial (90%), diabetes (20%), doença de Parkinson (10%), cardiopatia (20%), anemia (10%), ansiedade (20%) e

insuficiência vascular periférica (10%), artrose (20%) e labirintite (10%).

Conclui-se que o grupo de participantes foi constituído em maior parte por indivíduos do sexo feminino e com idade maior que 76 anos. Os dados atuais do IBGE (2008) apontam que na situação de envelhecimento populacional que se encontra o Brasil, existe uma tendência a feminilização, pois as mulheres possuem uma expectativa de vida maior que os homens, como também apontam o aumento da expectativa de vida para as pessoas. Porém, não se pode deixar de destacar que as mulheres idosas freqüentam mais as unidades de saúde que os homens, podendo ser a causa da predominância feminina na amostra em estudo (COUTINHO & ACOSTA, 2009). Levantamento dos atendimentos realizados na unidade de saúde da família São Geraldo, no período de maio a agosto de 2010, através do livro de registro de atendimentos da unidade, revelou o número e o gênero dos idosos atendidos a cada mês durante o período e o resultado deste estudo pode ser verificado na figura apresentada a seguir:

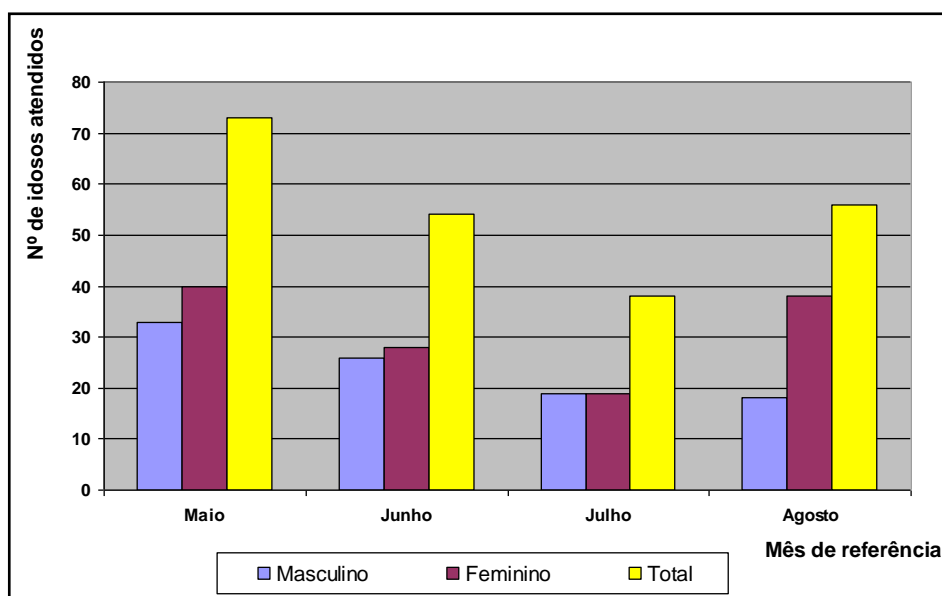


Figura 01: Distribuição do número de idosos atendidos na unidade de saúde da família por mês e sexo, durante o período de maio a agosto de 2010.

Esta figura demonstra que não houve uma diferença significativa entre o gênero quanto à freqüência de atendimento médico na unidade nos meses de maio, junho e julho. Em maio foram atendidos 73 idosos e destes 54,8% (40) eram do sexo feminino. Em junho foram atendidos 54 idosos e destes, 51,2% (28) eram do sexo feminino. No mês de julho foram atendidos 38 idosos sendo 50% (19) do sexo feminino. No mês de agosto, houve uma diferença maior, na qual dos 56 idosos atendidos 67,8% (38) eram do sexo feminino. Com este resultado pode-se perceber que a predominância no grupo de participantes do sexo

feminino na presente pesquisa pode ser devido ao fato das mulheres que freqüentam a unidade de Saúde da Família São Geraldo possuírem mais indícios de violência que os homens não corroborando a afirmação de Coutinho e Acosta (2009) que consideram que as mulheres freqüentam mais os serviços de saúde que os homens.

Quanto à descendência dos idosos envolvidos na pesquisa percebeu-se que 1 idoso não possuía filhos, 3 possuíam entre três e cinco filhos e que 6 possuíam mais de seis filhos. Quanto ao número de pessoas que moravam no mesmo domicílio do idoso verificou-se que nenhum idoso morava sozinho, 5 moravam com uma a três pessoas e que 5 moravam com mais de quatro pessoas. Apesar da maioria dos idosos pertencerem a famílias numerosas e morarem com outras pessoas percebeu-se através dos resultados que 7 idosos freqüentavam a unidade de saúde sempre desacompanhados. Isso dificulta um melhor acompanhamento do idoso tendo em vista as dificuldades de entendimento do próprio idoso, como também os riscos de queda, pois muitos participantes do estudo possuem dificuldade de locomoção. Este dado está ilustrado através da Figura 02.

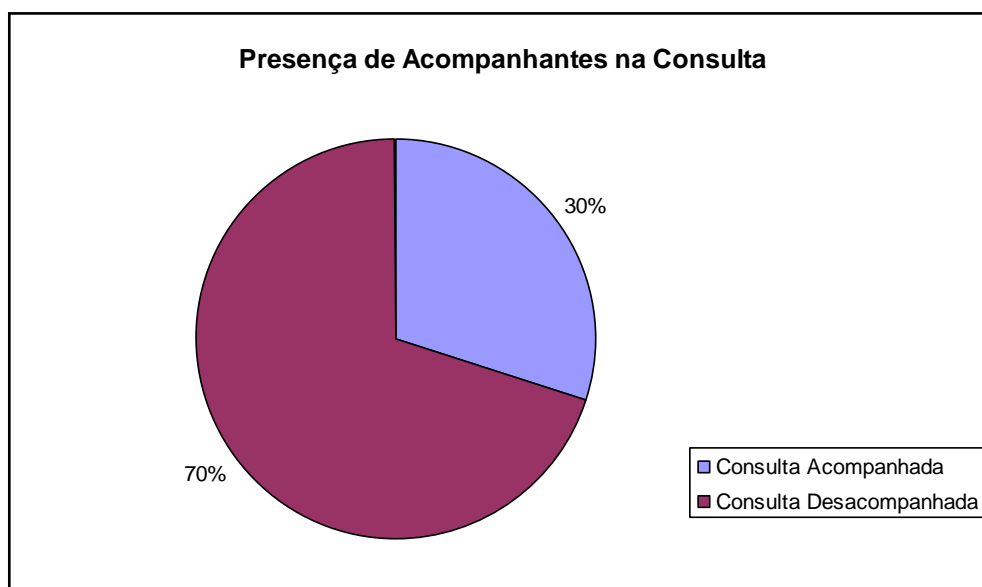


Figura 02: Classificação do grupo de participantes quanto à presença de acompanhantes no momento das consultas médicas.

A proporção de analfabetos no Brasil é muito elevada. Dados de 1996 mostram que 63% dos indivíduos com idade superior a sessenta anos possuem menos de quatro anos de escolaridade. (CHAIMOWICZ, 1998). Em 2007, dados apresentados pela pesquisa nacional

realizada pela Fundação Perseu Abramo, denominada “*idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas da terceira idade*”, apontaram que 49% dos idosos brasileiros eram analfabetos. (NÉRI, A.L., 2007). Em 2006, um estudo realizado no Bairro São Geraldo, em Juazeiro-BA, apontou que 76,6% dos idosos tinham escolaridade até três anos (BEZERRA, 2008), e no grupo de participantes selecionados para este trabalho verificou-se que 60% (6) dos idosos eram analfabetos e dos 30% (3) que declararam ter o ensino fundamental com escolaridade maior que quatro anos, dois não sabiam escrever o nome, ou seja, podendo ser considerados analfabetos, passando a amostra nesta categoria para 80% (8). Através destes resultados é possível considerar que o índice de analfabetismo no bairro São Geraldo é bastante elevado em comparação ao nível nacional, que já é alto, e isso pode ser considerado um problema, pois tais condições acarretam na falta de acesso às informações sobre saúde e direitos civis, podendo ser considerado um fator de risco para a violência. Deve ser levado em consideração o fato dos participantes deste estudo pertencerem a uma região considerada rural, do interior do Estado quando no período da juventude, com maior dificuldade de acesso a escolas. Estas informações podem ser observadas através da Figura 03 e da Figura 04.

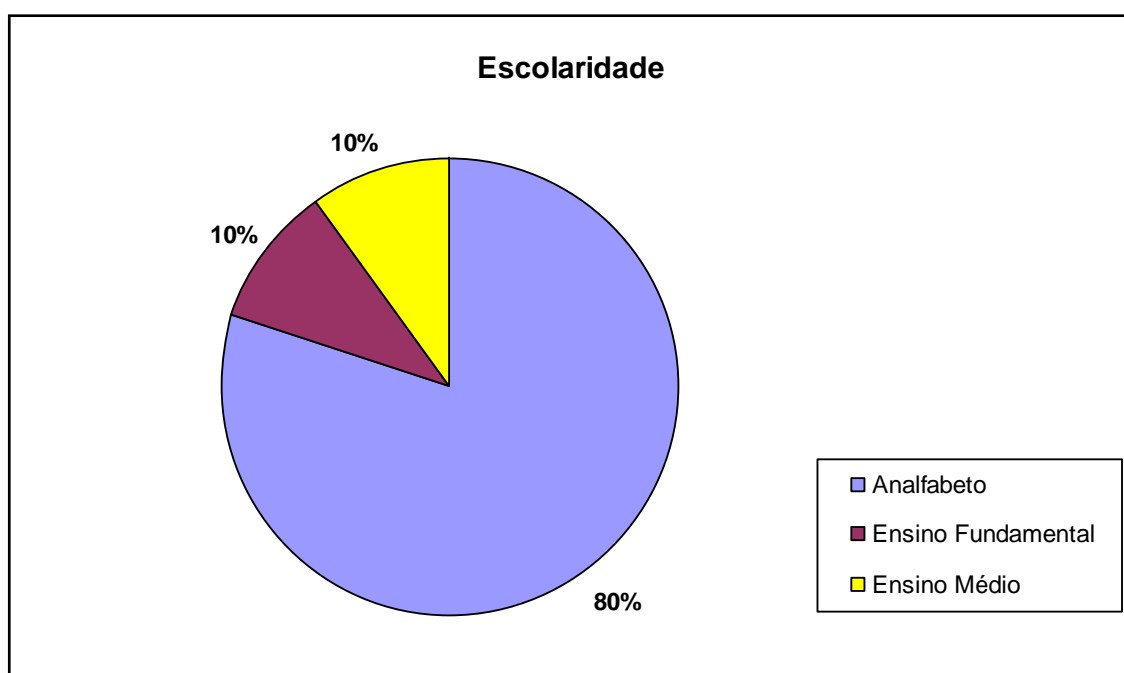


Figura 03: Classificação do grupo de participantes quanto à escolaridade.

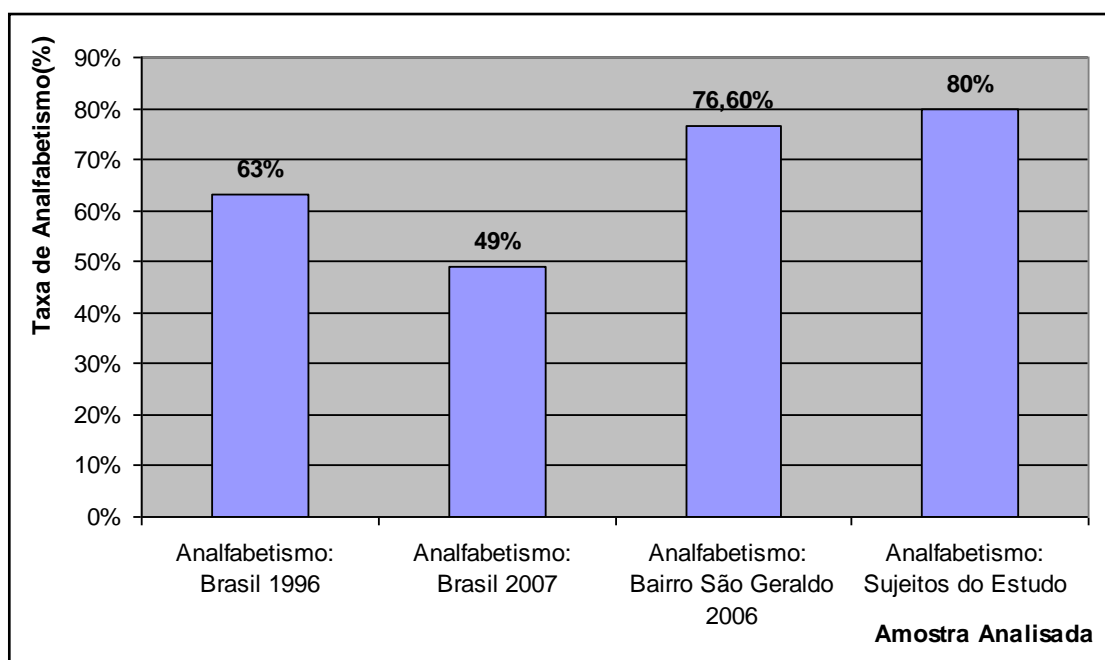


Figura 04: Dados comparativos referentes à frequência de analfabetismo entre os idosos no Brasil em 1996 e em 2007, no bairro São Geraldo em 2006 e no grupo de participantes em 2010.

Quanto à ocupação dos idosos nos dias atuais percebeu-se que no grupo de participantes 4 ainda exerciam algum tipo de trabalho, sendo declaradas as atividades de vendedor, auxiliar de nutrição, zelador e lavadeira. O motivo apresentado para a ocupação era a necessidade financeira do próprio idoso e da sua família. Os demais idosos declaram-se aposentados ou pensionistas e não trabalhavam. Néri (2007) comenta que em estudo realizado no Brasil, em 2007, a maioria dos idosos (36%) que fazia parte da população economicamente ativa, e mencionava o lado positivo de exercer uma atividade remunerada devido à independência que este fato gerava. Porém, a autora destaca também a perversidade da economia com altos índices de desemprego entre os mais jovens e os baixos salários fazendo que os idosos tenham a necessidade de trabalhar. Desta forma, os dados encontrados nesta pesquisa, com 4 idosos (40%) ainda trabalhando, corroboraram com os comentários de Néri (2007). Estes dados podem ser verificados através da Figura 05, apresentada a seguir.

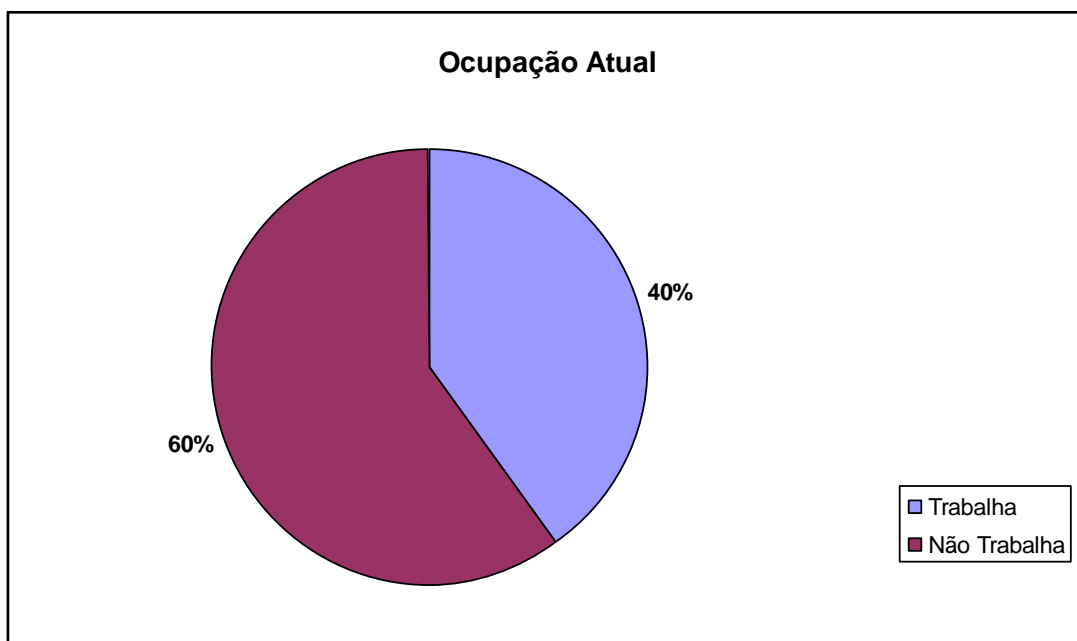


Figura 05: Classificação dos idosos do grupo de participantes quanto à ocupação atual.

Foi verificado que 100% dos idosos apresentavam algum tipo de doença sendo que a hipertensão arterial esteve presente em 90%(9) da amostra, diabetes em 20%(2), doença de Parkinson em 10%(1), cardiopatia em 20%(2), anemia em 10%(1), ansiedade em 20%(2) e insuficiência vascular periférica em 10% (1), artrose em 20%(2) e labirintite em 10%(1). Estas informações podem ser verificadas através da Figura 06, apresentada a seguir:

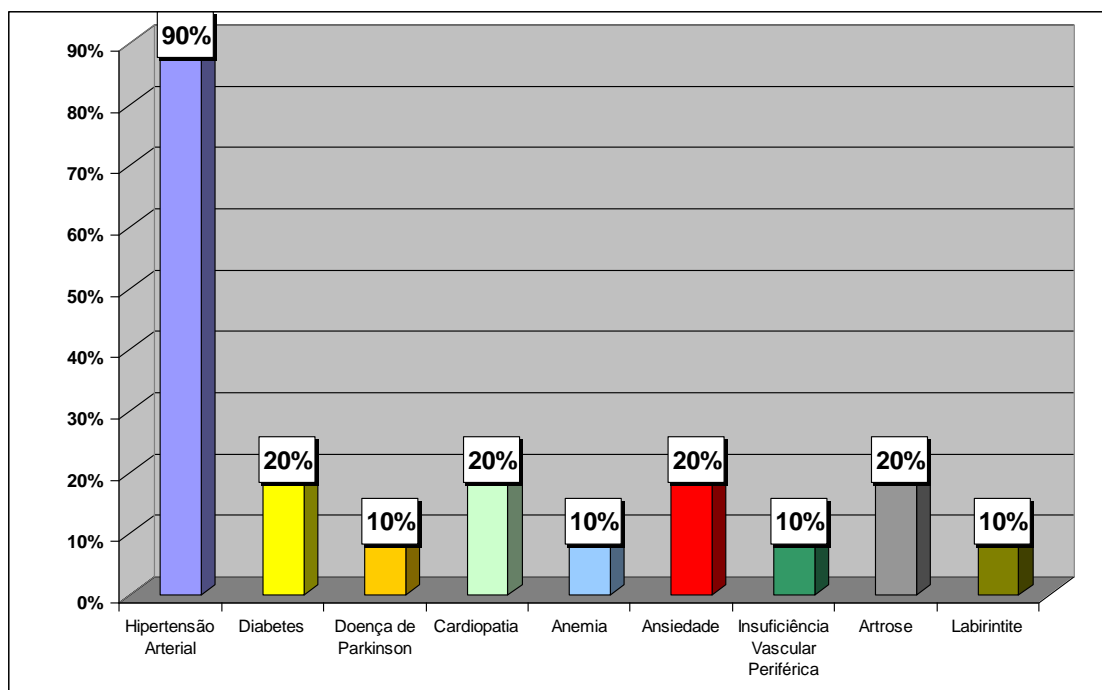


Figura 06: Frequência de doenças entre os idosos participantes da pesquisa.

Em termos de saúde pública, o aumento da população idosa traduz-se em maior número de problemas médicos e degenerativos, relacionados principalmente aos sistemas cardiocirculatório, osteoarticular e psiquiátrico. (CAMARANO, KANSO & MELO, 2004). Os dados do IBGE, PNAD (1998), comentado por Camarano (2002), apresenta informações sobre os problemas de saúde mais frequentes entre os idosos brasileiros e mostrou que a hipertensão arterial aparece em 49,9% dos casos, artrite ou reumatismo em 42,7% dos casos, doenças do coração em 26,5% dos casos, depressão em 15% dos casos e diabetes 12% dos casos . Os dados encontrados na amostra de idosos entrevistados em Juazeiro-BA sobre a presença de doenças corroboram com as informações de Camarano (2002) e com os comentários de Camarano, Kanzo e Melo (2004), desta forma, percebe-se que a população estudada encontra-se com estado de saúde esperado para a faixa etária.

5.3 RELACIONAMENTO FAMILIAR E PESSOAL

No Quadro 02, a frequência percentual foi calculada baseando-se no número total de trechos do discurso dos participantes relacionados com a categoria Relacionamento Familiar e Pessoal, 535 falas analisadas, e não no número de participantes entrevistados (N= 10). Para uma melhor compreensão dos conteúdos, as categorias foram divididas em subcategorias. Em relação à categoria *RELACIONAMENTO FAMILIAR E PESSOAL*, formou-se três subcategorias: a) **Relacionamento com familiares que moram no domicílio do idoso** que apresentou 287 trechos analisados; 53,6% do total b) **Relacionamento com familiares que não moram no domicílio do idoso** com 94 falas analisadas, 17,5% do total e c) **Relacionamento social e com amigos** com 154 trechos analisados, 28,9% do total.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	F	F (%) POR CATEGORIA
Relacionamento familiar e pessoal.	535	100
Relacionamento com familiares que moram no mesmo domicílio dos idosos	287	53,6
Relacionamento com familiares que não moram no mesmo domicílio dos idosos	94	17,5
Relacionamento social e com amigos	154	28,9

Quadro 02: Frequência da categoria “relacionamento familiar e pessoal” e subcategorias relacionadas a ela, dos idosos participantes da pesquisa. (N=10). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.

Na seqüência, serão apresentadas as descrições das categorias e subcategorias e serão associados exemplos da unidade de análise extraída das entrevistas, citando o nome fictício do idoso - autor da fala. Os dados serão analisados à luz da teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996).

Na pesquisa ecológica, a análise do contexto é fundamental porque permite observar como os sujeitos são influenciados e como reagem dentro dele e foi através dos dados sociodemográficos e clínicos e da categoria relações familiares e pessoais que foi possível analisar os aspectos do cotidiano e das relações, que permeiam o microssistema familiar como também de outros microssistemas, os quais o idoso participa (Igreja, grupos de amigos, outros parentes).

O impacto do microssistema familiar na vida do idoso pode ser percebido pela quantidade de falas registradas nesta subcategoria, mostrando lugar de destaque na construção da qualidade de vida deste participante, assim a subcategoria relacionamento com familiares moradores no domicílio permitiu observar como se estabelecem os relacionamentos, e como estão definidos os papéis entre os membros.

Quando foram questionados sobre como era o relacionamento familiar 5 idosos responderam que o relacionamento familiar era bom, diziam que a família era unida; porém, outros 5 declararam existir brigas ou problemas entre os familiares que moravam no domicílio. Quando foram questionados sobre como se sentiam morando com os familiares 6 relataram que se sentiam bem, porém, 4 declararam que se sentiam mal ou não muito bem. Diversos sentimentos foram demonstrados através dos conteúdos presentes nas falas dos participantes e através delas foi possível perceber a qualidade dos relacionamentos com os familiares que moram no mesmo domicílio.

O respeito deve estar presente em todos os relacionamentos e principalmente quando envolve indivíduos idosos. Quando foram questionados diretamente se sentiam respeitados (a) a maioria (9) respondeu que sim, porém em diversas falas muitos dos participantes demonstram falta de respeito no relacionamento: “(...) só que esse rapaz eu num gostei dele porque ele num me respeitou, chegou batendo na minha porta uma hora da manhã (...)” (Laura); “(...) sou desrespeitada por meu filho, esse que bebe (...)” (Helena).

A presença dos familiares na vida do idoso é muito importante, por poder gerar proteção e segurança. Porém, apesar da maioria dos idosos conviverem em lares com muitos moradores quando foram questionados a respeito da solidão, 7 responderam positivamente. Léger, Tessier & Nouty (1994) comentam que a solidão relacional leva à tristeza e ao sentimento de abandono. Algumas das respostas foram: “(...) Eu sinto. Tem hora que eu sinto

assim uma falta de meu marido (...)” (Bernadete); *“(…) Eu sinto porque às vezes os filhos têm o trabalho deles e num pode tá toda hora mais eu... de noite eu fico tão sozinha (...)*” (Carmem);

O carinho deve fazer parte dos relacionamentos do idoso, pois através do amor e da atenção o idoso encontra no microsistema familiar um maior significado para vivenciar seus últimos anos de vida (PORTO & KOLLER, 2006). Carinho, afeto e amor foram encontrados em diversas falas deste estudo: *“(…) esse que usa drogas, comigo é mainha para cá, nem a mãe dele chama de mãe (...)*” (Sônia); *“(…) eu me sinto uma pessoa muito amada (...)*” (Joana). Através da análise do conteúdo, percebeu-se que apesar das dificuldades vivenciadas no dia a dia pelos idosos do estudo, quando falavam dos relacionamentos por parte dos familiares revestidos de afeto faziam com que expressassem entusiasmo e alegria na fala. O sentimento de carinho foi encontrado em 40 trechos analisados, ou seja, em 7,4% do total de falas referentes à categoria Relacionamento familiar e pessoal.

A felicidade é o sentimento que almeja todas as pessoas em qualquer fase da vida e dentro desta pesquisa quando os idosos foram questionados diretamente, se eram felizes todos responderam positivamente. Porém, a felicidade não foi mencionada em mais nenhum outro momento das entrevistas. Algumas das afirmações que os participantes mencionaram no momento da pergunta foram: *“(…) Às vezes me sinto feliz. Às vezes não. Mas em cima e por cima é feliz (...)*” (Déia); *“(…) eu me considero a mulher mais feliz do mundo porque tenho amizade com todo mundo e isso ninguém tira de mim (...)*” (Helena). Porém a tristeza e choro foram mencionados em 55 falas, ou seja, em 10,3% do total de trechos analisados referentes à categoria Relacionamento Familiar e Pessoal, podendo ser citado como exemplo as seguintes falas: *“(…) chorava muito e de vez em quando estou chorando (...)*” (Sebastiana); *“(…) eu choro, sou besta pra chorar (...)*” (Joana); De acordo com Albuquerque e Trócoli (2004) percebe-se que felicidade é um fenômeno complexo e subjetivo que reflete a experiência de vida quanto às várias condições vividas pelo indivíduo e o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem a vida de maneira positiva apesar das adversidades.

O diálogo, ou seja, a comunicação entre os membros da família é muito importante para o desenvolvimento em qualquer fase do ciclo vital, não sendo diferente na velhice. Bronfenbrenner (1996) oferece grande destaque para as relações interpessoais recíprocas, nas quais a comunicação é à base destas relações, uma condição essencial para a formação de díades. Quando os participantes deste trabalho foram questionados se tinham com quem conversar quando estavam tristes 9 responderam que sim: *“(…) tenho minha neta (...)*” (Déia) e 1 respondeu que não: *“(…) eu não (...)*” (Joana). Porém, daqueles que responderam que sim,

4 conversavam com pessoas que não moravam no mesmo domicílio: “(...) a minha amiga Soledade (...)” (Sebastiana); “(...) tenho, tenho esses rapazinhos que falei que vão lá... (...)” (Isa); “(...) eu converso com Cidinha, uma filha minha... ela vai lá pra casa para conversar (...)” (Helena); “(...) tenho uma vizinha assim em frente que é minha cunhada... aí eu vou para a casa dela (...)” (Bernadete).

Quando se mora em um mesmo domicílio, pressupõe-se que exista uma divisão para realização das tarefas domésticas, porém de acordo com as falas analisadas quando questionados sobre quem realizava as tarefas domésticas percebeu-se que 7 entrevistados realizavam todas as tarefas da casa: “(...) Eu arrumo a casa, passo pano, lavo roupa (...)” (Déia); “(...) Eu faço a comida pra mulé (...)” (Rui); “(...) eu não varro porque não posso me abaixar, mas assim mesmo devagarzinho eu levo e boto ali na pia (...)” (Carmem). Também foi verificado que 3 participantes mostraram ter ajuda para realização das tarefas da casa : “(...) Carlos o menino, porque a mãe dele botou ele pra arrumar uma semana e ela a outra, mas ela arruma no dia que quer (...)” (Isa); “(...) lavo roupa, faço a comida, lavo os trem... ela arruma a casa (...)” (Sebastiana). Assim os resultados mostram que os idosos entrevistados mesmo portadores de doenças ou dificuldades físicas realizam as atividades da casa, e na maioria das vezes, o fazem para todos os integrantes da família. Quando foram questionados sobre quem preparava a comida 8 responderam que eram eles, ou seja, o próprio idoso, e 2 alternavam esta atividade com algum outro morador da casa. E quando questionados se gostavam de preparar a comida 5 responderam positivamente e 5 de forma negativa: “(...) eu gosto de tudo (...)” (Sebastiana); “(...) tem vez que eu gosto, tem vez que eu num gosto não (...)”; (Isa); “(...) eu faço porque é o jeito, não tem quem faça (...)” (Rui)

A preocupação com pessoas que moram no domicílio foi presente em várias falas analisadas, mostrando que afeta de maneira significativa a qualidade de vida dos entrevistados: “(...) olha a gente passa sufoco, eu mais que passo né? A mãe trabalha e eu fico aguniada (...)” (Isa); “(...) eu fico preocupado, um tempo desse mataram um cara no curtume (...)” (Rui); “(...) quando ele ta bêbado ai ele fica no quarto dele com a porta fechada, mas eu ainda fico preocupada (...)” (Laura).

Estes dados estão de acordo com Leme e Silva (1996) que afirmam que idosos fragilizados, que esperam apoio de familiares podem ser vítimas de problemas de ordem física, psicológica e social por parte dos cuidadores. Porto e Koller (2006) refletem que complicações na família como insuficiência material, psicológica e afetiva na relação com o idoso tem levado a situação de negligência, ou seja, fato observado nesta pesquisa.

Entre os entrevistados observou-se a importância dos familiares que não moravam no

mesmo domicílio, pois quando questionados sobre quem era a pessoa mais significativa na vida deles declaram ser, em 90% dos casos, os filhos e os parentes que não moravam com eles. Quando se perguntou o motivo das pessoas citadas serem as mais importantes, obtivemos as seguintes respostas: “(...) meu irmão porque gosto muito dele (...)” (Sebastiana); “Pra mim ô mulher! Eu amo todos... Mas a morte desta mulher... tudo fazia junto (...)” (Déia); “(...) porque ele tem mais atenção a mim... Num pode ver eu me preocupar que fica agonizando (...)” (Laura); “(...) ele me pega no carro, eu não posso caminhar e ele me pega e coloca na calçada... (...)” (Carmem); “(...) porque adivinha meus pensamentos (...)” (Bernadete). Refletindo sobre a fala dos sujeitos verifica-se que o carinho, a atenção e o cuidado fazem com que se sintam valorizados e estes foram os critérios utilizados para eleger a pessoa mais significativa na vida destes idosos.

Tal observação mostra, que o estabelecimento de um contexto positivo com relacionamento familiar harmonioso é importante para o desenvolvimento do indivíduo idoso. Este resultado corrobora com as afirmações de Pinheiro (2003) que diz que a percepção de aceitação, amor e valorização está diretamente associada à saúde e ao bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo e que se ligam também à construção de afetos positivos em relação a si e aos outros promovendo qualidade de vida.

Quando os participantes da pesquisa foram argüidos sobre se recebiam visitas de familiares 90 declararam receber visitas de filhos e apenas um participante afirmou que não recebia: “(...) Elas vão lá, mas é difícil, graças a Deus tudo trabalha né (...)” (Rui). Analisando a família de Rui verifica-se que ele possui dez filhos e todos moram perto o que não justifica a falta de visitas. Esta afirmação de Rui mostra a questão da adaptação do indivíduo em seu meio, difundida na teoria bioecológica do desenvolvimento humano, que também pode se apresentar na velhice, havendo a necessidade do ajustamento às perdas e a reorganização das novas variáveis (positivas ou negativas) presentes no decorrer da vida.

Também se pode perceber, por meio desta análise, a presença e o significado da transição ecológica, conteúdo explícito da teoria de Bronfenbrenner (1996), que consiste em mudança de papel ou ambiente, que acontecem ao longo da vida e que neste contexto poderia ser exemplificado pela entrada dos filhos no mercado de trabalho. É possível considerar o emprego dos filhos como um exossistema, pois pode ser qualificado como um ambiente em que o idoso não participa diretamente, mas cujas decisões afetam diretamente o funcionamento de seu ambiente imediato.

Os idosos também foram questionados se recebiam visitas de outros parentes além dos filhos e 3 afirmaram que não: “(...) meus parentes quase num me ligam (...)” (Isa); “(...)

parente é difícil (...)” (Sônia). Porém, do discurso destes idosos percebe-se a insatisfação em relação a este assunto, também em outros momentos como este a seguir: “(...) *Rapaz, meus parentes que moram fora assim, eles vem na casa de minha irmã e num vem aqui... Teve mesmo uma prima minha aí que veio e que adoeceu e tava no hospital e mandou me dizer e eu disse: diga a ela que eu num vou não porque quando eu tava doente ela teve aí e num teve onde tá eu. Fiquei muito chateada (...)*” (Isa). Já os 7 idosos que responderam positivamente, mostraram bastante entusiasmo e alegria no discurso: “(...) *minha prima Lucília. Mora na rua aqui do lado. Ontem tive com ela. Hoje ela já veio saber notícias de mim. Como eu estava. (...)*” (Sebastiana); “(...) *a minha cunhada que mora no Novo Encontro me visita, meus três sobrinho. Outro mora em Petrolina também me visita (...)*” (Déia).

Os familiares com os quais o idoso relaciona-se pode ser considerado como outro microsistema diferente daquele formado pelos familiares domiciliares, que passa a assumir diferentes papéis de acordo com as expectativas geradas em cada relacionamento.

Os idosos foram questionados se participavam das decisões da família e 5 deles afirmaram que sim: “(...) *Participo graças a Deus (...)*” (Sebastiana); “(...) *Sim, tem qualquer coisa estou lá. (...)*” (Déia); “(...) *Eu dou, antigamente quando meu filho era vivo, meu mais velho, se ele fosse comprar uma sala ele ficava quietinho por causa da mulher, e eu tinha que ir mais ele pra escolher qual era a sala. Roupa do mesmo jeito (...)*” (Sônia). Porém foi verificado também que 5 participantes respondeu negativamente a esta pergunta ou respondeu que às vezes participava e às vezes não: “(...) *Ah, tem vez assim que eu dou opinião, mas tem outras vez que eu num dou não. (...)*” (Isa); “(...) *mais com Flávio, meu filho (...)*” (Carmem).

Os idosos entrevistados também foram questionados se recebiam informações e notícias de familiares e 9 responderam positivamente: “(...) *recebo, ontem mesmo uma sobrinha ligou para mim porque a mãe morreu (...)*” (Carmem); “(...) *recebo, tem pessoas em São Paulo que eu nem conheço, que é família, sabe? E eu recebo carta, agora mesmo to com um horror de carta para viajar hoje (...)*” (Helena). E o único que respondeu negativamente afirmou: “(...) *parente eu tenho pouco (...)*” (Sônia). O que se busca hoje é o envelhecimento ativo, ou seja, manter-se participativo nas questões acerca da vida, isto é, participar das decisões da família e receber informações e notícias de familiares são formas de manter-se ativo.

Na velhice, ocorre a mudança de papéis e este fenômeno pôde ser percebido nos relatos dos que responderam negativamente, mostrando a mudança de poder para os filhos. Estes resultados fazem refletir que precisam ser feitos ajustamentos nas inter-relações, de modo que a família possibilite ao idoso manter-se ativo e participativo durante esta fase da

vida e que o próprio idoso reconheça as mudanças de status dos membros e busquem adaptar-se a elas. Tudo isso corrobora com o modelo bioecológico, no que se refere à pessoa, ou seja, ela é analisada pelas experiências vividas, pelas habilidades e pela interação com o ambiente. Assim, são tanto produtoras quanto produtos do seu próprio desenvolvimento (PORTO & KOLLER, 2006).

Os participantes deste estudo foram interrogados a respeito de como eles avaliavam a própria saúde e as respostas encontradas foram diversas. Foi possível perceber que o que os idosos consideram problema de saúde é diferente da doença crônica que possuem, ou seja, a queixa deles é diferente da queixa patológica propriamente dita. Isa declarou “(...) *Eu acho que vai bem né porque quando tô assim com a minha pressão alta os menino ficam me agonizando... eles dizem pra eu me conformar (...)*” esta idosa é portadora de diabetes e hipertensão, mas ela não mencionou diabetes, falou da hipertensão, mas considerou estar relacionada à agitação “agonia” vivenciada no domicílio. Já Sebastiana, avaliou a saúde como: “(...) *as pernas doendo, problemas na cabeça, nervoso só isso (...)*”, esta idosa é portadora de ansiedade e de Doença de Parkinson e não reconhece a doença e por isso não se trata (...)”. Joana considerou: “(...) *estou me sentindo mal hoje tomo o remédio e me sinto bem (...)*” ela é portadora de doença cardíaca em estado avançado, o que provoca sintomas como cansaço, tontura e mal estar, porém ela aceita a doença e procura viver bem apesar das limitações que a doença determina. Outra idosa, Helena, respondeu que: “(...) *Não to me sentindo bem de saúde, mas tem que caminhar pro médico... eu fico agitada, meu coração, aí eu tomo um chá de camomila aí passa, pra mim eu quero é alegria e não tristeza (...)*”, ela é portadora de hipertensão e diabetes, doenças que não foram mencionadas no momento da resposta à pergunta relacionando a saúde, apenas os sentimentos de alegria e de tristeza foram mencionados. Todas estas falas corroboram com o conceito ampliado de saúde da OMS, que considera como o completo estado de bem estar físico, emocional e social.

No atendimento a pacientes idosos é constante encontrarmos diferenças entre a doença existente e a queixa do idoso expressada durante a consulta, dando a entender que muitos deles se conformam com a limitação física, e com os problemas orgânicos provocados pela doença, dando ênfase aos aspectos relacionados à idade e às queixas referentes aos problemas sociais e familiares, tornando-se assim, estes, os mais relevantes e os que causam maior desconforto. Então, o bem estar emocional e social tem maior valor que o bem estar físico propriamente dito. Silvestre e Costa Neto (2003) em trabalho sobre abordagem do idoso em Programa de Saúde da Família considera que o profissional de saúde deve levar em consideração a multicausalidade dos processos mórbidos, os quais afetam o idoso, podendo

ser físicos, mentais ou sociais, contextualizando o indivíduo em seu ambiente, buscando sempre estabelecer o equilíbrio entre o indivíduo e seu meio.

Outro aspecto abordado durante a entrevista referiu-se ao que eles consideravam ser o envelhecer. Os participantes expressaram bastante dificuldade em responder a esta questão e dentre as respostas encontrou-se as seguintes falas: “(...) *é a gente ter muitos anos de vida, né? Num sei nem lhe responder isso aí. (...)*” (Laura); “(...) *entra ano e sai ano e a gente completa ano (...)*” (Bernadete); “(...) *é a minha idade (...)*”; (Joana); “(...) *é uma vida feliz, a pessoa envelhecer é uma felicidade (...)*” (Helena); “(...) *pra mim é ruim porque não tenho dinheiro, aí é preto para comprar as coisas, remédio (...)*” (Sebastiana); “(...) *ficar velho? me apertou, ficar velho é a idade mesmo, vai ficando mais idoso, mais cansado (...)*”. (Isa) Com as respostas encontradas foi possível fazer uma associação entre envelhecimento e passagem do tempo para estes sujeitos. Como foi mencionado no capítulo sobre a teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner o tempo é considerado o quarto componente deste modelo e as falas relacionadas ao envelhecimento podem ser analisadas como macrotempo, ou seja, na expectativa de eventos constantes e mutantes dentro da sociedade e das gerações e na maneira como esses interferem no desenvolvimento dentro do ciclo vital.

Os diversos microssistemas que o indivíduo participa têm importância para o seu desenvolvimento, e por isso a terceira subcategoria elencada refere-se ao relacionamento social e com amigos, a qual foi analisada através das questões sobre atividades de lazer, frequência a igreja, participação em grupos de idosos, relacionamento com vizinhos, amizades e outras atividades do dia a dia.

Quando foram questionados se possuíam religião, todos responderam positivamente e em diversas falas (80 vezes) foram encontradas palavras com simbologia religiosa: “(...) *lavo roupa, faço a comida, ela arruma a casa, sacode tudo, graças a Deus (...)*” (Sebastiana); “(...) *como Deus quer, Deus primeiramente (...)*” (Déia); “(...) *chamei ele, aí ele tava com a faca assim, aí cheguei, segurei o braço dele: você vai me dar agora em nome de Jesus (...)*” (Isa); “(...) *Deus me perdoe, um bocado de bandido parece, invade as coisas da gente dormindo (...)*” (Rui); “(...) *se eu pudesse, se Deus me ajudasse, eu queria a minha mocidade de volta (...)*” (Joana); “(...) *Ave Maria. Não é uma bebida civilizada, é aquela do elo (...)*” (Laura); “(...) *tem um mais terrível, mas Graças a Deus, tudo bem comigo (...)*” (Carmem); “(...) *Graças a Deus, eu sou desrespeitada pelo meu filho, esse que bebe, mas o mais todos me respeitam (...)*” (Helena); “(...) *Ave Maria, desde ontem que bebe (...)*” (Sônia); “(...) *Segurança só a minha e a de Deus (...)*” (Bernadete). Estas falas corroboram com Néri (2007) em seus comentários sobre a pesquisa nacional realizada em 2007 Idosos no Brasil Vivências,

desafios e expectativas da terceira idade, realizada pela Fundação Perseu Abramo, ocasião em que se reflete os idosos, principalmente os mais pobres, que utilizam a religião como amortecedor das adversidades da velhice. Alves (2007) em trabalho sobre envelhecimento: resiliência e espiritualidade, aponta também que a espiritualidade revelou-se um forte indicador de resiliência na superação das adversidades, como capacidade de encontrar significado na vida por meio da fé.

Quando os idosos foram questionados sobre a frequência à igreja, 70% da amostra afirmaram não frequentar a igreja e os motivos foram vários: “(...) eu ia à igreja daqui, eu ia dia de domingo... eu passava lá quando tava fechado eu me ajoelhava e me benzia... quando tava aberta eu entrava né. Mas trabalhava demais num tenho tempo (...)” (Rui); “(...) Santa Ceia. Uma vez no ano, mas eles vêm aqui, toda semana não porque eles tem muitos lugares para ir (...)” (Joana); “(...) É difícil, mas às vezes eu vou (...)” (Laura); “(...) Frequente, só num tô frequentando agora mais porque eu num tenho tempo... com menino... e de noite tem as novenas aqui na capelinha (...)” (Bernadete); “(...) Difícil. Depois que meu filho morreu num sei como eu fiquei não, fiquei revoltada.(...)” (Sônia); “(...) nem católica e nem evangélica. Ando em todas mas não frequento assim não, logo eu não posso andar, logo eu tenho medo de cair (...)” (Helena). Percebe-se que entre os participantes da entrevista a religiosidade encontra-se presente e que a igreja é considerada para esse grupo de pessoas também como atividade de lazer. Todavia, diversos obstáculos mostraram-se presentes dificultando a frequência à igreja para esse grupo de pessoas, entre eles a dificuldade de locomoção, excesso de trabalho e a tarefa de cuidar dos netos.

Segundo Zimmerman (2000), a pessoa durante o ciclo vital, transita por diferentes grupos: família, amigos e trabalho. O idoso, no decorrer de sua vida, já transitou por todos esses grupos, devendo ter todas as condições internas e a necessidade de continuar participando, principalmente se o grupo de pessoas possuía características semelhantes a ele. Quando os participantes deste estudo foram questionados se participavam de grupos de idosos, apenas um idoso referiu participar e mesmo assim fazia tempo que não comparecia aos encontros do grupo: “(...) Sim aqui no São Geraldo. Grupo de Idosos. Tem mais de ano que não vou (...)” (Déia). Sabe-se que no Bairro São Geraldo existe um grupo de Idosos com encontro semanal, na praça da igreja, e outro na Universidade Estadual da Bahia com atividades diárias para idosos, porém os participantes não frequentam nenhum deles. João et al. (2005) em artigo intitulado “Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento”, apontam os benefícios da participação do idoso em grupos para a terceira idade a partir do aprendizado, que não se restringe apenas a informação e prevenção, contudo

inclui uma dimensão maior, no que se refere à experiência do outro, da vivência de partilhar histórias de vida e, nessa troca, promover o desenvolvimento pessoal.

As relações de amizade, principalmente, com vizinhos podem ser consideradas um microsistema que a pessoa participa, pois se constitui como um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais vivenciados pelo indivíduo nos ambientes que freqüentam e estabelecem relações face a face. Percebeu-se, através das entrevistas que os participantes do estudo possuíam muitas amizades e achavam importante ter amigos, sendo declarado: “(...) *oh doutora, tenho meus vizinhos que são meus amigos e eu gosto muito deles (...)*” (Isa); “(...) *amigo na hora que to doente, amigo é esse (...)*” (Rui); “(...) *é importante porque me respeitam e me amam (...)*” (Joana); “(...) *que não seja falso (...)*” (Sônia); “(...) *é porque na hora da necessidade a gente tem por quem chamar (...)*” (Bernadete). Para Garmezy e Masten (1994), amigos, vizinhos, terapeutas, líderes religiosos e outros recursos da comunidade favorecem os talentos individuais através do apoio social oferecido por essas pessoas. Assim amizades podem ser consideradas fatores de proteção para estes idosos, pois de acordo com Bronfenbrenner (1996), o relacionamento significativo com outro indivíduo é importante para o desenvolvimento, principalmente na medida em que encoraja a confiança mútua e o equilíbrio na relação, fato esse presente nas vidas dos idosos entrevistados.

As atividades do dia a dia, dos finais de semana e de lazer dos participantes deste estudo refletem a vida sacrificada que eles estão submetidos, assim quando questionados se tinham atividades de lazer observou-se que apenas 2 idosos responderam positivamente e declararam: “(...) *a gente faz festinha de Natal, no Ano Novo, no dia das mães e no aniversário (...)*” (Déia); “(...) *no São Geraldo tem 52 anos que eu preparo o material da procissão, quem arruma tudo sou eu (...)*” (Helena) e os outros 8 responderam negativamente. Quando foram perguntados sobre as atividades do dia a dia obtivemos os seguintes relatos: “(...) *de doença, é ficar dentro de casa (...)*” (Sebastiana); “(...) *como Deus quer (...)*” (Déia); “(...) *eu fico dentro de casa fazendo as minhas coisas, na hora do almoço vou almoçar, tomo remédio, vou assistir televisão, fico lá só (...)*”; (Isa); “(...) *É amanhecer o dia com saúde e fazer o café logo e cuidar do almoço (...)*” (Rui); “(...) *Eu fico dentro de casa (...)*” (Joana); “(...) *todo dia é nossa casa (...)*” (Laura); “(...) *Só faço mesmo uma comidinha, às vezes pego uma vassoura (...)*” (Carmem); “(...) *como eu posso, eu ligo a televisão, eu ligo o Rádio, tirando meus trabalhos de casa, e eu dou graças a Deus (...)*” (Helena); “(...) *eu faço meus trabalhos de casa quando termino vou me deitar (...)*” (Sônia); “(...) *trabaia muito no que agüenta trabaia quando não agüento vou me deitar, me sentar (...)*” (Bernadete).

Quando foram perguntados sobre o que faziam no final de semana a maioria disse fazer as mesmas coisas do dia a dia, e apenas 3 idosos declararam fazer alguma coisa diferente. Com as seguintes respostas podemos atestar esta situação: “(...) *meu irmão tem uma roça, vou com ele almoçar com a minha cunhada (...)*”; (Sebastiana); “(...) *minha amiga vem do Tabuleiro almoçar, tem duas bebezinha que vem brincar com minha neta (...)*” (Déia); “(...) *a gente faz uma feirinha no Domingo, passeio é difícil (...)*” (Laura). As pessoas ao longo da vida geralmente fazem planos para quando chegar a aposentadoria poder usufruir de certo conforto e ter uma vida mais alegre e sem tantas preocupações. 9 participantes deste estudo são aposentados, porém são privados de lazer e o final de semana pode ser considerado como continuidade da semana, que é marcada por serviços domésticos sem direito ao descanso e com bastante preocupação.

A pobreza e a falta de recursos materiais estão presentes na realidade destes idosos e este fato pode ser percebido com as respostas referentes às questões sobre a situação financeira destes indivíduos. Eles foram questionados a respeito da renda própria e 9 participantes revelaram receber um salário mínimo através de aposentadoria, através de pensão ou por ainda estar em vida ativa. Apenas uma idosa disse ter renda inferior a um salário mínimo: “(...) *o dinheiro que recebo é da bolsa família e de lavagem de roupa é noventa reais (...)*” (Déia). Quando eles foram interrogados se ajudavam alguém com esta renda, todos responderam positivamente e afirmaram: “(...) *sim quando meu irmão não tem (...)*” (Sebastiana); “(...) *só minha filha, dou dez reais, compro a merenda da minha neta, um remédio, ela sabe que não tenho (...)*” (Déia); “(...) *ajudo lá em casa. Tem vez que eu gosto de ajudar o pessoal que passa na rua pedindo (...)*” (Isa); “(...) *a minha sobrinha, a mãe mora em São Paulo, o marido é viciado, não liga, eu dô as coisa a ela (...)*” (Rui); “(...) *parente e sem ser parente. A minha menina recebe o dinheiro tira o transporte e alguma coisa (...)*” (Joana); “(...) *Eu, meu filho, ela e os meninos com essa renda mesmo (...)*” (Laura); “(...) *ajudo os netos (...)*” (Carmem); “(...) *ajudo meus filhos tudo dentro do São Geraldo (...)*” (Helena); “(...) *meus filhos quando pedem um quilo de arroz eu dou (...)*” (Sônia). Quando foram questionados se recebiam ajuda financeira, apenas Helena afirmou receber ajuda constante dos filhos, e três outros idosos esporadicamente. Esta questão está exemplificada nas declarações: “(...) *tem vez que dão (...)*” (Isa); “(...) *dá pouco mas dá, meu filho (...)*” (Laura); “(...) *meus filhos quando podem me ajudam (...)*” (Sônia); “(...) *meus filhos (...)*” (Helena). O restante dos idosos entrevistados responderam negativamente a esta questão.

A situação econômica, relatada através destas falas, corrobora com a realidade dos idosos brasileiros de uma maneira geral. Os dados do IPEA que foram analisados por Camarano (2001), demonstram que a aposentadoria transformou-se na única fonte de renda de 12 milhões de famílias brasileiras. A autora comenta que o filho adulto quando se divorcia ou fica desempregado acaba voltando para a casa dos pais, e a renda do idoso é redistribuída com todos os membros que não se sustentam. Os idosos também foram questionados se a renda era suficiente para viver e pôde-se verificar que, apesar das dificuldades enfrentadas, a maioria deles (7) considerava suficiente. Declaram que: “(...) pago a luz, pago a água, o funeral, o bujão, uma ferinha (...)” (Sebastiana); “(...) tenho que agradecer a Deus porque é o que eu tenho (...)” (Déia); “(...) é só isso mesmo, mas serve (...)” (Joana); “(...) apulso mas é suficiente (...)” (Laura); “(...) dá, porque é o jeito (...)” (Bernadete). Estas respostas dão a entender que a pobreza e a falta de recursos fazem parte do dia a dia sendo percebido por estes idosos como algo esperado e normal.

Os idosos são dotados de uma bagagem de vida que os diferencia de outros segmentos populacionais, pois existe uma história, um passado que acaba se refletindo, de certa forma, na afetividade e subjetividade presentes em suas vidas. Este aspecto foi percebido quando, ao serem questionados se gostavam de viver onde viviam, a maioria das respostas (8) foram positivas e as justificativas se referiam ao passado e à história de vida como principais responsáveis pelas respostas. Assim declararam: “(...) eu gosto porque é onde estou (...)” (Joana); “(...) gosto porque é meu, vivi de aluguel quinze anos aí fizeram aquelas quatro paredinha. Ainda num tá terminada, fui eu e meu filho, esse que falei, ele me ajudou (...)” (Laura); “(...) gosto porque foi o lugar que me criei, porque cheguei aqui com idade de três anos, meus pais morreram e eu fui criada com minha avó, minhas tias, eu gosto (...)” (Helena); “(...) eu gosto muito do bairro, mas depois que a minha neta morreu eu tive vontade de sair daquela casa (...)” (Isa).

Os idosos deste estudo foram também questionados sobre o que consideravam ser mais importante na vida deles, e com esta pergunta surgiram diversos tipos de respostas, o que mostra a heterogeneidade deste grupo etário. Contudo, a saúde e a família foram as respostas mais frequentes entre eles. Foram observados os seguintes relatos: “(...) a minha vida é caminhar, me divertir. Já fui a São Paulo três vezes (...)” (Sebastiana); “(...) primeiro Deus e a Saúde. Segundo a família (...)” (Déia); “(...) eu e minha família mesmo (...)” (Isa); “(...) na vida para mim, eu ser boa com a minha família, a minha família ser boa comigo. Me amar, me respeitar.(...)” (Joana); “(...) a saúde (...)” (Laura); “(...) é viver e me dar com todo mundo e ser feliz com todo mundo (...)” (Carmem); “(...) o mais importante para mim eu

acho que seja a gente ter uma boa saúde e ter quem cuide da gente (...)” (Helena); *“(...) meus netos e meus filhos (...)*” (Sônia). Percebe-se, através dos relatos que a fala de Sebastiana diferenciou-se, pois apresentou o lazer como prioridade na vida, mas em outros momentos ela falou que faz mais de dez anos que não viaja, ela também não teve filhos, e a sua relação familiar é escassa, justificando a necessidade de vivenciar os bons momentos que uma viagem pode proporcionar, e que ela mantém como recordações. Nos outros relatos, a saúde e as relações pessoais, principalmente na família, mostraram-se bastantes presentes. São estes aspectos que, no nosso entender, devem ser levados em consideração pelos formuladores das políticas públicas, ao definirem as prioridades em relação ao idoso.

Os aspectos referentes às relações familiares e de saúde também foram citados quando os participantes foram questionados a respeito de “se pudessem mudar alguma coisa na vida, o que eles mudariam”. Para esta pergunta obtivemos os seguintes relatos: *“(...) para outro lugar, para as caatingas perto de Curaçá. Passei São João Lá. Um mês (...)*; (Sebastiana); *“(...) o que mais desejo na minha vida é a minha saúde, as minhas vista. Se tivesse como trocar esse olho que me prejudica tanto por um que eu pudesse enxergar seria uma vitória na minha vida (...)*” (Déia); *“(...) se eu pudesse, se Deus me ajudasse eu queria a minha mocidade de volta (...)*” (Joana); *“(...) o que eu queria mais mudar era ver o meu filho bom (...)*” (Laura); *“(...) se pudesse mudar era ter esse filho sem beber, tranqüilo e calmo, porque aí era tudo de bom pra mim (...)*” (Helena); *“(...) eu sei lá. Queria uma paz, um sossego ou eu ficasse sem ter zoada de jeito nenhum (...)*” (Bernadete).

Estes relatos mostram que problemas com o alcoolismo dos filhos, com o barulho, a falta de saúde e as limitações da idade interferem na vida dos participantes, diminuindo a sua qualidade de vida. Em nenhum momento a falta de dinheiro ou a pobreza foram mencionadas como prioridade, quer seja para mudanças ou como algo considerado importante na vida.

Tudo o que foi citado anteriormente mostrou as relações pessoais e familiares dos idosos e nos permitirá compreender com mais propriedade a violência que vem fazer parte do seu dia a dia.

5.4 A VIOLÊNCIA SOFRIDA E PERCEBIDA

A partir de agora, serão apresentados os resultados referentes à questão da violência intrafamiliar e para isso o estudo contou com a análise de uma categoria e de três subcategorias. Após a transcrição das entrevistas foi verificado que foram feitas 367 perguntas entre os participantes, com a finalidade de detectar a violência intrafamiliar nos relatos, porém

em apenas 210 falas (57,2%) houve realmente relação com a temática. A segunda categoria elencada para estudo foi: *VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR* e para melhor entendimento do conteúdo essa categoria foi dividida em três subcategorias: a) **tipos de violência** que apresentou 121 trechos analisados, 57,6% do total; b) **autor da violência** com 31 falas analisadas correspondendo a 14,8% do total e c) **Reações diante das situações de violência** com 58 trechos analisados, 27,6% do total. Estes dados poderão ser no Quadro 03:

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	F	F (%) POR CATEGORIA
Violência intrafamiliar	210	100
Tipo de Violência	121	57,6
Autor	31	14,8
Reações diante de uma situação de violência	58	27,6

Quadro 03: Frequência da categoria “violência intrafamiliar” e subcategorias relacionadas a ela, dos idosos participantes da pesquisa. (N=10). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.

Neste trabalho, a violência intrafamiliar foi considerada como uma ação ou omissão que gera sofrimento ou angústia prejudicando o desenvolvimento do idoso, e que ocorra no microssistema familiar, de forma isolada ou repetida. Então, através das falas dos participantes percebe-se que as diversas formas de violência fazem parte do dia a dia destes indivíduos, entre elas: a física, a negligência, a psicológica, o abandono e a financeira. Quanto à frequência das formas de violência, observou-se que a violência psicológica esteve presente em 90% dos casos, a negligência em 100%, a física em 40%, a financeira em 50% e o abandono em 30%. Estes dados podem ser visualizados na figura 07, apresentada a seguir:

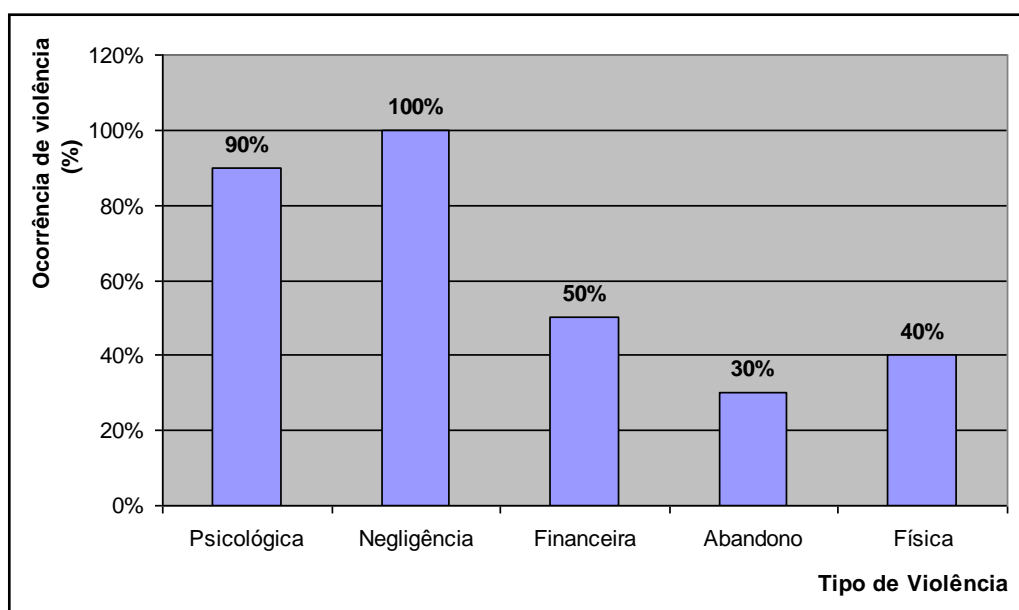


Figura 07: Frequência das formas de violência entre os idosos participantes da pesquisa.

Quando os sujeitos deste estudo foram questionados sobre o que era violência percebeu-se nos relatos a criação de uma imagem relacionada ao que eles vivenciam no dia a dia sendo declarado: “(...) *negócio de confusão, negócio de briga, só vive brigando (...)*” (Sebastiana); “(...) *É a bebida. A bebida traz violência. A gente se separou por causa de violência. Não é só bebida que é violência, amizade e mulher fez a gente se separar (...)*” (Déia); “(...) *Violência eu acho que é briga, beber demais, brigar, palavrão, tem gente que quer se matar, tem gente que já vão brigando, já vão se agarrando. Outro dia mesmo lá começaram a brigar, foi até um dia de uma festa, até eles vinham, aí ela passou a brigar lá (...)*” (Isa); “(...) *Ave Maria, é briga eu corro disso (...)*” (Rui); “(...) *é o desentendimento de quem não obedece a gente, eu acho (...)*” (Laura); “(...) *é matar, é ser bruto. É só querer fazer as coisas que num é pra fazer (...)*” (Carmem); “(...) *Violência é tristeza. É através de drogas, bebidas, essas coisas né? É o que faz a pessoa ficar mais nervoso (...)*”; (Helena); “(...) *é matar, bater (...)*” (Sônia). Com estas falas, percebeu-se que o significado da palavra violência apreendido pelos idosos estava de acordo com o contexto de suas próprias vidas, com as atitudes praticados contra eles, ou pessoas próximas e no viver cotidiano dos principais microsistemas dos quais participam.

A **violência psicológica** foi uma das modalidades mais frequentes encontrada nos discursos dos idosos, quando estes foram questionados nos seguintes assuntos: “se alguém grita com você”; “o que ocorre quando algum familiar discordava de você”; “se sua família conversa com você com frequência”; “se já sofreu algum tipo de punição ou privação”; “se

tinha sido obrigado a fazer coisas que não gostava” e “se tinha medo de alguém em casa”, entre outras.

Desta forma, apreendeu-se que em relatos de 90% dos participantes foram identificados nas falas relacionadas a insultos, agressões verbais, omissões com intuito de aterrorizar, humilhação, restrição a liberdade ou isolamento do convívio social, desagradados, controle das ações, crenças que ocasionaram prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.

A violência psicológica, nas formas descritas acima, pode ser exemplificada nos extratos de fala em diversos momentos das entrevistas dos participantes podendo ser observado: quando foram questionados se alguém gritava com eles em casa ou se já haviam sido insultados, declararam: “(...) meu sobrinho casou agora, a Sra. Sabe. Ficam batendo boca. Fica lá brigando (...)” (Sebastiana); “(...) só na hora da bebida (...)” (Déia); “(...) Ela ontem mesmo disse que se eu tivesse vergonha nunca mais falasse com ela (...)”; “(...) chama o nome mais feio que ela quer, parece um menino homem (...)”; “(...) manda o pessoal tomar não sei onde, ela é demais (...)” (Isa); “(...) só num veio em cima de mim, mas me respondeu (...)” (Laura); “(...) é ela é meio agoniada, Num sei se é porque pegou o filho dela caído na vida, e cria seus filhos e agora tem mais uma neta, aí ela fica estressada, gritando, acho que é por isso (...)” (Carmem); “(...) grita com todo mundo dentro de casa, quebra tudo (...)” “(...) na semana passada ele chegou bêbado e começou a gritar e eu, sem trabalhar, fiquei muito nervosa porque ele ficava xingado o povo (...)”; “(...) Grita, grita, xinga todo mundo, os irmão tudo (...)”; (Helena); “(...) Gritando, pense num homem que fuma maconha...(o avô matou o pai), ele enche o saco, com a luz ligada lá fora, pega o facão (...)”; “(...) ele não deixa ninguém dormir (...)”; “(...) ele faz aquela zoada, uma zoeira que não tem quem agüente (...)” (Sônia); “(...) São teimosos... aí eu me agito (...)” (Bernadete).

A violência psicológica expressa através de ameaça e medo foi encontrada nas falas nas seguintes circunstâncias: “(...) quando bebia dizia que ia bater (...)” (Déia); “(...) Ele briga com a irmã (...)”; “(...) chegou bêbado uma hora da manhã batendo na porta, só faltou derrubar a porta (...)” “(...) eu num tenho um faqueiro, uma faca no meu faqueiro, já joguei tudo no mato por causa dele (...)” (Laura).

A convivência com familiares que brigam entre si e que obrigam ao idoso a presenciar esta situação foi apresentado por participantes quando declararam: “(...) chamou de safado, escarrou na cara dele, ela é minha neta, filha da minha fia (...)”; “(...) ficou discutindo com ela (...)” (Rui); “(...) é eles batendo boca (...)” (Carmem); “(...) ele já machucou a irmã dele,

derrubou ela, puxou pelos cabelos, aí vieram e apartaram (...) “(...) ela conversa muito e ele num agüenta aí vai em cima, é valente quando tá bêbado (...)” (Laura);

Quando foram questionados se alguém os tratava como criança em casa, a maioria dos idosos que respondeu positivamente relatou a situação como forma de carinho, porém para uma participante este fato servia como algo que a coagia ou a aborrecia podendo ser considerado violência psicológica, podendo ser percebido através do relato: *“(...) às vezes a minha filha. Mãe vista esta roupa. Eu não gosto. Como dizia uma amiga: nem que eu fique bem velhinha não deixe os seus filhos mandarem em mim (...)” (Déia).*

Ser obrigado a fazer coisas que não gosta e ser proibido de sair de casa ou de ver os amigos pode causar danos psicológicos e prejudicar o desenvolvimento de qualquer pessoa. Durante as entrevistas, relatos deste tipo foram mencionados por alguns participantes. Quando foram questionados se alguém os proibia de sair de casa, tivemos como resposta: *“(...) o marido, às vezes proibia (...)” (Déia); “(...) ele que é bêbado que não quer que ninguém ande lá em casa (...)” (Helena).* Quando foram questionados se existia alguma coisa que não gostavam e eram obrigados a fazer responderam: *“(...) negócio de casa, eu num gosto muito de cozinha (...)” (Isa); “(...) a comida eu faço porque é o jeito, num tem quem faça (...)” (Rui); “(...) é cuidar de casa (...)” (Laura); “(...) eu num gosto de fazer comida (...)”; (Carmem); “(...) Não eu não que eu já tou veia, já cuidei muito de meus filhos, já fui muito sofredora, já trabaei muito e agora já tava querendo ter um descanso que eu já tô muito cansada (...)” (Bernadete).*

Os dados encontrados nesta pesquisa que apontam uma alta frequência de violência psicológica entre os idosos corroboram com o levantamento realizado pelo IBCRIM e analisados por Minayo (2000). A autora afirmara que a violência psicológica era a mais frequente registrada na delegacia de proteção ao idoso no estado de São Paulo. Também um levantamento divulgado pela Universidade Católica de Brasília mostrou que 12% dos idosos do país já sofreram algum tipo de mau trato, sendo a violência psicológica considerada a mais comum englobando humilhação, discriminação e ameaças. (FALEIROS, 2007)

Entre os idosos entrevistados, percebeu-se também que muitos deles eram vítimas de omissão e recusa de cuidados necessários como: cuidados com a saúde em geral, alimentação, medicamentos, higiene por parte de seus familiares, caracterizando o que se chama de negligência. Segundo Minayo (2005) esta é uma forma de violência muito presente no país e que pode ser considerada como esquecimento ou falha em providenciar a assistência das necessidades básicas do idoso. No presente estudo a negligência esteve presente em 100% dos casos.

Para identificarmos a **negligência**, investigamos a respeito da necessidade de óculos ou aparelhos auditivos; de quantas alimentações faziam por dia e se recebiam ajuda para a higiene pessoal. O cuidado com o idoso deve fazer parte da dinâmica familiar, tendo em vista que ele está mais fragilizado e vulnerável a doenças, e a falta de cuidados pode ser considerada como negligência. Mais especificamente, as perguntas versavam sobre o cuidado que o idoso recebia ou não, sobre a qualidade e a quantidade de sua alimentação; sobre a ajuda que recebiam ou não, na hora da medicação e sobre a ajuda nos cuidados pessoais. Quando foram questionados sobre quantas refeições faziam diariamente, percebeu-se que 8 idosos responderam que faziam três refeições diariamente e 2 faziam apenas uma: “(...) *Eu mesma faço só uma (...)*” (Déia); “(...) *estou com o estômago sem passagem. Não sinto fome não (...)*” (Joana). Percebeu-se, com a continuidade das entrevistas que os motivos pelos quais as idosas faziam apenas uma refeição era a dificuldade em preparar a comida e a comodidade, faltando uma maior atenção por parte dos familiares, que moram com elas. Quando foram questionadas se recebiam ajuda nos cuidados com a higiene pessoal percebeu-se que todos participantes não recebiam nenhum auxílio, porém observou-se que no grupo muitos dos idosos tinham dificuldade de locomoção, limitações físicas e já haviam sido vítimas de queda, mostrando a necessidade de suporte nas atividades de vida diária. Quando questionados se recebiam ajuda na hora da medicação, verificou-se que 6 idosos faziam uso de medicação sozinhos: “(...) *eu vejo o horário que tem... vejo o que tá marcado (...)*” (Sebastiana); “(...) *Camila era quem me ajudava, mas agora tomo só (...)*” (Isa). Neste estudo percebeu-se que a maioria do grupo de participantes tinha escolaridade baixa, 8 eram analfabetos, o que dificulta e muitas vezes impede a leitura das prescrições médicas, justificando a falta de controle das doenças crônicas pelo uso incorreto das medicações.

Quando os entrevistados foram questionados se em caso de doença teriam quem os cuidasse, todos responderam que sim, mas 5 idosos mencionaram contar com ajuda de filhos e parentes que não moravam no mesmo domicílio, mostrando que, apesar da maioria morar em casa com muitos parentes, a segurança para o cuidado no momento da enfermidade não é uma realidade em metade da amostra dos nossos participantes.

Ao serem indagados se estavam precisando de aparelho auditivo, óculos ou dentadura, 8 participantes responderam que sim, e declararam: “(...) *dentadura eu tenho, meu marido colocou faz mais de 15 anos, a de baixo perdeu (...)*” (Sebastiana); “(...) *tou muito [precisada]. A minha dentadura não presta para nada, faz bem uns dez anos (...)*” (Déia); “(...) *meu óculos ta ruim, não estou usando mais (...)*” (Isa); “(...) *é de óculos (...)*” (Rui); “(...) *tou de óculos, dentadura não quero (...)*” (Joana); “(...) *dentadura eu mandei fazer há*

muitos anos, num fizeram, aí eu fiquei com a minha veia mesmo, agora minha vista é que num presta (...)” (Bernadete). Diante de todos estes relatos, percebe-se que a negligência esteve presente na fala de todos os participantes e que ela geralmente apareceu associada a outras formas de violência, como a psicológica e o abandono.

A família deve ser considerada como o microssistema central na vida do idoso, ou seja, aquele ambiente em que ele poderá realizar trocas recíprocas de cuidados, atenção e proteção, numa relação face a face. Porém, quando há inexistência desta situação o idoso vive, mesmo que indiretamente, de forma não pertencente, ignorado, desvalorizado e excluído ou seja, considerado o **abandono**. Esta forma de violência esteve presente em 30% dos relatos obtidos nas entrevistas, sendo considerado quando os idosos manifestavam a não prestação de socorro ou ajuda recebida quando precisavam de assistência de alguém, ou ainda quando narravam que ficavam sozinhos por muito tempo. Assim, três idosos demonstraram, através de seus relatos, a presença de abandono em suas vidas: “(...) *nunca me deram nada, nem um alfinete (...)*” (Sebastiana); “(...) *só Deus mesmo me ajuda (...)*” (Laura); “(...) *fico sozinha até eles chegarem (...)*” (Joana). O idoso deseja ao longo de sua vida ter acolhimento, presença e amor de seus familiares, e precisa ser apoiado para que o seu desenvolvimento ocorra de forma saudável nesta fase da vida. O abandono por parte daqueles que fazem parte do microssistema familiar, é uma forma bastante cruel de violência.

Quanto à **violência física**, esta esteve presente nos relatos de 3 participantes e pode ser considerada como a forma mais difícil de ser detectada, pois a maioria dos idosos tentou escondê-la de alguma forma. Através das falas analisadas, algumas expressões sobre uso de força física contra o idoso puderam ser detectadas. Esta situação pode ser demonstrada em relação à Isa, quando questionada se a neta batia nela ela falou: “(...) *Não bater ela nunca bate não, mas me responde (...)*”; em outro momento da entrevista foi perguntado se ela já havia machucado e ela declarou “(...) *só teve uma vez que ela me pegou, quase me mata (...)*” “(...) *ela só me deu um tapa (...)*”.

Rui declarou a violência física, quando descreveu a briga de um filho, alcoólatra, e ele foi apartar: “(...) *quando cheguei lá piquei-lhe o pau (...)*”. Sônia descreveu a violência física quando mencionou as brigas com o marido: “(...) *Às vezes fica violento, pega o facão para mim (...)*”; “(...) *já me empurrou (...)*”. Estes dados corroboraram com o estudo que foi realizado em Camaragibe- PE, no qual a violência física esteve presente em 31,8% dos casos, sendo válido ressaltar que o referido estudo foi realizado em uma unidade de saúde da família de um município nordestino, ou seja, com certa similaridade de características sócio demográficas a este estudo (CARNEY & PARIS, 2003).

A **violência financeira** foi detectada como uma modalidade de violência vivenciada por 50% dos idosos entrevistados. Este dado foi detectado através das perguntas referentes à exploração imprópria e indevida de dinheiro e bens, e se o dinheiro do idoso estava sendo desviado para outros gastos, deixando-o com necessidades próprias. Foram feitas perguntas sobre quem administrava o dinheiro do idoso; se já tinha sido obrigado a assinar procuração passando bens para o nome de outras pessoas; se o dinheiro já tinha sido usado para comprar objetos para outras pessoas sem o consentimento dele; se as pessoas que moravam na casa dependiam do dinheiro do idoso para viver, e se já haviam feito empréstimo em algum banco. Mateus (2000) comenta que existem muitas denúncias de familiares que moram com idosos que acabam se apropriando de bens, utilizam violência física e psicológica para forçá-los a transferir bens e usar o benefício em proveito próprio. Todos os idosos deste estudo vivem em situação econômica precária, e a aposentadoria ou renda do idoso na maioria dos casos era a única fonte de renda da família. Porém, no que tange a violência financeira propriamente dita, sofrido no contexto familiar, esta foi percebida nos relatos de Sebastiana, Déia, Rui, Laura e Sônia. Os extratos de fala a seguir exemplificam esta modalidade de violência:

“(...) já me pediram, mas eu não quis, meu sobrinho (...)” (Sebastiana). Em outro momento, quando foi indagada a respeito do que o sobrinho havia pedido para ela assinar, Sebastiana falou que foi um empréstimo.

“(...) A gente ia comprar um apartamento, mas ele acabou com tudo. Mas ele vinha pra rua, vendia dois, três boi, ia pra chácara tomar banho de piscina, mulher, gastar tudo (...)”; *“(...) eu pego ônibus. Eu tinha um carro guardado (...)”*; *“(...) eu perdi tudo (...)”* (Déia).

“(...) o meu filho disse faça um empréstimo pra mim. Me deram conselho que eu não tinha pia, geladeira, eu fiz um empréstimo de três mil e trezentos reais (...)”; *“(...) ele comprou uma cama e um colchão para ele, comprou um guarda-roupa pequeno, um som para ele (...)”* *“(...) outra vez a casa de meu filho caiu, ele disse pai faça um empréstimo de dois mil, aí eu fiz o empréstimo pra terminar a casa dele (...)”* *“(...) Eu dei terreno a todo mundo, são oito filho, eu dei a todo mundo, são oito filho, tem sete casado, dei casa prá lá e prá cá (...)”* (Rui).

Laura quando questionada a respeito do dinheiro se era gasto conforme a sua vontade respondeu: *“(...) é eu tenho as obrigações, eu tenho que fazer a feira. (...)”*; Quando foi questionada se tinha empréstimos em algum banco respondeu positivamente e declarou: *“(...) pra comprar material da casa (...); (...) já foi feito outra vez para pagar umas contas (...)”* *“(...) tô pagando ainda, vem descontado todo mês (...)”*.

Sônia, afirmou ter empréstimo: “(...) *eu tenho num é só um não, tenho bem três ou quatro (...)*”; “(...) *Só pra comprar remédio mesmo, porque nem uma cama pra deitar eu tenho porque eu vendi até a cama pra comprar (...)*”; “(...) *eu tenho uma filha que tem os dois rins parados (...)*”.

Os resultados referentes à violência financeira contra o idoso no contexto familiar corroboram com os encontrados por Elsner, Pavan & Guedes (2007). Os autores afirmam que uma característica marcante da população que envelhece no Brasil é a falta de recursos financeiros. Zimmerman (2000), por sua vez, salienta que o salário do idoso aposentado é reduzido e não cobre o pagamento de sua alimentação e de sua medicação. Os resultados deste nosso estudo apontaram que os idosos entrevistados possuíam baixa renda e em 50% dos casos apresentou a violência financeira de forma evidente.

Araújo e Lobo Filho (2009) no seu trabalho sobre a análise psicossocial da violência contra os idosos moradores de Fernando de Noronha-PE refletem que os maus tratos contra a pessoa idosa dizem respeito a uma postura de negligência, falta de cuidados, descaso, agressões físicas e morais e tudo que compromete a integridade física e emocional. Sobre os agressores, os autores apontam que comumente são pessoas que possuem estreita relação com o idoso, sendo que em 2/3 dos casos são os próprios filhos, genros e cônjuges, fato também que ocorreu neste trabalho.

5.5 A AUTORIA DAS VIOLÊNCIAS

Assim, dando continuidade ao estudo sobre percepção da violência intrafamiliar pelos idosos moradores de Juazeiro-BA a segunda subcategoria da categoria *VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR* elencada para esta pesquisa foi relacionada ao **autor** da violência.

Constatou-se através das entrevistas que 17 familiares estavam envolvidos nas situações de violência. Então, a partir dos prontuários da família e complementados com informações colhidas durante as entrevistas com os idosos, foi possível traçar o perfil sociodemográfico dos autores da violência. No Quadro 04, é possível verificar as seguintes informações relacionadas aos autores: sexo, idade, escolaridade, estado civil, parentesco em relação à vítima, ocupação e dependência química.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
	<i>F</i>	<i>F(%)</i>		<i>F</i>	<i>F(%)</i>
<u>SEXO:</u>			<u>DEPENDÊNCIA QUÍMICA</u>		
Feminino	3	17,6	Álcool	9	52,9
Masculino	14	82,4	Drogas	2	11,8
<u>IDADE:</u>			Sem dependência	7	41,2
5-10	2	11,8	<u>ESCOLARIDADE:</u>		
11-30	5	29,5	Analfabeto	2	11,8
31-50	7	41,1	Ensino Fundamental	12	70,5
61-70	3	17,6	Ensino Médio	3	17,6
<u>PARENTESCO COM A VÍTIMA:</u>			<u>ESTADO CIVIL:</u>		
Filho (a)	5	29,5	Casado (a)	5	29,5
Neto (a)	5	29,5	Solteiro (a)	10	58,9
Genro (a)	1	5,8	Viúvo (a)	1	5,8
Sobrinho (a)	3	17,6	Divorciado/Separado	1	5,8
Cônjuge	2	11,8	<u>OCUPÇÃO ATUAL:</u>		
Irmão	1	5,8	Trabalha	7	41,2
			Não Trabalha	10	58,8

Quadro 04: Dados sociodemográficos dos autores da violência contra os idosos entrevistados (N=17). F = frequência e N = tamanho do grupo de participantes.

A partir do quadro 04, observa-se que 17,6% dos autores de violência contra os idosos eram do sexo feminino e 82,4% masculino. Percebe-se que existe uma diferença quanto ao gênero destes, em relação às vítimas que em 90% dos casos eram do sexo feminino. Esta observação corrobora com o trabalho realizado por Motta (2009) sobre a violência contra a mulher idosa, no qual a autora comenta que a violência doméstica praticada contra idosas é praticada, em sua maioria, por indivíduos do sexo masculino, principalmente por filhos, mas também netos. Ressalta que a situação de gênero é percebida quando se analisam a fragilidade física, afetiva e social das mulheres idosas, características também presentes nas idosas do sertão da Bahia, marcadas por uma vida sofrida. Conforme Saffioti (1994) em trabalho publicado sobre a diferença de gênero no Brasil comenta que:

O homem violento — e os homens são potencialmente, capazes de praticar violência — é gestado pelo ordenamento social patriarcal e nutre, através de suas práticas sociais, esse tipo de relações de gênero (p.164).

Quanto ao parentesco dos autores da violência em relação à vítima, foi verificado que 29,5% eram netos, 17,6% sobrinhos, 29,5% filhos, 5,8% irmãos e 5,8% genros ou noras. Percebe-se que a prevalência da violência ocorreu em maior frequência em pessoas de gerações diferentes, sendo menos frequente para irmão e cônjuge. Fato que corrobora com o trabalho de Thober, Creutzberg e Viegas,(2005) quando comentam que quando o relacionamento familiar ocorre com o cônjuge gera menos conflito que com filhos e netos, pois estes últimos possuem objetivos de vida diferentes. Não se pode negar que, além deste

aspecto, diferenças de valores e princípios presentes em cada geração podem predispor em conflitos, e também em violência.

No trabalho de Garcia (2008), a idade média dos indiciados foi de 39,7 anos, dado este compatível com o encontrado no presente estudo, pois, quando se avaliou a idade dos autores da violência, foi observado que 11,8% estavam na faixa etária entre cinco e 10 anos, 29,5% estavam na faixa etária entre 11 e 30 anos, 41,1% estavam entre 31 e 50 anos e 17,6% na faixa etária superior a 61 anos. Percebe-se, através destes dados, que a diferença de geração está presente entre os envolvidos. De acordo com Faleiros (2007), em seu trabalho sobre a violência contra a pessoa idosa, os agressores são geralmente pessoas de gerações mais jovens, principalmente filhos. Carter e McGoldrick (2001), por sua vez, refletem sobre a mudança de papéis no contexto familiar que ocorre na velhice, apontando que a transição ecológica de papéis, geralmente, favorece ao conflito entre os envolvidos neste processo.

Quanto à escolaridade dos autores da violência deste estudo, encontrou-se que 11,8% eram analfabetos, 70,5 % tinham ensino fundamental e 17,6% ensino médio. Quando estes dados são comparados à escolaridade dos idosos do estudo, percebe-se o desnível educacional entre os envolvidos, favorecendo ao aumento de força intelectual por parte do agressor, gerando uma situação de covardia na relação autor e vítima. Desta forma, pode-se considerar o desnível de escolaridade entre autor e vítima de violência como fator de risco para maus tratos a idosos.

Quanto ao estado civil dos autores da violência, observou-se que 29,5% do grupo de participantes eram casados, 5,8% viúvos, 5,8% separados e a maioria, 58,9%, solteiros. Quanto à ocupação, ressaltou-se que entre os autores, 58,8% não trabalhavam e 41,2% trabalhavam nas seguintes profissões: mecânico, auxiliar de serviços gerais, ajudante de olaria e pedreiro. Entre os autores da violência existiu uma frequência maior de indivíduos solteiros e que não trabalhavam. Esta situação favorece que eles tenham maior tempo de convivência com a vítima, assim como maior dependência econômica em relação ao idoso. Faleiros (2007) comentou que o desemprego, a dependência econômica e a convivência do agressor na mesma casa do idoso, favorecem a ocorrência de violência contra a pessoa idosa. O estudo realizado por Souza et al. (2004) sobre fatores de risco de maus-tratos ao idoso em relação ao cuidador em convivência intrafamiliar, apresentou como resultado as seguintes situações em relação ao cuidador: dependência financeira da renda do idoso, cuidador doente e estressado, convivência intergeracional conflituosa, entre outros.

Quanto à dependência química dos agressores dos idosos entrevistados nesta pesquisa, verificou-se que 52,9% eram dependentes de álcool, 11,8% eram dependentes de maconha e

41,2% não tinham história de dependência química. Vários estudos apontam a dependência química do autor como fator de risco importante para violência contra o idoso. WHO (2008), Souza et al. (2004) e Anderson (2007) salientam que muitos agressores apresentam problemas mentais e alcoolismo. A dependência química, principalmente o alcoolismo, mostrou-se como relevante fonte de problemas para os participantes deste estudo e este fato pode ser comprovado através da análise do conteúdo das falas relacionadas à violência, na qual a palavra bebida, álcool ou droga esteve presente em 32,8% destas.

A *World Health Organization-WHO* (2008) afirma existirem ligações diretas entre o álcool e o abuso contra os idosos, e relata também que os dependentes químicos são pessoas financeiramente dependentes das vítimas e costumam ser negligentes, além de praticar violência física, psicológica e explorar a vítima financeiramente, corroborando os dados da presente pesquisa.

Quando se tentou relacionar o autor com o tipo de violência praticado, percebeu-se que quanto à **negligência** é válido ressaltar que todos os idosos entrevistados pertenciam a famílias numerosas e moravam com muitos parentes no domicílio. Sendo assim, todos estes parentes poderiam ser considerados também, de certa forma, autores deste tipo de violência. Este tipo de violência esteve presente na vida de todos os idosos entrevistados causando-lhes sofrimento e diminuição da qualidade de vida. Porto e Koller (2006) refletiram que a insuficiência material, psicológica e afetiva por parte dos familiares tem levado a situação de negligência e potencial agressão. Fato também presente na realidade das famílias dos entrevistados neste estudo.

Quanto aos autores da **violência física** dos quatro idosos que mencionaram este tipo de mau trato, Isa apontou a neta como à responsável pela violência que sofre; Rui apontou o filho e Sônia o marido. Em todas estas situações, mostra-se a desproporção entre a força física da vítima e do agressor, ou seja, um ato que vitimiza com certo grau de perversidade o idoso, cuja fragilidade é própria do envelhecimento.

Em relação ao **abandono**, dois idosos que demonstraram sofrer abandono, Joana e Sebastiana, não tiveram filhos biológicos. Joana criou sobrinhos e no momento da pesquisa morava com dois deles e Sebastiana também morava com um sobrinho. Carmem, por sua vez, apesar de possuir seis filhos, demonstrou abandono uma vez que se refere à falta de ajuda, principalmente, em relação aos afazeres domésticos e nos cuidados pessoais, além de dormir sozinha mesmo tendo problemas de saúde e estando com dificuldades de locomoção, sendo vítima de vários episódios de queda. A partir deste dado, podemos supor que, tendo filhos, os idosos mantêm a esperança de nutrir as relações familiares em um estado saudável e evitar o

abandono. A falta de filhos pode ter favorecido a Joana e Sebastiana serem vítimas desta forma de violência.

Quanto à **violência financeira**, presente na vida de 50% dos entrevistados, os filhos foram apontados como os responsáveis em 60% dos casos, o marido em 20% e o sobrinho em 20%. Embora não se possa estabelecer uma relação direta entre pobreza e violência, tantos os idosos como os seus familiares sofrem privações e acabam tornando o meio propício ao desrespeito, a intolerância e a brigas.

Em relação à **violência psicológica**, presente na vida de 90% dos entrevistados, todas as características sociodemográficas que apareceram em maior frequência podem ser consideradas fatores de risco para a ocorrência deste tipo de violência. Assim, os resultados desta pesquisa corroboram com o trabalho realizado por Gaioli e Rodrigues (2008), sobre ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio onde descrevem as características dos agressores como: viver na mesma casa que a vítima, ser dependente financeiramente do idoso e abusar de álcool e drogas.

5.6 O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Para entendimento do fenômeno da violência contra o idoso que ocorre no microsistema familiar em Juazeiro - BA é preciso também refletir sobre a reação das vítimas diante da situação de violência analisando se elas utilizam alguma estratégia de enfrentamento. Para isso foi elencada a terceira subcategoria da categoria *VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR* denominada **reações diante de situações de violência**.

Esta subcategoria foi analisada a partir das falas dos sujeitos relacionadas às reações diante de situações de violência cujos sentidos foram compreendidos por meio das significações explícitas e implícitas. Foram 58 trechos analisados que representou 27,6% das falas referentes à categoria *VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR*. Com a análise do conteúdo destas falas foi possível perceber, que as reações destes idosos diante de situações de violência variaram desde não tomar nenhuma atitude até externar a situação, porém de forma sutil, tímida e com bastante sofrimento. Tais reações demonstraram de forma evidente a fragilidade e a incapacidade de reação destes idosos.

Ao analisar as falas de Joana, percebeu-se que em nenhum momento ela demonstrou reação diante das situações de violência presentes em sua vida. Rui apresentou reação em apenas dois momentos quando falou da morte de seu filho devido a um acidente promovido pelo álcool, momento em que chorou e demonstrou tristeza e sofrimento e quando foi apartar

uma briga de outro filho, também etilista, e declarou: “(...) fui apartar a briga... briguei. Uma covardia, né? quatro batendo nele (...)” “(...) Nunca briguei com ninguém aí ficamos intrigado por causa do filho. (...)”. Estes dois idosos são vítimas de violência: Joana de abandono e negligência e Rui de violência física, psicológica, negligência, abandono e financeira. Porém, as falas destes participantes expressam poucos sentimentos e reações diante das diversas situações de violência presentes no contexto de suas vidas. Ou seja, podemos supor que o fato da violência repetir-se diversas vezes no dia a dia, torna-a considerada normal, banalizada ou até mesmo desconsiderada. Os agressores, sendo familiares próximos, de quem se esperam uma vinculação de honra, cumplicidade e confiança com os idosos, deixam-nos obscurecidos de seu direito de interferir ou de reclamar, passando a conviver de maneira natural e aparentemente sem conflitos.

Sebastiana, no seu discurso, mostrou fragilidade e tristeza e a busca de amigos para ajudar no enfrentamento da situação, assim ela declarou: “(...) o povo mandava me chamar porque estava com formiga na boca... aí fiquei nervosa (...) tem vez que eu choro (...) aí vou pra casa de um e de outro (...)” “(...) Mas agora não estou nem aí. Saio de casa. O povo diz Dona Sebastiana a Sra. vai e ele fica aí. (...)”. O apoio social de amigos foi considerado o suporte necessário para que Sebastiana ultrapassasse a situação de violência e desenvolvesse habilidades para enfrentar aquela situação de risco. Assim, este convívio com amigos pode ser considerado um microsistema, em que o espaço ecológico possui capacidade protetora para o desenvolvimento da idosa ao longo desta fase da vida, pois a encoraja e estimula para que a situação possa ser suportada sem maiores sofrimentos.

Em relação à Déia, ela expressava um sentimento de vergonha, sem possibilidade de conversar com outras pessoas e buscava a ajuda de Deus diante destas situações. Ela relatou: “(...) eu sofria com isso. Sentia vergonha, eu sentia vergonha de contar ao povo. (...)” “(...) Rezo e entrego a Deus (...)”. No discurso de Déia ao longo da entrevista, por diversas vezes ela comenta que mora longe de amigos, que os líderes do bairro não se mobilizam para ajudar uns aos outros, porém através desta fala demonstra a necessidade de isolamento e de introjeção diante das situações de violência, que era motivo de bastante vergonha, causa de afastamento das pessoas e o único recurso utilizado por ela foi a Religião. Corrobora com o que o Caderno da Violência Contra a Pessoa Idosa (2007) fala a respeito do silêncio da vítima, dizendo que é proveniente do sentimento de vergonha por não ter conseguido superar a situação e por não querer abalar a reputação da família. Percebe-se, na fala desta idosa, que apesar da violência sofrida não ter deixado marcas físicas, ela apresentou marcas psicológica e moral significativas.

Nas falas de Isa e de Helena também se percebe a busca de um apoio religioso diante da violência: “(...) *eu não vou reclamar nada, entrego na mão de Deus, né? Porque a gente tem que entregar a Deus (...)*” “(...) *eu chorei querendo tomar a faca... segurei no braço dele você me dar agora em nome de Jesus (Isa); (...)* eu digo: *quem pode mais do que Deus, rapaz? (...)*” (Helena). Através dos relatos destas pessoas, a espiritualidade mostrou-se bastante presente sendo que Deus representa poder, força e coragem diante das situações de violência que se consideram incapazes de reagir sozinhos. Percebe-se que a vinculação dos participantes à religião pode ser considerada um fator protetor, favorecendo o desenvolvimento de habilidades perante situações de vulnerabilidade que predisõem ao risco.

Nas falas de Laura existe um sentimento de tristeza e preocupação com o filho violento, muitas vezes sendo motivo de choro e angústia: “(...) *Eu fico agoniada, preocupada com medo dele bater nela. (...) choro, fico muito triste, eu sou besta pra chorar (...)*” “(...) *eu não faço nada, não tenho que fazer, só fiquei muito nervosa e depois me acalmei (...)*” Em outras falas, ela demonstra uma tentativa de diálogo, conversa e de reclamação: “(...) *chamo ele e converso com ele, só que ele tando bêbado num me obedece não. Reclamei com ele (...)*”. As falas de Laura remetem fragilidade e impotência diante das situações, porém, ela demonstra perseverança uma vez que tenta dialogar. Estes dados corroboram com os achados de Menezes (1999) quando comenta que a omissão por parte dos idosos diante de uma situação de violência é proveniente da insegurança, medo, proximidade, afeto, amor e instinto de proteção que existe na relação com o familiar agressor.

As falas de Carmem são semelhantes às de Laura, ou seja, remetem fragilidade, preocupação e tristeza, com uma tentativa, embora sem sucesso, de através do diálogo reverter à situação: “(...) *me preocupo porque eu num gosto de ver, só gosto de ver tudo na paz (...)*” “(...) *eu falo, eu choro, eu fico muito triste (...)*”. Quando o idoso encontra-se diante de uma situação de violência, principalmente, provocada pelos filhos, a tristeza torna-se presente, provocada, muitas vezes, pelo sentimento de culpa por ter falhado na educação dos próprios filhos.

Helena e Sônia nos seus discursos apresentam como reação diante à violência a tentativa de fuga e a busca por familiares e parentes: “(...) *eu tinha ficado nervosa na noite anterior porque ele chegou bêbado, tive vontade de sair para ir pra casa de outra filha que é pertinho (...)*” (Helena) “(...) *quando eu tô assim, de raiva, às vezes eu vou para casa da minha filha (...)*” (Sônia) “(...) *no momento que tudo acontece eu só tenho vontade de sair de casa e não voltar mais (...)*” (Helena). A vivência de eventos traumáticos dentro do

microsistema familiar, no domicílio, promove em Helena e em Sônia o desejo de busca de um novo contexto, e a casa das filhas seria um microsistema, onde elas poderiam frequentar e se afastar da violência promovendo o distanciamento do ambiente ecológico de risco. Percebe-se através das falas de Helena que apesar da violência ter sido praticada pelo filho, foi na família que ela procurou apoio e ajuda mostrando a importância que a família tem para a idosa, pois é nela que ela recorre e encontra segurança.

Menezes (1999) reflete que o idoso vítima de violência, sente-se permanentemente ameaçado e se cala para garantir a segurança. Neste trabalho, o medo do idoso em relação ao agressor e de piorar ainda mais a situação existente também foi expresso através do discurso de alguns participantes: “(...) ôxe, eu tenho medo dela, ela tem uma força que eu quero que a Sra. veja (...)” (Isa); “(...) quando ele tá bêbado eu tenho medo (...)” (Laura); “(...) aí pra evitar confusão com meus filhos e meus netos (...)” (Sônia). Estas falas estão de acordo com o Caderno de Atenção à Pessoa Idosa (2007), que menciona o medo de revelar a ocorrência de violência ou de denegrir a imagem da família diante da sociedade. Assim, o ocultamento da violência, fortalece o agressor pondo em risco a vida do idoso e dos demais membros da família. Menezes (1999), também, reflete sobre a desigualdade existente na relação idoso agressor, pois a fragilidade física (déficit auditivo, visual, motor e cognitivo) e psicológica do idoso em comparação ao agressor, geralmente mais jovem, submete o idoso a uma situação constrangedora diante dos outros familiares. Desta forma, o autor considera esta situação como uma das mais severas formas de agressão e esta situação pôde ser percebida também nas falas de Isa e Laura.

Alguns idosos, diante da situação de violência, apresentaram reações patológicas e/ou orgânicas, ou seja, somatizaram o problema vivenciado: “(...) a gente se preocupa, o problema de pressão que a gente tem é de preocupação (...)” (Bernadete); “(...) fiquei agoniada, com falta de ar, mas acho que foi a pressão que subiu (...)” (Isa); “(...) senti que tava me matando, uma quentura muito grande no meu corpo (...)” (Helena); “(...) tristeza, eu já tinha; um vento me levava de tão magra (...)” (Sônia). Na prática médica são muito comuns problemas emocionais e psicológicos manifestarem-se de forma orgânica, é o que se chama de doença psicossomática. São enfermidades como asma, úlcera, dermatose, hipertensão, depressão e ansiedade que se acompanham de lesões orgânicas detectáveis, mas que em sua origem e evolução encontram-se eventos de ordem afetiva. No caso destes idosos estudados, a violência domiciliar e todos os sentimentos que dela decorrem, podem ser apontados como uma das causas de doenças sofridas por eles, haja vista os fortes depoimentos dados em momento de nossas entrevistas. Este exemplo serve para mostrar a importância do

conhecimento destes aspectos por parte dos profissionais de saúde, com o intuito de realizar um melhor diagnóstico inclusive investigando a ocorrência de violência.

Ao abordar o idoso diante de uma situação de enfermidade, faz-se necessário o profissional investigar fatores de risco para violência e que servirão como sinais de alerta, a fim de dar uma atenção integral e melhor para este idoso. O profissional de saúde precisa ter a consciência que as marcas física, psicológica e moral geram nestas pessoas sentimentos de medo, vergonha e até mesmo culpa pelo fracasso das relações familiares e fazem com que o idoso omita e até aceite a situação, porém existe o compromisso ético e social em rastrear e intervir a favor do idoso diante de qualquer situação de perigo. Ferrnandez (2007) aponta, em seu trabalho sobre o processo de envelhecimento e a intervenção social, a necessidade da formação gerontológica nos currículos dos profissionais de saúde para o correto desempenho na prática envolvendo este grupo etário no que se refere ao cuidado e nas relações pessoais.

Apesar dos idosos contarem com o Estatuto do Idoso desde 2003, como instrumento em favor da sua defesa, quando eles foram perguntados se já ouviram falar do Estatuto do Idoso, 6 responderam negativamente, 2 já tinha ouvido falar, mas não conhecia nada dele e 2 externou algum conhecimento quando declararam: “(...) *é mulher, é que o idoso tem que ser respeitado (...)*” (Déia); “(...) *conheço a minha filha trabalha no abrigo de velhos, que não pode bater no idoso, tem uma lei que não pode bater (...)*” (Sônia). Talvez se os idosos de Juazeiro-BA tivessem maior conhecimento sobre o Estatuto do Idoso as reações diante das situações de violência fossem outras. Em nenhum momento do discurso dos participantes foi mencionado o conhecimento ou a possibilidade de contar com a ajuda de instâncias de poder, ou órgãos públicos, ou particulares para defendê-los. Tanto o desconhecimento dos indivíduos sobre os serviços de assistência e de proteção ao idoso, como também a falta de ajuda na busca de socorro favorece a situação de silêncio e a ausência de denúncia.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da teoria bioecológica de Bronfrenbrenner (1996), o desenvolvimento é definido como o fenômeno de continuidade e mudança nas características bio-psicológicas do ser humano, tanto como indivíduos, como grupos. O fenômeno estende-se ao longo da vida, através de gerações sucessivas, e através do tempo histórico, do passado e do futuro. O idoso tem a característica de possuir uma bagagem de vida com experiências, traumas, valores que foram se acumulando no transcorrer da vida, e que influencia muito no momento presente da vida, principalmente, nas relações que ocorrem no microsistema familiar. Porém, também na velhice ele possui ainda a possibilidade de desenvolver, de se apropriar de emoções e de influenciar e ser influenciado pelo ambiente ecológico em que está inserido. Com os resultados alcançados neste trabalho, foi possível compreender as relações familiares, as quais envolvem o idoso morador de Juazeiro-BA; os tipos de violência que afetam este grupo etário, quem são os autores da violência, as reações dos idosos diante da situação de violência e quais são as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos para superar a situação.

A teoria bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Bronfenbrenner (1996), possibilitou o estudo por meio da visão contextualizada e dos processos de relacionamento dos idosos moradores de Juazeiro para compreender o fenômeno violência. Em diversos momentos, nos resultados, pode-se perceber que os fenômenos dentro do ambiente ecológico comportavam-se simultaneamente como produto e produtor de mudança evolutiva. Assim, foi possível considerar que o domínio da teoria foi aplicado à realidade dos participantes do estudo.

A partir dos resultados deste estudo, pode-se concluir que a complexidade que envolve o contexto ecológico familiar proporciona aos integrantes diversas influências, que de acordo com o momento podem ser consideradas positivas ou negativas e refletir direta e indiretamente nos relacionamentos. Por meio das entrevistas, foi possível perceber diversos sentimentos, que refletiam a qualidade dos relacionamentos familiares, pessoais e sociais dos idosos moradores de Juazeiro, entre eles a falta de respeito, a solidão, a tristeza e a preocupação. A maioria dos participantes realizava todas as tarefas domésticas da casa e muitos deles para todos os integrantes da família. As principais características da família dos idosos entrevistados foram: insuficiência material, psicológica e afetiva por parte dos integrantes, principalmente, entre o idoso e os autores da violência, na maioria deles usuários de álcool e outras drogas.

Para as pessoas entrevistadas, as qualidades mencionadas para classificar as pessoas mais significativas para eles foram: carinho, atenção e cuidado as quais foram pouco demonstradas nas relações existentes no ambiente ecológico familiar. Um aspecto positivo percebido foi o fato da maioria deles sentirem-se participativos nas decisões familiares e de receberem sempre notícias e informações de parentes e amigos. Conclui-se que os relacionamentos investidos de afeto e carinho podem ser considerados como fatores protetores para uma velhice bem sucedida, qualidades pouco presente entre os idosos do estudo, mas que o idoso consegue se adaptar a falta destes recursos e, mesmo assim, considerarem-se felizes como foi o relato de todos os participantes quando questionados se se sentiam felizes.

Os participantes deste trabalho freqüentavam pouco a igreja, não participavam de grupos, mas as relações de amizade, principalmente, com vizinhos foram mencionadas como algo importante, presente e significativo para este grupo de pessoas. A saúde e a família foram consideradas como as coisas mais importantes, e a falta de recursos materiais e financeiros como algo normal e esperado na vida. É importante que estes aspectos sejam lembrados no momento da formulação das políticas voltadas para o idoso para que as ações planejadas contemplem a real necessidade deste grupo etário.

As principais formas de violência presentes no ambiente intrafamiliar dos idosos foram a psicológica e a negligência, seguindo com a financeira e em menor proporção a física e o abandono. Este resultado contradiz outros trabalhos que evidenciam o abuso físico, como o tipo mais comum de violência contra o idoso (BRADLEY, 1996). Porém, para os idosos de Juazeiro-BA a violência é percebida nas ações e circunstâncias vivenciadas por eles no cotidiano como confusão, bebida, brigas, desentendimento, brutalidade, desobediência, tristeza e agressão física.

Em relação aos autores da violência observou-se que os agressores eram na maioria das vezes filhos da vítima, do sexo masculino, dependentes financeiramente e usuários de drogas e de álcool.

Quanto à reação dos idosos diante das situações de violência apresentou-se em alguns casos como inexistente ou em outras situações de forma tímida, temerosa e fragilizada. Não demonstraram uma atitude mais enérgica em nenhum momento, e o choro, a tristeza e a vergonha traduziram os sentimentos deles diante destas situações. Alguns idosos afirmaram que já se acostumaram e que não se preocupavam, mas em outros momentos eles mesmos informavam o contrário. Alguns idosos apresentaram reações através da manifestação patológicas, ou seja, somatizando a situação de violência vivenciada, e esse tipo reação serve para alertar aos profissionais de saúde quanto à necessidade de considerar as questões afetivas

como influência direta na manifestação de doenças. A inclusão do Psicólogo nas equipes de saúde da família pode ser considerado como estratégia, tendo em vista a necessidade do apoio aos profissionais diante destas situações, como também na prestação dos cuidados a população assistida.

Quanto às estratégias de enfrentamento, percebe-se através dos relatos que o apoio de amigos e familiares foi à estratégia utilizada pelos idosos para suportar a situação de estresse e de violência. Outros participantes mencionaram a religião como conforto, apoio e esperança nos momentos de violência.

O estudo permitiu visualizar os fatores de risco que predisõem a ocorrência de violência no ambiente familiar para os moradores de Juazeiro-BA como: eventos estressantes, ausência de apoio, falta de afeto, preocupação, baixo nível sócio econômico e alcoolismo. Porém, a coesão familiar, o apoio social externo e o religioso podem ser considerados como fatores de proteção, pois serviram de suporte para o enfrentamento das situações de violência e serviram como motivação para superar as adversidades decorrentes dos processos proximais.

A falta de conhecimento em relação da legislação a favor do idoso existente nos dias atuais propicia a ocultação da violência e o silêncio diante destas situações por parte da população. Como a família foi identificada como promotora de violência, a estratégia de saúde da família pode ser considerada como forma de identificação e de intervenção diante deste problema. Para isso, sugere-se uma capacitação dos profissionais que fazem parte desta estratégia e a articulação de uma rede de apoio a estes idosos, a fim de formar parcerias para o combate a violência.

Campanhas de educação para a população idosa e da comunidade a respeito da divulgação do Estatuto do Idoso (2003) e de outras políticas que favorecem este grupo etário devem ser estimuladas, procurando incentivar as denúncias e o combate desta forma tão cruel de violência. Sempre diante de um plano de ação é preciso levantar o problema, observar a sua relevância, traçar as estratégias para execução do plano, e finalmente elaborar sua execução. O que se buscou mostrar neste trabalho foi que a violência contra o idoso morador de Juazeiro-BA existe e precisa ser combatida e a educação dos participantes envolvidos nos cuidados com o idoso pode ser considerada uma forma adequada de intervenção e uma medida viável para enfrentar um problema tão relevante. À medida que o envelhecimento acontece de maneira acelerada, a qualidade de vida do idoso torna-se não só desejável, mas necessária. Sendo assim, as características peculiares deste grupo populacional, e deve ser levado em consideração no momento da formulação e implementação das políticas públicas e

dos planos de enfrentamento da violência, senão por eles próprios, então por aqueles que conhecem e se sensibilizam com a causa.

Espera-se que este trabalho tenha sensibilizado a comunidade acadêmica e a sociedade em geral no que se refere ao fenômeno da violência contra o idoso e sirva como impulso para despertar pesquisadores a dar continuidade aos estudos relacionados aos idosos de Juazeiro – BA.

7. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A.S. & TRÓCOLI, B.T. *Desenvolvimento de uma escala de bem estar subjetivo*. Psicologia: teoria e pesquisa, 20 (2), 153-164, 2004.
- ALENCAR, R.S. *Punidos por Envelhecer*. Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento. Porto Alegre. V.8, p.67-81, 2005.
- ALVAREZ, A.M. *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. Florianópolis (SC): UFSC; 2001.
- ALVES, V.P. *Envelhecimento: resiliência e espiritualidade*. Diálogos Possíveis. Disponível em www.fsba.edu.br/dialogospossiveis, 2007.
- ANSELMO, M. *Caderno de violência contra a pessoa idosa. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde -CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.
- ANTONI, C. & KOLLER, S.H. *O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência*. Psicologia: Ciência e Profissão, 21(1) 14-29, 2001.
- ARAÚJO, L.F. & LOBO FILHO, J.G. *Análise psicossocial da violência contra idosos*. Universidade Federal do Piauí & Escola Arquipélago Fernando de Noronha. Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(1), 153-160. 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BELL, N.S; HARFOR, T.C.; FUNCHES, C.H.; McCARROL, J.E.; SCHWARTZ, C.E. *Spouse abuse and alcohol problems among white, african american, and hispanic U.S. Army Soldiers* NIH Public. Access National Institutes of Health. 30: 1721-1733. 2006.
- BEZERRA, M.L.B.F. *Perfil epidemiológico dos idosos moradores do bairro são Geraldo, município de Juazeiro-BA*. Relatório de pesquisa não publicada, 2006.

BRADLEY, M. *Elder abuse*. BR MedJ.; 313:548-50. 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde-Secretaria de Políticas de Saúde- 2001.

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

BRONFENBRENNER, U. & CECI, S.J. *Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model psychological review*. 101 pp. 568–586, 1994.

BRONFENBRENNER, U. & EVANS, G.W. *Developmental science in the 21st century: emerging theoretical models, research designs, and empirical findings*. Social Development. 9, 1. 115-125, 2000.

BRONFENBRENNER, U. & MORRIS, P.A. *The ecology of developmental processes*. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, p. 993-1028, 1998

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. Trabalho originalmente publicado em 1979, 1996.

BRONFENBRENNER, U. *Ecological system theory*. Annals of Child Development, 6 187-249. Links, 1989.

BRONFENBRENNER, U. *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. California: Sage. 2004.

BRONFENBRENNER, U. *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. London: Sage, 2005.

CALDAS, C.P. *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003.

CAMARANO A.A., EL GUAOURI, S.K. *Idoso brasileiro: que dependência é essa?* In: Camarano (org). Muito Além dos 60: os Novos Idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, pp 281-306, 1999.

CAMARANO, A.A. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Texto para discussão nº 858. IPEA, Rio de Janeiro, 2003.

CAMARANO, A.A. *O idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; LEITÃO E MELLO, J. *Como vive o idoso brasileiro?* In: Camarano, A.A.(org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, PP 25-73, 2004.

CARNEY, M.T.; KAHAN, F.S.; PARIS, B.E.C. *Elder abuse. Is Every Bruise e Sigh of abuse?* The Mount Sinai Journal of Medicine. 70: 69-74. 2003.

CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para terapia familiar*. (2ª Ed).(M,AV. Veronese, Trad) Porto alegre: Arte médicas. (Originalmente publicado em 1989), 2001.

CECCONELLO, A.M. & KOLLER, S.H. *Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco*. Psicologia Reflexão e Crítica,15(3), p.368 – 389, 2004.

CHAIMOWICZ, F. *Os idosos brasileiros do século XX!. Demografia, saúde e sociedade*. !a edi. Belo Horizonte: Editora Postgraduate, 1998.

CHAUÍ, M. *Uma ideologia perversa*. Folha de São Paulo, Dom. 14/3/99, Cad. 5 MAIS!

COPETTI, F.; KREBS, R.J. *As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico*. In: KOLLER, S. H. Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: casa do Psicólogo, 2004. p. 71-93.

COSTA, P.L & CHAVES SANTOS, P.G. *Violência afetiva e violência doméstica contra idosos*. Janeiro de 2003. Fonte: www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/5.pdf.

COUTINHO, R.X. & ACOSTA, M.A.F. *Ambientes masculinos da terceira idade*. Ciência e Saúde Coletiva, 14 (4), 1111-1118, 2009.

DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. Fapesp, 1999.

ELBOUX, D.M.J.; NERI A.L. & CACHIONI, M. *Saúde e Qualidade de vida no envelhecimento*. Campinas, Ed. Alínea, 236pp. 2004.

ELSNER, V.R.; PAVAN, F.; GUEDES, J.M. *Violência contra o idoso: ignorar ou atuar?* RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 46-54, jul./dez. 2007.

FALEIROS, V. P. *Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores*. 1ª ed. Ed Universa – UCB. Brasília: 2007.

FERNANDÉZ, R.P. *El proceso de nvejecimiento y la intervención social*. RBCEH, Passo Fundo, v.4, n.1, p. 57-55, jann/jun. 2007

FIGUEIREDO, S. *Abuso em pessoas idosas: Algumas considerações*. Ministério da Justiça. 2003.

FRANCO, M. L. *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano Editora, 2003.

FREITAS, E.V.F.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 33:1080-1087. 2006

GAIOLI, C.C.L.O.; RODRIGUES, R.A.P.R. *Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio*. Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 16, n. 3, p.465- 470, 2008.

GARCIA, S.S. *Violência intrafamiliar contra idosos: psicopatologia do indiciado*. Dissertação (Mestrado) Universidade do Extremo sul Catarinense, Programa de Pós-graduação em ciências da saúde, Criciúma, 2008.

GARCIA, S.S., COMIM, C.M.; ROSA, M.I.; XAVIER, F.M.F.; QUEVEDO, J. *Violência intrafamiliar contra idosos: perfil do indiciado e agredido*. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, no. 4, de 2009.

GARMEZY, N & MASTEN, A. *Chronic adversities*. In: M. Rutter, E. Tylor & L. Herson (Orgs), Child and adolescence psychiatry (pp. 191-207). Oxford: Blanckwell Scientific Publication. 1994.

GÁSPARI, J.C. & SCHWARTZ, G.M. *O idoso e a resignificação emocional do lazer*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, Vol. 21 n. 1, pp. 069-076, Jan-Abr, 2005.

GAWRYSZEWSKI, V.P; JORGE, M.P.M.; KOIZUME, M.S. *Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual*. Revista da Associação Medicina Brasileira; 50(1):11-22, 2004.

GIBBS, L.M.; MOSQUEDA, L. *The Importancy of Reporting Mistreatment of the Elderly*. American Academy of Family Physicians 2000; 75:0123-0127.

GROSSI, P.K.; SOUZA, M.R. *Os idosos e a violência invisibilizada na família*. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, ano II dez, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades/>. (2004 mai 18)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativa de população para 1º de julho de 2004*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> (2005, jun, 27)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções da população do Brasil por sexo e idade- 1980-2050*. Revisão 2009. Rio de janeiro: IBGE, 2008.

JOÃO, A.F. ET AL. *Atividades em grupo alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento*. Textos Envelhecimento, v.8, n.3, Rio de Janeiro, 2005 Publicado Universidade Aberta para a terceira idade - UNATTI, 2005.

LANCHS M.S.; PILLEMER, K. *Elder Abuse*. Elsevier. 364:1263-1272. 2004.

LEGER, J.M; TESSIER, J.F; NOUTY, M.D. *Psicopatologia do envelhecimento: assistência aos idosos*. Tradução Antônio Carlos de oliveira Corrêa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

LEME, L.E.G. *A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica*. In: Papaléo Netto M. (ed) Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, pp13-25. 1996.

LEME, L.G. & SILVA, P.S.C. *Os idosos e a família*. In: Netto, M.P.O. Gerontologia. A velhice e o Envelhecimento em visão globalizada (pp92-97) São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

LEONARD, J.L. (2007). *Qual a importância dos sentimentos na análise do Comportamento*. Rede Psi. Recuperado em 22 jul. 2010 de: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=98>

LISBOA, C.; HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H. *Ética na pesquisa com temas delicados: estudos em psicologia com crianças e adolescentes e violência doméstica*. In: IARA, C.Z.G.;

SCHMIDT, M.L.S.; ZICKER, F.(org). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.176-192.

MACHADO, L., & QUEIROZ, Z. V. *Negligência e maus-tratos*. In: FREITAS, E. V.; PY, L. CANÇADO, F.A.X; DOLL, J.; GORZONI, M.L. (Eds.). Tratado de geriatria e gerontologia, (pp. 1152-1159). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

MACHADO, L., GOMES, R. e XAVIER, E. *Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava*. In: Insight Inteligência, ano IV no 15, 2001.

MAREAUSE, M.A.G. *Reflexões sobre a violência, suas manifestações na mídia e implicações no universo infanto-juvenil*. Cadernos - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.10, n.4,p.28-32, out..dez., 2004.

MARTINS, E., & SZYMANSKI, H. *A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias*. Estudos e Pesquisa em Psicologia, 1(4), 66-77, 2004.

MATEUS, S.B. *Disputa por bens causa violência contra o idoso*. O Estado de São Paulo, set. 2000.

MELO, V.L.; CUNHA, J.O.C.; FALBO, H.G. *Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco*. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. Recife, 6 (Supl 1): s43-s48, Maio, 2006.

MENDES, P.B.M.T. *O espaço domiciliar enquanto espaço diferenciador do cuidar*. Revista Brasileira Homecare; 64(4):20-4. Ago, 2000.

MENEZES, M.R. *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*. [tese]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.

MINAYO, M.C. *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005.

MINAYO, M.C.S. & COIMBRA JR, C.E.A. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 212 pp. ISBN: 85-7541-008-3 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1127-1132, jul-ago, 2004.

MINAYO, M.C.S. *Abusos e maus-tratos ao idoso*. In: Boletim IBCCRIM. (Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais), São Paulo, Ano 8, n. 95, p. 11-12, out. 2000.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Ed. 8. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. *Violência contra idosos: relevância de um velho problema*. Caderno de Saúde Pública. 3: 783-791, 2003.

MINAYO, M.C.S., Z.M.A., & BUSS, P.M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciência e Saúde Coletiva, 5(1), 7-48.

MORAES, C.L.; APRATTO J.R.; CAVALCANTE, P.; REICHENHEIM, M. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública 24(10): 2289-2300.

MOTTA, A.B. *Violência contra as mulheres idosas – questão feminista ou questão de gênero?* NEIM/UFBA Congresso de 2009 da LASA (Associação de Estudos Latino-Americanos), no Rio de Janeiro, Brasil, de 11 a 14 de junho de 2009.

NERI, A.L & YASSUDA, M.S. *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: papirus. 2004.

NERI, A.L. *Atitudes e crenças sobre velhice: Análise de conteúdo de textos de jornal*. O Estado de São Paulo. In: Von Sinson ORM, Néri Ale Cachioni M.(Orgs.) *As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil*. Campinas: Átomo e Alínea: 13-54, 2003.

NERI, A.L. *Palavras chaves em gerontologia*. Campinas. Alínea, 2001.

NERI, ANITA L. *Idoso no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. Sesc-SP. Sesc Nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

OLIVEIRA, M.M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre violência e Saúde. 2002.

PAPALÉO NETTO, M & PONTES, JR. *Envelhecimento: desafio na transição do século*. In: Papaléo Netto M, (ed) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, pp. 3-12, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. 252p. Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PINHEIRO, M.R.M. *Uma época especial: suporte social e vivências acadêmicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Recuperado em 14 de Maio de 2008, de: <http://www.fpce.uc.pt/pessoais/pinheiro/trabalhos.htm>, 2003.

PORTO, I & KOLLER, S.H. *Violência contra idosos institucionalizados*. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 9, nº 1, p. 1-9, Jan./Jun. 2008.

PORTO, I. & KOLLER, S.H. *A violência na família contra pessoas idosas*. Interações, 12 (6), 105-142, 2006.

PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. *Análise de conteúdo*. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

SAFFIOTI, H.I.B. *Violência de gênero no Brasil contemporâneo*. In: SAFFIOTI, Heleieth I. B.; MUÑOZ-VARGAS, Monica (Org.). *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília: UNICEF/NIPAS, p. 151-185, 1994.

SALIBA O; GARBIN CAS; GARBIN AJI; DOSSI AP. *Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica*. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 41: 473-477, 2007.

SANTANA, H.B. & SENA, K.L. *O idoso e a representação de si*. A Terceira Idade, 14(28), 44-53. 2003.

SANTOS A.M.; LEITE, M.T.; HILDEBERANDT; *Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. v.11, n.2, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, S.R.; SANTOS I.B.C.; FERNANDES, M.G.M.; HENRIQUES, M.E.R.M. *Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 10(6): 757-64. 2002.

SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.; COUTO, M. T. *Violência e saúde: estudos científicos recentes*. Revista de Saúde Pública, 40, 112-120, 2006.

SILVA, I.P. *As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras*. In: Karsch, U.M.S., organizadora. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; p.147-70. 1998.

SILVA, M.J.; OLIVEIRA, T.M; JOVENTINO, E.S.; MORAES, G.L.A. *A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia*. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]; 10(1):124-136. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a11.htm>. 2008.

SILVESTRE, J.A; COSTA NETO, M.M. *Abordagem do idoso em programas de saúde da família*. Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, 19 (3): 839-847, 2003.

SOUSA ET AL. *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública; 37(3):364-71, 2003

SOUZA, A.S.; MEIRA, E.C.; NERI, I.G.; SILVA, J.A.; GONÇALVES, L.H.T. *Fatores de Risco de Maus-Tratos na relação idoso/Cuidador em convivência intrafamiliar*. UNATI - Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro. 7:1-15. 2004.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3ª ed). Porto Alegre: Artmed, 2002.

SWAGERTY D.L.; TAKAHASHI, P.Y.; EVANS, J. *Elder Maltreatment*. University of Kansas Medical Center e Mayo Clinic on Mayo Foundation Rochester, Minesota. 13:371-378.2006.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M. & VIEGAS, K. *Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar*. Revista Brasileira de Enfermagem, 58(4):438-43. jul-ago, 2005.

VITTA, A. *Capacidade de Trabalho e velhice*. In: ELBOUX D M J, NERI AL & CACHIONI M. Saúde e Qualidade de vida no envelhecimento. Campinas, Ed. Alínea, 2004.

WEI, G.S.; HERBERS, J.E.JR. *Reporting elder abuse: a medical, legal, and ethical overview*. Journal of the American medical Womens Association. .59:248-254. 2004.

WHO - World Health Organization. *Elder Abuse and Alcohol*, 2008. www.inis.ie.

WHO - World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneve: WHO, 2002.

ZASLAVSK, C., GUS, I. *Idosos: doença cardíaca e comorbidade*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 79, 635-639, 2002.

ZIMERMAN, G.I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed. 229p, 2000.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. *Coping: pitfalls and promise*. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto-CA, v. 55, p. 745-774, 2004.

ANEXO I

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS: (Serão preenchidos com as informações do prontuário e complementadas na entrevista se necessário)

Nome:

Idade:

Estado civil:

Naturalidade:

Escolaridade:

Número de Filhos:

Profissão:

Situação ocupacional atual: Há quanto tempo?

Religião:

Com quem mora:

RELAÇÕES FAMILIARES E PESSOAIS

Você recebe visitas ? De quem ? Com qual frequência ?

Como é o relacionamento na sua família?

Quem é a pessoa mais significativa da sua família para você? Por quê?

Como você se sente morando com estas pessoas ?

Quantas refeições você faz por dia?

Quem prepara a comida? Você gosta da comida preparada?

Você gosta de fazer a comida?

Alguém já lhe obrigou a comer o que não quer?

Você cuida da sua higiene pessoal?

Você recebe ajuda para tomar banho?

Quem arruma a casa?

Você realiza alguma tarefa em casa? Qual (ais)?

Você participa das decisões da família?

Quais são os parentes que você se relaciona frequentemente?

Você tem amigos? Muitos? Poucos?

Para você é importante ter amigos?

Você sente solidão algumas vezes? Se sim, com qual frequência?
Você tem alguma atividade de lazer? Se sim, com qual frequência?
Você frequenta a igreja? Se sim, com qual frequência?
O que você não gosta de fazer e mesmo assim é obrigado a fazer? Por quê?
Você gosta de viver onde vive? Por quê?
Há algo que te incomoda? O que? Por quê?
Se pudesse mudar a sua vida o que você mudaria?
Você tem liberdade e autonomia dentro de casa?
Alguém já deixou de lhe prestar ajuda quando você precisou? Em que situação?
Alguém já lhe proibiu de sair de casa? Quem? Por quê?
Alguém já lhe proibiu de ver amigos ou outras pessoas? Quem? Por quê?
Você participa de alguma atividade de grupo? Se sim, qual? Com qual frequência?
Se você adoecer tem quem cuide de você? Quem?
Quem ajuda você na hora da medicação?
Você sente que está atrapalhando a vida de alguém? Quem? Por quê?
Você acha que alguém não gostaria de morar com você?
Você acha que alguém gostaria que você estivesse em outro lugar? Quem? Onde?
Como você avalia a sua saúde?
Como é o seu dia-a-dia?
Como é o seu final de semana?
Você se sente respeitado?
Você tem com quem conversar quando está triste ou nervoso?
Você participa da vida em família, recebendo informações e notícias?
Você se considera feliz?
Você acha que as outras pessoas gostam de você?
Para você o que é envelhecer?
Você conhece o estatuto do idoso? Se sim, o que conhece dele?
O que é mais importante na vida para você?
Onde você dorme? Dorme alguém no seu quarto?

VIOLÊNCIA:

O que você acha que é violência?
Há violência nas relações na sua família? Entre quem? Como acontece esta violência?
Essa violência te atinge? Como?

O que você faz quando isso acontece?
Alguém na sua casa já machucou você? Quem?
Você tem medo de alguém que convive com você?
Você já sofreu alguma agressão verbal ou insulto?
Você é tratado como criança em casa? Por quem? Você gosta?
Sua família já lhe deixou preso em casa?
Você tem sofrido algum tipo de punição ou privações? Qual?
Alguém da sua casa te qualifica de algum nome que você não gosta? Qual?
Alguém de sua casa coloca apelido que você não gosta? Qual?
O que acontece quando você discorda de alguma coisa em casa?
Você se sente respeitado na sua intimidade e privacidade?
Você está precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura?
Você tem ficado sozinho por longo período?
Você se sente em segurança na sua casa?
Você recebe ajuda sempre que necessita?

VIOLÊNCIA FINANCEIRA

Você tem renda própria? Qual?
A sua renda é suficiente para viver?
Você ajuda alguém com a sua renda? Quem? De que forma?
Você recebe ajuda de alguém para o seu sustento? Se sim, de quem?
Você mora em casa própria?
Você se aposentou com qual idade?
Como você administra os seus bens?
Já assinou documentos sem conhecer de que se tratava?
Alguém já lhe obrigou a assinar algo contra a sua vontade?
Você recebe e administra seu dinheiro conforme sua vontade?
Seu dinheiro já foi usado para atender necessidades de seus familiares sem o seu consentimento?
Você foi forçado a assinar procuração ou outro documento repassando bens ou direitos para outra pessoa?
Você foi forçado a realizar compras contra a sua vontade ?
As pessoas que tomam conta de você dependem de seu dinheiro para viverem?
Você tem empréstimo em algum banco? Por que fez?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: PERCEPÇÃO DE MAUS-TRATOS NO DOMICÍLIO PELO IDOSO MORADOR NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO-BA

Pesquisadora: Maria Luiza Barros Fernandes Bezerra. Professora da Universidade Federal do Vale São Francisco, (mestranda do PPGP/Minter-Dinter). Inscrição no Conselho Regional de Medicina da Bahia: 18332. Email: barrosbr@uol.com.br, Fone: (87) 8814-1221

Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral

Professor Fernando Figueira

Rua dos Coelhos 300 Boa Vista Recife – PE Brasil CEP: 50.070.550

Fone: (81) 2122-4756

Espera-se que esta pesquisa possa colaborar com conhecimento científico acerca da concepção de violência sofrida por idosos e com as políticas públicas voltadas principalmente para a prevenção da violência na velhice.

Serão realizadas entrevistas individuais com idosos moradores do Bairro São Geraldo, município de Juazeiro. As entrevistas serão gravadas em MP4. As informações obtidas com a entrevista serão utilizadas unicamente neste trabalho sendo inutilizadas logo em seguida.

Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa psicológica, o colaborador tomará ciência dos princípios abaixo discriminados e que regerão sua participação.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu,

concordo em participar deste projeto científico, bem instruído (a) neste termo de consentimento, de acordo com os seguintes princípios:

AUTONOMIA: Considero preservada minha participação como voluntário(a), sem coerção pessoal ou institucional, dando minha permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em MP4. Estou ciente de que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas pelo pesquisador a meu contento.

BENEFICÊNCIA: Estou ciente de que não haverá benefícios diretos ou imediatos para mim enquanto entrevistado deste estudo, além de eventuais ganhos altruísticos e emocionais de poder falar sobre o assunto em pauta. Estou ciente de que também não haverá benefícios diretos e imediatos para minhas atividades profissionais ou para a instituição onde trabalho, mas sei que poderá haver alguma mudança positiva na abordagem de problemas de saúde após outros profissionais e outras instituições tomarem conhecimento das conclusões desta pesquisa. Podendo essa mudança positiva, ser considerada como um benefício para a coletividade e não para mim em especial.

NÃO-MALEFICÊNCIA: Estou ciente que estarão garantidas a não invasão de minha privacidade. Sei que o material coletado na entrevista será de conhecimento apenas dos pesquisadores que farão a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores, especialistas da área, poderão conhecer trechos do conteúdo para discussão dos resultados, mas meu nome será omitido e estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional. O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para a apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, podendo conter citações literais da entrevista, mas sempre de modo anônimo e evitando a identificação do colaborador. Finalmente, estou ciente de que serei respeitado (a) quanto a não ter tocados aspectos de foro íntimo, a não ser quando for de minha concordância em abordá-los.

RISCOS E DESCONFORTOS DA ENTREVISTA: estou ciente de que, durante o percurso da entrevista, em algum momento, poderei me sentir desconfortável no que tange aos aspectos emocionais, por se tratar de um tema delicado (violência e relações familiares), estando livre para encerrar minha participação a qualquer momento se assim o desejar, sem nenhuma obrigação de ter que dar esclarecimentos ao pesquisador, bem como sem nenhum prejuízo de ordem emocional, moral ou financeira.

Identificação do participante:

Nome: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____

Estando de acordo e ciente do exposto acima, assinam o presente termo em duas vias.

Juazeiro, _____ de _____ de 2010.

Participante

Pesquisador

ANEXO III

APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA
