



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MÔNICA BARROSO MARTINS

VIOLÊNCIA SILENCIADA:
VIOLENCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA
IDOSOS NO CONTEXTO FAMILIAR

Manaus - AM

2012

MÔNICA BARROSO MARTINS

VIOLÊNCIA SILENCIADA:
VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA
CONTRA IDOSOS NO CONTEXTO FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Prof^ª. Dra. Rosimeire de Carvalho Martins.

Manaus - AM

2012

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

C287f Martins, Mônica Barroso. Violência Silenciada: Violência física e Psicológica contra Idosos no Contexto Familiar. Manaus: UFAM, 2012.

120 f.; s/il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal do Amazonas, 2012.
Orientador: Prof.^a Dr.^a Rosimeire de Carvalho Martins.

1. Envelhecimento 2. Idoso 3. Violência intrafamiliar
I. Martins, Rosimeire II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDD 372(811.4)(043.3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VIOLÊNCIA SILENCIADA:
VIOLENCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA
CONTRA IDOSOS NO CONTEXTO FAMILIAR

MÔNICA BARROSO MARTINS

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Rosimeire de Carvalho Martins
Orientadora - Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Prof^a. Dr^a. Maria da Penha de Lima Coutinho
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof^a. Dr^a. Rita Maria dos Santos Puga Barboosa
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Manaus – AM, 2012

Às acadêmicas da Terceira Idade que fazem parte do projeto “Idoso Feliz Participa Sempre”, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), que se dispuseram a participar desta pesquisa, desnudando com coragem as suas vidas para uma simples pesquisadora que se propôs a estudar acontecimentos marcantes de suas vidas.

Agradeço, inicialmente, a Deus, por me permitir chegar a mais uma etapa de minha vida, me possibilitando mais um crescimento intelectual.

À minha mãe Sebastiana, ao meu esposo Altair, aos meus filhos, Gabriella e André Luiz, pelo apoio incondicional de todas as horas e por terem me dado a oportunidade de dedicar alguns anos da minha vida exclusivamente aos estudos. Agradecimento algum seria suficiente para expressar tudo que os devo e tudo o que eles representam para mim nesta existência.

Às minhas irmãs (os), sobrinhas (os) e cunhadas (os) pelo amor dedicado na participação dos meus passos, obrigada pelas suas manifestações de apoio e carinho.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Prof^a Dr^a. Rosimeire de Carvalho Martins, por esses dois anos de trabalho conjunto. Desde os primeiros anos de pesquisa antes mesmo da pós-graduação, tive o primeiro contato como aluna especial e participante dos projetos por ela criados até a conclusão dessa dissertação, nossa relação só fez aumentar meu respeito e admiração por sua trajetória mais que intelectual, pois sua vida é um exemplo de vitórias e superações. Agradeço pelos preciosos momentos de discussão sobre a pesquisa, os quais foram fundamentais para meu crescimento profissional e para que esse trabalho se realizasse.

À Prof^a Dr^a. Rita Maria Puga Barbosa dos Santos, criadora do projeto “Idoso Feliz Participa Sempre” da UFAM, e à Prof^a MSc. Nazaré Motta, profissionais pioneiras que lutam por uma melhor qualidade de vida para os idosos do estado do Amazonas e que me abriram as portas há quatro anos para desenvolver um trabalho voluntário de psicoterapia para as idosas que lá participam e agora me permitiram realizar esta pesquisa. O meu muito obrigada.

À amiga Léia Neri pelo apoio e dedicação nas horas difíceis, principalmente nos últimos momentos em que se fizeram necessários a organização e correção ortográfica desta pesquisa. Minha eterna gratidão.

Ao Programa de Pós-Graduação da UFAM e a todos os professores que fizeram parte desse caminho, minha eterna gratidão pelo aprendizado e os muitos momentos de discussão que servirão para toda a minha vida profissional.

À minha turma de mestrado, a quem tenho grande respeito, admiração e carinho, pois com todos compartilhei, apesar da alta carga de estudos, bons momentos de descontração e carinho, e a equipe administrativa do mestrado, em especial a Tânia Leal e Cristina Cunha.

À CAPES, pelos meses de bolsa de mestrado.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que esse percurso pudesse ser concluído.

DOLORES

*Hoje me deu tristeza,
sofri três tipos de medo
acrescidos do fato irreversível:
não sou mais jovem.*

*Discuti política, feminismo,
A pertinência da reforma penal,
mas ao fim dos assuntos
tirava do bolso meu caquinho de espelho
e enchia os olhos de lágrimas:
não sou mais jovem.*

*As ciências não de deram socorro,
nem tenho por definitivo consolo
o respeito dos moços.*

*Fui no Livro Sagrado
Buscar perdão pra minha carne soberba
E lá estava escrito:
“Foi pela fé que também Sara, apesar da idade avançada,
se tornou capaz de ter uma descendência...”*

*Se alguém me fixasse, insisti ainda,
num quadro, numa poesia...
e fossem objeto de beleza os meus músculos frouxos...
Mas não quero.*

*Exijo a sorte comum das mulheres nos tanques,
das que jamais verão seu nome impresso e no entanto
sustentam os pilares do mundo, porque mesmo viúvas dignas
não recusam casamento, antes acham o sexo agradável,
condição para a normal alegria de amarrar uma tira no cabelo
e varrer a casa de manhã.*

Uma tal esperança imploro a Deus.

(ADÉLIA PRADO, in: “Coração Disparado”)

RESUMO

A sociedade brasileira assiste a crescentes demonstrações de violência que afetam a vida das pessoas em seus vários estágios de desenvolvimento, acarretando prejuízos, por vezes, de longa duração, ou até irreversíveis, à saúde. De todas as formas de violência, a violência perpetrada contra mulheres idosas é a que vem revestida de maior complexidade para sua notificação, diagnóstico, prevenção e tratamento, quer porque o vitimador é pessoa das relações familiares da vítima, ou porque afronta importantes regras de convívio sociocultural. Dentro desta realidade a presente pesquisa objetivou de forma geral conhecer as formas de violência física e psicológica sofridas pelas idosas em seu contexto familiar, de forma mais específica, almejou identificar quais os efeitos psicossociais da violência física e psicológica sofrida por essas idosas; verificando quais os sentidos dados pelas idosas a violência física e psicológica sofrida no âmbito familiar e por fim, investigar as estratégias por elas encontradas para sair da situação de violência física e psicológica dentro de seus lares. O local da pesquisa foi realizado no Programa “Idoso Feliz Participa Sempre” da Terceira Idade Adulta (PIFPS-3IA), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). As participantes tinham a faixa etária maior que 60 anos. Os procedimentos e critérios de avaliação foram realizados de acordo com a operacionalização sugerida por Bardin (2002) e Minayo (1993), onde sugerem uma pré-análise e leitura flutuante na organização do material e articulação com os objetivos. Buscou-se ainda vincular nossa análise dos dados à pesquisa qualitativa de cunho sócio-histórico. Concluiu-se que a maioria das participantes desta pesquisa já sofreu algum tipo de violência física ou psicológica, no entanto, mesmo sofrendo algum tipo de violência seja física ou psicológica a menos identificada pela maioria é a violência psicológica. Os resultados apontam ainda a existência da negação e da subnotificação por parte das vítimas, tal situação foi identificada e relacionada à questão do desconhecimento dos vários tipos de violência e pela dificuldade emocional que as idosas têm em aceitar que seus familiares sejam os protagonistas de atos violentos contra elas dentro de seus lares; identificamos ainda que as idosas mesmo enfrentando adversidades nessa fase da vida, algumas aprenderam a superar as situações vividas dentro de seus lares em relação a violência, além disso, as mesmas enfatizaram que não existe dificuldade em denunciar o ato de violência sofrido dentro de seus lares, bem como o de procurar seus direitos, muito embora a pesquisa tenha nos mostrado que essa prática seja só falada e não cumprida pela maioria das idosas que participaram desta pesquisa.

Palavras-chave: Envelhecimento . Idoso . Violência intrafamiliar .

ABSTRACT

The Brazilian watch demonstrations of increasing violence that affect the lives of people in various stages of development, causing damage, sometimes long-lasting or even irreversible health. Of all forms of violence, violence against older women is that which is coated with greater complexity for its notification, diagnosis, prevention and treatment, either because the person is victimizing the victim's family relationships, or because affront important rules of conviviality sociocultural. Within this reality, the present research aimed generally known forms of physical and psychological violence suffered by the elderly in their family context, more specifically, aimed to identify the psychosocial effects of physical and psychological violence experienced by these elderly, checking which directions given by the elderly suffered physical and psychological violence within the family and finally investigate the strategies they found out the situation of physical and psychological violence within their homes. The location of the research was conducted on the Program "Senior Participates Always Happy" Third Adulthood (PIFPS-3IA), Federal University of Amazonas (UFAM). Participants were age greater than 60 years. The procedures and criteria for evaluation were performed according to the operation suggested by Bardin (2002) and Minayo (1993), which suggests a pre-analysis and initial reading of the material in the organization and articulation with the goals. We sought to further our analysis of the data link to the qualitative study of a socio-historical. It was concluded that most participants in this study have experienced some type of physical or psychological violence, however, even suffering some kind of physical or psychological violence is identified by a majority unless the violence is psychological. The results also indicate the existence of denial and underreporting by victims, this situation was identified and related to the issue of lack of knowledge of various types of violence and the emotional difficulty that older have to accept that their relatives are the protagonists of violent acts against them in their homes; identified even though the elderly facing adversity at this stage of life, some have learned to overcome the situations encountered in their homes regarding violence, moreover, they emphasized that there is no difficulty in denouncing the act suffered violence in their homes, as well as to seek their rights, even though research has shown us that this practice is only spoken and not fulfilled by most of the women who participated in this research.

Key-words: Aging. Elderly. Domestic violence.

LISTA DE SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPEA	<i>International Network for Prevention or Elderly Abuse</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PIFPS	Projeto Idoso Feliz Participa Sempre
RS	Representações sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
CEDAW	Convenção para Eliminar Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Classificação da violência, segundo a OMS	42
QUADRO 2. Classificação da violência, de acordo com o Ministério da Saúde.....	51
QUADRO 3. Classificação dos maus-tratos e violência contra idosos	57
QUADRO 4. Categorias e subcategorias.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. O que é a velhice	73
Tabela 2. O que é ser idoso	75
Tabela 3. Consideração dos familiares de ser idoso	76
Tabela 4. Violência Familiar	76
Tabela 5. Já foi tratado de forma violenta	77
Tabela 6. Como é o tratamento familiar.....	78
Tabela 7. Ocorrência de desrespeito ou ameaça.....	80
Tabela 8. Negligências por parte dos familiares.....	800
Tabela 9. A família respeita sua opinião	81
Tabela 10. Deixa de fazer o que gosta pelos familiares.....	82
Tabela 11. A família quer controlar sua vida	83
Tabela 12. Existe reclamação familiar? Quais?.....	84
Tabela 13. Entendimento sobre a violência física e psicológica	86
Tabela 14. Já passou por algum tipo de violência familiar	88
Tabela 15. Implicações afetivas após a violência sofrida	90
Tabela 16. Necessidade de hospital	91
Tabela 17. Apoio de pessoas da família e/ou de amigos depois da violência.....	92
Tabela 18. Planejamento para o futuro	93
Tabela 19. O que a idosa aprendeu nesta fase	95
Tabela 20. O que a idosa deve fazer na situação de violência	97

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO	21
1.1 Passos iniciais: conceitos e definições	21
1.2 Envelhecer em diversos contextos históricos e culturais	26
1.3 Percepções da velhice na atualidade	30
CAPÍTULO II – VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR	40
2.1 Um olhar histórico e cultural sobre a violência	40
2.2 Violência no âmbito familiar	48
2.3 Violência intrafamiliar contra idosos	54
CAPÍTULO III – PERCUSSO TEÓRICO METODOLÓGICO	59
3.1 Considerações gerais sobre a pesquisa	59
3.2 Local de pesquisa	64
3.3 Seleção dos Participantes	65
3.4 Instrumento utilizado para coletas de dados	65
3.5 Procedimentos éticos para coletas de dados e realização da pesquisa	67
3.6 Análises dos dados	68
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	104
ANEXOS	117

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o perfil demográfico mundial tem apresentado mudanças significativas em sua caracterização. Este fato ocorre, em parte, em virtude do rápido crescimento populacional que, muito recentemente, foi impulsionado especialmente por uma maior expectativa de vida. Atualmente, a média é de 66 anos, enquanto que em 1950 era de, apenas, 48 anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2025 a expectativa de vida pode chegar a 73 anos (OMS, 2000).

Nos dias atuais, estima-se que, aproximadamente, um milhão de pessoas cruze a barreira dos 60 anos de idade a cada mês. De acordo com indicadores da Organização das Nações Unidas (ONU), no período de 1990 a 2025, a população idosa mundial tenderá a crescer cerca de 2,4% anualmente, enquanto a população total deverá contar com um índice da ordem de 1,3% de crescimento anual. Na América Latina, no período de 1980 a 2025, as estimativas são de que haja um aumento de 217% da população total, no entanto o aumento da população acima de 60 anos deverá ser de 412% (ONU, 2010).

No início do século XX, no Brasil, o tempo médio de vida era de 33 anos. Em 2000, a média subiu para 70,5 anos e em 2003 chegou a 71,3 anos (IBGE, 2005). Destaque-se, no entanto, que o país somente deve alcançar o patamar de 80 anos de expectativa de vida por volta de 2040.

Mais recentemente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou indicadores de que, já no ano de 2025, o Brasil contará com a sexta maior população de idosos do planeta e, nos próximos vinte anos, a expectativa é que esta população em particular exceda o total de 20 milhões de pessoas, o que representa aproximadamente 13% da população brasileira (IBGE, 2010).

Diante desta nova realidade demográfica, muitos são os estudos que buscam apreender uma nova percepção da velhice. No entanto, grande parte das pesquisas é voltada a apreensão somente dos aspectos biológicos deste processo, posto que, embora o envelhecimento seja tido como uma etapa essencial do ciclo de vida no qual são claramente identificados períodos de estagnação e finalização, de declínio e perda de funções, os aspectos relacionados às questões de cunho mais emocional, como desesperança e medo da morte, tais

estudos deixam de abordar as possibilidades de crescimento e participação dos idosos nos mais variados contextos sociais (STUART-HAMILTON, 2002).

Diversos autores destacam que uma das questões primordiais que devem ser consideradas no estudo do envelhecimento é a necessidade de desnaturalização do processo como um todo, o qual não deve ser percebido apenas sob a ótica biológica, pois é mister que o pesquisador tenha um olhar abrangente sobre o fenômeno de maneira completa e integral, considerando aspectos e condicionantes econômicos, sociais, políticos e, primordialmente, culturais (VERAS, 1994; BIRREN; BENGSTON, 1988; MINAYO; COIMBRA JR., 2002; MOTTA, 2002).

Sob esta ótica contemporânea do envelhecimento, é possível contar com teorias que oferecem novos entendimentos acerca deste assunto. Áreas como a Sociologia e a Psicologia Sócio-Histórica, por exemplo, têm oferecido contribuições valiosas à compreensão dos fenômenos históricos, econômicos, etnográficos, culturais e sociais que versam sobre a velhice e o envelhecimento, ao tempo em que oportunizam uma abordagem multidisciplinar para a construção social e um entendimento mais amplo da velhice em todo o mundo.

Não existe um padrão único que possa definir o envelhecimento enquanto processo biológico, pois as funções orgânicas variam em ritmo, forma e intensidade, de acordo com cada organismo e história de vida. É, portanto, um processo único e individual. Porém o envelhecimento traz em seu bojo o entendimento de uma determinada sociedade acerca das alterações na aparência, no comportamento, na experiência pessoal e, mais ainda, nos papéis sociais desempenhados por indivíduos com 60 anos ou mais (BIRREN; BENGSTON, 1988).

Neste pensar, é correto afirmar que o envelhecimento não é um processo homogêneo, ou que tampouco possa ser explicado somente sob o ângulo cronológico, quantitativo e biológico apenas, posto que “se por um lado, o ciclo biológico próprio do ser humano se assemelha aos demais seres vivos [...] por outro lado, as várias etapas da vida são socialmente e culturalmente construídas” (MINAYO; COIMBRA JR., 2002, p. 14).

Ainda nesta linha de entendimento, tem-se que o envelhecimento é um processo que não se refere tão-somente às condições físicas e orgânicas do indivíduo, mas que tem estreita relação com o discurso social no qual esse sujeito está inserido, a ideologia que permeia e se infiltra na relação desse sujeito com seu próprio Eu, seus ideais e seus objetos (MELLO; BURG, 2004).

Ao se entender o envelhecimento como um processo, é preciso ampliar a compreensão sobre suas etapas. Não se acorda velho, posto que ao longo dos anos o indivíduo passa a perceber sinais de envelhecimento através das mudanças nas funções biológicas, bem como de sua percepção sobre o mundo. Por conta disso, Berlinck (2000) passou a utilizar o termo “envelhescência” para se referir ao ato de envelhecer, um pouco mais a cada dia. Para o autor, a velhice é “um desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade” (IDEM, p. 193).

De acordo com o entendimento do autor, a envelhescência é:

[...] o puro reconhecimento deste estranho encontro que adquire um efeito de significante. A envelhescência é um significante como o ato falho, o sonho ou o dito espiritualoso. Talvez seja até mais do que isso, pois supõe, necessariamente, um trabalho do eu, enquanto o sonho, o ato falho, o dito espiritualoso, pode se resumir num sintoma, que se repete interminavelmente sem produzir, jamais, um efeito de subjetivação, a envelhescência é um ato de subjetivação! (IDEM, p. 195).

Assim, a envelhescência poderia ser comparável à adolescência, haja vista que ambas se referem às fases da vida em que o indivíduo passa por diversas mudanças, tanto físicas quanto psíquicas, repletas de conflitos, de tal sorte que somente ao pensá-las como o desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, é possível apreender a dimensão dos conflitos suscitados.

Este pensamento se equipara ao de Vieira (2004), para quem a envelhescência “é um termo popular definido como o período de preparação do adulto para a velhice, semelhante à adolescência, que é a preparação para a fase adulta” (p. 115). Numa visão mais poética, porém corroborando o pensar exposto acima, Prata (1997) compara ambas as fases e assevera que “a envelhescência nada mais é que uma preparação para entrar na velhice, assim com a adolescência é uma preparação para a maturidade” (p. 13). Ainda neste pensar, para Ribeiro (2008), a envelhescência é um processo natural, durante o qual é preciso desmistificar o medo da velhice e perceber os privilégios de se chegar à idade tardia, porque somente envelhece quem não morreu precocemente.

Retomando o pensamento de Berlinck (2000), temos que a envelhescência é uma fase que ultrapassa o processo de envelhecimento, pois enquanto este denuncia um corpo com diversas e variadas limitações de ações, evidenciando a finitude da dimensão corporal e uma significação social marginalizada, a envelhescência aponta para outra direção. Trata-se, de fato, de um trabalho psíquico necessário para recriar uma experiência, a de viver a velhice. É

um tempo psíquico de reavaliar a história pessoal, dentro de um contexto histórico mais amplo.

Neste contexto, envelhescente é, então, o indivíduo que vivencia as diversas etapas do envelhecimento, tal qual o adolescente que passa por mudanças físicas e psíquicas, que vai aos poucos descobrindo as potencialidades em um corpo que se transforma, dia a dia. No caso do envelhescente, o que o indivíduo percebe é o aumento de limitações físicas em razão do desgaste de seu corpo, porquanto não se envelhece subitamente. De fato, Vieira (2004) esclarece que todas as fases de maturação do ser humano são precedidas de outras que possibilitam ao indivíduo que se prepare para vivenciá-las.

Embora cada vez mais novos estudos tenham surgido nas últimas décadas acerca do envelhecimento, observa-se que a sociedade e o próprio envelhescente percebem este processo com certo grau de preconceito, e até mesmo desconhecimento dos desafios de envelhecer, o que acaba fazendo com que a velhice seja uma barreira a ser transposta no contexto em que o envelhescente está inserido, por ele próprio bem como pelos demais indivíduos com os quais convive.

Diversos são os estudos e pesquisas que apontam o apoio social, as oportunidades para a educação e o aprendizado contínuo durante toda a vida, a paz e a proteção frente à violência e ao abuso como fatores fundamentais do entorno social que contribuem para melhorar a saúde física e psicológica, além de oportunizarem uma maior interação social, na medida em que as pessoas envelhecem. Contrariamente, evidenciam que a solidão, o isolamento social, o analfabetismo, a falta de educação e a exposição a situações de conflito aumentam, sobretudo, os riscos de incapacitação e morte prematura entre as pessoas idosas. (DEMURA; SATO, 2003; AVLUND; LUND; HOLSTEIN *et al.*, 2004).

Durante essa fase da vida, muitas transformações e acontecimentos são vivenciados, não raro de formas adversas, fazendo com que aspectos sociais e psicológicos sejam construídos através de paradigmas cruéis, o que acaba por impossibilitar o desabrochar do ciclo natural, podendo, inclusive, levar a quadros de violência contra idosos. Por se tratar de preconceito e desconhecimento do processo de envelhecimento como um todo, é preciso analisar a violência contra idosos “[...] a partir do contexto das grandes mudanças familiares” (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2004, p. 1).

Estudos apontam que os idosos sofrem os mais diversos tipos de violência, desde insultos verbais e agressões físicas perpetradas por seus próprios familiares e cuidadores,

caracterizando a violência doméstica, além de situações de maus-tratos em transportes públicos e instituições públicas e privadas (MACHADO; GONÇALVES, 2003).

Não bastassem esses tipos de violência, há ainda aquela decorrente de políticas econômicas e sociais que contribuem para manter e/ou aumentar as desigualdades socioeconômicas ou de normas sócio-culturais que legitimam o uso da violência, conhecida como violência social (GUIMARÃES; MIRANDA; MACÊDO, 2007).

É certo que, se por um lado a violência praticada contra idosos ocorre, grandemente, em seus lares, por seus próprios familiares, também é fato que a sociedade nem sempre se dá conta deste fato, fazendo com que a violência seja invisível para quem está de fora.

Não raro, a imagem do idoso é associada à ausência de capacidade produtiva e de tomada de decisões. Assim, ele é tido como um indivíduo parcialmente incapaz, cuja voz não deve ser mais ouvida nas decisões familiares, mesmo que estas sejam sobre sua própria vida.

Com isso, perde, pois, sua identidade, e com o passar do tempo pode vir a ser vítima de violência física e, inclusive, de agressões que podem comprometer-lhe ou tirar-lhe a vida. Quando o idoso deixa de ser sujeito de si mesmo, a violência passa a figurar no rol de questões mais amplas, que perpassam a construção da cidadania em um ambiente democrático (FREITAS OLIVEIRA; SILVA PIRES; MANUEL, 2009).

Fenômeno de difícil compreensão, a violência intrafamiliar sofrida por mulheres idosas demanda uma abordagem interdisciplinar na formulação de políticas públicas integradas de superação da violência e prevenção dos acidentes. Esta população é vitimada não apenas por seus cônjuges, mas com frequência também são vítimas da agressividade por parte de seus filhos, netos, demais membros da família, empregados e cuidadores.

Para Philips (2000), esta população carece de especial atenção do poder público, principalmente por conta da vulnerabilidade própria da velhice, a qual faz com que, muitas vezes, a mulher se cale e não denuncie, e outras vezes nem chegue a perceber, a violência dirigida a sua pessoa, em dramas tão íntimos e pessoais quanto cotidianos.

Mesmo que a literatura nacional e internacional tenha sido bastante profícua com relação à saúde do idoso, poucas são as pesquisas voltadas ao impacto das diversas formas de violência nas vidas destes indivíduos, fazendo com que deixem de ser consideradas, de modo adequado, as suas implicações psicossociais.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo contribuir para a discussão sobre tais implicações, ressaltando as formas de violência praticada contra as mulheres idosas, bem como a reação das mesmas frente à situação de violência vivida.

A originalidade e o ineditismo da presente pesquisa se relacionam com a análise da violência intrafamiliar contra idosas e também com a utilização da abordagem sócio-histórica. A relevância social e científica do estudo evidencia-se pelo aumento dos índices deste tipo de violência e pela escassez de estudos realizados sobre o tema no Brasil e, sobretudo, pelo compromisso social da Psicologia em contribuir para a construção de conhecimento científico que subsidie o poder público na implementação de políticas públicas transformadoras e responsabilizadoras que garantam os direitos dos idosos no País.

A violência está presente em todos os lugares, em todos os tempos. Na cidade de Manaus, estado do Amazonas, não é diferente, e este fenômeno ocorre em todos os níveis sociais e, cotidianamente, situações de agressões físicas, verbais e psicológicas são sofridas por idosos, institucionalizados ou que vivem com seus familiares. Assim, esperamos contribuir para o preenchimento da lacuna sobre a violência contra idosos que de tão subnotificada pouco tem alertado a sociedade brasileira acerca deste problema.

Muitas vezes a família tem dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento de um ente, tornando o relacionamento familiar mais difícil. Assim, o espaço familiar tem sido palco de inúmeras formas de violência que afetam os mais frágeis, entre os quais estão os idosos. O idoso perde a posição de comando e decisão que estava acostumado a exercer e as relações na família transformam-se, deixando-as carregadas de conflitos e tensões emocionais de difícil solução.

O interesse pelo tema surgiu a partir do estágio realizado na Fundação de Apoio ao Idoso “Doutor Thomas”, localizada no Parque Municipal do Idoso, bairro Nossa Senhora das Graças, Zona Centro-Sul de Manaus, ainda nos idos da graduação em Psicologia. Durante as atividades realizadas no estágio, os idosos buscavam, mesmo que timidamente, conversar sobre seus conflitos e, não raro, as dificuldades de convivência com seus familiares.

Posteriormente, durante a especialização em Gerontologia, foi possível ampliar o olhar sobre a temática a partir da convivência mais próxima com os idosos, em atividades desempenhadas junto aos idosos no Projeto “Idoso Feliz Participa Sempre” (PIFPS), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Naquela época, durante as atividades psicoterapêuticas individuais e grupais, eram constantes os relatos de dificuldades nos

relacionamentos com os familiares. Além dos conflitos e impasses familiares, os idosos também relatavam casos freqüentes de preconceitos e maus-tratos por eles sofridos em outros ambientes, por outras pessoas com as quais se relacionavam socialmente.

O conhecimento da realidade violenta vivida pelos idosos chamou a atenção não apenas pela forma, mas pela freqüência com que ocorria, em especial aquela sofrida pelas mulheres idosas em seus próprios lares. Assim é que, para fins deste estudo, nosso olhar teve como foco principal a violência, contra a mulher idosa em suas mais diversas formas a que sofrem no âmbito familiar.

Durante os encontros psicoterapêuticos realizados com as idosas tanto no período de graduação como no de especialização, eram freqüentes os relatos de situações familiares nas quais o idoso sofria violência. Estas iam desde agressões físicas até a relação de poder conjugal, os conflitos por diferença de opiniões, os convencionalismos externalizados em frases recheadas de preconceitos, a dominação econômica – mesmo nos casos em que o idoso percebia um valor mensal por aposentadoria, até a necessidade de cuidados por um membro da família ou por profissional contratado para este fim, além palavras depreciativas que acabavam por minar a autoestima e confiança em si próprio.

Várias outras questões devem ser consideradas como, por exemplo, a *negligência social difusa* que se manifesta como uma cultura de relação com os idosos, composta pela omissão do poder público quando se trata de implantar programas de proteção aos idosos vitimados e, mais ainda, quando se refere à avaliação das instituições que oferecem assistência frente a tais situações.

Para ratificar nossos objetivos, buscamos conhecer quais as formas de violência física e psicológica sofridas pelas idosas em seu contexto familiar, verificando quais os sentidos dados pelas idosas à violência física e psicológica sofrida dentro de seu contexto familiar, identificando ainda quais os efeitos psicossociais da violência física e psicológica sofrida pelas idosas dentro de seus lares.

Todos os aspectos, aqui expostos, serviram de motivação para a realização desta pesquisa, que tem como objetivo buscar a compreensão das bases psicossociais, as condições objetivas e as justificativas dadas pelos sujeitos envolvidos pela situação de violência, ou seja, os sentidos dados a violação de seus direitos, e as possíveis soluções para saber superar os fatos vivenciados durante o processo do envelhecimento.

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO

*Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a.
Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la.
Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os
mais doces da vida de um homem.
Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos
anos, estes ainda reservam prazeres.*

SÊNECA (FILÓSOFO ROMANO)

Este capítulo aborda a temática do envelhecimento, considerando os principais aspectos deste evento natural do desenvolvimento humano, com abordagem de suas características conceituais, históricas e culturais ao longo dos tempos.

1.1 Passos iniciais: conceitos e definições

Enquanto evento integrante do ciclo biológico da vida, o envelhecimento humano constitui-se em um conjunto de alterações morfofuncionais que levam o indivíduo a um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica, que acompanha o homem desde o início da civilização humana, e é encarado como a última etapa do ciclo vital do indivíduo.

A velhice faz parte do curso natural da vida: nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer. As transformações que as caracterizam têm origem no próprio organismo e ocorrem, gradualmente, no dia a dia, posto que não se envelhece subitamente, mas vai-se envelhecendo ao longo dos anos (MASCARO, 2004).

Cotidianamente, as gerações se sucedem, evidenciando o processo de recomeço e reposição da vida. É algo em constante evolução, com diferentes fases de crescimento em renovação contínua, e nada existe que possa impedir esta renovação (RADUZNZ, 2008).

Ainda que se pretenda buscar o envelhecimento em sua dimensão meramente biológica, este não pode ser vislumbrado separadamente de contextos histórico-sociais que produzem determinados modos de ver e pensar, pois velhice não é apenas o resultado de

alterações genéticas, fisiológicas e morfológicas. Trata-se de um processo que envolve fatores hereditários em conjunto com a ação do meio ambiente sobre o indivíduo (COSTA, 2003).

Corroborando este pensar, Brêtas (2003) assevera que:

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração (p. 298).

No processo de envelhecimento, é preciso também contemplar as dimensões de maneira contínua, objetivando promover um processo ininterrupto da interação humana, como afirmam Birren e Schroots (COSTA, 2003). Esta abordagem é conhecida como “tríplice visão do envelhecimento” e versa sobre as influências biológicas, sociais e psicológicas, tais como: 1) Senescência, a qual se refere ao aumento da probabilidade da morte com o avanço da idade; 2) Maturidade social, que corresponde à aquisição de papéis sociais e de comportamentos apropriados aos diversos e progressivos grupos de idade; e 3) Envelhecimento, que trata do processo de auto-regulação da personalidade que preside ao processo como um todo.

Tornar-se velho significa, portanto, conviver com mudanças diversas que perpassam os aspectos físicos, sociais e psicológicos do indivíduo, as quais afetam diretamente sua percepção de si mesmo e, conseqüentemente, influenciando em outras mudanças que podem vir a definir seu papel na sociedade. Dentre os vários fatores citados, o aspecto social constitui-se em elemento fundamental para quem chegou à velhice, haja vista que é no contexto social que o indivíduo, de um modo geral, compartilha e cria laços de amizades.

Maia (2007) assevera que são os marcadores sociais, tais como juventude e trabalho, por exemplo, que orientam o olhar sobre o processo de envelhecimento, determinando o bom e o mau envelhecer, os limites entre o que é normal e o que é patológico na velhice.

Definir a velhice parece, ao primeiro olhar, uma tarefa bastante simples, de afirmações quase óbvias. Porém, a temática da velhice encerra em si uma complexidade imensa, que demanda uma análise mais aprofundada e detalhada nas múltiplas dimensões para que se possa chegar a uma conceituação que melhor expresse esse evento da vida humana.

Ribeiro (2005) esclarece que, para que se possa compreender o envelhecimento humano enquanto processo, é necessário considerar os aspectos biológicos, psicológicos, existenciais, culturais, econômicos e políticos, só para citar alguns.

De fato, Kirkwood (2001) entende que, embora diversos estudos apontem que a expectativa de vida tende a ser similar dentro de um grupo social geneticamente relacionado, existe também uma consonância quanto ao fato de que o envelhecimento como processo resulta de uma conjunção de fatores de natureza genética, ambiental, do estilo de vida, nutricional e, também, vicissitudinária.

A leitura de obras que versam sobre o envelhecimento humano e a velhice evidencia a dificuldade em se delinear um conceito preciso e consensual – essencial para situar o objeto deste estudo – posto que é notória a parcialidade de diferentes disciplinas que tratam desta temática, além das especificidades próprias ao processo de envelhecimento.

Fundamentalmente, a dificuldade primordial para categorizar a velhice consiste em não poder vislumbrá-la como um estado único e estático, mas um constante processo de permanente construção e reconstrução que leva a inúmeras subjetivações. Desta maneira, uma visão unilateral e simplista impossibilita construir uma categorização que valorize o indivíduo velho em todas as suas dimensões, considerando as experiências acumuladas ao longo dos anos e seu conteúdo em termos de vivência.

O envelhecimento também não deve ser considerado como sendo um processo homogêneo e igual a todos os indivíduos, posto que “[...] cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a ela relacionados, como saúde, educação e condições econômicas” (MINAYO; COIMBRA JR., 2002, p. 14).

Para Salgado, citado por Pinheiro Júnior (2004), é preciso observar, também, a possibilidade de que os conceitos sobre o tema assumam características individuais, ou seja, formados a partir do senso comum, especificados pelas representações pessoais sobre a velhice ao longo da existência e do convívio social. Nestes termos, o conceito individual “[...] é um critério que, muito embora nada tenha de científico, deve ser levado em consideração, pois dele resulta a autoconfiança necessária à auto-imagem, determinante que é de comportamentos mais integrativos, ou menos integrativos” (PINHEIRO JÚNIOR, 2004, p. 4).

Por mais paradoxal que seja, na verdade o problema da velhice é novo. A partir de uma abordagem histórica e cultural, tanto científica como socialmente falando, a velhice é o

período do desenvolvimento humano para o qual se dispõe de menos conhecimentos, pois só muito recentemente este assunto passou a ser considerado um objeto significativo e válido em estudos sistemáticos. Além disso, populações compostas por um grande número de pessoas idosas são um advento recente na evolução da sociedade (CONCONE, 2007).

Vários são os questionamentos que surgem sobre a temática da velhice ao longo de todo o processo de envelhecimento. Para fins deste estudo, buscou-se uma conceituação de termos associados à temática em pauta, pois entende-se que é a partir de então que será possível emergir diferentes interpretações da realidade e, conseqüentemente, extrair critérios que possam orientar uma pesquisa mais organizada e eficaz. Dentre as várias questões que o problema suscita, destacamos: O que é velhice? Quando a pessoa se torna velha? De que maneira se pode abordar o tema - velhice e os sujeitos do processo? De que realmente se trata quando se fala da velhice?

As primeiras abordagens científicas acerca da velhice que se têm registro surgiram no século XVI. Naquela época, cientistas como Francis Bacon e Renè Descartes evidenciavam uma preocupação em compreender os diferentes aspectos do envelhecimento. No entanto, foi o médico francês Jean Marie Charcot que, em 1867, apresentou os resultados do primeiro trabalho científico sobre a terceira idade (AZEVEDO, 2001).

O termo “terceira idade” teve origem em uma das conhecidas divisões das chamadas “Idades do Homem - infância, maturidade e velhice” -, imortalizada em um quadro homônimo, obra dos pintores Ticiano e Giorgioni (PALÁCIOS, 2004). Segundo Pinheiro Júnior (2004), a expressão “terceira idade”¹ (*troisième âge*) foi cunhada a partir das iniciativas francesas de criação de espaços educacionais próprios para indivíduos mais velhos.

Mas, que diferenças e semelhanças guardam entre si os termos *idoso*, *velho* e *terceira idade*? Para Mascaro (2004), “em nossos dias, uma pessoa de 60 anos, saudável, interessada na vida, produtiva, pode ser considerada velha? [...] No entanto, por outro lado, quantas pessoas aos 40 ou 50 anos já estão desgastadas, doentes, e parecem tão velhas?” (p. 35). De acordo com a autora, existe uma tendência em se confundir os termos, quando se tenta estabelecer a faixa etária que especifique a velhice ou determinar padrões de envelhecimento.

Conceitualmente, segundo Meirelles (2000), é possível definir velhice como:

¹ De acordo com Pinheiro Júnior (2004), “[...] a segunda idade seria aquela fase do pleno desenvolvimento, em que o indivíduo está integrado às atividades sociais, e a primeira seria a infância” (p. 2). No entanto, como destaca o autor, ainda restam muitas dúvidas sobre “[...] o significado deste termo e suas implicações sociais para a atualidade” (IDEM).

[...] um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte (p. 28).

No entanto, é importante destacar que tal definição mais se aproxima da questão do envelhecimento do que, especificamente, da terminologia “velhice”, considerando que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a velhice seria: “[...] o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas” (ARAÚJO, 2001, p. 7).

Para Neri (1991 *apud* PINHEIRO JÚNIOR, 2004), a classificação de uma pessoa como sendo velha pode ser bastante ambígua, com o aspecto cronológico considerado a partir do nascimento, visto que “[...] idades funcionam como ‘relógios sociais’, estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados” (p. 3). Neste sentido, a autora entende que a velhice pode ser compreendida como um “estado de espírito”, que estaria condicionada a diversos fatores, tais como os traços individuais de personalidade, por exemplo.

No entender de Papaléo Netto (2002), as dificuldades em mensurar o envelhecimento estão relacionadas, intrinsecamente, com as barreiras para definir a idade biológica, o que justificaria a não adoção de uma teoria única sobre o fenômeno, impedindo ainda que se estabeleça uma definição de envelhecimento que atenda os múltiplos aspectos que o compõem.

Neste pensar, é possível caracterizar uma distinção entre envelhecimento, velhice e velho a partir de aspectos distintos, nos quais o envelhecimento é o processo de envelhecer, a velhice é a fase da vida do indivíduo e o velho é o indivíduo em si, representando o resultado final do envelhecimento. Estes componentes devem ser avaliados sob a perspectiva de conjunto, e não isoladamente, posto que estão intimamente relacionados (PAPALÉO NETTO, 2006). Assim, o envelhecimento, a velhice e o velho são compreendidos como processos de vida interligados, os quais não podem ser dicotomizados, tampouco analisados separadamente, haja vista que nenhuma destas condições acontece isoladamente, e sim são acontecimentos aos quais cada pessoa estará sujeita. Tais condições, porém, devem ser processadas individualmente, observando-se as maneiras e os tratamentos diferentes com relação ao envelhecimento, velhice e o velho.

Ainda nesta linha de pensamento, temos que os termos *velho* ou *idoso* referem-se a pessoas com, no mínimo, 60 anos de idade. O termo *velhice* define a última fase da

existência humana, enquanto o vocábulo *envelhecimento* estaria relacionado às mudanças físicas, psicológicas e sociais pelas quais todos os indivíduos tendem a passar (NERI; FREIRE, 2000).

No Brasil, a delimitação cronológica da velhice, tendo como referência padrões definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), estabelece que velho é todo indivíduo que tenha 60 ou mais anos de vida. Nos países considerados desenvolvidos, esse limite é elevado para 65 anos, parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como marco da fronteira entre a vida adulta e o início da velhice (NERI, 2004).

Embora a demarcação cronológica da velhice seja um tema controverso, não se pode negar que é a partir dela que são estabelecidos os direitos e obrigações legais dos cidadãos, como a maioridade civil e penal, o início da vida escolar, a idade de entrada no mercado de trabalho e da aposentadoria. Na prática, essas delimitações fundamentam e organizam os elementos basilares da sociedade, pois servem para nortear o sistema de ensino, político, de previdência social, só para citar alguns. Além disso, o estabelecimento da velhice através da delimitação cronológica também contribuiu sobremaneira para a crescente atenção (da sociedade e da academia) ao fenômeno mundial de expansão da população idosa, ocorrido em virtude do alongamento da expectativa de vida e da crescente queda nas taxas de fecundidade.

Para Wottrich (2011), “nas sociedades ocidentais, os critérios e normas de definição da idade cronológica dos indivíduos parte não de uma reflexão acurada sobre os estágios de maturidade, mas sim de exigências legais que determinam quais são os direitos e deveres dos cidadãos” (p. 54).

A autora cita Debert e esclarece que, então, o Estado passa a assumir uma “forma mais diferenciada e desenvolvida de ordenamento político-jurídico” (IDEM), a qual, ao relacionar o direito à cidadania e à cronologia da vida, torna a idade uma dimensão essencial na organização das sociedades contemporâneas. No entanto, não basta abordar as variadas percepções sociais do envelhecimento a partir de uma visão mais atual.

1.2 Envelhecer em diversos contextos históricos e culturais

As representações sociais acerca da velhice, ao longo da história da humanidade, “[...] indicam os níveis de relações entre idosos e os interesses dessa coletividade no que se

refere ao seu destino” (PINHEIRO JÚNIOR, 2004, p. 5). Nesse pensar, tem-se que o sentido e o valor da velhice dependem, por sua vez, do sentido que os homens, enquanto parte integrante de uma sociedade, conferem à sua existência, com base em seu sistema global de valores.

O estudo do envelhecimento humano nos remete a questões que perpassam pela violência contra idosos desde tempos bastante antigos. Sanches, Lebrão e Duarte (2008) citam Hudson ao afirmar que o fenômeno da violência contra indivíduos idosos ocorre desde os primórdios da existência humana, com variações de acordo com a sociedade e a época abordadas sem, no entanto, existir clareza sobre suas reais causas, tampouco sobre suas conseqüências nas populações.

Ao longo da História, nota-se que envelhecer era tido como sinônimo de vida abastada, posto que somente os ricos alcançavam a longevidade em tempos mais remotos e, raramente, este feito era atingido pela parcela mais pobre das populações (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Entre os esquimós, por exemplo, os velhos que se sentiam improdutivos cometiam suicídio enterrando a si mesmos no iglu para morrerem asfixiados ou, então, se despiam dos casacos de pele, passando a caminhar pela região Ártica a fim de serem devorados por ursos polares, habitantes daquela região. De acordo com Ferreira (2007):

Esse sacrifício do velho esquimó era feito com espírito de solidariedade às suas gerações, pois diziam o seguinte: “Durante a juventude matei o urso para, com sua carne, alimentar meus filhos. É justo que, na minha velhice, entregue a minha carne para alimentar o urso, que continuará alimentando os meus descendentes” (p. 45).

No Himalaia, a estrutura das famílias é patriarcal e seus membros possuem papéis multigeracionais claros e bem definidos. Nesta sociedade, observa-se zelo e cuidado com os idosos que, por sua vez, sobrevivem do próprio trabalho na lavoura e sabem ler. Por outro lado, aqueles idosos que não possuem filhos e nem saber ler acabam sendo desprezados pela sociedade, e na idade avançada contam somente com o apoio dos parentes consangüíneos para sobreviver (SOUZA, 2004).

Entre os *cunas*, no Panamá, o marido da irmã mais velha assume o papel de chefe da família. Esta posição é mantida enquanto ele tiver condições físicas e capacidade para cumprir suas obrigações, pois a idade em si não é garantia de manutenção do posto de maior autoridade no núcleo familiar, nem garante que usufrua de benefícios diferenciados entre os

membros da família, uma vez que, para ser o líder do grupo, os elementos determinantes são a inteligência e a experiência (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

No Brasil, entre os índios *caiapó*, cujas tribos ainda podem ser encontradas nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os membros do Conselho dos Velhos são identificados pelo uso do *botoque*, um disco labial de madeira. O Conselho tem como principal tarefa estabelecer diretrizes políticas e sociais para a comunidade (SOUSA, 2004).

Ribeiro e Neri (2007) relatam que, entre os Incas, os homens permaneciam ativos até os 50 anos de idade e podiam ser recrutados para o exército ou para a realização de serviços comunitários, conforme surgisse a necessidade para tal. Somente a partir dos 80 anos de idade passavam a executar tarefas de pequeno porte, no entanto continuavam a ser temidos e obedecidos por todos, tendo poder, inclusive, de castigar as crianças que desobedecessem as normas do grupo. Cumpria ao Estado o papel de fornecer comida, vestuário, remédios e moradia gratuitamente aos idosos, até o final de suas vidas. Além disso, não lhes eram cobrados impostos.

Sousa (2004) destaca, ainda, que os Vikings possuíam família trigeracionais, as quais conviviam grupalmente, ajudando-se mutuamente. No entanto, em situações de crise, idosos e recém-nascidos eram abandonados, pois os provimentos existentes eram destinados aos mais jovens e saudáveis, tidos como mantenedores dos grupos.

Em Bali, os papéis sociais eram bem definidos. No entanto, com o passar do tempo, as tarefas dos mais velhos aumentavam em volume e complexidade, como decorrência do respeito e da experiência que estes acumulavam. Entre os balineses, às mulheres cumpria a tarefa de cuidar da família, enquanto os homens, embora não realizassem trabalhos físicos, assumiam as funções de médicos, contadores de história, além de serem sacerdotes honorários dos templos, podendo opinar sobre o destino da aldeia (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Na Rússia, o tradicional provérbio "onde estão os cabelos brancos está a razão" norteava a comunidade a praticar o respeito e à obediência aos idosos. Os anciãos, como eram chamados, exerciam o papel de chefes das famílias, cabendo aos homens atuar como responsáveis pela assistência aos pais idosos, razão pela qual somente a eles cabia o direito à herança paterna. As mulheres idosas não tinham direito à herança, porém a elas cabia dirigir e comandar as tarefas domésticas, as quais eram divididas com as mulheres mais jovens (SOUSA, 2004).

Na China antiga, o filósofo Confúcio destacava a importância do indivíduo mais idoso nas famílias e afirmava que sua experiência e sabedoria deveriam ser valorizadas, posto que em algumas sociedades tradicionais do passado, a harmonia familiar era reforçada pela transmissão dos costumes e manutenção das tradições. Entre os chineses antigos, a reverência aos mais velhos fazia parte de um sistema de valores que ressaltava a piedade filial, não sendo relatados atos de violência contra os idosos naquela época (RIBEIRO, 2008).

Entre os japoneses, os idosos faziam parte de um grupo considerado superior, cuja responsabilidade pelo bem estar cabia a todos os demais integrantes da sociedade (OMS, 2002). Na atualidade, porém, este quadro sofreu muitas e significativas mudanças, pois a sociedade japonesa não mais percebe seus idosos dessa maneira e já apresenta graves quadros de violência contra os mesmos (KALACHE, 2005).

Em 2003, Uchôa apresentou os resultados de um estudo antropológico realizado com o grupo *Bambara*, de Mali. Esse grupo considera a velhice um prêmio, uma etapa da vida que merece ser conquistada, uma vez que enobrece e dignifica o ser humano. No entanto, a autora destaca que existem situações controversas de aceitação do envelhecimento e cita, como exemplo, o grupo *Inuit*, formado por esquimós, que tanto demonstram carinho e afeição pelos mais velhos, como também podem abandoná-los ou auxiliá-los a cometer suicídio por afogamento ou estrangulamento. Na sociedade *Cuiva*, povo indígena da Colômbia, os idosos são tratados como se a velhice não existisse, na tentativa de evitar a ruptura social causada pelo envelhecimento.

Nos distritos municipais da África, as mulheres idosas moradoras de comunidades negras, fazem parte de um grupo considerado de alto risco para violência interpessoal e abuso. O quadro ainda é mais grave quando se considera a prática da bruxaria, atividade muito valorizada naquele povo. Nesses casos, as mulheres condenadas como bruxas sofrem queimaduras na pele, como forma de serem identificadas e distinguidas das demais mulheres (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Estudos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2004), revelaram que as idosas da África subsaariana, quando acusadas de bruxaria, acabam sendo expulsas de seus lares e banidas da sociedade, tendo que viver na pobreza das áreas urbanas. Situação semelhante ocorre na República Unida da Tanzânia, onde, todos os anos aproximadamente 500 mulheres idosas são assassinadas pelo mesmo motivo.

Em outras localidades africanas e indianas, mulheres viúvas com idade avançada são abandonadas pelos grupos sociais aos quais pertencem, ficando sem direito aos seus bens materiais, uma vez que suas propriedades são tomadas. Em outros casos, a estas mulheres são infligidas espécies de punições, as quais variam desde o casamento forçado e violência sexual até a expulsão de suas próprias casas (OMS, 2002). Nestes casos, Keikelame e Ferreira (2000) destacam a necessidade de aumentar o poder pessoal e político dessas mulheres, o que contribuiria para aumentar também a autoproteção individual e coletiva.

Mais recentemente, e até meados do século XIX, a velhice era tratada sob uma ótica que envolvia, estritamente, a impossibilidade do idoso obter rendimentos, garantindo seu próprio sustento, sendo, portanto, vista como um passo para a mendicância, principalmente porque a característica fundamental desta etapa da vida era a não possibilidade que uma pessoa apresentava de se assegurar financeiramente. Desta maneira, a noção de velho remete à incapacidade de produzir, de trabalhar, de prover seu próprio sustento, passando a ser um peso para a sociedade. Neste pensar, velho (*vieux*) ou velhote (*veillard*) era todo indivíduo que não desfrutava de *status* social. No entanto, cumpre destacar que o termo *velhote* também era utilizado para referenciar o velho que tinha sua imagem definida como “bom cidadão” (ARAÚJO; CARVALHO, 2005).

Em geral, as sociedades mais ricas e complexas proporcionam melhores condições de vida aos idosos, talvez porque existam mais recursos disponíveis ou, ainda, porque nestas comunidades os mais velhos encontram um espaço social que lhes é próprio, de dignidade e respeito (SILVA; LIMA, 2010).

De fato, a civilização contemporânea enfrenta diversos paradigmas quanto ao entendimento das várias dimensões do envelhecimento, no entanto é notória a necessidade de se manter o princípio ético, de efetivo apoio e de não exclusão das gerações mais velhas, de forma a garantir condições de qualidade de vida, saúde e bem estar aos idosos.

1.3 Percepções da velhice na atualidade

No panorama mundial, tal como acontece nos países em desenvolvimento, a população idosa tem aumentado significativamente e o contraponto desta realidade destaca que o suporte para essa nova condição não tem evoluído no mesmo ritmo. Diante deste quadro, nas últimas décadas a preocupação com o novo perfil populacional tem dado espaço a inúmeras discussões e a realização de diversos estudos objetivando coletar dados para

subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas e programas específicos para essa parcela da população (DEBERT, 2004).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial notado, inicialmente, nos países desenvolvidos em virtude da queda de mortalidade, bem como por causa das grandes conquistas da Medicina, a ampliação da urbanização nas cidades, a melhoria nas condições nutricionais, a campanhas de elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental tanto em residências como no ambiente profissional, além dos avanços tecnológicos. Esses fatores tiveram início no final da década de 40 e início dos anos 50 (RAMOS, 2002).

Nos países em fase de desenvolvimento, como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido ratificado pelos avanços tecnológicos na área da saúde nos últimos 60 anos. Dentre os principais avanços, destacam-se as vacinas, o uso de antibióticos e de quimioterápicos, o que resultou na prevenção ou cura de muitas doenças. Aliado a tais fatores há, ainda, a queda de fecundidade, iniciada na década de 60, fator este que permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica (CAMARANO; KANSO; NELO, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), a população brasileira já pode ser considerada como envelhecida. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), os brasileiros com 60 anos ou mais já somam mais de 14,5 milhões de indivíduos, o que representa 8,6% da população total.

No Censo Demográfico de 1991, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 7,3% da população brasileira. No ano 2000, este indicador subiu para 8,6%, sendo 55,1% de mulheres e 54,9% de homens. Em 2006, o índice apontado pelo IBGE era de 10,2% (IBGE, 2006). O crescimento anual da população, com mais de 65 anos de idade, é de 3,84%.

Em 2005, a média da expectativa de vida do brasileiro era de 71,9 anos (IBGE, 2005), o que correspondia a 1 ano e 4 meses a mais do que em 2000. Mais recentemente, em 2010, uma pesquisa do IBGE mostrou que a expectativa de vida no País aumentou cerca de 3 anos no período entre 1999 e 2009. Na atualidade, a nova expectativa de vida do brasileiro é de 73,1 anos. As mulheres registram as menores taxas de mortalidade, e representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos. No mesmo período, de 1999 a 2009, a expectativa de vida das mulheres passou de 73,9 anos para 77 anos. Entre os homens, passou de 66,3 anos para 69,4 anos.

Embora sejam notórios os avanços e a da expectativa de vida da população masculina e feminina tenha aumentado, de acordo com o IBGE, no Brasil a taxa de

expectativa de vida ainda é menor que a da América Latina e do Caribe (73,9 anos. De fato, o Brasil só fica à frente da Ásia (69,6 anos) e da África (55 anos). Na América do Norte, essa taxa fica em 79,7 anos (CASTRO PINTO, 2010).

De acordo com as projeções da OMS, no período entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil deverá crescer em até 16 vezes contra 5 vezes o aumento da população total, o que colocará o País, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo (KELLER; MAKIPAA; KALENSCHER *et al.*, 2002).

Segundo o IBGE (2010), embora a região Norte tenha apresentado um contínuo envelhecimento nas duas últimas décadas, na atualidade conta com uma estrutura bastante jovem, em virtude dos altos níveis de fecundidade no passado. O total de crianças menores de 5 anos, que em 1991 correspondia a 14,3%, caiu para 12,7% em 2000, e chegou a 9,8% em 2010. Por sua vez, a proporção de idosos de 65 anos ou mais passou de 3,0% em 1991 e 3,6% em 2000 para 4,6% em 2010. No Amazonas, que conta com uma população da ordem de cerca de 3,1 milhões de habitantes, o número de idosos, de acordo com o Instituto, é de 174.866. Em Manaus, o número de pessoas com 60 anos ou mais é, aproximadamente, de 93.200 idosos (IBGE, 2009).

As populações tendem a envelhecer como consequência esperada para o processo chamado de transição demográfica. Nesse processo existe a mudança de um quadro de mortalidade e natalidade elevadas, com populações predominantemente jovem, para outro panorama, com baixos índices de mortalidade e natalidade, o que conseqüentemente aumenta a proporção de idosos (COSTA; PORTO; ALMEIDA *et al.*, 2001).

Tratar da temática do envelhecimento humano requer que seja ampliada a compreensão da dinâmica e a inter-relação de fatores biológicos, sociais, psicológicos, econômicos e culturais. Por sua vez, a velhice não conta com o mesmo significado para todas as pessoas (SILVA; FEIJÃO, 2008).

No entender de Neri (1991 *apud* MASCARO, 2004), a percepção do envelhecimento, a vivência e a situação do idoso diferem se o indivíduo é rico ou pobre, se é saudável ou conta com patologias, depende do gênero, se homem ou mulher, se é profissionalmente ativo ou aposentado e, ainda, se mora em casa ou vive em asilo. Neste pensar, observa-se que estes fatores, oriundos de uma *práxis* social e relacionados entre si, tendem a institucionalizar a velhice.

Em geral, a velhice tende a ser instituída sob uma perspectiva homogênea, como se ocorresse de forma única e igual para todos os indivíduos. Isso acontece porque este pensar acaba deixando de considerar, em seu bojo, uma dinâmica de saberes e práticas, deixando de considerar que para cada pessoa o envelhecimento é um processo individualizado e heterogêneo.

Para Silva e Feijão (2008), tal homogeneização culmina na influência das imagens, das percepções e das inúmeras maneiras de vivenciar a velhice e o envelhecimento. Como exemplo, as autoras citam que, primeiramente, foi designado o termo “terceira idade” e que a palavra “velho” foi substituída pelo termo “idoso”, enquanto que, na atualidade, os velhos correspondem à categoria chamada de “terceira idade”, para a qual observa-se todo um aparato mercadológico especial, com atividades direcionadas e diversas instituições que tratam especificamente da temática. Evidencia-se, então, que se trata de uma categoria que abraça aspectos sócio-políticos, históricos, econômicos e culturais.

Alencar (2007) destaca que os termos “velho” e “idoso” trazem, em si, um sem-número de preconceitos, como resultado de uma visão estereotipada desta categoria, a qual acaba por retratar o processo de envelhecer como algo sombrio e que não deveria ser desejado, mas evitado a qualquer custo.

Na sociedade atual, considerada urbana e capitalista, observa-se no cotidiano das pessoas a “supervalorização do jovem”, numa preocupação excessiva com a aparência e o culto ao corpo esbelto, saudável e jovial, em negação, combate e tentativa de adiar o envelhecimento. Segundo Mascaro (2004), isso ocorre porque, na atualidade, “[...] tentamos adiar o envelhecimento cuidando da saúde, prevenindo as doenças que chegam com o desgaste do organismo e fazendo uso dos recursos da indústria da beleza e do rejuvenescimento” (p. 21).

Corroborando este entendimento, Silva; Feijão (2008, s/p.) asseveram que:

A compreensão da velhice nos vários âmbitos da vida social é revelada muito mais pelo lado depreciativo do que pela possibilidade do encontro de novos olhares e novas percepções. No entanto, a necessidade de encararmos a velhice como uma fase natural da vida, constitutiva do nosso ciclo vital é essencial.

Campos (2006) realizou pesquisas a fim de identificar diversos estereótipos da velhice. Em seus estudos, observou que os valores da juventude, beleza física, produtividade, agilidade; influenciaram na caracterização da velhice como uma fase de perdas e limitações. E que, também, a palavra “velho” é, com bastante frequência, usada como sinônimo de

obsoleto, enquanto o termo “jovem” está relacionado à capacidade de manter o vigor e a disposição.

Para Mascaro (2004), “o processo de envelhecimento e a fase da velhice fazem parte de nossas experiências de ser vivo” (p. 9). Neste diapasão, temos que se as experiências encontram-se integradas num processo que inicia no nascimento e somente termina com a morte, a velhice constitui-se, então, em uma fase do desenvolvimento humano tão importante quanto às demais e merece, desta maneira, esse reconhecimento por parte dos estudiosos do assunto, da família, da sociedade e do Estado.

Profundas transformações sociais e nos comportamentos dos indivíduos decorrem do aumento da expectativa de vida, do progresso social e científico, bem como das transformações na estrutura familiar na atualidade. Neste novo cenário que tem se moldado nas últimas décadas, o aumento significativo da população idosa tem trazido para o universo das ciências inúmeras discussões a respeito da velhice, fazendo com que a temática seja apontada como objeto de estudo nas mais diversas áreas do saber científico (SILVA, 2004).

Pelo uso de diferentes métodos e com a utilização de conceitos pré-existentes, o novo olhar sobre a velhice vai, pouco a pouco, sendo constituído como um novo campo de coerência. Para os estudiosos da área, essas representações sociais trazem implicações na vida diária e nos comportamentos adotados por um grupo de indivíduos acerca de um objeto, resultando no estabelecimento de padrões de conduta, significando, assim, no modo como os atores sociais representam socialmente tal objeto e do significado que estes adquirem em suas vidas. . Na Psicossociologia, com frequência a velhice tem sido discutida a partir da teoria das representações sociais (SILVA; FEIJÃO, 2008).

Essas crenças e valores que atribuem à velhice uma fase de profundas perdas são construídos na formas de representações, nas conversações diárias dos grupos. Abrahão (2008) cita Moscovici e afirma que:

Representações sociais (RS) se referem ao conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais e podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum (p. 59).

As representações sociais se produzem a partir das interações e comunicações ocorridas no interior dos grupos sociais, passando aos poucos a refletir a situação dos indivíduos sobre os assuntos que são objetos em sua vida cotidiana. Por essa razão, é

importante analisar suas manifestações nas mentalidades e nas ações dos sujeitos sobre a condição do idoso e do envelhecimento, haja vista que são essas representações que irão evidenciar de que maneira as imagens da velhice são compartilhadas entre os diversos grupos e como estas acabam, com relativa frequência, se tornando estereótipos, termos estigmatizados e preconceitos, passando então a serem institucionalizadas (RIBEIRO; NERI, 2007).

As experiências de vida adquirem formas elaboradas por representações e categorizações sociais que embasam e fundamentam a colocação de sentido no objeto da experiência. Também podem ser mediadoras da construção de conhecimentos, colocando em jogo os elementos emocionais, além de poderem ser construídas pela imaginação por transferências de representações de uma situação para outra, podendo, desta maneira, assumir, em situações novas ou desconhecidas, uma função de revelação que leva à criação de novas representações (SILVA; FEIJÃO, 2008).

Entre os idosos, as percepções das perdas, das incapacidades e das doenças constituem aspectos relevantes na representação da velhice, pois se essas representações se guiarem pela noção de declínio e dependência, podem acabar por resultar em conseqüências negativas no comportamento não somente dos idosos, mas influenciando também indivíduos não idosos. Por isso a idéia de que elas se constituem como saber prático tende a designar um processo que perpassa o tempo e influencia as relações sociais (PEREIRA, 2010).

Na sociedade ocidental observa-se que os meios de comunicação de massa veiculam, a todo instante, símbolos, imagens e estereótipos sobre a velhice. Nos canais de televisão, o que se observa é um intenso comércio de produtos e programas de atividades físicas que garantem a fórmula da juventude e a longevidade. Sobre a influência da mídia na percepção do envelhecimento na atualidade, Mascaro (2004) ressalta que:

Portanto as idéias que a mídia expressa em relação ao envelhecimento e à velhice são muito significativas, pois podem exercer a função de ponto de referência para os próprios idosos, influenciando seu comportamento e suas atitudes, e também as idéias da criança, do jovem e do adulto, a respeito do que significa envelhecer em nossa sociedade (p. 65).

Além disso, a velhice também é comumente representada como um problema social, uma vez que o aumento da longevidade traz para o meio social a discussão sobre os custos do Estado e da família com os idosos relativos à saúde, previdência social e políticas públicas (VERAS, 2003).

Nos estudos em Gerontologia, observa-se uma difusão do termo “velhice bem-sucedida”, que destaca a importância de uma mudança ideológica. Esta mudança consiste em compreender o envelhecimento e a velhice a partir da valorização de aspectos positivos e do seu potencial para o desenvolvimento. Trata-se, de fato, de perspectivas que demonstram a inserção de novas representações sociais, essenciais para o rompimento das com as continuidades e permanências (NERI; YASSUDA, 2004).

Observa-se, assim, que novos olhares estão sendo introduzidos na dinâmica social, trazendo à tona uma nova ética do “saber envelhecer bem”. Neste sentido, a atividade, a participação, o convívio social são condições essenciais para que o idoso possa se sentir feliz. Para Mascaro (2004), “os modelos de uma velhice valorizada são representados por idosos que enfrentam desafios, fazem projetos para o futuro, mantêm uma agenda repleta de atividades, mostram-se criativos, e relutam em aposentar-se” (p. 70).

Neste panorama, é necessário destacar que existe uma relação entre os idosos e seus respectivos papéis na sociedade. Com o envelhecimento, é bastante comum se perceber que o idoso começa a perder papéis que, com frequência, exerceu durante sua vida pessoal, profissional e social. No entanto, Alencar (2007) defende que é a partir da substituição desses papéis por outros, que o idoso conseguirá manter sua satisfação e bem-estar na fase da velhice.

As representações sociais de caráter positivo tendem a oportunizar aos idosos o acesso às conquistas sociais, resultado de suas reivindicações e da sociedade civil organizada, através das políticas públicas específicas para a velhice. No Brasil, a implementação da Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, teve como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, mediante a criação das condições para assegurar sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e do Estatuto do Idoso, a Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003, o que culminou em melhorias significativas para essa parcela da população, como fila preferencial em bancos, repartições públicas e privadas, prioridade nos processos jurídicos, passe livre nos ônibus urbanos, o que garantiu aos idosos o direito à cidadania.

Pelo acima exposto, Mascaro (2004) defende que é fundamental perceber que “saber envelhecer bem” não depende unicamente do idoso, posto que envolve também condições adequadas de saúde, moradia, educação e trabalho realizado ao longo de sua vida.

No entender de Mello e Burg (2004):

O envelhecimento é um processo que não se refere só às condições físicas e orgânicas de um sujeito, mas tem relação com o discurso social em que esse sujeito está inserido, a ideologia que permeia e se infiltra na relação desse sujeito com seu próprio Eu, seus ideais e seus objetos (p. 233).

Todo ser humano necessita de estimulação para cumprir as diversas fases da vida (ALENCAR, 2007). No entanto, é preciso observar que a quantidade necessária de estímulo varia de pessoa para pessoa, e que seu excesso pode ser tão prejudicial quanto sua insuficiência.

O entendimento de Zimerman (2000) sobre o tema releva que:

Estimular é criar uma postura de busca constante, de realizar atividades, de sentir-se alguém, para, com isso, ser parte integrante e ativa de seu grupo. É incentivar a busca de satisfação nas realizações do dia-a-dia, a fim de ampliar o mundo interno e externo, tornando-se satisfeito, ajustado, valorizado e integrado, para que não seja um peso para si, para sua família e para a sociedade (p. 135).

Assim, percebe-se que cada indivíduo parece ter uma necessidade de estimulação que muitas vezes é influenciada por suas próprias experiências. O idoso vivencia diversas mudanças motivacionais ao longo de sua história e ele observa suas metas se modificarem, bem como as alterações em sua forma de conceber o mundo. Cada situação vivida oferece aspectos que podem culminar em sentimentos de auto-realização, autoconhecimento, aceitação social e resgate da dignidade. Para o idoso, viver deve ser tão repleto dessas qualidades quanto sua juventude e cultura puderem assegurar (NERI, 2004).

No aspecto sócio-emocional, Zimerman (2000) considera essencial a necessidade de estimulação, a qual inclui o contato com outros sujeitos, incluindo-se aí o fato de ver, falar, comunicar-se, trocar afeto, dedicar-se a um hobby, participar de programas comunitários, criar novas condições de vida numa fase que também é nova para o idoso. De fato, é o calor humano, o abraço e o aconchego, a conversa informal que irão proporcionar melhores condições de vida para os idosos, pois as idéias e as emoções também tendem a envelhecer e se forem exercitadas têm maiores chances de se manterem afinadas.

É preciso que tanto o idoso quanto a sociedade quebrem o paradigma de que o indivíduo na terceira idade não pode (ou deve) mais ter perspectivas de vida, com estabelecimento de novos ideais, sonhos e objetivos a serem buscados, pois estabelecer metas faz parte de uma perspectiva de vida melhor, com vistas a alcançar um futuro tranquilo e saudável, e isso independe de idade, mas da força que propulsiona e move os indivíduos adiante (ALENCAR, 2007).

No entender de Davidoff (2001), na terceira idade as habilidades baseadas em conhecimento sofrem influência direta do ambiente em que o idoso vive. Assim, percebe o fato de encarar a velhice de forma congruente corresponde ao grau de satisfação e insatisfação que a ela é atribuído. Tais aspectos envolvem os fatores psicossociais na vida do idoso.

Para que se possa enfrentar de maneira positiva a velhice é preciso considerar alguns fatores, que são: ter uma abordagem orientada para atividades que proporcionam o aumento do vigor físico, a constante busca pelo desenvolvimento intelectual e o trabalho significativo durante a terceira idade. Esses fatores poderão ajudar os idosos interessados no aprendizado contínuo de suas experiências a apreenderem a abordagem integral dessa nova fase de suas vidas (SHALOMI; MILLER, 1996).

Contribuindo com a discussão, tem que, para Marques (*apud* EIZIRIK, 2005):

Se entendermos a vida de cada indivíduo como um processo de desenvolvimento que se inicia no período da concepção e se insere em um contexto anterior a ela, necessariamente incluímos a velhice como parte dessa trajetória, [...] não como período independente, à parte da vida, mas como resultante das várias interações biopsicossociais ocorridas ao longo do caminho, as quais se fazem sentir na forma como cada um experimenta sua velhice (p. 757).

Assim é que o suporte social, a oferta de oportunidades para a educação e o aprendizado contínuo em todas as etapas de sua vida, a paz e a proteção frente à violência e ao abuso constituem-se em elementos essenciais do entorno social com vistas a contribuir para melhorar a saúde e a participação à medida que as pessoas envelhecem.

Por outro lado, a solidão, o isolamento social, o analfabetismo, a falta de educação e a exposição a situações de conflito contribuem sobremaneira para aumentar os riscos de incapacitação e morte prematura entre as pessoas idosas (DEMURA; SATO, 2003; AVLUND; LUND; HOLSTEIN *et al.*, 2004).

A família é apontada por diversos autores como um fator importante para o bem estar de vida do idoso (NERI; YASSUDA, 2004; ALENCAR, 2007; SILVA; FEIJÃO, 2008, PEREIRA, 2010). O papel da família na terceira idade é tão importante quanto em outras fases da vida, no entanto é preciso destacar que na família que conta com, pelo menos, um idoso, seus membros devem procurar desenvolver a empatia por ele, tentando compreender sua percepção de mundo, valorizando sua posição no seio familiar e reconhecendo suas limitações e incapacidades.

Enquanto instituição fundamentalmente humana, a família torna-se o palco necessário para a passagem de ser *indivíduo* para ser *pessoa* e para viver como tal. Desta forma, para todo e qualquer indivíduo, a estrutura familiar é o lugar que ele pode descobrir e dar a sua presença e a sua participação, numa abordagem de comprometimento e responsabilidade (CALDAS, 2002).

Para Bock; Furtado e Teixeira (2001), na “compreensão de família há, sem dúvida, um julgamento que não é científico, mas moralista, pois utiliza um padrão como referência e considera os outros como inadequados” (p. 247).

Muitos problemas enfrentados pelos idosos na família são a falta de empatia dos familiares, bem como o desconhecimento de suas incapacidades e limitações. Além disso, há casos em que a posição do idoso não é bem aceita pelos entes porque o papel, que antes era assumido com mais poder e respeito, se torna indefinido, visto que a sua fragilidade psicofísica vai se tornando cada vez mais evidente. Compreendendo a dificuldade das pessoas em se colocarem no lugar dos idosos Zimmerman (2000) afirma que, em geral, as pessoas “[...] não compreendem que ele, além de ser de outra época, tem outro ritmo, outra maneira de pensar, agir, locomover-se, aprender e adaptar-se a mudanças” (p. 59).

Para Caldas (2002), em relação ao idoso, a falta de cuidado, o cuidado inadequado ou ineficiente são situações bastante observadas nas famílias cujos membros não estão disponíveis ou preparados ou, ainda, que se sentem sobrecarregados por tal responsabilidade. Nesse contexto, existe a real possibilidade de ocorrerem abusos e maus-tratos.

É necessário lembrar que, mesmo que a legislação e as políticas públicas estabeleçam e a própria sociedade creia que os idosos devem ser cuidados pela família, por questões meramente morais, econômicas ou éticas, não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado. De fato, com bastante frequência o que se observa são casos de violência contra idosos no seio familiar, assunto que será abordado no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida, a liberdade do ser humano.”

PAPA JOÃO PAULO II

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura especializada sobre o tema da violência, com foco para a violência intrafamiliar, mais especificamente acerca da violência contra idosos.

2.1 Um olhar histórico e cultural sobre a violência

O conceito de violência não encontra consenso na literatura especializada, em parte porque se trata de um fenômeno complexo, de origem multifatorial, interpretado nos mais diferentes contextos. Por conta disso, dispõe de muitos significados, inclusive em função das diferentes linhas ideológicas e teóricas acerca desse fenômeno (ZALUAR, 2011).

Etimologicamente, o termo “violência” se originou do latim *violentia*, cujo significado é “caráter violento ou bravio, força” (MICHAUD, 1989, p. 11).

Corroborando a origem etimológica do termo supracitado, Zaluar (1999) nos faz lembrar, ainda, que o vocábulo “[...] nos remete a *vis*, que significa força, vigor, emprego de força física ou os recursos do corpo para exercer sua força vital” (p. 28), e que:

Essa força torna-se violência quando ultrapassa um limite ou perturba acordos tácitos e regras que ordenam relações, adquirindo carga negativa ou maléfica. É, portanto, a percepção do limite ou da perturbação (e do sofrimento que provoca) que vai caracterizar o ato como violento, percepção essa que varia cultural e historicamente (IDEM).

A palavra violência deriva do verbo latino *violare*, que significa tratar com violência, profanar, transgredir. Traz em seu sentido a força atuante, o recurso de um corpo para exercer a sua superioridade e, desta maneira, a potência, o valor, a força vital. Assim, a violência tanto pode causar constrangimento físico como moral (GREGÓRIO, 2000).

Na expressão do ato violento em si, segundo Michaud (1989):

Há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (p. 11).

Tal conceito, de natureza meramente operacional, apresenta ambigüidades. A primeira diz respeito à imprecisão acerca da intencionalidade ou não do agente. Será a intencionalidade do ato condição essencial para a existência de violência? Ou, ainda, será a premeditação um pré-requisito para a existência de intencionalidade? Como se percebe, a definição pura e simples do termo, a partir de sua etimologia, não consegue esclarecer totalmente essas dúvidas.

Embora se admita que estes poderiam ser requerimentos necessários para se concluir pelo caráter violento de uma determinada ação, não se pode deixar de considerar as muitas circunstâncias em que episódios com desfechos violentos e danos reais a uma ou mais pessoas passam a ser incluídos no rol dos chamados “resultados não previstos da ação”, com os quais o olhar sociológico é frequentemente confrontado, potencializando a complexidade da questão da causalidade (PORTO, 2002).

Para Souza (2004), as principais características associadas ao conceito de violência se referem às noções que implicam o uso de força, força bruta, intensidade e coação, coincidindo, de certo modo, com as características identificadas por Michaud (1989).

Enquanto fenômeno, ainda não existe uma definição exata e definitiva para a violência, no entanto, a multideterminação e a conexão profunda com a sociedade constituem algumas de suas principais características (RUIZ; MATTIOLI, 2004).

A violência pode ser observada e compreendida não apenas a partir da violação ou transgressão de normas, regras e leis, mas também a partir de outros dois diferentes ângulos, como assevera Chauí (1985):

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a falta de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (p. 35).

Neste sentido, é possível compreender e caracterizar a violência como uma relação de força, na qual de um lado tem-se o ser dominador e no outro o ser vitimizado, coisificado, aquele submetido à violência de forma passiva e silenciosa (VALE, 2011).

No ano de 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou uma conferência internacional sobre saúde, da qual participaram os Ministros de Saúde dos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU). No encontro, um dos principais temas de destaque foi a violência, considerada uma das cinco prioridades recomendadas às Américas. Na Resolução WHA.49.25, a OMS classificou a violência em três grandes grupos, como se observa no Quadro 1, abaixo:

QUADRO 1. Classificação da violência, segundo a OMS

TIPO DE VIOLÊNCIA	CARACTERÍSTICA
VIOLÊNCIA AUTODIRIGIDA	Subdividida em comportamento suicida e auto-agressão
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	Corresponde à violência familiar, entre parceiros e comunitária ²
VIOLÊNCIA COLETIVA	Abrange as violências social, econômica e política

FONTE: Adaptado de Azambuja; Nogueira (2008, p. 108)

No âmbito da saúde pública, merece destaque o Relatório Mundial sobre Saúde e Violência (OMS, 2002), no qual estão as especificações, definições, classificações e contextualizações para o problema da violência de forma abrangente. O documento também apresenta planejamentos e estratégias de prevenção (MINAYO, 2006).

Para a OMS, o conceito de violência é:

O uso intencional de força ou poder, através de ameaça ou agressão real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação (*apud* AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 108).

A definição acima faz uma associação entre a intenção e o ato violento em si, não importando o resultado da ação. Este olhar esbarra em diversas controvérsias na literatura especializada, pois alguns autores entendem que é muito difícil perceber se a intenção de uso da força associada à intenção de causar danos (UNESCO, 2005).

Como exemplo, Azambuja e Nogueira (2008) citam quando o pai dá uma palmada no filho com a intenção de corrigi-lo. Para as autoras, é possível que existam diferenças notórias entre o comportamento que se pretende obter a partir da palmada, como a correção de um mau hábito do filho, e a clara intenção de machucar.

² As primeiras manifestações ocorrem, em geral, no âmbito domiciliar. Posteriormente passam a ocorrer no espaço social-comunitário (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Observe-se ainda que, na definição de violência da OMS, utiliza-se a expressão "poder", ao invés da expressão "força física". A partir desta aplicação, foram ampliados os limites do ato violento, posto que outros atos que caracterizam uma relação de poder, como a intimidação e a ameaça, também passam a ser percebidos como violência. Ainda, temos que o termo "uso de força" passa a incluir, também, a negligência ou a omissão, as quais nem sempre resultam em ferimentos físicos ou mortes, no entanto podem ser causadoras de danos psicológicos, físicos e sociais³ (DAHLBERG; KRUGG, 2002).

Sousa e Silva (2002) defendem que a violência pode se manifestar nos mais diversos tipos de relações, tais como: aquelas estabelecidas entre classe sociais diferentes, os relacionamentos de cunho interpessoal e podem, ainda, ser percebida nas relações de gênero, naquelas estabelecidas entre homens e mulheres, adultos e crianças, brancos e negros, bem como entre uma determinada identidade heterossexual e aquela popularmente conhecida como identidade homossexual.

Dentre os vários entendimentos acerca da violência, destacamos o conceito proposto por Oliveira e Manita (2003), o qual garante especial consenso sobre sua definição, principalmente se considerarmos a amplitude de comportamentos aplicáveis, posto que para as autoras violência é o “uso intencional da força, coação ou intimidação contra terceiro ou de toda a forma de ação intencional que, de qualquer modo, lese os direitos e as necessidades dessa pessoa” (p. 217).

Dadoun (1998 *apud* SILVA, 2010) porque considera a violência característica primordial, essencial, constitutiva do ser do homem, algo que ultrapassa a concepção eruptiva da violência como algo que explode, de forma repentina e imprevisível, e que, se coloca do lado do desvario, do absurdo, da loucura, ou que se imagina como encarnação do mal e do pecado, formulando, assim, a hipótese de uma função estruturante e essencial da violência, na qual emerge o conceito do *homo violens*. Para o autor, não existe qualquer aspecto da realidade humana que não esteja associado à violência e, ainda, defende que “[...] a estrutura essencial do *homo violens* está sempre presente e em todo lugar” (p. 51).

Numa abordagem mais filosófica, o francês Eric Weil fez da violência um dos pontos focais de seu trabalho. Para Perine (2002):

³ Os julgamentos sociais sobre o que é violento são muito importantes, porém dependem da “[...] intensidade das respostas do executor, do nível da exibição de dor ou dano pela vítima, das intenções atribuídas ao executor e das características deste – gênero, idade, classe social, entre outras”. Além disso, dependem das características atribuídas por quem observa o ato, pois o julgamento do observador irá determinar “[...] em certa medida, a atribuição que ele faz, levando-o, por exemplo, a interpretar os comportamentos observados em termos do modo como ele próprio agiria numa situação semelhante” (RIBEIRO; SANI, 2008, p. 179).

No sistema weiliano, o que está em questão é a própria filosofia ou, para falar a sua linguagem, o sentido do discurso. A questão pode ser formulada de diferentes modos: o que distingue uma simples afirmação de fato, arbitrária e violenta, de uma afirmação de direito, justificada e justificante? O que distingue o poder da autoridade legítima? O que distingue a violência da razão? (p. 109).

Para Weil, a realidade no interior da qual se desenha a possibilidade da linguagem razoável, do discurso coerente, da filosofia, numa palavra, da razão, é a violência. Segundo o autor (*apud* PERINE, 2002), é a linguagem, ou a razão, que faz aparecer a violência. O homem, ser agente e falante, é o único a revelar a violência, posto que é o único a buscar e a criar um sentido para a sua vida e para o seu mundo, um sentido para a sua vida num mundo organizado e compreensível por referência a sua vida⁴.

Timm de Souza (2001) assevera que a violência não deve ser entendida tão-somente sob uma perspectiva sócio-histórica, tampouco em um sentido psicológico apenas, posto que se trata de um entrelaçamento que, aproveitando os diversos níveis de tratamento dado ao assunto, indica a sua própria categorização filosófica, assumindo a posição de uma categoria compreensiva e interpretativa da realidade, e não mais, somente a de uma incisiva questão que a realidade propõe continuamente a cada um de nós.

Para o autor, é possível identificar três teses que se constroem em torno do tema da violência, versando especificamente sobre as categorias “violência” e “alteridade”. Na primeira tese, é possível apreender a violência em todos os seus níveis, do mais brutal ao mais explícito. Por esta tese, tem-se que a violência é sempre coercitiva e socialmente sancionada pelo direito positivo, e, inclusive, a violência auto-infligida, repousa no exercício de negação da alteridade. Na segunda tese, o autor afirma que:

Não é possível compreender as infinitas manifestações da violência a não ser superando a fragmentação intelectual-emocional a que essas induzem por seu próprio acontecer. Assim, a maior das violências consiste em velar os vínculos profundos que qualquer ato violento tem com qualquer outro ato violento (IDEM, p. 9).

Na terceira e última tese, o autor afirma ser possível pensar que a desarticulação da racionalidade violenta passa pelo questionamento radical de alguns postulados da razão tidos como intocáveis pelo esclarecimento moderno e que, pregando a unidade racional da

⁴ Para Perine (2002): “Os animais podem ser violentos como os leões ou organizados como as formigas, mas só são violentos ou organizados aos olhos do homem: eles não se opõem nem se organizam em vista de criar alguma coisa. Só o homem conhece e designa a violência, o absurdo, o sem sentido. Para a fera, atirar-se sobre a sua presa não é insensato nem violento, assim como não é insensato nem violento não poder viver fora do formigueiro. O homem é o único ser, pelo menos no estágio atual do conhecimento, que pode captar o insensato e dizer não ao insensato” (p. 113).

razão, acabam por acobertar a violência exercida contra outras racionalidades possíveis e reais.

Para Minayo (2003), a dificuldade em estabelecer um conceito consensual sobre violência decorre do fato de que este é um fenômeno da ordem do que foi vivenciado pelo sujeito, incluindo-se também neste rol os pensadores da violência, indivíduos que tentam compreendê-la em sua totalidade, mesmo que meramente teórica. Nas palavras da autora, as “[...] manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia” e afirma ainda que “[...] a conceituação da violência, mesmo quando se fundamenta teoricamente, também é dirigida pelo julgamento social” (p. 26).

Esta linha de pensamento é compartilhada por Moser (1991 *apud* RIBEIRO; SANI, 2010), para quem:

Violência por definição é social na medida em que pressupõe como a maioria das condutas humanas, uma relação diádica. É uma interação social na medida em que tem a sua origem e se efetiva na relação com o outro, sendo uma relação que condiciona e modela o repertório comportamental dos indivíduos (p. 179).

Numa abordagem histórico-religiosa, temos o posicionamento de Pesavento (2006). Para a autora:

A violência é antiga, parece ser mesmo congênita na trajetória do homem sobre a terra, ou mesmo antes, se remontarmos aos mitos ancestrais... Pois o texto sagrado não fala de uma guerra nos céus, entre o Arcanjo São Miguel, o mais forte e fiel a -- Deus, e Lúcifer, o mais belo anjo -- cujo nome assinala “aquele que porta a luz” --, guerra esta que simboliza a vitória do bem sobre o mal? Também a perda do Paraíso, que implicou na ocorrência de outra violência original, desta vez entre Caim e Abel, marcando a presença do primeiro assassinato e da maldição de Deus ao fraticida: “Vai e sê maldito sobre a terra!” (p. 1).

Em seus estudos, a historiadora nos faz refletir acerca das reminiscências religiosas e cita, como exemplo, uma das histórias da Bíblia. Como descendência de Caim, ao longo dos tempos, os homens nunca deixaram de construir imagens e discursos que representassem a violência, até ali percebida como uma forma de enfrentamento que, ao se aprofundar o olhar, observa-se como estando associada a outros tantos conceitos e práticas, tais como a destruição, a morte, o aniquilamento da identidade, individual e coletiva, a intolerância, a dificuldade de conviver com a diferença, a construção da exclusão social e a prática de atos cruéis contra populações indefesas. Dos tempos dos mitos ancestrais aos tempos hodiernos, as diferentes faces da violência têm sido bastante conhecidas e estão presentes na vida de todos, exibindo-se na vida cotidiana.

A violência caminha lado a lado com a história do homem, afetando a todos como uma epidemia. Utiliza, para tanto, as desigualdades e injustiças sociais latentes, alimentando e mantendo ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições (MELO, 2010).

No entender de Minayo (2005), a violência não é única, mas múltipla, diversificada, mutante, variando de acordo com a época, o local, as circunstâncias, apresentando-se, assim, em diferentes realidades. Completa a autora dizendo que “há violências toleradas e há violências condenadas” (p. 14).

Souza (2004) destaca que a violência não pode ser percebida como fenômeno excepcional, concebida integrante da ordem natural das coisas, tampouco entendida como característica inata do ser humano. Para o autor, a violência é “socialmente produzida e sujeita a nuances históricas e culturais e, por isso, é passível de ser reduzida e controlada por normas construídas a partir das lutas políticas originadas nas próprias relações sociais” (p. 58-59).

Neste sentido, assim como qualquer conceito circunscrito às relações sociais, a violência também se caracteriza por ser diversa, multifatorial, polissêmica, variável no tempo e nas diretrizes sociais vigentes, demandando que seu alcance e seus limites sejam explícitos e definidos (MARTINS, 2010).

Tavares dos Santos (2009) entende que a violência se manifesta como um dispositivo de poder, presente nas relações sociais de dominação, e acaba por produzir algum tipo de dano, além de reforçar as relações de autoritarismo, subordinação, discriminação e preconceito, sendo imposta pelo exercício de um poder calcado na força, na coerção e no dano, seja este de caráter corporal, material ou simbólico.

Neste sentido, Souza e Valle (2010) esclarecem que a violência pode ser compreendida como um ato de excesso, qualitativamente distinto que se pode observar no exercício de cada relação de poder, estando presente, sobretudo, naquelas relações de reprodução social.

Na atualidade, diversos são os fatores que relacionam a violência com dimensões coletivas, interpessoais e individuais. Ademais, fala-se em violência dos criminosos, da ação policial, da ação política, das leis, do modelo econômico, da fome, da miséria, do analfabetismo, da ação pedagógica, da educação dos pais, dos idosos, da mulher, da criança, dos fenômenos da natureza, das doenças, das intervenções cirúrgicas, entre muitos outros contextos e situações (RIBEIRO, 2010).

Tomando-a por atos intencionais de força física ou poder, resultantes em abusos físicos, sexuais, psicológicos, e em negligências ou privações, pesquisas revelam, que esse fenômeno a cada dia a vai se tornando mais banal, invisível, a sensibilidade humana. É fato e está implícito que violência não é vista como um fenômeno natural ao homem, mas sim enquanto produto de um sistema complexo, decorrente de fatores e relações historicamente construídas, “estando ainda implicada no entrecruzamento do social, cultural e político” (GONÇALVES, 2003, p. 45).

Os autores Anderson e Bushman (2002) definem violência como a agressão que tem o objetivo de causar dano extremo, como a morte. Para eles, toda a violência é agressão, no entanto entendem que existem muitas situações de agressão que não são violentas.

Para Nieburg (1963 *apud* MICHAUD, 1989), a violência pode ser compreendida como “[...] uma ação direta ou indireta, destinada a limitar, ferir ou destruir as pessoas ou os bens” (p. 10).

Ribeiro (2008) nos mostra que existem inúmeras tentativas de se definir a violência, porém alerta que se trata, de fato, de um conceito carregado de sentidos, com uma multiplicidade de aspectos que devem ser considerados. Para o autor, houve tempos em que a violência era considerada algo natural ou, ainda, um comportamento de honra ou desafio, sendo tolerada e até mesmo exaltada. Na atualidade, porém, a sensibilidade e intolerância diante dos comportamentos violentos fazem com que seja mais evidenciada a sua existência e mais freqüentes a identificação e intervenção de situações a esse nível.

Na fundação das identidades, principalmente aquelas de caráter coletivo, o papel da violência não pode ser ignorado, haja vista que é justamente nos abusos – aqui traduzidos como instrumentalizações ou manipulações da memória -, que se encontra a relação fundamental da memória com a violência. Em geral, as comunidades históricas foram originadas de relações similares à guerra, fazendo parte dessa categoria as chamadas “feridas coletivas”, tais como: a descoberta da América, em 1492, e o genocídio indígena que a acompanhou, bem como as guerras coloniais ocorridas em países africanos. Os acontecimentos chamados de “fundadores” foram, em sua essência, atos violentos legitimados, posteriormente, por um Estado de direito precário (RICOEUR, 1996 *apud* SILVA, 2001).

De acordo com Domenach (1978 *apud* Dias, 2004), por violência entende-se o uso de uma força “aberta” ou “fechada”, a qual tem como finalidade precípua obter algo de

um indivíduo ou grupo o que não se conseguiu diretamente. Dias (2004) cita também Khan (1978), para quem o sentido mais comum da palavra “violência” refere-se ao exercício de uma força física, ação, comportamento, tratamento ou costume com o objetivo de atingir ou causar danos a pessoas ou bens ou a usurpar pela força a liberdade de um indivíduo.

Enquanto Fischer (1994) percebe a violência a partir do uso material da força, Guillotte (1999) destaca o caráter de reação a algo exterior, e considera essencial compreender o que pode acionar a violência e o seu sentido. Tal qual Fischer, Guillotte defende que os atos violentos devem ser apreendidos na relação com outros fenômenos que os acompanham, e não de maneira isolada. Em outras palavras, é preciso considerar o contexto social, econômico e cultural no qual os indivíduos estão inseridos.

Ribeiro e Sani (2010) nos lembram que a palavra “violência” pode, ainda, significar:

[...] qualidade de violento, qualidade daquele que atua com força ou grande ímpeto, empregando a ação violenta, opressão ou tirania, ou mesmo qualquer força contra a vontade, liberdade ou resistência de pessoa ou coisa, constrangimento físico exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a submeter-se à vontade de outrem (p. 178).

Dentre todas as formas de violência, para fins desse estudo procurou-se investigar o fenômeno da violência doméstica ou intrafamiliar como alguns teóricos e ou autores a denominam, a qual será abordada no tópico seguinte.

2.2 Violência no âmbito familiar

A violência intrafamiliar atinge uma parcela bastante significativa da população, repercutindo sobre a saúde dos indivíduos a ela submetida. Para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), este é um grave problema de saúde pública, configurando-se como um desafio para os administradores do Sistema (BRASIL, 2002).

De fato, a violência intrafamiliar é uma questão ampla e complexa, que deve ser enfrentada por profissionais reunidos em equipes multidisciplinares, de maneira a incentivar a efetiva mobilização de vários setores do governo e da sociedade civil. Essa mobilização objetiva, principalmente, “[...] fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema” (SONEGO, 2006, p. 28).

A violência intrafamiliar refere-se a “[...] qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros” (BRASIL, 2002, p. 10).

Nesse sentido, tem-se que a violência intrafamiliar abrange toda ação ou omissão que venha a prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Esta modalidade de violência pode ser praticada tanto dentro quanto fora de casa por algum membro da família, incluindo-se aquelas pessoas que passam a assumir função parental, e mesmo que não tenham laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra. Assim, observa-se que o conceito de violência intrafamiliar não considera somente o espaço físico no qual a violência ocorre, mas também às relações em que esta se constrói e efetua (ALMEIDA, 2010).

A violência doméstica, por sua vez, distingue-se da violência intrafamiliar porque inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivem no âmbito doméstico. Neste grupo estão incluídos os empregados, as pessoas que convivem temporariamente com a família e até os agregados. Essa modalidade de violência ocorre dentro de casa ou unidade doméstica e, em geral, é praticada por um membro da família que vive com a vítima. Os tipos de agressões domésticas mais comuns são: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono (SILVA, 2002).

Para Leal (1998), “a chamada violência doméstica é equivocadamente definida pelo *locus* onde se realiza: a casa” (p. 11). Na verdade, ela é resultado de relações de poder.

No entender de Marinho (2006), ao abordar a temática da violência doméstica, nos referimos a acontecimentos ocorridos em um espaço demarcado e delineado que, segundo o autor:

[...] é, quase que invariavelmente, palco de uma encenação cujo protagonismo pode se dar pela via da força ou simplesmente por uma voz peremptória que se sobressai pelo arbítrio, muitas vezes recitando um script fundado na sua própria concepção de valores morais, do que é certo e do que é errado, algumas vezes submissos ao império do dogma religioso onde os desejos encontram-se muitas vezes escamoteados, reprimidos ou violados (p. 77).

Continua o autor fazendo uma relação entre o espaço doméstico e aquele que ultrapassa as fronteiras do lar, como se lê:

Embora o espaço doméstico possa ocasionalmente extrapolar para o espaço da rua, o espaço público, ou provir dele, ambos mantêm uma relação permanente e indescartável, uma vez que o espaço doméstico nunca está isolado do mundo que o cerca e, por isso mesmo interagem permanentemente. Mesmo assim, a violência doméstica é geralmente considerada como aquela que ocorre entre as paredes das

casas, sem que fique claramente definida a importância e a efetiva participação dos elementos provenientes do espaço externo, bem como das resultantes desse embate (IDEM).

A violência familiar é uma realidade que ultrapassa os tempos, haja vista que ao longo dos séculos tem sido um evento cada vez mais recorrente na sociedade, com episódios claramente identificados como violentos nas Idades Antiga, Média, Moderna e Contemporânea (MARTINS, 2010).

Arendt (1994) distingue cinco palavras que, com frequência, são erroneamente utilizadas como sinônimas: poder, vigor, força, autoridade e violência. Para a autora,

A violência distingue-se de todos os demais termos pelo seu caráter instrumental, estando próxima do vigor, posto que os implementos da violência, como todas as outras ferramentas, são planejados e usados com o propósito de multiplicar o vigor natural até que, no último estágio de desenvolvimento, possam substituí-lo (p. 37).

Barcellos (2003, p. 124) opta por utilizar a expressão “violência doméstica intrafamiliar”, pois, de acordo com a autora:

A violência doméstica se caracteriza basicamente pelo espaço físico onde se realiza que é o território da casa, podendo muitas vezes, ser estendida além desse espaço físico, criando um território simbólico [...]. A violência intrafamiliar é caracterizada por parentesco, seja ele consanguíneo e/ou afim (p. 124).

Para Duarte e Duarte, (2000), a violência doméstica deve ser analisada a partir da análise do “[...] contexto social, econômico, político e até religioso em que se insere” (p. 12). No entanto, Alarcão (2004) defende que “a definição mais genérica de uso de força, seja física, psicológica, econômica ou política tornou este assunto numa preocupação social” (p. 7).

Em Portugal, o “Manual de Recursos da Direção Geral de Saúde” (2003) esclarece que:

A violência doméstica é definida como abrangendo situações de violência física e sexual, tais como empurrões, beliscões, cuspidelas, pontapés, espancamentos, murros, estrangulamentos, queimaduras, agressões com objetos, esfaqueamentos, uso de água a ferver, ácido e fogo (p. 13).

Assim, um pequeno incidente pode servir como estímulo suficiente para aumentar a frequência e a intensidade do ato de violência, podendo mesmo levar a vítima à morte. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), a violência doméstica pode ser dividida em:

QUADRO 2. Classificação da violência, de acordo com o Ministério da Saúde

TIPO DE VIOLÊNCIA	CARACTERÍSTICA
VIOLÊNCIA FÍSICA	Ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que pode causar lesões internas: (hemorragias, fraturas), externas (cortes, hematomas, feridas)
VIOLÊNCIA SEXUAL	Toda a ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio da força física, da influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução), ou do uso de armas ou drogas
NEGLIGÊNCIA	Omissão de responsabilidade, de um ou mais membros da família, em relação a outro, sobretudo, com aqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição específica, permanente ou temporária
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize o seu próprio dinheiro.

FONTE: Adaptado de Brasil (2001)

Entre todas as modalidades citadas, a violência psicológica se configura como a mais complexa e de mais difícil identificação. Embora seja bastante frequente, pode levar o indivíduo vitimizado a se sentir desvalorizado, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações estas que podem se prolongar por muito tempo e, quando e se agravadas, podem levar a pessoa a provocar suicídio (BRASIL, 2001).

Segundo Silva (2002), as relações baseadas na coisificação do outro geram vitimização e caracterizam-se como violentas. Nela há a figura da vítima⁵ e do vitimador⁶.

Para caracterizar as diferentes formas de violência que as vítimas sofrem, Azevedo e Guerra (1989), referem-se a dois processos de fabricação do quadro de violência: a) vitimação, que decorre das situações de desigualdades sociais e econômicas; e b) vitimização, a qual surge como consequência das relações interpessoais abusivas entre vítima e vitimizador. Enquanto o primeiro acontece com indivíduos que vivem mais agudamente os efeitos das desigualdades socioeconômicas; o segundo atinge aquelas vítimas da violência

⁵ De acordo com Piedade Júnior (1993), a palavra “vítima” tem sua origem no latim *victima* ou *victimae*, cujo significado é “pessoa ou animal sacrificado ou que se destina a um sacrifício” (PIEADADE JÚNIOR, 1993, p. 86). Com o passar dos tempos, o sentido do vocábulo mudou, passando de uma expressão religiosa para uma designação de “estado” em que se encontra uma pessoa.

⁶ Vitimização ou processo vitimizatório, no entender de Silva (2006), significa o processo em que, ao final, o indivíduo ou o grupo torna-se vítima. Pode decorrer de ação ou omissão, advindas de um único indivíduo ou de uma coletividade, ou do meio. Na vitimização, sempre existirão as figuras do vitimizador e da vítima.

doméstica/intrafamiliar que estão em todas as camadas sociais. Os autores alertam que tais processos não são excludentes.

O fenômeno da violência, seja doméstica ou intrafamiliar, incide fundamentalmente sobre a vida e a saúde de crianças, idosos e, sobretudo, mulheres no Brasil e no mundo. Para as vítimas, a violência traz sérias e graves conseqüências não só para o seu pleno e integral desenvolvimento pessoal, mas também compromete o exercício da cidadania e dos direitos humanos, influenciando diretamente no desenvolvimento econômico e social do país. Tanto é que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) reconhece a violência doméstica como um problema de saúde pública, uma vez que afeta a integridade física e a saúde mental.

De fato, no caso de mulheres vítimas de violência doméstica e/ou intrafamiliar, os efeitos sobre sua saúde física e mental são evidentes para quem trabalha na área. Mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde e em geral com "queixas vagas" (OLEGÁRIO; OLIVEIRA; CASTRO *et al.*, 2004, p. 2).

Segundo Carreira e Pandjjarjian (2002), para entender por quais motivos a violência doméstica passa a ser, também, percebida como uma questão de saúde pública, necessário se torna “[...] compreendê-la em sua amplitude numérica; nas repercussões deletérias na saúde física e mental, bem como em suas decorrências econômicas para o país” (p. 10). Para as autoras, a violência influencia na economia do país por conta da diminuição do Produto Interno Bruto (PIB) como resultado do absenteísmo ao trabalho, pela diminuição da produtividade e, ainda, pelo período em que as vítimas ficam sob a responsabilidade da seguridade social.

A cada ano, a violência mata mais de 1,6 milhões de pessoas no mundo. Na atualidade, constitui-se como a principal causa das mortes de indivíduos na faixa etária entre 15 e 44 anos, de acordo com relatório divulgado pela OMS, no ano de 2011. Esse fenômeno ainda é tido como um dos grandes desafios a serem vencidos pelos governos que procuram modificar esse quadro alarmante. Estudos realizados pela ONU demonstram que, anualmente, cerca de 800 mil pessoas morrem no mundo em conseqüência da violência (WAISELFISZ, 2011).

Especificamente com relação às estatísticas de violência contra mulheres, a OMS (2002) cita que cerca de 50% das mulheres assassinadas são vitimadas pelo marido ou namorado, atual ou ex-companheiro. Neste panorama, a violência responde por,

aproximadamente, 7% de todas as mortes de mulheres na faixa etária de 15 a 44 em todo o mundo. Em muitos países, os indicadores apontam que, aproximadamente, 69% das mulheres foram agredidas fisicamente e cerca de 47% foram forçadas a terem sua primeira relação sexual.

Giacomini (2009, p. 4-5) relata que, de acordo com dados do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o quadro da violência contra mulheres é assustador, como se lê a seguir:

- a) um em cada 5 dias de falta ao trabalho no mundo é causado pela violência sofrida pelas mulheres dentro de suas casas;
- b) a cada 5 anos, a mulher perde 1 ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica;
- c) o estupro e a violência doméstica são causas importantes de incapacidade e morte de mulheres em idade produtiva;
- d) uma mulher que sofre violência doméstica geralmente ganha menos do que aquela que não vive em situação de violência;
- e) um estudo do Banco Interamericano de Desenvolvimento estimou que o custo total da violência doméstica oscila entre 1,6% e 2% do PIB de um país.

Na América Latina, a violência doméstica incide sob 25% a 50% das mulheres. Os custos com a violência doméstica são da ordem de 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB), significando cerca de US\$ 168 bilhões aos cofres públicos (ROMARO; CAPITÃO, 2007).

Um estudo realizado pela Sociedade Mundial de Vitimologia (Holanda) pesquisou a violência doméstica em 54 países, inclusive o Brasil. Ao todo, foram entrevistadas cerca de 138 mil mulheres e, como resultado das brasileiras participantes do estudo, os indicadores apontaram que 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica. O estudo revelou, ainda, que a cada 4 minutos, uma mulher é agredida em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto. As estatísticas apontam, também, que os registros nas delegacias especializadas de crimes contra a mulher demonstram que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa e que o agressor é o próprio marido ou companheiro.

Outro ponto de destaque no estudo é o fato de que mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos. Diante destes dados, conclui-se que, dentre os 54 países estudados, o Brasil é o que mais sofre com a violência doméstica, perdendo cerca de 10,5% do PIB em decorrência desse grave problema (MENDONÇA, 2011).

É importante destacar que um dos problemas de perpetuação da violência no âmbito familiar é o silêncio que ronda esta ação, com a maioria dos crimes não denunciados. Embora seja notório o alto número de casos de violência contra a mulher em seu ambiente doméstico, a estimativa é que menos de 10% dos casos são registrados nas delegacias especializadas, de acordo com o Relatório Nacional Brasileiro a CEDAW/ONU (2003), impedindo que dados quantitativos e qualitativos possam revelar corretamente a magnitude desse fenômeno e o perfil de suas vítimas.

Segundo Romaro e Capitão (2007):

No final da década de 90, iniciou-se um processo de articulação e mobilização envolvendo a sociedade civil e alguns órgãos governamentais, com o intuito de compreender e criar mecanismos para conter e prevenir a violência que, em geral, começa no âmbito familiar e direciona-se contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos (p. 2).

No ano de 1998, o Governo Brasileiro lançou o Pacto Comunitário Contra a Violência Intrafamiliar, numa tentativa de despertar as autoridades e a população em geral para a urgência da criação e multiplicação de serviços destinados a receber as vítimas dessa violência - delegacias especializadas, abrigos, serviços de orientação legal e de apoio social, médico-hospitalar e psicológico. Este movimento teve como estratégia, sensibilizar toda a população para a rejeição das práticas de violência intrafamiliar (CONCHA-EASTMAN, 2002).

Embora a mulher figure como principal vítima da violência doméstica ou intrafamiliar, o certo é que este tipo de ato é praticado tanto por pais e mães contra seus filhos crianças e adolescentes, por maridos e companheiros contra suas mulheres, bem como por filhos e demais parentes contra idosos (SAFFIOTI, 1999).

2.3 Violência intrafamiliar contra idosos

A violência contra idosos deve ser compreendida como parte do contexto das grandes mudanças que as famílias tradicionais passaram nas últimas décadas. Nesse ínterim, os idosos têm figurado como vítimas dos mais diversos tipos de violência, que podem incorrer em insultos e agressões físicas perpetradas pelos próprios familiares e cuidadores, configurando a chamada violência doméstica. Podem, ainda, sofrer maus-tratos sofridos em transportes públicos e instituições públicas. Inclui-se, também, a própria violência decorrente de políticas econômicas e sociais que tendem a manter ou aumentar as desigualdades

socioeconômicas ou de normas sócio-culturais que legitimem o uso da violência, denominada de violência social.

Nas palavras de Pasinato, Camarano e Machado (2004):

Se por um lado, a violência contra os idosos se insere nos meandros dos conflitos intrafamiliares, muitas vezes invisíveis para a sociedade, por outro lado, a própria construção do “ser idoso” nas sociedades capitalistas associa idade avançada à obsolescência, se traduz em violência social. Isto coloca a questão da violência como parte de uma questão mais ampla de construção da cidadania em um ambiente democrático (p. 1).

A violência contra idosos perpassa, notoriamente, pela relação de poder exercida pelos mais jovens sobre aquele, principalmente em decorrência do modelo cultural que tende a valorizar em excesso as gerações mais jovens em detrimento daquelas mais velhas.

Menezes, Oliveira e Pedreira *et al.* (2008) entendem que, neste panorama, “a violência contra essas pessoas no domicílio tem uma frequência maior e é mais grave do que se supõe” (p. 1051).

Os primeiros estudos sobre violência doméstica contra idosos datam de meados da década de 1970, com a publicação do artigo “*Granny battered*” (spancamento de avós), em 1975. Destaque-se, também, que um momento importante para o estudo dos maus-tratos contra idosos foi a criação de uma revista especializada, dedicada exclusivamente ao tema, no ano de 1989, o “*Journal of Elder Abuse & Neglect*” (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2004).

Para Machado e Queiroz (2002), o crescimento do interesse da área de saúde pela violência ocorreu devido a dois fatores principais, quais sejam: a) a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos de cidadania dos idosos; e b) as mudanças no perfil de morbimortalidade em todo o mundo.

No ano de 1996, a violência passou a ser mundialmente reconhecida como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo, a partir da realização da 49a. Assembléia Mundial de Saúde (resolução WHA 49.25), como citado anteriormente neste estudo.

A Resolução aponta, como alerta, que a violência traz em seu bojo importantes conseqüências para indivíduos, famílias, comunidades e países, a curto, médio e longo prazos, com prejuízos no âmbito social e econômico dos países.

No Brasil, a implementação da Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, conhecida popularmente como “Estatuto do Idoso”, fez com que a questão dos maus-tratos passasse a dispor de um instrumento legal com vistas a regular os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, cujo descumprimento conta, ainda, com previsão de pena.

De acordo com o Estatuto, prevenir a ameaça ou violação dos direitos dos idosos é dever de toda a sociedade brasileira, bem como torna obrigatória a sua denúncia aos órgãos competentes, tais como autoridades policiais, Ministérios Públicos, Conselhos do Idoso, entre outros (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2004).

No que se tange especificamente aos idosos, convencionou-se chamar de maus-tratos tanto os atos cometidos como as omissões, tenham sido intencionais ou não. Assim, partindo deste entendimento, a definição mais usada para referir aos maus-tratos cometidos contra idosos é a adotada pela Rede Internacional de Prevenção aos Maus-tratos de Idosos (*International Network for Prevention ou Elderly Abuse – INPEA*), qual seja: “uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança” (INPEA, 1998, s/p).

Para a OMS (2001), os maus-tratos praticados contra idosos são, em suma, uma explícita violação aos direitos humanos, fator significativo de lesões, perda da produtividade, isolamento e depressão.

O entendimento da Associação Médica Americana é que os maus-tratos constituem-se em “um ato ou omissão que resulta em dano ou ameaça de dano à saúde de uma pessoa idosa” (OPAS, 2002).

Um dos maiores desafios para os estudos sobre os maus-tratos de maneira mais abrangente e não somente referente aos idosos, reside na definição das categorias e tipologias que designem as suas várias facetas. Numa tentativa de sistematizar e tornar mais didática sua abordagem, Minayo (2004) propõe a classificação dos maus-tratos e da violência, como exposto no Quadro 3, a seguir.

QUADRO 3. Classificação dos maus-tratos e violência contra idosos

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
MAUS-TRATOS FÍSICOS	Uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-lo, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte
MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS	Agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social
ABUSO FINANCEIRO OU MATERIAL	Exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais
ABUSO SEXUAL	Refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero relacional, utilizando pessoas idosas. Visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças
NEGLIGÊNCIA	Recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, se manifesta associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para os que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade
ABANDONO	Ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção
AUTO-ABANDONO OU AUTONEGLIGÊNCIA	Conduta de uma pessoa idosa que ameace a sua própria saúde ou segurança, com recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado

FONTE: Adaptado de Minayo (2004)

No âmbito familiar, os abusos são omitidos tanto pelo agressor, como pelo agredido. Silva, Alves e Fernandes *et al.* (2002) entendem que os tipos de maus-tratos mais comuns contra idosos são as negligências físicas, financeiras, psicológica, nutricional e sexual, assim como a violação aos direitos dos idosos e o não atendimento às suas necessidades básicas.

De acordo com estudos realizados por Anetzberger *et al.* (2004), cerca de 50% dos agressores têm problemas com uso excessivo de bebidas alcoólicas. Outros autores, como Chavez (2002) e Chaves e Costa (2003) destacam que, em sua maioria, os agressores – tanto físicos quanto emocionais - dos idosos fazem uso regular de álcool e drogas numa proporção três vezes mais alta que os não abusadores.

Minayo (2002) corrobora o pensamento acima e destaca que a grande maioria dos estudiosos sobre o tema aponta a forte associação entre maus-tratos e dependência química como um dos principais fatores de vulnerabilidade dos idosos à violência familiar.

Pasinato, Camarano e Machado (2004) destacam que a violência doméstica e os maus-tratos não devem ser compreendidos fora do contexto da violência social e estrutural no qual os idosos e as comunidades encontram-se inseridos. Para os autores,

A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades. Em um passado, não tão distante, muitas sociedades tradicionais consideravam a harmonia familiar como um importante elemento das relações familiares. Esse papel da família era legitimado e reforçado tanto por tradições filosóficas quanto por políticas públicas, não se reconhecendo a existência de maus-tratos contra idosos e, muito menos, a sua denúncia (p. 3).

Neste sentido, é importante identificar a violência contra os idosos a fim de que possa, então, ser reconhecida nos atos rotineiros e cotidianos para que possam ser punidos pelas leis e normas legais em vigência no país. Além disso, é preciso praticar a empatia, numa tentativa de se colocar no lugar do idoso vítima de violência, buscando identificar atos de covardia de maneira a denunciá-los aos mecanismos competentes (CESCA, 2004).

A violência intrafamiliar traz em si uma dinâmica própria, que expressa poder e afeto, paradoxalmente. Neste tipo de relação, faz-se presente a subordinação e a dominação. Assim, nas diversas relações que se constroem na família como – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras – os indivíduos encontram-se em posições opostas, e desempenham papéis rígidos que os obriga a criar uma dinâmica específica e particular, diferente em cada grupo familiar (SULLCA; SCHIRMER, 2006).

Relevante se torna alertar que, não raro, a violência resulta da falta de acesso aos serviços essenciais, como saúde e educação, além da falta de qualidade ou do atendimento inadequado prestado ao idoso, representando uma grave forma de agressão às pessoas que buscam assistência por terem sofrido violência intrafamiliar. Chamar a atenção para este tipo de violência, aqui chamada de “violência institucional”, é muito importante, haja vista que as pessoas que passam por situações de violência intrafamiliar estão, especialmente, vulneráveis aos seus efeitos.

Diante do exposto, entendemos que a violência intrafamiliar inscreve-se no horizonte da violência cultural que diz respeito às expressões de violência racial, étnica, de gênero ou de grupos etários e manifesta-se nas relações interpessoais. Porém, é oportuno destacar que a cultura da violência é um ciclo que se reproduz e tende a se perpetuar, se não existir uma interferência capaz de o interromper.

CAPÍTULO III – PERCUSSO TEÓRICO METODOLÓGICO

“Você nunca precisará de um argumento contra o uso da violência; você precisa de um argumento para ela.”

NOAM CHOMSKY

Neste capítulo é apresentada a trajetória metodológica utilizada para a composição do estudo, incluindo a pesquisa de dados para elaboração do cabedal teórico que norteou a pesquisa de campo, bem como o local de coleta de dados e o perfil dos participantes do estudo.

3.1 Considerações gerais sobre a pesquisa

Pesquisas no campo das ciências humanas requerem delineamentos claros e amplos esforços teórico-metodológicos na apreensão do objeto de estudo considerando a polissemia, complexidade e variedade dos fenômenos. O pensamento científico pode ser desenvolvido a partir de variedades de proposições e paradigmas que sustentam as teorizações muitas vezes são antagônicos.

A Psicologia, enquanto ciência tem buscado superar as incompatibilidades entre as formas qualitativas e quantitativas de fazer pesquisa. Desse modo, alinham-se de um lado pesquisadores que entendem que a possibilidade de predição ou explicação num sentido mais generalizado requerem metodologias afinadas com o fenômeno estudado, desenvolvendo pesquisa qualitativa; e de outro, estão os psicólogos pesquisadores que levam em conta os objetivos direcionados a explicação e a predição dos fenômenos psíquicos que governam o comportamento, desenvolvendo pesquisa quantitativa (SCARPARO, 2000).

Desse modo, a cada momento histórico, novos paradigmas vão sendo construídos, ou seja, o tempo todo estamos vendo o mundo por meio de nossos paradigmas. Além de influir sobre nossas percepções, também influenciam nossas ações: fazem-nos acreditar que o jeito como fazemos as coisas é o “certo” ou “a única forma de fazer”. Assim costumam impedir de aceitar idéias novas, tornando pouco flexível e resistente a mudança (VASCONCELOS, 2002).

A evolução histórica da ciência apresenta várias mudanças, uma delas se deu com o pensamento cartesiano ao pensamento complexo. No chamado modelo cartesiano ortodoxo não tolerava a interferência de valores humanos e religiosos, bem como qualquer variável relacionada à subjetividade.

Já o pensamento científico complexo origina-se a partir da obra de vários autores, cujos trabalhos vêm tendo ampla aplicação em biologia, sociologia, antropologia social e psicologia. Uma de suas principais linhas é a biologia da cognição, de Maturana, que sustenta que a realidade é percebida por um dado indivíduo segundo a estrutura (a configuração biopsico-social) de seu organismo num dado momento. Essa estrutura muda continuamente de acordo com a interação do organismo com o meio. Este permite entender os processos autopoieticos autoprodutores, auto-sustentados, autogestionários, dos quais as sociedades humanas constituem um exemplo (MARIOTTI, 2000).

A Teoria da Complexidade constitui um meio útil para entender os processos de inovação e autorenovação. É um novo modo de investigação das mudanças. É também um instrumento útil para entender as mudanças sociais no mundo, pois desafia as suposições convencionais de estabilidade natural, equilíbrio e processos lineares. É uma possibilidade de reflexão, pois é considerada uma teoria de inclusão. Aberta em sua filosofia. Isto é, o pensamento complexo considera todas as possibilidades teóricas de reflexão, não se esgotando em apenas um pressuposto. Busca ampliar os pensamentos simplificadores das teorias e dos pressupostos teóricos, partindo da não completude do conhecimento e da aceitabilidade há diversidade (MORIN, 2002).

O mundo poderia ser melhor, se os homens não agissem e nem pensassem linearmente. Abrindo assim probabilidades, para outras possibilidades e tendo a certeza que nada é certo, seguro. Todavia, há necessidade de uma ordem, não como determinista, mas sim relacional, que necessita de uma desordem para se regenerar. "[...] esquemas simplificadores dão lugar a ações simplificadoras e esquemas unidimensionais, dão lugar a ações unidimensionais" (MORIN, 2002, p. 47).

Todas as mudanças de paradigmas ocorrem porque o objeto das Ciências Sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configurações são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num combate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características

fundamentais de qualquer questão social. Por isso, também, as crises têm reflexo tanto no desenvolvimento como na decadência de teorias sociais (MINAYO, 1994).

Dessa forma, é necessário também dizer que o objeto de estudo das ciências sociais possui *consciência histórica*. Noutras palavras, não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e a suas construções, na medida em que as estruturas sociais nada mais são que ações objetivadas. O nível de consciência histórica das Ciências Sociais está referenciado ao nível da consciência histórica social (MINAYO, 1994).

Nesta pesquisa, utilizamos as abordagens quali-quantitativa no sentido de buscarmos a compreensão do fenômeno da violência intrafamiliar contra idosas, visando dar conta tanto de uma realidade que não pode ser quantificada e que trabalha com o aspecto subjetivo dos sujeitos, quanto dos aspectos estatísticos que mostram com maior visibilidade as ocorrências da violência. A articulação entre as abordagens qualitativa e quantitativa não é realizada de forma híbrida pura e simplesmente, e sim como opção de utilizá-las de forma integrada, para atingir um poder explicativo maior do fenômeno estudado.

Concordamos com Scarparo (2000) quando se refere a essa questão:

Na atualidade, entretanto, a tendência da pesquisa em Psicologia está justamente na tentativa de rompimento desta dicotomia qualitativo-quantitativo, com a integração cada vez maior das metodologias de ambas as abordagens qualitativistas e quantitativistas para exploração mais profundas dos fenômenos estudados, com respeito mútuo das vantagens e limitações de cada uma delas (p. 18).

Segundo Bauer e Gaskell (2002), a pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações das realidades sociais. Günther (2002, p. 202) ressalta que “a concepção de objeto na pesquisa qualitativa deve ser sempre vista na sua historicidade, no que diz respeito ao processo desenvolvimental do indivíduo e no contexto dentro do qual o indivíduo se formou”. Também para esse autor “a entrevista em pesquisa qualitativa visa a compreensão parcial de uma realidade multifacetada concernente a tempo e contexto sócio-histórico específicos” (GÜNTHER, 2006, p. 147).

Outra característica da abordagem qualitativa é que, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 1999). A pesquisa quantitativa busca transformar os dados em valores numéricos para posteriormente realizar um tratamento de ordem matemático

estatístico que permite atingir os requisitos necessários para a estimação de parâmetros e, portanto, permite a generalização de resultados (SCARPARO, 2000).

Embasaremos nosso olhar na Psicologia Sócio-Histórica, a qual tem sua fundamentação básica em Vigotski, Luria e Leontiev, cientistas russos de fins do século XIX e início do XX. Segue, mais particularmente, as proposições de Vigotski que, dentro de um pensamento marxista, propôs a construção de uma psicologia científica que desse conta dos processos psicológicos superiores que marcariam a diferença qualitativa entre homens e animais. A Psicologia Sócio-Histórica, identificada por Vigotski como Teoria Histórico-Cultural, segue os princípios filosóficos do materialismo histórico e dialético que trazem embutidos uma teoria e um método científico que se contrapõem à leitura de ciência proposta pelo positivismo lógico.

A Psicologia Sócio-Histórica baseada nas propostas de Vigotski não teve, por condições históricas, um desenvolvimento contínuo. Teve inserções na Educação e na Psicologia da Educação. A partir do final da década de 70, ela começa a aparecer no Brasil como uma alternativa na Psicologia, oriunda da Psicologia Social, representando teoricamente a revisão que esta procurava fazer para dar conta de explicar o sujeito com o qual se deparava. A realidade social e histórica não só do Brasil, mas de toda a América Latina, impunha a necessidade de compreender os indivíduos como seres sociais e históricos, específicos, portanto, dessa realidade e que não eram explicados com as teorias que os considerava de maneira a-histórica e universal (BOCK, 2001).

A Psicologia Sócio-Histórica entende o homem a partir da concepção de “condição humana”, isto é, alguém que constrói formas para satisfazer suas necessidades junto com outros homens. Um ser histórico com características forjadas de acordo com as relações sociais contextualizadas no tempo e no espaço histórico em que ele vive (OZELLA, 2003).

Nessa direção, Bock (2001), diz que na Psicologia Sócio-Histórica esta relação é concebida dialeticamente na medida em que este ser se constrói ao construir a sua realidade. No entender da autora, a teoria Sócio-Histórica defende que a conduta humana não é apenas o produto da evolução biológica, e que o fenômeno psicológico não pertence à natureza humana, e nem preexiste ao homem, mas é assim produto do desenvolvimento histórico e cultural, onde os sujeitos produzem e reproduzem a realidade social, sendo ao mesmo tempo produzidos e reproduzidos por ela (BOCK *et al.*, 2009).

Para a Psicologia Sócio-Histórica, o método materialista histórico e dialético caracteriza-se por uma concepção dialética, segundo a qual a contradição fundamental de tudo o que existe, de todas as coisas, a contradição e sua superação, constituindo a base do movimento de transformação constante da realidade. Neste contexto, Bock (2001) entende que a sociedade como:

[...] produção histórica dos homens que, através do trabalho, produzem sua vida material. As idéias, como representações da realidade material. A realidade material, como fundada em contradições que se expressam nas idéias. E a história, como o movimento contraditório constante do fazer humano, no qual, a partir da base material, deve ser compreendida toda a produção da idéias, incluindo a ciência e a psicologia (p. 17).

A Psicologia Sócio-Histórica trata da sociedade e versa sobre o fenômeno psicológico que se desenvolve ao longo do tempo. Assim, o fenômeno psicológico não pertence à natureza, não é preexistente ao homem, mas reflete a condição social, econômica e cultural em que vivem os homens.

Portanto, para a Sócio-Histórica, falar do fenômeno psicológico é, obrigatoriamente, falar da sociedade. Falar da subjetividade humana é falar da objetividade em que vivem os homens. A compreensão do “mundo interno” exige a compreensão do “mundo externo”, pois são dois aspectos de um mesmo movimento, de um processo no qual o homem atua e constrói/modifica o mundo e este por sua vez, propicia os elementos para a constituição psicológica do homem.

As capacidades humanas devem ser vistas como algo que surge após uma série de transformações qualitativas. Cada transformação cria condições para novas transformações, em um processo histórico, e não natural. O fenômeno psicológico deve ser entendido como construção no nível individual do mundo simbólico que é social. O fenômeno deve ser visto como subjetividade, concebida como algo que se constituiu na relação com o mundo material e social, mundo este que só existe pela atividade humana. Subjetividade e objetividade se constituem uma à outra sem se confundir. A linguagem é mediação para a internalização da objetividade, permitindo a construção de sentidos pessoais que constituem a subjetividade. O mundo psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social. Conhecer o fenômeno psicológico significa conhecer a expressão subjetiva de um mundo objetivo/coletivo; um fenômeno que se constitui em um processo de conversão do social (BOCK, 2001).

3.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no programa “Idoso Feliz Participa Sempre”, desenvolvido pela Faculdade de Educação Física da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O programa “Idoso Feliz Participa Sempre” iniciou com pesquisas nos anos de 1987 e 1988 e como projeto de extensão a partir do ano de 1993. Teve como objetivo maior promover qualidade de vida no envelhecimento através de atividades físicas, sociais e culturais. O referido projeto se estendeu, ainda, com disciplinas de extensão universitária, dança de salão, hidroginástica, natação e algumas disciplinas teóricas como Desenvolvimento do adulto, Profilaxia do envelhecimento e questões sociais do envelhecimento, entre outras. As práticas de socialização e cultura se estenderam a inúmeras excursões intermunicipais, interestaduais e até internacionais. Devido a grande retribuição social e expansão acadêmica, o projeto se transformou em programa dentro da Faculdade de Educação Física da UFAM.

A resposta entusiasmada dos idosos às ações propostas expandiu a programação para grandes manifestações culturais e esportivas como Feiras de Motricidade, Festivais Folclóricos e Jogos Olímpicos de Idosos. Houve, também, a criação de um programa de TV próprio chamado “Estilo de Vida”, no qual os idosos divulgavam suas experiências. Devido aos diversos convites para apresentações em eventos, passou a ter um grupo permanente de dança (*Gerontocoreographic Fame*), o qual já tem prontas coreografias diversas com todos os acessórios (roupas, sapatos, chapéus, colares, etc.).

Na atualidade, esses eventos reúnem grupos de outros municípios e estados. Ao mesmo tempo em que as atividades com os idosos iam ganhando formas diversas não perdendo o fio-condutor de promoção da saúde através das práticas físicas, culturais e sociais, houve a preparação de mão-de-obra qualificada para o desempenho das ações. Foram realizados treinamentos de monitores com alunos do Curso de Educação Física e Idosos voluntários, cursos compreendendo níveis de complexidades distintos, desde a formação de Tecnólogos em Cinesociogerontologia até pós-graduação (especialização) na área de Gerontologia.

Cada vez mais aumenta o número de trabalhos voltados à atividade física para a terceira idade nas Universidades brasileiras. Além do projeto “Idoso Feliz Participa Sempre”, atualmente Programa, temos a Universidade na Terceira Idade Adulta, da UFAM, criado em 1993, o qual oportuniza ao indivíduo da meia idade e ao idoso um contato mais amplo com a Universidade, visando à educação motora como facilitadora de sua nova identidade.

3.3 Seleção dos Participantes

Fizeram parte desta pesquisa 20 (vinte) mulheres que participam do programa “Idoso Feliz Participa Sempre”, com idade a partir de 60 anos, inscritas no mesmo há mais de dois anos frequentando regularmente as atividades que o programa disponibiliza.

Antes das entrevistas iniciamos nosso contato com as participantes com alguns comentários introdutórios sobre do que se tratava a pesquisa, seus objetivos e a importância de sua participação nela. Ressaltamos a cada solicitação de esclarecimento dirimir todas as dúvidas que possuíam e qual o seu papel e o papel do pesquisador no processo. Esclarecemos que os dados seriam coletados através de entrevistas previamente agendadas e que manteríamos o sigilo sobre sua identidade e sobre o que fosse falado durante a entrevista.

Ressaltamos que o fato de termos desenvolvido atividades como psicóloga psicoterapeuta durante três anos no programa “Idoso Feliz Participa Sempre”, com os idosos, facilitou o envolvimento dos mesmos em nossa pesquisa, tendo em vista que já os conhecia por terem participado do processo psicoterápico conosco durante o tempo em que lá atuamos.

O trabalho psicoterápico iniciou no mês de março de 2007, com um trabalho voluntário no referido Programa com a proposta de realizar uma atividade que envolvesse a psicoterapia individual e grupal com os idosos que lá participavam. Atualmente, esse trabalho continua com atividades de psicoterapia semanal.

Tal fato, a nosso ver, foi o responsável pela situação de confiança estabelecida entre nós anteriormente na relação psicóloga/cliente e as entrevistadas, visto que as mesmas já nos conheciam e já tinham falado algumas vezes, mesmo que superficialmente, sobre as violências a que tinham sido submetidas após o processo de envelhecimento.

3.4 Instrumento utilizado para coletas de dados

Foram feitas entrevistas semiestruturada (Anexo) com a duração de uma hora a uma hora e meia. A entrevista semiestruturada ou semiaberta teve um roteiro de perguntas, que serviu de guia, de forma a alcançar os objetivos da pesquisa. Na prática, porém, observou-se que não era necessário seguir a disposição das perguntas, porém essencial se fazia respeitar a liberdade de expressão dos sujeitos entrevistados e a espontaneidade da entrevista (COUTINHO, 2011).

[...] é imprescindível para a criação do vínculo profissional-pessoa focalizada, garantindo o entendimento das participantes acerca dos procedimentos da pesquisa, do contrato de sigilo e da ausência de expectativa do pesquisador sobre respostas certas ou erradas (p. 195).

Por se tratar de um tema considerado muito pessoal, de foro íntimo e privado, avaliamos que o próprio ato de recordar o ocorrido poderia mobilizar sofrimento psíquico para as participantes. Assim, no primeiro momento da entrevista com as participantes da pesquisa, seguimos a orientação de Lisboa e Koller (2002) e dedicamo-nos ao *rapport*, o qual, segundo os autores,

Seguimos um roteiro previamente estabelecido que contou com questões fechadas e abertas, baseadas no discurso livre do entrevistado. Desse modo, embora a entrevista tivesse eixos norteadores previamente estabelecidos que possibilitasse o alcance dos objetivos da pesquisa, o desenvolvimento da mesma se deu a partir do que foi sendo informado, o que, de acordo com Monteiro (1991, p. 5), permite maior flexibilidade para acompanhar explicações e nuances conferidas, sem prender-se a um roteiro fechado com opções que poderiam “engessar” a interação.

A entrevista é um instrumento que possibilita a fala dos participantes enquanto indicadora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, transmitindo as representações das condições históricas de grupos, bem como as condições sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004).

Nessa mesma direção Bauer e Gaskell (2002) pontuam que as perguntas devem ser um “convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir” (p. 73), devem dar voz a livre expressão do sujeito, obtendo esclarecimentos e acréscimos em pontos importantes, com indagações apropriadas e questionamentos específicos para aprofundamento dos aspectos mais importantes aos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram contextualizadas “considerando a escolaridade e cultura do participante entrevistado” (LISBOA; KOLLER, 2002, p. 200).

Seguimos também a orientação de Rampazzo (2002, p. 110) que sugere o “uso do gravador para evitar falhas de memória ou distorção do fato”. Desse modo, o equipamento adotado na entrevista foi o gravador, na medida em que houve concordância por parte das entrevistadas. Foram feitas anotações e procuramos manter o máximo de fidelidade ao discurso da entrevistada.

Ainda, seguimos a orientação de Chizzotti (2001) e utilizamos a entrevista como técnica psicoterapêutica, centrada no cliente e desenvolvida por Carl Rogers, pressupõe que o informante é competente para exprimir-se com clareza sobre questões da sua experiência e comunicar representações e análises suas, prestar informações fidedignas, manifestar em seus atos o significado que tem no contexto em que ele se realiza, revelando tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e idéias.

Também com respeito à entrevista, Duarte (2004) nos esclarece que as entrevistas são fundamentais quando se precisa ou se deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Esse tipo de situação permite ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um dos sujeitos percebe e confere significado à sua realidade.

As questões fechadas foram utilizadas para o levantamento dos dados sócio-demográficos com o objetivo de traçar o perfil das participantes, e as questões abertas, para contemplar os outros objetivos da pesquisa.

O entrevistador manteve-se na escuta ativa e com a atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que fossem elas, intervindo com discretas interrogações de conteúdo ou com sugestões que estimulassem a expressão mais circunstanciada das questões investigadas.

A atitude disponível a comunicação, a confiança manifesta nas formas e escolhas de um diálogo descontraído devem deixar o informante inteiramente livre para exprimir-se sem receios, falar sem constrangimentos sobre os seus atos e atitudes, interpretando-os no contexto em que ocorreram (CHIZZOTTI, 2001).

3.5 Procedimentos éticos para coletas de dados e realização da pesquisa

O presente projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. As entrevistadas asseguraram-se da livre expressão de pensamento, preservação de sigilo e anonimato, respeito, dignidade e proteção aos direitos individuais, preservação do direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, não formação de juízo de valores sobre suas colocações durante a entrevista, fornecimento de informações claras a respeito do estudo, solicitação do consentimento para divulgação dos dados; livre acesso aos dados coletados e assinatura do documento de Livre Consentimento

para participação do estudo, conforme o Código de Ética e Resolução N° 196/96 do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

No momento inicial da entrevista, também informamos às participantes que a instituição poderia fornecer apoio psicológico naquele momento e após a entrevista, caso elas sentissem necessidade de trabalhar emoções desencadeadas a partir da entrevista. A entrevista com a pesquisadora e também as sessões com outro psicólogo, ocorreriam na sala de atendimento psicológico do programa “Idoso Feliz Participa Sempre”.

Colocamos à disposição contato telefônico para todas as participantes, mesmo tendo encerrado a coleta de dados, caso elas julgassem necessário o apoio profissional devido a qualquer desconforto produzido durante as entrevistas.

3.6 Análises dos dados

Como referência principal para o tratamento e análise dos dados utilizamos Bardin (2002, p. 38), com a análise de conteúdo, no qual diz a autora ser:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (p. 38).

Segundo Minayo (1993, p. 208), na análise de conteúdo, pode-se fazer uma análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Assim a análise temática foi realizada de acordo com a operacionalização sugerida por Bardin (1979, p. 95) e Minayo (1993, p. 208) que sugerem inicialmente uma pré-análise: leitura “flutuante” para primeira organização do material e articulação com os objetivos. A partir do levantamento dos núcleos de interesse, passamos à categorização temática do conteúdo destacado e ao reagrupamento do conteúdo em categorias.

Escolhemos a análise de conteúdo visto porque, segundo Bauer (2002), ela faz uma ponte entre um formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais. No divisor quantidade/qualidades das ciências sociais, a análises de conteúdo é uma técnica híbrida que pode mediar uma improdutiva discussão sobre virtudes e métodos.

Corroboramos, ainda, com Coutinho e organizadores (2011), quando nos esclarecem que a análise de conteúdo utiliza tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa. A primeira, quando o pesquisador busca além da presença ou ausência de uma

característica (o que é específico da abordagem qualitativa), interessando-se por dados estatísticos, como frequência simples, percentual, etc., quantificáveis por meios das ocorrências das unidades de registro contidas nas mensagens do texto.

Pela sua natureza científica, a análise de conteúdo deve ser eficaz, rigorosa e precisa. Trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características (gramaticais, fonológicas, cognitivas, ideológicas etc.) e extrair os momentos mais importantes. Portanto deve basear-se em teorias relevantes que sirvam de marco de explicação para as descobertas do pesquisador (RICHARDSON, 1999).

Neste sentido, buscamos vincular nossa análise dos dados à pesquisa qualitativa de cunho sócio-histórico. Esse olhar da perspectiva sócio-histórica, ao valorizar os aspectos descritivos e as percepções pessoais, focaliza o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, compreender também o contexto. Adota-se, assim, uma perspectiva de totalidade que, de acordo com André (1995), leva em conta todos os componentes da situação em suas interações e influências recíprocas.

Na pesquisa qualitativa com enfoque sócio-histórico não se investiga em razão de resultados, mas o que se quer obter é “a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 16), correlacionada ao contexto do qual fazem parte. Assim, as questões formuladas para a pesquisa não são estabelecidas a partir da operacionalização de variáveis, mas se orientam para a compreensão dos fenômenos em toda a sua complexidade e em seu acontecer histórico. Isto é, não se cria artificialmente uma situação para ser pesquisada, mas se vai ao encontro da situação no seu acontecer, no seu processo de desenvolvimento.

Desse modo, buscamos seguir a orientação de González Rey (2005), que propõe uma análise não meramente descritiva e sim explicativa e interpretativa, para que se busque dimensões dinâmicas ou causais, reais, em oposição à enumeração das características externas de um processo, considerando a relação dialética do pesquisador com o material empírico na busca de zonas de sentido.

Primeiramente, após transcrição literal do material gravado, fez-se necessário uma leitura flutuante na busca de categorias e subcategorias. Em um segundo momento, buscamos os indicadores e conteúdos temáticos, a partir de um processo de aglutinação de categorias e subcategorias, pela similaridade, e complementaridade. Os dados foram coletados, transcritos

cuidadosamente e submetidos a leituras sucessivas, para se identificarem os aspectos significativos.

Os nomes das participantes da amostra foram substituídos por nome de flores para manter o anonimato.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A violência faz-se passar sempre por uma contra-violência, quer dizer, por uma resposta à violência alheia.”

JEAN-PAUL SARTRE

A violência contra a mulher no Brasil tem tomado proporções assustadoras. Suas vítimas são as mulheres em todas as suas idades, não deixando de fora nem mesmo as mulheres idosas. Essas classes de gênero encontram dificuldades em denunciar as várias formas de violência que tem sofrido, seja pela falta de discriminação do que é e o que não é violência, seja pela dificuldade geralmente de ordem afetiva em denunciar seus familiares, visto que a mesma geralmente tem ocorrido dentro de seus lares.

A pesquisa foi realizada com vinte mulheres idosas, das quais 65% apresentaram idade entre 60 a 65 anos e, 35% apresentaram idade entre 65 anos a 87 anos. Em relação ao estado civil, 45% das entrevistadas são viúvas; 25% casadas; 20% separadas e 10% solteiras. O nível de escolaridade se dividiu em: 25% das participantes têm Ensino Superior; 40% têm Ensino Médio e 35% o Ensino Fundamental. As entrevistadas apresentaram várias nacionalidades, sendo 45% de Manaus, 30% do interior do Amazonas (Itacoatiara, Coari, Eirunepé, Caruarai), e 25% de outros estados do norte e nordeste (Recife, Pará, Maranhão).

Os temas emergiram levando em consideração os dados colhidos e as interpretações com base nas reflexões das literaturas especializadas sobre o tema consultado previamente. Nesse sentido, elaboramos uma entrevista semi dirigida com quarenta e um questionamentos que foram cuidadosamente analisados. Diante das respostas, e/ou das entrevistas norteadoras, foi realizada uma nova construção de oito categorias. Nesta fase, iniciamos a correlação das respostas com os objetivos da pesquisa, uma vez que, ao ser analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo, essa intersecção “é também usada para avaliar sistematicamente o conteúdo simbólico de todas as formas de comunicação registradas, criando uma ampla gama de oportunidades de pesquisa” (Kolbe & Burnett, 1991, p. 2).

Uma vez detectados e atendidos os requisitos iniciais das oito categorias, foram criadas vinte subcategorias permitindo assim constituição de novos dados para as interpretações finais, como segue quadro abaixo:

Quadro 4
Categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ O que significa estar na terceira idade ➤ Como é a família que esse idoso vive ➤ Entendimento acerca da violência física, psicológica e familiar ➤ Possíveis acontecimentos de violência familiar e quais as implicações afetivas, ➤ Existência de alguma pessoa para pedir ajuda ➤ O que se aprendeu com as experiências ➤ Existe perspectiva futura? ➤ O que o idoso deve fazer na situação de violência 	1.O que é a velhice
	2.O que é ser idoso
	3.Consideração dos familiares de ser idoso
	4.Violência Familiar
	5.Já foi tratado de forma violenta
	6.Como é o tratamento familiar
	7.Ocorrência de desrespeito ou ameaça
	8.Negligências por parte dos familiares
	9.A família respeita sua opinião
	10.Deixa de fazer o que gosta pelos familiares
	11.A família quer controlar sua vida
	12.Existe reclamação familiar? Quais?
	13.Entendimento sobre a violência física e psicológica
	14.Passou por algum tipo de violência familiar
	15.Implicações afetivas após a violência sofrida
	16.Necessidade de hospital
	17.Apoio de pessoas da família e/ou de amigos depois da violência
	18.Planejamento para o futuro
	19.O que aprendeu nesta fase
	20.O que a idosa deve fazer na situação de violência

Depois de organizados e classificados os perfis iniciais, foi possível classificar os 20 temas, quais foram: O que é a velhice; O que é ser idoso; Consideração dos familiares de ser idoso; Violência Familiar; Já foi tratado de forma violenta; como é o tratamento familiar; ocorrência de desrespeito ou ameaça; negligencia por parte dos familiares; a família respeita sua opinião; deixa de fazer o que gosta pelos familiares; a família controla a sua vida; existe reclamação familiar? Quais?; Entendimento sobre a violência física e psicológica; já passou por algum tipo de violência na família?; Implicações afetivas após a violência sofrida; necessidade de hospital; Apoio de pessoas da família ou de amigos depois da violência sofrida; Planejamento para o futuro; O que aprendeu nesta fase da vida; O que a idosa deve fazer na situação de violência.

Após todos os procedimentos na constituição das categorias e subcategorias, os dados finais foram colocados em forma de tabelas com a utilização de procedimentos estatísticos descritivos (frequência simples de percentuais), para mostrar de maneira concatenada as informações advindas da análise. Na sequência as tabelas desenvolvidas de acordo com as subcategorias.

TABELA 1. O que é a velhice

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL (%)
Ultrapassar obstáculos	8	40
Novas doenças	6	30
Estágio da vida	4	20
Boa	2	10
TOTAL	20	100

A tabela 1 ilustra os dados relativos às percepções das entrevistadas acerca da velhice. Observamos que 40% das idosas entrevistadas responderam que a velhice é uma fase da vida de ultrapassagem de obstáculos. Outras, totalizando 30%, referiram-se a esse momento como uma fase da vida onde ocorre o aparecimento de novas doenças, enquanto que 20% delas fizeram referência somente à velhice como a um “estágio da vida”, enquanto 10% relataram ser uma “fase boa”, sem atribuir a esse estágio nenhum destaque em especial. É importante ressaltar que a grande maioria, correspondendo a 70%, fez referência a essa fase como um momento marcado pelo aparecimento de doenças e de grandes limitações físicas e psicológicas impostas pela idade cronológica.

Ressalte-se que os efeitos do envelhecimento, os órgãos e todas as funções psicológicas não envelhecem no mesmo ritmo. Para algumas pessoas existe a resistência ao envelhecimento, enquanto que outras declinam e chegam a sofrer muito, às vezes chegam a passar por um processo patológico (VERAS, 1994; RIBEIRO, 2005; MAIA, 2007).

As várias transformações biológicas, psicológicas e sociais entendidas pelas idosas de nossa pesquisa também como limitações, trazem conseqüências que modificam o comportamento e as atitudes diante dessa nova fase da vida. Tais limitações são também enfatizadas pela literatura e como é sabido que com a idade, algumas capacidades, como a velocidade de aprendizagem e a memória, diminuem. Via de regra, porém, esses declínios são desencadeados pelo desuso, por doenças (a depressão, por exemplo), por fatores

comportamentais (consumo de álcool e medicamentos), por fatores psicológicos (falta de motivação, baixas expectativas e falta de autoconfiança) e por fatores sociais (solidão e abuso), mais do que pelo envelhecimento (WIGHT *et al.*, 2002).

Fatores psicológicos como a inteligência e a capacidade cognoscitiva são importantes preditores da esperança de vida saudável e da longevidade (WEEKS; JAMES, 1999). Portanto, aqueles que se preparam para o envelhecimento e se adaptam às mudanças, se ajustam melhor à vida nas idades mais avançadas.

Somado a situação de vulnerabilidade, também fizeram referência ao aparecimento de novas doenças, enquanto que somente um número bastante reduzido delas se referiu a essa fase de suas vidas como uma fase boa e de ultrapassagem de obstáculos. Enfatizamos ainda que a vulnerabilidade social é marcada no contexto histórico como um “desinvestimento” social e político. Ela é atribuída ao modo de acesso e obtenção de informações, levando em consideração diversas circunstâncias enfrentadas pelos idosos, que englobam questões políticas, econômicas, sociais, saúde e culturais (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Sobre a velhice, as entrevistadas disseram que:

“A velhice até um tempo atrás eu não sentia, eu pensava que não existia, mas de repente a coisa mudou... mas agora eu to sentindo que eu to envelhecendo, mas eu acho, eu acho não, eu sinto que agente vai perdendo assim... o ânimo de fazer as coisas... a cabeça quer, mas o corpo não acompanha e isso é muito ruim” (Íris, 79 anos)

“Velhice é uma coisa boa... se você chegar ate o final dela com saúde é muito bom né então é uma coisa que a pessoa já viveu bem né...” (Açucena, 63 anos).

“A velhice pra mim é uma coisa muito bonita, é um sinal que eu venci diversos obstáculos... e no meu caso pra mim é uma vitória”. (Violeta, 67 anos).

Verificamos que a maioria das idosas entrevistados se sentem idosas, quando surgem problemas de saúde, o que as obriga a pensar na idade cronológica que apresentam e as restrições e cuidados que esta impõe.

O envelhecimento é um conjunto de processos experimentados por um organismo após sua fase de desenvolvimento. Ele não é sinônimo de velhice. A velhice é o estado que caracteriza um grupo de idade específico, o de pessoas com mais de 60 anos. Envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de fenômenos que lembram as transformações do organismo de natureza biológica ou psicológica em função do tempo (MONTEIRO, 2005).

TABELA 2. O que é ser idoso

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Fase de aquisição de experiência	12	60
Enfrentar o sofrimento	8	40
TOTAL	20	100

Observa-se pela tabela 2 que, 60% das entrevistadas disseram que ser idoso é ter experiência, enquanto que para as restantes, ou seja, 40% das participantes da pesquisa, ser idoso é alguém que se percebe como idoso e consegue enfrentar o sofrimento inerente à condição de ser idosa.

Embora a sociedade classifique a pessoa acima dos 60 anos como idosa, as idosas entrevistadas responderam que mesmo com 60 anos não se consideravam como idosas. Em suas falas, as participantes da pesquisa expressaram o sentido de serem idosas, de acordo com seu entendimento pessoal:

“Ser idoso eu acho que é uma pessoa que passa de seus 70 anos e tem uma convivência, uma condição que não é mais aquela pessoa, né? Que quando a gente é jovem, pode participar de muitas coisas, mas, porque com uma certa idade você não pode mais participar” (Dália, 87 anos).

“São etapas da vida, por exemplo, eu, eu fui estudante, fui uma profissional, e hoje eu sou uma vitoriosa com muita graça...” (Girassol, 73 anos).

“Pra mim é uma luta, porque nessa fase é... muitas coisas acontecem você passa por muitas situações que ou te deixam pra baixo ou e levanta pra cima... mas tudo serve pro teu aprendizado” (Alecrim, 60 anos).

Ressaltamos a referência positiva das mesmas com relação a esse momento, atribuindo-o a um período de aquisição de experiência e enfrentamento do sofrimento.

O apoio social, as oportunidades para a educação e o aprendizado contínuo durante toda a vida, a paz e a proteção frente à violência e ao abuso, são fatores fundamentais do entorno social que melhoram a saúde e a participação à medida que as pessoas envelhecem. Ao contrário, a solidão, o isolamento social, o analfabetismo, a falta de educação e a exposição a situações de conflito aumentam enormemente os riscos de incapacitação e morte prematura entre as pessoas idosas (DEMURA; SATO, 2003; AVLUND; LUND; HOLSTEIN *et al.*, 2004).

TABELA 3. Consideração dos familiares de ser idoso

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Sim, os familiares me consideram idosa	14	70
Não, os familiares não me consideram idosa	6	30
TOTAL	20	100

Na tabela 3, procuramos investigar se a família considera essa pessoa idosa, 70% disseram que os seus familiares as consideram como idosa e os 30% das entrevistadas responderam que seus familiares não as consideram como idosa.

O importante para cada indivíduo é reencontrar suas potencialidades para se livrar da dependência, fator este que causa muita angústia, gerando perda da motivação para ir em busca daquilo que ainda falta para o seu desenvolvimento. Sobre essa questão, as entrevistadas disseram que:

“Já me consideram sim... também, né? Com 79 anos...” (Íris, 79 anos).

“Olha, na minha família fica meio a meio porque uns me consideram, mas outros não”(Lótus, 78 anos).

“Não, principalmente minhas filhas porque elas querem me ver toda arrumadinha, toda penteadinha” (Anis, 65 anos).

Não dar atenção à incapacidade é retirar qualquer possibilidade do velho continuar adquirindo experiências em sua vida. (MONTEIRO, 2005).

TABELA 4. Violência Familiar

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Falta de respeito entre os membros da família	10	50
Ingratidão e exploração dos filhos	4	20
Proibições, recriminações e isolamento dos filhos	4	20
Não responderem	2	10
TOTAL	20	100

De acordo com o observado na tabela 4, em relação ao entendimento do que seja a violência familiar, 50% das idosas responderam que a violência familiar está relacionada a falta de respeito entre os membros da família, enquanto que 20%, relataram que a violência está relacionada a ingratidão dos filhos e a exploração dos mesmos para com elas; nos outros

20% fizeram referência as proibições, isolamento por parte dos filhos, e as recriminações dos mesmos em relação a eles. Os outros 10% não responderam a essa questão.

Embora consigam fazer referência com respeito à existência acerca das formas de violência como as citadas, as entrevistadas negaram que vivenciavam relacionamentos conflituosos na sua família. Entendemos que isso ocorre dada a dificuldade das mesmas em assumir as formas de violência praticadas por seus entes queridos para com elas. As entrevistadas referiram-se à violência familiar da seguinte maneira:

“Acho que tudo que eu já passei é violência familiar com meu marido... meu marido já me bateu muito, me deu um monte de porrada, eu já fui parar no hospício por causa dele, já fiz tratamento com psicólogo, psiquiatra..” (Genciana, 61 anos).

“Ah... agressão, violência familiar é você ser agredido, é você não ser respeitada, você ser menosprezada...” (Lírio, 65 anos).

“Pressão da família sobre o idoso, que pressionam muito o idoso, é como se... sempre ficam cobrando o que é certo... e agora tá numa fase de carência mesmo e vai perdendo muita coisa, inclusive até discernimento, as pessoas que eram acostumadas a perguntar tudo da gente que eram mais esclarecidos, já estão achando diferenças nas respostas e isso esse aí é o mais ruim...” (Íris, 79 anos).

Tal fato, a nosso ver, está ligado à questão de que elas não compreendem que essas situações de violência manejadas por seus familiares contra elas, são atos de violência, pois não percebem como tal. Para elas essas situações de violência expressam somente as preocupações com o seu bem estar e sua existência de fragilidade.

TABELA 5. Já foi tratado de forma violenta

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Sim	12	60
Não	8	40
TOTAL	20	100

A tabela 5 explana de forma mais pessoal se o idoso já foi tratado de forma violenta, 60% das idosas já passaram de alguma forma por um ou vários tipos de violência; 40% responderam que não foram tratadas de forma violenta.

Observamos que muitas idosas entrevistadas revelaram falta de entendimento acerca dos diversos tipos de violência desenvolvida pela sua família. Percebemos que as mesmas não discriminavam os tipos de violência sofrida, seja pelo desconhecimento que tem sobre os vários tipos, seja pela dificuldade emocional de aceitar que seus familiares sejam os

protagonistas de atos violentos contra elas. Também identificamos que de todos os tipos de violência, a violência psicológica foi a forma menos identificada por elas, como violência.

A identificação de indicadores ou dos maus tratos propriamente ditos aos idosos envolve questões complexas, que precisam de uma atuação interdisciplinar (FERNANDES; ASSIS, 1999). Além do que, a violência contra o idoso também tem uma grande relação com o poder exercido pelos mais jovens sobre este, principalmente com o modelo cultural que super valoriza as idades mais novas. Assim, é apontado que a violência contra essas pessoas no domicílio, tem uma frequência maior e é mais grave do que se supõe (SILVA; ALVES; FERNANDES *et al.*, 2002). Quanto a essa questão, as idosas entrevistadas disseram que:

“Acontece muito, muito mesmo a violência... que meu filho um dia chegou a me ameaçar de um dia até quere me bater, e dizer que ia pra agressão, foi quando eu tive caso de chamar a policia e partir pra cima dele com alguma coisa porque se eu deixasse ele...” (Açucena, 63 anos).

“...assim... a Sra. deixou isso aqui no lugar errado, preste atenção quando for fazer as coisas! (filho) isso já é violência, mas, a violência de pancada graças a Deus não, mesmo porque eu não vou ter como me defender” (Íris, 79 anos).

“Uma vez pedi pra ele (marido) me levar pra ver a ponte nova, quando chegamos lá ele disse: “já viu, pronto, vamos embora” nem deixou eu sair do carro, mas ele é assim mesmo...” (Jasmim, 65 anos).

“Não graças a Deus, pode ser assim... é... de um filho ser ignorante responder com ignorância, mas tratar de forma violenta não” (Petúnia, 60 anos).

A violência contra o idoso na maioria das vezes se inicia de uma forma lenta e silenciosa, que aumenta em intensidade e conseqüências. O autor de violência, em suas primeiras manifestações, em algumas vezes não lança mão de agressões físicas, mas parte para o cerceamento da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação.

Miller (1999) chama atenção quando nos esclarece que “[...] esse fenômeno ao não deixar marcas, mantém-se no segredo da vida privada, sendo, na maior parte das vezes, ignorado por suas próprias vítimas, confundido que são com atenção, amor, ciúmes, proteção ou mesmo perda de controle diante da natural incapacidade [...]” (p. 242).

TABELA 6. Como é o tratamento familiar

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Me tratam muito bem	14	70
Não me tratam bem	6	30
TOTAL	20	100

Contradizendo a tabela anterior, onde a maioria, ou seja, 60% das idosas responderam já ter passado por algum tipo de violência, quando foi questionado acerca como seria o tratamento familiar, a tabela 6 nos mostra que 70% das idosas responderam que são bem tratadas, enquanto 30% responderam que não são bem tratadas pelos seus familiares.

Percebe-se nesta contradição que muitas situações de violência vivenciadas pelos idosos dentro de seus lares não são consideradas como violência, seja por questões emocionais, seja por questões de desconhecimento do que seja um ato violento, ou até mesmo por terem vergonha de relatar que sofrem violência por parte de seus familiares.

Este movimento da violência dentro da família é sutil e, muitas vezes, imperceptível para a idosa, com frequência, a vítima tende a justificar o padrão de comportamento de seu agressor, principalmente quando se trata de um filho, o que a torna, de certa forma, conivente com ele.

Para Verardo (2004), perceber que está vivendo uma situação de violência pode ser difícil para algumas mulheres. Muitas acabam se enganando e fingindo que aquela violência toda não está realmente acontecendo. Esse autor diz que faz parte da própria situação de violência que a mulher idosa interiorize opiniões do agressor sobre si reforçando, ainda mais, sua baixa autoestima, agravando a situação.

Com respeito ao tratamento familiar, as idosas responderam:

“Muito bem, minha família me trata muito bem! (Lótus, 78 anos).

“Me tratam muito bem, me pedem a benção sabe... e eu sempre digo quem canta de galo na minha casa ainda sou eu” (Tulipa, 63 anos).

“Hoje, depois de muitos anos está tranqüilo, porque fui casada e sofri muitas violências, levei um tapa no pé do ouvido e até hoje eu sinto aquela dor, passou foi dias aquela, aquele barulho no ouvido, e eu fui muito agredida e quantas noites, tudo por conta da bebida, noite acordada, chegava em casa quebrando tudo, rebentado porta, janela, todo tipo de violência eu passei quando tinha marido (marido morreu fazem 3 meses) (Lírio, 65 anos).

Diante da violência intrafamiliar, as reações dos idosos são envolvidas por medo, vergonha e culpa pelo fracasso pessoal ou do sistema pelo qual se sentem responsáveis dificultando assim a identificação dos protagonistas da violência dentro do ambiente familiar.

TABELA 7. Ocorrência de desrespeito ou ameaça

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Sim	14	70
Não	6	30
TOTAL	20	100

Podemos observar na tabela 7 que, quando perguntamos acerca de ocorrência de desrespeito ou ameaça, 70% das idosas disseram que já foram tratadas com desrespeito por algum parente, inclusive com insultos e ameaças; 30% responderam que nunca aconteceu essa situação na relação familiar.

Sobre ameaças, as idosas entrevistadas disseram que:

“Infelizmente já passei e por isso, e passo ainda hoje, e como já disse, eu uma vez tive que chamar a polícia por causa das ameaças que ele me fazia...” (Açucena, 63 anos).

“Já passei com um filho... tenho um filho e uma filha, a filha já me ameaçou, mas ela é doente mental, daí eu não levo em consideração, mas o filho já me fez muitas tristezas... já me ameaçou muito... (choro). (Íris, 79 anos).

“Pra ser sincera eu passei sim... porque com a perda do meu marido e como ele era viúvo, ele tinha dois filhos dele, então esses meus enteados sempre foram umas criaturas muito revoltados, quando foi para repartir os bens que não era muito, eu ouvi muitas coisas, fui muito ofendida... olha até as louças, eles chegaram em casa querendo repartir tudo...eu sofri muito com isso tudo (Cravo, 66 anos).

Ressaltamos que embora as idosas não tenham relatado ter passado por nenhum tipo de tratamento desrespeitoso e ou sofrido ameaças, isso não significa que não tenham vivenciado essas formas de violência durante essa fase de suas vidas com suas famílias. Entendemos que a omissão da vivência da parece estar ligada a “vergonha” de assumir que possui uma família violenta, bem como ter “falhado” em sua maneira de criar os filhos.

TABELA 8. Negligências por parte dos familiares

SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	%
Não passou por nenhuma necessidade	8	40
Sim, já passou (descaso, segurança e alimentação)	8	40
Não responderam	4	20
TOTAL	20	100

De acordo com a tabela 8, no que se refere a necessidades familiares 40% das idosas responderam que não passaram por nenhuma necessidade; 40% das idosas

responderam que já passaram por necessidades como o descaso, falta de segurança e a falta de alimentação, 20% das idosas não responderam. As entrevistadas se referiram a essa questão da seguinte forma:

“Nunca passei por necessidade nenhuma graças a Deus” (Lótus, 78 anos)

“Olha meu marido era ruim, mas nunca deixou faltar nada dentro de casa” (Rosa, 64 anos).

“Se eu não trabalhasse a minha vida toda eu passava fome porque quando eu era casada meu marido nunca colocou uma palha dentro de casa e agora meus filhos não me dão nada, sabe o que é nada, se não fosse meus amigos pra recorrer...” (Tulipa, 63 anos).

“Sabe, é muito ruim você ser ignorada por seus filhos, lá em casa não são todos que fazem isso, mas os que fazem é como se...furasse seu coração e saísse muito sangue...” (Jasmim, 65 anos)

Percebemos, também, nessa questão que as idosas entrevistadas sentem dificuldades em relatar que sofrem práticas violentas por parte de sua família, seja porque sentem vergonha pela falta de consideração e cuidados de seus antes familiares, seja porque também sentem vergonha de denunciar o tratamento recebido dos familiares.

A família é uma criação do ser humano que requer a manutenção de uma relação profunda de plena reciprocidade entre os diferentes elementos e gerações. Isso, porém, nem sempre está presente. O idoso, muitas vezes, não consegue desempenhar um papel de relevância na sua vida familiar (COSTA; CHAVES, 2008).

A negligência implica esquecimento ou falta de cuidados e pode acontecer dentro de casa ou em instituições. Envolve falhas no atendimento das necessidades básicas dos idosos, que ficam evidentes na higiene, horário e qualidade da alimentação, tratamento de saúde, administração de medicamentos nos horários prescritos e até o fato de não proporcionar oportunidades de lazer ou um espaço digno para viver (GOLDIN; COSTA, 2006; LYNCH, 1997; MACHADO; QUEIROZ, 2006; ZIMERMAN, 2000).

TABELA 9. A família respeita sua opinião

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Sim, respeitam minha opinião	12	60
Não respeitam minha opinião	6	30
Antes sim, hoje não	2	10
TOTAL	20	100

Na tabela 9, quando foi perguntado se a família respeitava a opinião do idoso, 60% relataram que sim a família respeita a sua opinião, 30% das idosas relataram que não respeitam as suas opiniões, 10% das entrevistadas responderam que antes sim, hoje não, ou seja, antes de chegar à terceira idade o respeito era maior.

Sobre o respeito por parte de seus familiares acerca de suas opiniões, as entrevistadas se posicionaram da seguinte maneira:

“Não muito satisfeitos, mas respeitam. Por exemplo, tudo por causa de dinheiro, por que eu digo assim: você está comigo, você tem, você ganha, então você tem que repartir as despesas, conta de água, luz, telefone, ah eles dizem: “mas a Sra. recebe”, nós ganhamos então nós vamos pagar. Não aceita porque fica teimando, mas que paga, paga” (Lírio, 65 anos).

“Sim, ai deles se não me respeitarem, quando eu tenho que quebrar o barraco eu quebro mesmo!” (Tulipa, 63 anos).

“com o passar dos anos né a saúde não é mais a mesma, os problemas de saúde, as dificuldades devidos a idade, a incompreensão da família muitas vezes agente passa, agente fica mais lento, quer acelerar, mas, o corpo não vai...e aí as vezes não existe respeito, se você não se opor, fica pior” (Açucena, 63 anos).

“Eu percebo que antes de chegar na terceira idade, eu tinha uma...uma...vamos dizer assim...eu era mais ouvida...” (Íris, 79 anos).

Por outro lado, é preciso compreender a família como uma estrutura que se modifica segundo contextos sociais, culturais e históricos. É importante considerar o papel da família nuclear, baseada em poucos indivíduos e adstrita à convivência nos limites do espaço doméstico compartilhado, que vem a substituir as famílias extensas, baseadas em uma rede ampla de parentesco e que entrelaçava sua funcionalidade à da produção rural e comércio de mercadorias.

A família contemporânea fundamenta-se na privacidade – espaço restrito de relações pessoais afetivas, onde o número de integrantes e seus laços foram restringidos.

TABELA 10. Deixa de fazer o que gosta pelos familiares

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Não	8	40
Sim	6	30
Às vezes	4	20
Antes sim, hoje não	2	10
TOTAL	20	100

Na tabela 10, ao ser perguntado se as idosas deixam de fazer o que gostam por causa dos filhos, 40% das entrevistadas responderam que não que deixam de fazer o que gostam por causa dos familiares, 30% responderam que sim; 20% responderam que às vezes deixam de fazer o que gostam dependendo da ocasião e 10% relataram que antes deixavam mais de fazer o que gostavam, hoje, não, como se observa em seus depoimentos:

“Não, pela seguinte maneira, porque eu choro, e daqui eu vou ver televisão vou fazer alguma coisa, comida, vou fazer alguma coisa, depois pronto... e aquilo vai passando, porque se não...” (Tulipa, 63 anos).

“Não, não... antes de eu vim pra cá pro projeto, eu deixava..., mas depois eu aprendi muita coisa aqui e hoje eu não deixo mais não” (Rosa, 64 anos).

“Acho que sim, só que eu não lembro, mas acho que sim...” (Orquídea, 60 anos).

“Acho que deixei de fazer foi deixar de trabalhar... mas foi pra cuidar dos filhos...” (Papoula, 60 anos).

É importante ressaltar que algumas das entrevistadas relataram que o fato de estar na terceira idade foi um agravante para deixar de fazer o que gostavam, pois, antes dos 60 anos de idade tinham maior liberdade para escolher ou fazer o que gostariam. O fato de estar nessa faixa etária com limitações físicas, contribui para que algumas das idosas deixassem de fazer o que gostariam, haja vista que pedir para os familiares algo de seus desejos, se torna mais difícil.

Entretanto, os relatos mostraram-se divididos em relação a esta questão, pois algumas responderam não deixar de fazer o que gostam por causa de seus familiares, pelo fato de perceberem que em muitas situações, só podem contar com elas mesmas, principalmente no que tange uma melhor qualidade de vida, o que inclui: passeios, festas, viagens e até mesmo a ida aos consultórios médicos. Muitas relatam que os filhos (as) não dispõem de tempo para acompanhá-las. “Os filhos (as) estão sempre muito ocupados”.

TABELA 11. A família quer controlar sua vida

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Não	12	60
Às vezes sim, às vezes não	8	40
TOTAL	20	100

De acordo com a tabela 11, que corresponde se a família quer controlar a vida do idoso, 60% das entrevistadas relataram que não, seus familiares não fazem isso, enquanto

40% das idosas responderam que às vezes sim e às vezes não os seus familiares querem controlar as suas vidas. O controle familiar diz respeito a tomar algumas decisões pelas idosas, como por exemplo, decidir o que vestir, para onde ir, o que fazer com o dinheiro no final do mês.

As entrevistadas expressaram suas percepções sobre o fato da família querer controlar sua vida:

“Às vezes eles (familiares) falam alguma coisa desse tipo, me criticam eu não estou nem aí, porque eu acho que tenho bastante personalidade não dependo de ninguém apenas de Deus pra viver, sou aposentada, ganho meu dinheiro, vivo do meu dinheiro, não dependo de marido nem de filho nem de ninguém, pelo contrário eu ainda é que os ajudo” (Margarida, 65 anos).

“Ninguém controla minha vida, eu sou dona de mim, tenho meu dinheiro e ninguém tem que falar nada” (Lótus, 78 anos).

“Tem... o meu marido. Ele quer controlar assim... por ele, eu não botava nem os pés nem na calçada, ultimamente tudo se ele pudesse me isolar dentro de casa ele me isolava” (Jasmim 65 anos).

Machado e Queiroz (2006) definem esse tipo de violência como “exploração imprópria ou ilegal e/ ou uso não consentido de recursos de um idoso” (p. 1152). Muito embora a maioria das respostas tenha mostrado que não existe o controle familiar, nas respostas estavam incluídas “algumas vezes sim, outras não”.

A reação emocional do idoso a um desrespeito à sua escolha pode desencadear sentimentos de raiva, de hostilidade, de medo que não são expressos, porque até mesmo sua expressão é cerceada e proibida. Mesmo porque lidar com raiva é muito difícil tanto por parte do idoso quanto para as outras pessoas que o cercam. E quando a raiva é expressada, a família pode retribuir com raiva maior, que por sua vez, alimenta o comportamento hostil do idoso, mantendo assim, a circularidade do conflito que não alcança uma resolução (MONTEIRO, 2005).

TABELA 12. Existe reclamação familiar? Quais?

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Sim (falo demais, saio sem avisar)	10	50
Não	6	30
Não responderam	4	20
TOTAL	20	100

A tabela 12 nos mostra se existe reclamação pela parte dos familiares acerca das idosas e quais seriam essas reclamações. Os resultados obtidos mostraram que 50% das entrevistadas relataram que sim, existem reclamações, porque falam demais, e saem sem avisar, 30% responderam que não existe reclamação por parte dos familiares, e 20% das entrevistadas não responderam.

Sobre esse questionamento, as idosas expressaram as seguintes opiniões:

“Não, até que não escuto muitas reclamações não, recebo reclamações de: “ah! eu pedi pra Sra. fazer isso e não fez, esquece! Trocou, era pra fazer isso e trocou”, esse tipo de coisa” (Íris, 79 anos).

“É muito triste você ouvir de um filho seu: a Sra. tá incomodada com o barulho da televisão, então vá pro seu quarto” (Açucena, 63 anos).

“Não. Eu saio muito e como eu participo de muitas atividades meus filhos reclamam muito porque eu saio muito e final de semana também então eles reclamam muito, porque eu vou pra igreja, os encontros, pra outros grupos de idosos então os filhos e o marido às vezes reclamam.” (Orquídea, 60 anos).

“Às vezes, quando eu saio, assim... e não participo pra onde eu vou que eu digo que vou pra um canto e de lá eu já emendo pra outro aí a (filha) fica muito revoltada com isso, e a ela diz: antes de sair de um canto, ou quando for pra outro a Sra. avisa. Porque acham que eu to muito velha e eles se preocupam comigo” (Cravo, 72 anos).

Percebemos que as idosas se magoam com a falta de tolerância de seus familiares no que diz respeito as suas opiniões acerca dos eventos da vida, visto que, sempre se colocam de forma enfática em relação a fatos já vivenciados, mas que não são bem aceitos pelos familiares. Algumas justificaram que as reclamações ocorrem pelo fato de que nos dias atuais elas são compreendidas de outra maneira.

Os idosos que aceitam passivamente suas insatisfações e sofrimentos não deixam de ser isolados e excluídos, porém passam a receber outros rótulos, como “confirmados”, “fortes”, “insistentes”, “coitados”. [...]. Embora se afastem e isolam-se, nutrem-se de um sentimento de desesperança, insegurança, desproteção que causa sofrimento devido à falta de sentido da vida (MONTEIRO, 2005).

TABELA 13. Entendimento sobre a violência física e psicológica

VIOLÊNCIA FÍSICA

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Agressões físicas	10	50
Brigas	4	20
Marcas no corpo	4	20
Maltratar	2	10
TOTAL	20	100

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Agressões verbais	6	30
Desrespeito	4	20
Ingratidão	4	20
Marcas que ficam pra sempre	2	10
Humilhação	2	10
Desprezo	2	10
TOTAL	20	100

Para melhor esclarecer acerca do entendimento do que às idosas entendem sobre violência física e psicológica, achamos melhor realizar a pergunta de forma separada, haja vista que, devido às experiências já vivenciadas com idosas durante alguns anos, percebemos que existe a dificuldade das mesmas em saber diferenciar este entendimento devido aos laços que as unem aos agressores.

Ademais, na tabela 13, observou-se que 50% das idosas responderam que a violência física se caracteriza por agressões físicas; 40% brigas e marcas que ficam no corpo e 10% significa maltratar as pessoas. Ao que se concerne a violência psicológica, 30% responderam que são agressões verbais, 20% envolve o desrespeito e ingratidão; 60% se misturaram entre sentimentos de humilhação, desprezo e uma verbalização que chama a atenção: marcas que ficam para sempre. Em suas falas, as idosas expressaram que:

“A violência física é aquela que deixa marcas, por exemplo, de um corte, quebra-dura de alguma coisa né, que fica que a pessoa sofreu ao longo dos anos e não sabe o tratamento que a pessoa teve agora a psicológica acredito que seja a pior delas, é a que não aparece, a que não deixam marcas externas, elas deixam marcar internas e que essas marcas só matam, elas não amenizam não, elas matam, matam porque ela vai juntando, juntando, juntando e chega um ponto em que a pessoa não agüenta mais e desiste mesmo de viver” (Jasmim, 65 anos).

“... A psicológica é muito pior porque a física agente ainda se defende, mas a psicológica não, fica pra sempre e quanto você se lembrar daquilo, fica sofrendo, eu acho assim... as palavras sei lá, a pessoa pressiona a outra, sei lá culpar, apontar o dedinho ali e dizer foi tu, a pessoa que culpa a outra...” (Papoula, 60 anos)

“Psicológica eu não sei o que é, pule pra outra pergunta.” (Orquídea, 60 anos)

“Não, porque eu acho que a física é bater maltratar né essa é a física né, a psicológica... sei não, sei não... é a pessoa que ofende a pessoa sem querer né, eu acho também que pode ser isso né, sem saber de que tá ofendendo aquela pessoa e tá ofendendo” (Petúnia, 60 anos).

“Psicológica eu acho que é quando dizem: ah.. está velha não tem mais condições para nada quando as pessoas dizem isso” (Dália, 87 anos).

“Por exemplo, ele (filho) nunca me tratou com desrespeito, mas o silêncio é pior do que uma paulada né, o desprezo... não chegamos a brigar não. Ele (filho) simplesmente quando arrumou a vida, que arrumou por mim né, nunca mais apareceu, isso é pior do que tudo” (Girassol, 73 anos).

Comparando violência física e psicológica, Miller (1999) explica que:

Uma violência que não deixa marcas aparentes é tão sutil que sua vítima a mulher fracassa em reconhecê-la como tal, embora vá, passo a passo, destruindo seu bem-estar e sua auto-estima, criando um estado de confusão e incapacidade. Nessa condição a esposa ou companheira é mantida numa relação de subserviência, sentindo-se constantemente incapaz de fazer qualquer coisa certa ou que possa agradar ao companheiro, embora o tente desesperadamente (p. 10).

Entendemos que a violência psicológica sofre a interferência negativa do adulto jovem sobre o idoso e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo, costuma se apresentar associada a outros tipos de violência. Pode ser expressa por palavras rudes que depreciam e ridicularizam, humilham, insultam ou geram privações de informação, isolamento social intencional, rejeição, criação de expectativas irreais ou extremadas sobre o idoso. A este elenco de formas de violência pode-se acrescentar a discriminação étnico-racial e social, além de outras formas de discriminação, frequentes em nosso País.

Pode ainda incidir a retirada ou limitação de alimentos e/ou cuidados médicos. O tratamento impessoal também é uma forma de agressão que desconsidera o conhecimento e a experiência dos idosos, diminuindo sua auto-estima e, geralmente, se expressando por atitudes de infantilização dos idosos (GOLDIN; COSTA, 2006; MACHADO; QUEIROZ, 2006; ZIMERMAN, 2000).

Violência física é a primeira forma de violência doméstica elencada na Lei Maria da Penha. Em seu inciso I, do art. 7º, afirma que a violência física é toda e qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. Ofender a integridade física ou saúde corporal é qualquer espécie de agressão física, desde as consideradas mais atenuadas como: puxão de cabelo, empurrão, tapa, chute, até o espancamento, enforcamento, esganadura, asfixia, entre outras agressões.

A violência física ocorre quando uma pessoa está em relação de poder em relação a outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física. Esta violência pode ser manifestada de várias formas: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos, tirar de casa à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos, danos à integridade corporal decorrentes de negligência, tais como omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros (BRASIL, 2001).

A OMS (2002) define violência contra o idoso como um ato de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso. Essa definição também foi detalhada pela instituição *Action on Elder Abuse*, no Reino Unido, e adotada pela INPEA, em 2002.

TABELA 14. Já passou por algum tipo de violência familiar

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Sim	12	60
Não	6	30
Física não, psicológica sim	2	10
TOTAL	20	100

Com respeito se já passaram por algum tipo de violência familiar, 60% das idosas entrevistadas responderam que já passaram por algum tipo de violência familiar; 30% responderam não ter passado por nenhum tipo de violência familiar e 10% das idosas responderam não ter passado pela violência física, mas pela psicológica sim.

Percebemos durante as entrevistas que as idosas apresentavam dificuldades ao ter que ratificar a violência sofrida, muitas tendiam a negar que o problema acontece com elas.

Faleiros (2007) menciona que segredo ou conluio familiar faz com que os idosos violentados não denunciem os seus agressores (em geral familiares e/ou cuidadores), isso se deve, sobretudo, a vinculação à honra, à cumplicidade, à confiança e também pelo autoritarismo do agressor e pelo medo da vítima em quebrar esta confiança estabelecida no âmbito familiar.

Dentre os vários tipos de situações vivenciados pelas idosas, as que mais eram relatadas com lágrimas nos olhos, era a violência psicológica. Os aspectos relacionados à ingratidão, desrespeito e a humilhação causaram forte impacto nas respostas.

“Você sabe o que é ter trabalhar a vida inteira pra que ele estudasse, fosse alguém na vida, e no dia da formatura você num ser convidada pra colação de grau... e nem pra festa...” (Tulipa, 63 anos).

“É muito triste você ter que ouvir de seu marido que tu é uma vagabunda, não presta pra nada, nem o cachorro da rua vai te quer...” (Lírio, 65 anos).

“... Eu escuto na minha casa constantemente que eu só sirvo pra cuidar de casa... tá velha mesmo...” (Jasmim, 65 anos).

“Eu já vivi todo tipo de violência física e psicológica na minha vida as piores possível tudo as ofensas, as palavras... de raiva e eu nem sabia por que ele me dizia tanta desgraça, eu sempre tava sendo ofendida e maltratada. (Genciana, 61 anos).

“E muito! Quando eu tinha marido, o que eu mais sofria era violência psicológica eu acho que era porque eu trabalhava e eu sempre ganhei mais do que ele e eu sempre agüentei a casa né porque o dinheiro dele sempre era pra bebida pra prostituição, além da violência psicológica tinha a violência física mesmo, além de ele dizer que eu era isso, era aquilo ele me batia muito” (Violeta, 67 anos).

Percebemos durante nossas entrevistas com as idosas algumas dificuldades em as mesmas reconhecerem que sofrem algum tipo de violência, principalmente quando se trata da violência psicológica, onde as várias situações de desrespeito, humilhação e até mesmo o desprezo para muitas delas não é considerado como uma situação de violência.

Com relação à violência contra o idoso, Minayo *et al.* (2003, p. 105) dizem que, “a violência familiar é uma das formas mais comuns de desrespeitá-los, frequentemente sendo responsável por lesões físicas e emocionais, bem como a negligência”.

Já para o Ministério da Saúde, a negligência é uma das formas de violência familiar entendida como o fato de a família omitir-se em prover as necessidades físicas e emocionais de um idoso. Nesse sentido, configuram-se no comportamento dos familiares quando falham, por exemplo, na alimentação, na vestimenta adequada dos idosos, na medicação, na falta de preocupação em evitar acidentes, não “arrumando” a casa de acordo com as necessidades física que o idoso exige etc. (BRASIL, 2001).

Mesmo com a porcentagem de a maioria ter relatado já ter passado por algum tipo de violência, quando foi perguntado como se sentiam após o ocorrido, 25% ainda responderam não ter passado por nenhuma situação de violência.

TABELA 15. Implicações afetivas após a violência sofrida

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Negaram que sofreram violência	8	40
Sofreram violência (arrasada, humilhada e frustrada)	10	50
Superação	2	10
TOTAL	20	100

Em nossa pesquisa, 60% das entrevistadas responderam que sofreram violência, sendo que somente 50% das que sofreram violência por parte de seus familiares afirmaram que se sentiram arrasadas, humilhadas e muito frustradas com a situação vivida. Os outros 10% delas que também sofreram violências, relataram formas encontradas de superação das experiências traumáticas. As que não sofreram violência integralizam o total de 40%. Sobre esse questionamento, afirmaram que:

“Escutar do marido (ex-marido) que tu é um trapo e nunca ninguém vai te quere é dose Dra. Eu escutei isso quando eu era casada.” (Violeta, 67anos).

“Quando eu era casada meu marido cansava de me dar homem na rua, eu chegava do trabalho e era aquela briga, tinha sempre que sair de casa com meus filhos pra não apanhar” (Rosa, 64 anos).

“... Isso me machuca, eu fico desse tamanho, eu tenho aquela reação, mas em seguida eu choro, vou para o buraco, mas eu me recupero, tomo banho, faço alguma coisa, se tiver que chorar eu também eu choro, choro, choro, e recomeço e vou a luta. Hoje mesmo teve uma discussão por causa dele (filho) me desrespeitar e sempre eu não posso deixar de me colocar”. (Açucena, 63 anos).

“Frustrada, frustrada... eu gostaria de fazer tudo certo né, mas não dá, eu acho que agente tem é que fazer do jeito que der e deixar pra lá” (Íris, 79 anos).

“Ainda não me sinto muito bem não, ainda não consigo me sentir bem não, porque parece que assim...tanto tempo só machucando, magoando só dizendo aquelas palavras que vão marcando agente que vão deixando cicatrizes que jamais fecham, elas podem criar aquele pelezinha por cima, mas ficar normal nunca mais” (Jasmim, 65 anos).

Percebemos em alguns relatos que a violência sofrida tinha ocorrido há alguns meses e/ou anos e, ao ser lembrada, vieram a tona sentimentos de mágoa, ressentimento, raiva e tristeza acompanhado de muitas lágrimas nos olhos. Nas expressões corporais também se

mostravam “fortes”, no entanto, gestos frágeis, evidenciavam buscar uma forma de se proteger e ou esquecer o que haviam sofrido.

Para Monteiro (2005),

Esses sentimentos, não raro, foram guardados durante anos a fim de não tornar conflitos em confrontos diretos, pois acreditam que o “tempo é o melhor remédio” para sanar qualquer problema. Mas a dificuldade da relação encontra-se latente, podendo tornar-se explícita quando surge uma doença (p. 169).

TABELA 16. Necessidade de hospital

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Sofreram, mas não foram para o hospital	8	40
Sofreram e foram levadas (abalo emocional e agressão física)	8	40
Não responderam	4	20
TOTAL	20	100

Na tabela 16, que diz respeito quanto à necessidade das idosas serem levadas ao hospital, 40% das idosas responderam que sofreram a violência, mas não foram levadas ao hospital; Outras 40% das entrevistadas responderam que sim, foram levadas ao hospital pelo abalo emocional e por terem sofrido agressões físicas; 20% das idosas não quiseram responder. Em suas entrevistas, as idosas disseram que:

“Teve um tempo, foi antes de eu entrar aqui no projeto, passei uns três dias que eu não engolia nem água, aí fui no farmacêutico, e fui no médico e eles diziam que eu não tinha nada, que meu problema era psicológico, mas eu não acreditava, sempre procurava um médico” (Jasmim, 65 anos).

“Não porque eu tinha vergonha de dizer o que acontecia comigo até pro meu médico aqui, foi o único local que eu abri o meu coração e a minha alma pra falar da minha vida a dois, aqui nesse projeto com o grupo de psicoterapia... durante toda a minha vida nunca tinha eu conversado com nenhum psicólogo...” (Lírio, 65 anos).

“Não, ainda não, em nenhum momento não, mas eu temo que isso aconteça claro que temo, porque eu vejo como que ele fica né (filho), ele é um homenzarrão né, no dia que eu chamei a policia eu temi muito ele tava me desacatando dizendo que ele era muito homem e tudo então temer eu temo sim, temo mesmo. (Açucena, 63 anos).

Ressaltamos que os relatos das idosas referentes a ida para o hospital ou clínicas emergenciais se devem ao fato da violência sofrida resultarem em abalos emocionais e físicos, traduzidos em somatizações de várias ordens como, aumento da pressão arterial, descontrole do diabetes, taquicardias, labirintites, lapsos de memória, dentre outros.

As relações humanas e os processos biológicos são condições inextricáveis para a vida, porque a dinâmica dos organismos depende dos laços de relação social. Quando surge

algum conflito na convivência, por exemplo, altera-se imediatamente a dinâmica biológica, gerando compensações na estrutura do organismo, ameaçando diretamente a capacidade do indivíduo em se desenvolver plenamente como ser social (MONTEIRO, 2005).

Entendemos que para que a pessoa idosa possa alcançar um nível satisfatório de adaptação nessa fase da vida, é necessário que haja coerência entre o organismo humano e o meio ambiente. Em nossa pesquisa observamos que 40% das entrevistadas sofrem algum tipo de conflito dentro de seus lares, fazendo com que seu organismo altere emocionalmente e conseqüentemente venha a adoecer tendo que ser levada a um hospital.

TABELA 17. Apoio de pessoas da família e/ou de amigos depois da violência

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Sim (filhos, Deus, irmãos e psicólogos)	16	80
Não passou por violência	4	20
TOTAL	20	100

Na tabela 17, corresponde a investigar a existência de alguém na vida das idosas em que podem contar quando necessitam de apoio, 80% das idosas responderam que sim, recebem apoio dos filhos, de Deus, irmãos e de psicólogos; 20 % responderam não ter passado por nenhum tipo de violência por isso não necessitam de apoio.

Em suas entrevistadas, assim se posicionaram sobre esse questionamento:

“A minha filha ela é muito preocupada comigo. Se acontecesse alguma coisa de violência na rua eu não contaria para os meus filhos porque eu sei como eles iriam reagir (filhos), mas se acontecesse alguma coisa dentro de casa eu contaria para a minha filha” (Dália, 87 anos).

“Meu filho, com ele eu tinha vergonha, mas do dia que ele me recebeu de braços abertos, hoje eu tenho essa pessoa em que eu confio” (Jasmim, 65 anos).

“Uma Psicóloga... fora ela ninguém, eu vou lhe dizer uma coisa, eu nunca confiei em ninguém pra chegar, desabafar, eu sempre fui assim, eu me isolava de todo mundo, porque eu acho que o meu problema eu que tenho que resolver, porque poxa, as pessoas já tem o seu problema, eu ainda vou levar o meu, e assim fui vivendo...” (Tulipa, 63 anos).

“Primeiramente eu chego assim com o Lá de cima Deus e Jesus e eu converso, eu choro, falo alto, falo com o Sagrado, vou a igreja converso, converso, mas com o ser humano mesmo, eu recorro aos meus filhos, dependendo do meu problema converso com as amigas” (Violeta, 67 anos).

A qualidade de vida dos idosos perpassa a sua vida particular, Monteiro (2005) nos esclarece que é necessário educar a família, mantendo-a informada com relação às possibilidades e anseios de vida deles. Mostrando que o movimento somente realiza-se

quando há um objetivo e, portanto, é necessária a compreensão de que cada um possui sua participação no processo.

É importante ressaltar que concordamos com Walsh (2005) quando coloca que as experiências adversas são passíveis de serem solucionadas e resignificadas quando as pessoas que vivem situações traumáticas podem contar com o apoio de amigos, ou mesmo, de pessoas de seu núcleo familiar.

TABELA 18. Planejamento para o futuro

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Não (como idosa)	12	60
Sim (quando era jovem, às vezes)	8	40
TOTAL	20	100

Na tabela 18, apresentamos os resultados sobre o fato de as entrevistadas costumarem fazer planejamento para o futuro. Observou-se que 60% responderam que por estarem na terceira idade, já não faziam planejamento para o futuro; 40% delas responderam que só planejavam o futuro, às vezes, quando eram mais jovens. O percentual de 60% reforça o mito de que essa fase é uma fase onde tudo “está acabado”, não restando mais a preocupação com o seu futuro, vivendo o dia a dia de forma circunstancial, onde o planejamento já não é necessário e importante.

Recorremos a Eric Erickson (1987), quando nos esclarece que se o envelhecimento ocorre com sentimento de produtividade e valorização do que foi vivido, sem arrependimentos e lamentações sobre oportunidades perdidas ou erros cometidos haverá integridade e ganhos, do contrário, um sentimento de tempo perdido e a impossibilidade de começar de novo trará tristeza e desesperança.

Erikson (1987) descreve esta fase como sendo aquela onde se desenvolve a Integridade *versus* Desesperança, onde ocorre naturalmente a avaliação do que foi vivido, com a percepção clara de que não é possível mudar muitas das coisas que já passaram. É um fato real que a pele já não tem a mesma elasticidade, que os olhos enxergam diferente, que dentes e ossos são mais frágeis, e que se o idoso ficar preso a essas perdas haverá muito inconformismo, revolta ou depressão. Em contrapartida, é fácil observar que pessoas de idade avançada realizam tarefas de grande importância em várias áreas de atividade humana, quer

na política, ciência ou nas artes, e que muitos sábios, músicos, escritores, pintores e escultores realizaram suas conquistas já bastante idosas.

Erikson entende que se o idoso conseguir manter a “integridade do ego” para adaptar-se às mudanças pessoais e sociais, conseguirá satisfazer seus anseios, com maior tolerância para com as ocorrências da vida atingindo, como resultado de toda experiência vivida, o dom da sabedoria.

A Teoria Psicossocial do Desenvolvimento segundo o esquema de Erik Erikson se constitui em estágios consecutivos que não seguem um esquema cronológico rígido. Além disso, um estágio não é atravessado e então deixado para trás. Em vez disso, cada estágio contribui para a formação da personalidade.

Segundo a definição clássica de Erikson (*apud* HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000) integridade *versus* desespero está relacionada com:

O último estágio do processo epigenético do desenvolvimento é denominado integridade. A melhor maneira de descrevê-lo é como um estado que a pessoa atinge depois de ter cuidado de coisas e pessoas, produtos e idéias, e de ter-se adaptado aos sucessos e fracassos da existência (p. 175).

A última idade do desenvolvimento psicossocial é marcada por um olhar retrospectivo, que faz com que, ao aproximarmo-nos do final vida sentamos a necessidade de aquilatar o que dela fizemos, revendo escolhas, realizações, opções e fracassos (RODRIGUES, 2001, p. 283). Na duplicidade emocional “integridade *versus* desespero”, “a integridade indica que o indivíduo considera positivo o seu percurso vital, ou seja, toma consciência que a vida teve sentido e que foi feito o melhor possível, dadas as circunstâncias e as suas capacidades” (RODRIGUES, 2001, p. 280).

Reconcilia-se com a mágoa e a angústia, e encara a existência como algo positivo. Segundo Erikson, “[...] o possuidor de integridade está preparado para defender a dignidade do seu próprio estilo de vida contra todas as ameaças físicas e econômicas” (ERIKSON *apud* MONTEIRO; SANTOS, 1999, p. 183). A ritualização neste último estágio, pode ser chamada de integral. Ao tentar encontrar um ritualismo correspondente, Erikson sugere o sapientismo, “a tola pretensão de ser sábio”. (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000, p. 175).

A sabedoria é a virtude resultante da última fase da vida, a percepção de que não vivemos em vão, assim “a sabedoria, então, é a preocupação desprendida com a vida em si” (ERIKSON *apud* HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000, p. 175).

Sobre o futuro, as idosas entrevistadas disseram:

“Eu já tive dias melhores, mas hoje é mais desesperançoso pela minha idade, mas eu já fui mais animada, estou com planos de fazer mais um apartamento e pergunto sempre pra Deus se é isso mesmo. Hoje eu não tenho mais tanta animação, nada na TV me agrada. Depois que eu deixei de fumar fiquei mais lenta ainda (Lírio, 65 anos).

“Sim. Ai de mim que não acredite em mim! Eu não sei o que seria de mim. Se eu não acreditasse em mim, agora, quando eu penso que me livrei da praga daquela doença... (choro) só Aquele lá de cima pra me dar força mesmo. Sempre ele me mostra uma saída” (Tulipa, 63 anos).

“Não agora tô naquela do agora deixa acontecer..” (Íris, 79 anos).

Se a avaliação da existência é negativa, se sentimos que não aproveitamos o nosso tempo e não concebemos quase nada, existe o desejo de retroceder, de readquirir as oportunidades perdidas, de reformular opções e escolhas. Ao conjecturar que é demasiado tarde, pode instalar-se o desgosto, a angústia, e até o pânico da morte (RODRIGUES, 2001, p. 283).

TABELA 19. O que a idosa aprendeu nesta fase

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
A me virar sozinha, superar as dificuldades, e a me cuidar	18	90
Não aprendi nada	2	10
TOTAL	20	100

Na tabela 19, observam-se os resultados obtidos ao se perguntar o que as idosas aprenderam durante essa fase da vida, ao que 90% das entrevistadas responderam que aprenderam a se virar sozinha, a superar suas próprias dificuldades e a cuidar mais de si mesmas, e somente 10% das entrevistadas responderam que não aprenderam nada.

Sobre o aprendizado na fase da vida relativa à velhice, as entrevistadas disseram:

“Olha eu aprendi que agente deve conviver com aquilo que é de acordo com a nossa possibilidade, então é como Deus quer...” (Dália, 87 anos).

“... Eu tenho que continuar vivendo, eu tenho que vir pra cá, minha vida segue em frente, ou eu administro, ou então pára tudo né, e viver de alguma forma bem né, fazendo as coisas que eu gosto, como eu gostaria, eu gosto das amigas, eu gosto de sair, tenho que continuar a viver...! (Açucena, 63 anos).

“Eu aprendi que a vida se apresenta de muitas formas, se acontece alguma coisa de ruim hoje, amanhã é outro dia, serve de aprendizado e de lição” (Lírio, 65 anos).

“Eu aprendi é que se agente se acovarda e fica de boca fechada agente não chega a lugar nenhum e se agente grita por socorro, tem alguém que vai escutar isso, esse pedido de socorro da gente, pra ver uma mão amiga com um gesto, um conselho, uma palavra uma coisa assim que levanta a moral da gente, faz gente se sentir que é gente, que não tá anulada” (Jasmim, 65 anos).

O envelhecimento deve ser entendido como um processo do ciclo evolutivo, que, assim como os demais, pode ser permeado por adversidades. O idoso, como qualquer ser humano em desenvolvimento, é constantemente desafiado a manter e a renovar sua vida de maneira significativa e produtiva. A passagem do tempo implica, no entanto, *déficits* sucessivos e cumulativos para os quais há o constante desafio de aprender novos conteúdos de compensar possíveis perdas, valorizando e reforçando aquilo que se mantém ou desenvolve. (KNOPOFF; SANTAGOSTINO; ZAREBSKI, 2004).

Muitos idosos acreditam que a velhice é um momento triste e depressivo, carregado de sentimento de inutilidade, rejeição e abandono, mas muitos também possuem a crença de que a velhice é compreensão, a melhor fase para se entender a praticar a tolerância. A velhice em si não é o problema. O problema é a imagem que a sociedade possui dela através de sua cultura estigmatizante (MONTEIRO, 2005).

Nas explicações de Erick Erickson (1987) acerca da fase Integridade *versus* Desespero em que ocorre a velhice, nesta fase, o presente vivenciado pelo idoso, é um momento em que o mesmo deve refletir, rever sua vida, o que fez, o que deixou de fazer. Pensar principalmente em termos de ordem e significado de suas realizações. Essa retrospectiva pode ser vivenciada de diferentes formas. Nesse sentido, a pessoa pode simplesmente entrar em desespero ao ver a morte se aproximando. Surge um sentimento de que o tempo acabou que agora resta o fim de tudo, que nada mais pode fazer pela sociedade, pela família, por nada. São pessoas que vivem em eterna nostalgia e tristeza por sua velhice. A vivência também pode ser positiva. A pessoa tem a sensação de dever cumprido, experimenta o sentimento de dignidade e integridade, e divide sua experiência e sabedoria.

Existe ainda o perigo do indivíduo se julgar o mais sábio, e impor suas opiniões em nome de sua idade e experiência. Erikson (1978) fala de duas principais possibilidades: procurar novas formas de estruturar o tempo e utilizar sua experiência de vida em prol de viver bem os últimos anos ou estagnar diante “do terrível fim”, quando desaparecem pouco a pouco todas as fontes de carícia se vão e o desespero toma conta da pessoa.

TABELA 20. O que a idosa deve fazer na situação de violência

SUBCATEGORIAS	FREQUENCIA	%
Procurar seus direitos, buscar ajuda de alguém, conversar com o agressor	18	80
Denunciar	4	20
TOTAL	20	100

Na tabela 20, observam-se os resultados obtidos a partir do questionamento de que o idoso sabe, efetivamente, o que fazer caso se encontre em situação de violência. Os resultados mostraram que 80% das idosas responderam que devem procurar seus direitos, pedir ajuda de outras pessoas e até mesmo conversar com o agressor na tentativa de que a situação de violência não ocorra mais. Somente 20% das entrevistadas acham que devem denunciar à situação de violência às autoridades.

Sobre o que deve ser feito nas situações de violência contra sua pessoa, as idosas responderam:

“Olha tem que ter muita força e ânimo de falar, de revidar, porque é difícil, agente fica abatida, não sei se é por causa da idade, deve ser né... com as agressões com o motorista de ônibus que a agente vive nas ruas, em casa é até mais grave, porque na rua é um estranho, o motorista na rua ele nem te conhece, mas vc tem que colocar aí que um dia quando um motorista mandou “desça! a sra. tem que entrar por trás” eu fiquei olhando pro motorista e ele esperando eu descer, quase que eu desço, mas não, eu não desci, ele disse: a sra. é muito abusada, eu disse: abusado é vc e eu ainda vou lhe denunciar, e segui com ele até o centro com medo de ele não abrir a porta, ele olhou pra mim eu olhei pra ele, vai abrir a porta não? mas isso, essa força, em seguida eu fico no chão né, mas ele abriu, eu desci, deixei ele passar pegar o numero da placa dele e pensei duas vezes em ligar né, mas é o mesmo ônibus que eu pego daqui e podia acontecer alguma coisa, daí eu não liguei não” (Açucena, 63 anos).

“Deve procurar seus direitos, com certeza deve procurar seus direitos porque eu acho isso muito triste, é uma crueldade” (Orquídea, 60 anos).

“Cada caso é um caso e cada pessoa reage de forma diferente, mas muitas vezes o idoso até se rebela e aí é quando eles partem para agressão né, metem a peia, fazem tanta barbárie né com os idosos né, mas eu acredito que agente deva denunciar, agente deve procurar uma pessoa...se vc não quer se identificar, mas anonimamente fala pra apode alguém que a pessoa pode denunciar, faz de conta que vc não sabe de nada, eu acho que o jeito é esse” (Lírio, 65 anos).

“Meu Deus, quando ele tem força pra lutar ele tem que lutar e sair fora da violência por mais que doa né por mais que seja da família ele tem que lutar e sair mas tem muitos idosos que não tem mais aquela força de sair né se ele não pedir ajuda de outras pessoas porque as vezes é muito mais fácil pedir ajuda de um estranho do que dos próprios parentes né, ele tem os parente e eles tem até nojo de chegar perto deles as pessoas idosas que já faz suas necessidades, tudo isso tem que pensar nisso porque pra sair da violência tem que correr e correr atrás de seus direitos porque se esperar vai morrer de cacetada outra coisa não vem, porque o idoso é que nem criança, se você bater e gritar com ele, ele não vem mais vai ficar com medo coitado né (Petúnia, 60 anos).

“Eu acho que hoje em dia tem muitos meios né, vai lá procurar as autoridades, não te lá o instituo do idoso, a delegacia do idoso tem que recorre a isso, não tem agora aquela lei da Maria da Penha, tem tantos recursos agora, só que tem aqueles que estão numa cadeira de rodas é, e como é que pode né? aí é triste né” (Lótus, 78 anos).

Isso nos mostra o porquê da violência contra o idoso ser subnotificada. Outro dado que corrobora para a subnotificação da violência contra o idoso na família é a compreensão de que o que ocorre dentro da família é assunto privado e sigiloso, permanecendo tudo em segredo.

Lembramos que em algumas famílias o idoso é percebido como alguém que dificulta e atrapalha o funcionamento familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade brasileira assiste a crescentes demonstrações de violência que afetam a vida das pessoas em seus vários estágios de desenvolvimento, acarretando prejuízos, por vezes, de longa duração, ou até irreversíveis, à sua saúde. De todas as formas de violência, a violência perpetrada contra mulheres idosas é a que vem revestida de maior complexidade para sua notificação, diagnóstico, prevenção e tratamento, quer porque o vitimador é pessoa das relações familiares da vítima, ou porque afronta importantes regras de convívio sociocultural, ou ainda porque são poucas as políticas públicas de atenção voltadas ao idoso.

Verificamos, ao longo de nossa pesquisa, que a violência contra essas personagens não pode ser analisada de maneira simplista e, sobretudo, que não basta responsabilizar a família que a perpetra, nem se fundamentar em critérios tradicionais para compreendê-la. Entendemos que é necessário colocá-la em discussão e aceitar que esse campo está relacionado a um saber ainda em construção, que não comporta um único sentido. Por isso, acreditamos que a violência contra mulheres idosas, tem que ser entendida em suas determinações históricas, pois, a formação econômica e sociocultural do Brasil, baseada em uma colonização de exploração, produziu uma sociedade patriarcal, onde a vontade do homem ainda se sobrepõe à da mulher e onde a vontade dos mais jovens se sobrepõe a dos mais idosos.

Entendemos que a violência familiar intergeracional é fruto dessa desigualdade, associada à violência estrutural, acrescida pela violência do adulto sobre o idoso. Sabemos que esse é na verdade também um problema que ocorre em grande escala em muitas sociedades e em todas as classes sociais, e comumente está associado a fatores de vulnerabilidade.

Identificamos que é um crime impulsionado pela cultura local patriarcal que conta com estilos e padrões de comportamento que ganham força no mito da superioridade masculina, se acomoda no domínio e poder do adulto sobre o idoso e que se sustenta também pelo silêncio da família, que trata a violência como assunto particular.

A violência contra o idoso é um crime pouco denunciado, praticado contra a liberdade, um elemento fundamental dos direitos humanos. Em nossa pesquisa identificamos que embora as idosas se referissem a sua idade como uma idade marcada por grande

experiência, também fazem referência à velhice como uma fase de aparecimento de doenças e de grandes limitações físicas e psicológicas, onde tudo “está acabado”, não restando mais a preocupação com o seu futuro, vivendo o dia a dia de forma circunstancial, onde o planejamento já não é necessário e importante, e que o fato de estarem na terceira idade deixavam de fazer o que queriam, embora dissessem que seus familiares não as impediam de fazer o que quisessem.

A grande maioria das idosas disse que sofrem controle por parte de alguns membros da família que controlam e decidem o que vestir, para onde ir, o que fazer com o dinheiro no final do mês. Falaram que seus familiares reclamam que falam demais, e, saem sem avisar.

Percebemos que 60% das idosas sofreram violência praticada por algum membro de sua família, no entanto, quando perguntado a cerca dessa vitimação as mesmas negaram os relacionamentos conflituosos. Tal fato, a nosso ver, está ligado à questão de que elas não compreendem que essas situações de violência manejadas por seus familiares contra elas, são atos de violência, pois não percebem como tal. Para elas essas situações de violência expressam somente as preocupações com o seu bem estar e sua existência de fragilidade.

É possível observar que as mesmas, embora tenham passado por algum tipo de violência, não discriminavam os tipos de violência sofrida, seja pelo desconhecimento que tem sobre os vários tipos, seja pela dificuldade emocional de aceitar que seus familiares sejam os protagonistas de atos violentos contra elas.

Também identificamos que de todos os tipos de violência, a violência psicológica foi a forma menos identificada por elas como violência, não percebendo a falta de respeito, insultos, ameaças, e negligência e falta de alimentação como a violência psicológica sofrida, embora tenham atribuído a essa forma de violência como “marcas que ficam para sempre” percebidas por elas como ingratidão, humilhação e desprezo.

Percebemos que as idosas se magoam, ficando arrasadas, humilhadas e muito frustradas com a falta de tolerância de seus familiares, no que diz respeito as suas opiniões, acerca dos eventos da vida, visto que sempre se colocam de forma enfática em relação a fatos já vividos por elas e que esses fatos nem sempre são bem aceitos pelos familiares.

As idosas que sofreram violência física e psicológica relataram que procuraram ajuda em clínicas e hospitais por conta de abalos emocionais e físicos, traduzidos em

somatizações de várias ordens como, aumento da pressão arterial, descontrole do diabetes, taquicardias, labirintites, lapsos de memória, dentre outros.

Identificamos que a maioria de nossas entrevistadas mesmo enfrentando a adversidades como as de violência na fase de envelhecimento, aprenderam a superar as situações vividas dentro e fora da família e que inclusive, cuidam de si mesmas sozinhas, buscando ajuda quando necessário dos filhos, de Deus e dos irmãos. Enfatizam a necessidade de denuncia da violência e a procura de seus direitos, muito embora essa prática seja só falada e não cumprida por parte delas.

É importante enfatizar que se desejarmos relações sociais sem violências, o primeiro passo é conhecer como os problemas relacionados a ela se configuram, garantindo a sua articulação com o respeito à integridade humana, respeito que é necessário para o pleno exercício da cidadania (ALVIM; SOUZA, 2005).

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve vir acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e seguridade. Nesse sentido, o contexto desta pesquisa nos possibilita criar novas perspectivas incitando propostas que possam ser ampliadas no trabalho com os idosos. Tal proposta se amplia na medida em que ela se inicia na educação infantil, na formação acadêmica e na continuação da formação de profissionais que lidam com esse segmento da sociedade, bem como os próprios idosos, principais protagonistas desta pesquisa. Tal procedimento poderia contribuir para uma conscientização e entendimento sobre a diversidade de fatores que rodeiam essa fase da vida, compreendendo que a velhice, como fenômeno social, foi compreendida neste trabalho como resultante de um conjunto de determinantes econômicos, sociais, políticos, históricos e ideológicos.

A educação tem um papel central nesse processo de valorização do ser humano. A prática social e intervenção intencional neste processo concreto, histórico, de produção das pessoas, é uma intervenção no sentido de atualização histórica do devir humano. Educação é a construção do humano (WITTMANN, 2002).

Aos profissionais que trabalham com os idosos faz-se necessário, realizar cursos de capacitação, programas voltados para o envelhecimento que possibilitem instruir de forma abrangente os aspectos acerca do envelhecimento tanto para os familiares como os idosos. As políticas e os programas de envelhecimento ativo devem favorecer o equilíbrio da responsabilidade pessoal, familiar e comunitária, e fomentar a solidariedade intergeracional (JÖNSSON, 2003).

Corroboramos com Falcão, dias e colaboradores (2006) quando nos mostram que as redes informais de apoio a idosos (familiares, amigos, vizinhos), principalmente aqueles dependentes, exercem um papel fundamental especialmente quando as redes informais (centros comunitários, hospitais, etc.) são escassas ou insatisfatórias. Percebemos em nossa pesquisa que as relações sociais têm um papel significativo na manutenção do bem-estar na vida do idoso e que as relações de amizade repercutem de forma bastante benéfica como apoio social e afetivo na vida do idoso.

As amizades funcionam como importante fator de proteção ao idoso, especialmente quando são espontâneas e permitem a troca de experiências e vivências comuns entre as pessoas da mesma coorte (NERI, 2005).

A criação de trabalhos psicoterápicos nos centros de convivência do idoso na cidade de Manaus, a criação de novas propostas acadêmicas com essa população também seria de grande valia, haja vista que não existem ainda trabalhos dessa natureza. E como bem enfatiza a (OMS, 2002; JÖNSSON, 2003), seria ainda melhor se existisse Políticas de apoio aos cuidadores de idosos, especialmente àqueles que prestam serviços informais e voluntários - em todo o mundo são os membros da família, os amigos e vizinhos que proporcionam a maior parte do apoio e dos cuidados aos adultos de idade avançada necessitados de ajuda.

Para que a pessoa idosa possa viver de forma saudável e feliz, é necessário que ela possa expressar seus sentimentos sem medo de sofrer repreensão ou qualquer tipo de constrangimento. Entretanto, uma quebra de paradigmas sobre o olhar do envelhecimento em nossa sociedade, bem como o próprio sentir-se velho, deve ser iniciado principalmente, dentro do contexto familiar e se expandir para a sociedade.

A pessoa idosa como qualquer ser humano, é um ser gregário e precisa da companhia dos familiares, amigos e pessoas que se importem e se preocupem com bem estar biopsico-emocional e espiritual para obter uma qualidade de vida digna e feliz. Entendo que qualidade de vida, não compreende apenas saúde como a ausência de doença, mas engloba uma visão mais ampla, que consiste em conforto, bem-estar, moradia, felicidade, ambientes favoráveis, associada às boas condições de vida. Qualidade de vida para o idoso compreende o fato de ele se sentir melhor, conseguir realizar suas atividades básicas de vida diária, ser independente e ter autonomia (ROLIM; FORTI, 2004).

Gostaríamos de ressaltar que não consideramos esta discussão concluída, visto que outras reflexões poderão ser elaboradas e aprofundadas sobre os resultados que

encontramos. No entanto, acreditamos que, através desta pesquisa pudemos conhecer melhor as formas de violência contra o idoso e suas implicações para a saúde da mulher idosa e entender a repercussão e as implicações psicossociais que a sociedade manauara precisa enfrentar a fim de estudar e elaborar políticas públicas de prevenção para reduzir esse tipo de violência na cidade de Manaus.

REFERÊNCIAS

AGUDELO S. F. **Contextos Explicativos de La Violência en Colômbia**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 233 pp. 1998.

AGUERRE, C. Quels sont les facteurs psychologiques garants d'une vieillesse réussie? **Pratiques psychologiques**, 1, 15-27, 2002.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof.**, jun. 2006, v. 26, n. 2, p.222-245.

AGUIRRE, G. A. **Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes del C. E. Mariscal Andrés Bvelino Cáceres del Sector IV de Pamplona alta, San Juan de Miraflores**. Tesis inédita de Licenciatura en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2002.

ALARCÃO, M. *(des)***Equilíbrios familiares**. 3. ed. Coimbra: Quarteto, 2004.

ALMEIDA, M.C.; CARVALHO, E.A. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 2.ed.São Paulo: Cortez, 2004.

ALMEIDA, L.G.D.; et al. Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos. *Rev. Saúde. Com, Jequié*, v.2, n.1, p.50-5. 2006.

ALMEIDA, 2010 – ALMEIDA, L.G.D.; et al. Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos. *Rev. Saúde. Com, Jequié*, v.2, n.1, p.50-5. 2006.

ALVIN, S. F.; SOUZA, L. **Violência Conjugal em uma Perspectiva Relacional**.

ANDERSON, C. A.; BUSHMAN, B. J. Human aggression. **Annual Review of Psychology**, v. 53, n. 1, p. 27-51, 2002.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus,1995.

ANETZBERGER, G. J., DAYTON, C., MILLER, C. A., MCGREEVEY, J. F., SCHIMER, M. Multidisciplinary Teams in the Clinical Management of Elder Abuse, **Clinical Gerontologist**, v. 28, n. 1/2, p. 157-171, 2004.

ARAÚJO, 2001, p. 7 – ARAÚJO, K.B.G. **O resgate da memória no trabalho com idosos: O papel da educação física**. Campinas, 2001. (Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação Física, UNICAMP).

ARAÚJO; CARVALHO, 2005 - ARAÚJO, L. F.; CARVALHO V. L. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro: UFRJ, v. 7 n. 1, 2005

AVLUND, K.; LUND, R.; HOLSTEIN, B. E.; DUE, P. Social Relations as Determinant of Onset of Disability in Aging. **Arch. Gerontol. Geriatr.** v. 38, n. 1, p. 85–99, 2004.

AZAMBUJA, NOGUEIRA, 2008 - AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. — **Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública.** [Em linha] Saúde e Sociedade. 17: 3 (2008) 101- -112. [Consult. 30 jan. 2009]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300011&script=sci_arttext.

AZEVEDO, 2001 - Azevedo, A L. (2001) **Velhice e seus processos sócio-históricos.** Lisboa: Argumento.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Vitimação e vitimização: questões conceituais. *In:* AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Orgs.). **Crianças vitimadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu, Cap. I, p. 25-47, 1989.

BAKER, A. A. Granny-battered. **Modern Geriatrics**, vol.5: 2024, 1975.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARNETT, O *et alii*. History and definitions. *In:* **Family violence across the lifespan: an introduction** (O. Barnett, C. Miller-Perrin, & R. D. Perrin, ed.), London: SAGE Publications, 1997 (pp. 3-17).

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 4ª ed. Ed. Vozes, 2002.

BERLINCK, M. T. **Psicopatologia Fundamental.** São Paulo: Escuta, 2000.

BERNAL, A. M.; GUTIERREZ, J. B. **Malos tratos en personas mayores: marco Brasileiro.** Brasília: Ministério da Justiça, 2001. Ético. Madrid, Imsalud, 2004. *Journal of interpersonal violence*, 9(2): 184-193, 1994.

BERZINS, Marília Anselmo V. da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. *In:* **Revista Serviço Social & Sociedade.** nº 75, Ano XXIV São Paulo: Cortez, 2003.

BEUAVOIR, S. **A velhice: a realidade incômoda.** Tradução: Heloysa de Lima Dantas. DIFEL/Difusão Editorial S. A. 2. ed. São Paulo, 1976.

BIRREN, J. E.; BENGSTON, V. L. **Emergent theories of aging.** New York: Springer, 1988. BOCK, et al, 2009 – BOCK, A. M. B; FURTADO, O; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia.** 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G; FURTADO, G. O. (orgs). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia.** São Paulo: Cortez, 2001.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Justiça, 2001. **Ético**. Madrid, Imsalud, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: MS, 2001.

_____, 2002 - BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2. ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no BRASIL, 2011-2022**. Brasília-DF. Julho de 2011.

_____. **Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741 de outubro de 2003**, Brasília. 1. ed. 2004.

BRÊTAS, 2003 - BRÊTAS, A.C.P. **Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde**. Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF), pág. 298-301. Maio/junho, 2003.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?** Campinas: Alínea, 2003.

CADERNO DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS. **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

CALDAS, 2002 - CALDAS, C. P., 2002. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: **Antropologia, Saúde e Envelhecimento** (M. C. S. Minayo & C. Coimbra Jr.,org.), pp. 51-71, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CALOBRIZI, MARIA D. D'ÁVILA; CANONNE, Aurora. Violência contra Idosos: o visível e o invisível. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social**, São Paulo, v. I, 1997.

CAMARANO, A. A. ; BELTRÃO, K. I. PASCOM, A. R. P.; MEDEIROS, M.; GOLDANI, A. M. Como Vive o Idoso Brasileiro. In: A. A. Camarano (ed.), **Muito Além dos 60: os Novos Idosos Brasileiros**, pp. 19-71. IPEA, Rio de Janeiro, 1999.

CAMARANO, A. A. *et al.* Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio De Janeiro: IPEA, p. 137-167, 2004.

CAMPOS, 2006 - CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem cuida do cuidador – uma proposta para os profissionais da saúde**. Vozes: Rio de Janeiro, 2005

CHAUÍ, M. (1985). **Participando do debate sobre mulher e violência**. Em Perspectivas Antropológicas da Mulher (pp. 25-62). Rio de Janeiro: Zahar.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2001. 163p.

CONCONE, 2007 - CONCONE, Maria Helena V. B. Medo de envelhecer ou de parecer? **Revista Kairós**. São Paulo: EDUC, v.10, n 2., p.19-44, 2007.

COSTA, 2003 - Costa NE, Mendonça JM, Abigailil A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.1077-82.

COSTA; PORTO; ALMEIDA et al., 2001 - COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J.C. et al. Semiologia do Idoso. In: Porto, C.C. (ed). **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. cap. 9, p.165-197, 2001.

COSTA, F. G. **Representação social da velhice em idosos participantes de instituições para a terceira idade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2001.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A (orgs). **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2011. DADOUN, Roger. Tradução de Pilar Ferreira de Carvalho e Carmen de Carvalho Ferreira. Rio de Janeiro: DIFEL, 1998, 112p.

DAVIDOFF, 2001 - DAVIDOFF, L. L. **Introdução à psicologia**. 3 ed. São Paulo: Makron Books, 2001.

DEBERT, G. G. A família e as novas políticas sociais no contexto brasileiro. **Interseções – Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, p. 71-92, jul./dez. 2001.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, janeiro 2008. p. 165-185.

DEMURA, S.; SATO, S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. **J Physiol Anthropol Appl Human Sci**, v. 22, n. 3, p. 159-166, 2003.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, 24 (1), 213-225, 2004.

DUARTE E DUARTE, 2000 - DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira e DIOGO, Maria José D`Alboux. **Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FALCÃO, S. V. D.; DIAS, (ORG). **Maturidade e Velhice**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa — ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

FISCHER, 1994 - FISCHER, G. (1994). **A Dinâmica Social: Violência, Poder, Mudança**. Lisboa, Planeta ISPA.

FREITAS OLIVEIRA, A. P.; SILVA PIRES, P.; MANUEL, J. Violência contra idosos: uma questão de cidadania. **Saúde Coletiva**. Brasil: Editorial Bolina. v. 33, n. 6, p. 198, 2009.

FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2006.

FREITAS, E. V.; Ligia Py; Flávio Aluizio Xavier Cançado; Johannes Doll; Milton Luiz Gorzoni; **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.

GARRIDO, E. N. **Mulheres em situação de violência doméstica: o que faz a Equipe de Saúde da Família?** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

GIACOMINI, 2009 - GIACOMINI K. C. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, Jan-Fev. 2005.

GONÇALVES, H.S. **Infância e violência no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

GONDIN, R. M. F. & COSTA, L. M. Violência contra idoso. In D. V. S. Falcão, & C. M. B. Dias (Eds.), **Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas** (Vol. 1, pp. 169-191). São Paulo: Casa do Psicólogo.

GUIMARÃES, S. J.; MIRANDA, J. L. S.; MACÊDO, L. T. A. **Violência contra o idoso: questão social a ser discutida**. III Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto/2007.

GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?**. *Psic.: Teor. E Pesq.*, Brasília, v. 22, n. 2, Aug. 2006.

HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000 - HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da Personalidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000

HARDY, S. E., CONCATO, J.; GILL, T. M. **Resilience community-Dwelling Older persons**. *Journal of de American Geriatrics society*, 52(2), 257-262, 2004.

HARDY, S. E.; CONCATO, J.; GILL, T. M. Resilience of community-dwelling older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 52, n. 2, p. 257-262, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Municípios Brasileiros: Assistência Social 2005. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Rio e Janeiro: 2006. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/assistencia_social2005/default.shtm Acessado em: janeiro de 2007.

IBGE, 2005 e IBGE, 2000 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE, 2009 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil 2009. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm m.
Acesso em: 29 julho 2010.

IBGE, 2010 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708> Acesso em: 17 de junho 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no BRASIL, 2011-2022**. Brasília-DF. Julho de 2011.

INUI, T. **Annual of International Medicine**, In: The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging. pp. 139(5), 391-394, (2003).

JOÃO, Alessandra de Fátima; SAMPAIO, Ângela Andréa Zampieron; SANTIAGO, Elaine Aparecida; CARDOSO, Raquel de Cássia; DIAS, Rosângela Correa. Atividades em grupo - alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 397-410, 2005.

JÖNSSON, I. Policy Perspectives on Changing Intergenerational Relations. **Social Policy & Society** 2:3,241–248, 2003.

KALACHE, 2005 - KALACHE, A. OMS desenvolve programas contra maus-tratos a idosos. **Jornal O Estado de São Paulo**, São Paulo, 21 jun. 2005. Caderno A1, p. 01-01.

KALACHE A, Veras RP , Ramos LR. "**Envelhecimento da População Mundial: Um Desafio Novo**". Ver "Assessing Social Function in the Elderly", Clin. Geriatric Med., 3(1): 87-98, 1987.

KEIKELAME, J.; FERREIRA. M. **Mpathekombi, ya bantu abadala**: elder abuse in lack townships on the Cape Flats. HSRC/UCT Center of Gerontology, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town. p. 07-11, March, 2000. Disponível em: <<http://www.ifuw.org/southafrica/journal/saawgconference.pdf> > Acesso em: 29 jan. 2008.

KELLER, I.; MAKIPAA, A.; KALENSCHER, T.; KALACHE, A. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum**. Geneva, World Health Organization, 2002.

KIRKWOOD, T. B. L. **Os Melhores Anos de Nossas Vidas**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

KNOPOFF, R., SANTAGOSTINO, L., & ZAREBSKI, G. Resiliência y envejecimiento. In A. Melillo, E. N. S. Ojeda & D. Rodriguez (Eds.), **Resiliência y Sujektividad**: Los ciclos de la vida (pp.214-228) Buenos Aires: Paidós, 2004.

KOLBE, R.H., & BURNETT, M.S. Content-analysis research: an examination of applications with directives for improving research reliability and objectivity. **Journal of Consumer Research**, 18 (2), 243-248, 1991.

KRUG, E. G *et alii.*. **World report on violence and health**. Geneva: WHO. 2002.

LIMA, Mariúza Pellosso. Reformas paradigmáticas na velhice do século XXI. In: KACHAR, Vitória. (Org.). **Longevidade: um novo desafio para a educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

LISBOA, C.S.M. e KOLLER, S.H. Considerações Éticas na Pesquisa e na Intervenção sobre violência Doméstica. In: HUTZ, C. S. **Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: Aspectos Teóricos e Estratégias de Intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 186-212.

MACHADO L.; QUEIROZ, Z. Negligência e Maus-tratos In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia** (Freitas et al.org.) Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

MACHADO, C.; GONÇALVES, R. A. **Violência e Vítimas de Crimes**. Coimbra: Quarteto, 2003.

MANIDI, J. M; MICHEL, P. J. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos**. Paris: Masson, 1998. MAZO, G. Z.; LOPES, A. M.; BENEDETTI, B. T. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 2ª ed. Porto Alegre: sulina, 2004.

MARTINS, R. C. **Jovens Mulheres Vitimadas - Abuso Sexual, Sofrimento e Resiliência**. Manaus: Editora Juruá, 2010.

MASCARO, 2004 - MASCARO, S. de A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).

MEIRELLES, 2000 - MEIRELLES, Morgana A. E. **Atividade Física na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: SPRINT, 2000. 3 ed.

MELO, 2010 - MELLO, J.F; BURG, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MENEZES, M. R. **Da Violência Revelada à Violência Silenciada**. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

MICHAUD, Yves. **A violência**. Trad. de L. Garcia. São Paulo: Ática, 1989.

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

MINAYO, M. C. S. **Violência contra Idosos: O Averso do Respeito à experiência e à sabedoria**. Secretaria de Direitos Humanos, 2004.

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

MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.). **Coleção Antropologia e Saúde: Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **A razão dos direitos humanos da pessoa idosa** [On line]. [Consulta: 7 janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.idoso.ms.gov.br/artigo.asp?id=76>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **A razão dos direitos humanos da pessoa idosa** [On-line]. [Consulta: 7 janeiro 2010]. Disponível em: <http://www.idoso.ms.gov.br/artigo.asp?id=76>.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Desenvolvimento social: guia de políticas e programas** [On line]. [Consulta: 8 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2010/junho/mds-reforca-o-combate-a-violencia-contra-idosos>.

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer**: histórias, encontros, transformações. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MONTEIRO, M.; SANTOS, M. **Psicologia**. 1ª e 2ª parte. 1ª ed. Lisboa: Porto Editora, p. 183, 2002.

MONTEIRO, Dulcinéia da Mata Ribeiro. **Dimensões do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MONTEIRO; SANTOS, 1999 - MONTEIRO, M.; SANTOS, M. **Psicologia**. 1ª ed. Porto: Porto Editora, 1999.

MORGADO, R. **Abuso Sexual Incestuoso: Seu Enfrentamento pela Mulher/Mãe**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. p. 47.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. *In*: MINAYO, M. C. S; COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.). **Coleção Antropologia e Saúde**: Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 37-50, 2002.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia** . 2. ed. Campinas: Alínea, 2005.

NERY, YASSUDA, 2004 - NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Org.). **Velhice bem-sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus, 2004.

NERI, 2004 – **A Velhice bem Sucedida**: Aspectos Afetivos e Cognitivos. Campinas. Papirus: 2004.

NERI, A.L.; DIOGO, M. D.; CACHIONI, Meire, **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Alínea: São Paulo, 2004.

NERI; FREIRE, 2000 – NERI, A.L; FREIRE, S.A. **E por falar em boa velhice**. Papirus: Campinas, São Paulo, 2000.

ODÁLIO, N. **O Que é Violência**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

OLIVEIRA E MANITA, 2003 - OLIVEIRA, A. & Manita, C. (2003). Prostituição, violência e vitimação. In: Machado, C. & Gonçalves, R. A. (Coord.). **Violência e Vítimas de Crimes**. Volume 1 - Adultos. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 213-239.

OPAS (1991). **Declaration of Caracas**, 1990. International Digest of Health Legislation, 42(2): 361-363.

Organização Pan-Americana da Saúde- OPS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005: 13.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE 1993. Resolución XIX: **Violencia y Salud**. Washington, (mimeo).

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde 1993. Resolución XIX: **Violencia y Salud**. Washington, (mimeo). (<http://www.who.int>).

OMS, 2002 - OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde (S. Gontijo, trad). Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Women and Health. Today's Evidence, Tomorrow's Agenda**. World Health Organization: Geneva, 2009. Disponível online no site da OMS (<http://www.who.int>).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Women and Health. Today's Evidence, Tomorrow's Agenda**. World Health Organization: Geneva, 2009. Disponível online no site da OMS (<http://www.who.int>).

ONU, 2010- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

PALÁCIOS, 2004 - PALACIOS, Annamaria da Rocha Jatobá. Velhice, para quase proibida; terceira idade, expressão quase hegemônica: apontamentos sobre o conceito de mudança discursiva na publicidade contemporânea. **XX Encontro da Associação Portuguesa de Linguística**, outubro de 2004. Disponível em: < <http://www.bocc.ubi.pt/pag/palacios-annamaria-velhice-palavraproibida.pdf> > Acesso em 10 ago 2008.

PAPALÉO NETTO, 2002 - PAPALÉO NETO, M. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 313.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.**, n. 19, v. 3, p. 338-342, 2006.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. **Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 1-16, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://revistadepsiquiatriariograndedosul>>. Acesso em: 12 out. 2006.

PHILLIPS, L. R. Domestic violence and aging women. **Geriatric Nursing**, Arizona, v. 21, n. 4, p. 188-195, 2000.

PITANGUY J, HERINGER R. **Diálogo regional da América Latina e Caribe sobre direitos reprodutivos e violência contra a mulher**: papéis e responsabilidade de homens jovens e adultos. Rio de Janeiro: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação; 2002.

POLETTI, Rosette; DOBBS, Bárbara, tradução de Stephania Matousek. **A resiliência. A arte de dar a volta por cima**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PRATA, M. **100 Crônicas**. São Paulo: Cartaz Editorial/Jornal O Estado de São Paulo, pág. 13, 1997.

RAMOS, 2002 – RAMOS, L. R. et al. **Envelhecimento populacional**: Uma realidade brasileira. Revista de Saúde, São Paulo, v. 21, n3, p. 211-224, jun. 2003.

RIBEIRO, E. E. (org.). **Envelhescência**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2008.

RIBEIRO, 2005 - RIBEIRO, E. **Viver 100 anos**. Dicas para envelhecer com sucesso!. Manaus: Governo do Estado do Amazonas, Secretaria de Estado e Cultura, 2005.

RIBEIRO, C. O. (2008). **Prevenção primária da violência**: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em contexto escolar. Tese de Mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências.

RIBEIRO; SANI, 2010 - - RIBEIRO, K.S.Q.S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Cad. CEDES**, Campinas, v.29, n.79, Set-Dez. 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry. (et al). **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, 2001 – RODRIGUES, N. C. **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. Passo Fundo: UFP, 2001.

RODRIGUES, L. **Psicologia**. 1º Volume. 2ª ed. Lisboa: Plátano Editora, 2001.

ROLIM, F. S.; FORTI, V. A. M. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2004. p. 57-73.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. **As Faces da Violência**: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Editora Vetor, 2007.

RUIZ, J. M.; MATTIOLI, O. C. Violência psicológica e violência doméstica. In: ARAÚJO, M. F.; MATTIOLI, O. C. (orgs). **Gênero e Violência**. São Paulo: Arte & Ciência. p. 111-141, 2004.

RYFF, C., SINGER, B., LOVE, G., & ESSEX, M. J. **Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic processes**. New York: Plenum, 1998.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher In: Violência disseminada. **São Paulo Perspec.** v.13, n. 4. São Paulo, pág. 82-91, Oct./Dec.1999.

SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. de S. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANCHES, LEBRÃO E DUARTE, 2008 - SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Violência contra idosos: uma questão nova?** Saúde Soc. São Paulo. v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008.

SCARPARO, H. (2000). **Psicologia e Pesquisa: perspectivas metodológicas.** Porto Alegre: Sulina.

SCHIRRMACHER, Frank. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha.** Tradução: Maria do Carmo Ventura Wollny. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SHALOMI; MILLER, 1996 - SCHACHTER-SHALOMI, Zalman e MILLER, Ronald S. (1996) – **Mais velhos Mais Sábios - uma visão nova e profunda da arte de envelhecer** – Rio de Janeiro, Campus Editora, capítulos 1 e 2.

SHALOMI, Z. C. **Mais velhos mais sábios: uma visão nova e profunda da arte de envelhecer.** Rio de Janeiro: Campus, 1996.

SILVA, 2002 - SILVA, SILVA, E. C. Velhice: análise crítica da construção da “categoria” e sua re-construção em relação ao tempo produtivo . **Revista Kairos**, v. 7, n. 2, p. 95-111, dez. 2004.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 20 set. 2005.

SILVA; LIMA, 2010 - SILVA, L.W.S., *et al.* A família e o cuidado - reverses e vieses entre a aceitação e o desafio do cuidar. Rev. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n.2, p: 191-202. Nov. 2010.

SOUZA, E. R.; FORTUNA, F. F. P.; PEREIRA, M. C.; SILVA, C. M. F. P. **Extremo da vida sob a mira da violência: Mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro.** Gerontologia, v. 6, n. 2, p. 66-73, 1998.

SOUZA, J. A. V. *et al.* **Violência contra os idosos: análise documental.** Rev. bras. enferm. v.60 n.3 Brasa maio/jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10/03/11.

SOUZA. A. S. *et alli* Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência familiar. **Textos sobre envelhecimento**, v.7, n. 2, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, 2004 – SOUSA, A. M. V. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar.** Campinas: Alínea, 2004.

SOUSA, Liliana et al (2004) – **Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice** – Porto, Ambar, 1ª edição, Novembro.

SOUZA, L. In: SOUZA, L. e TRINDADE (orgs). **Violência e Exclusão: convivendo com paradoxos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, L. In: SOUZA, L. e TRINDADE (orgs). **Processos de categorização e identidade: solidariedade, exclusão e violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.p. 58.

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

STUART-HAMILTON, I. **A Psicologia do envelhecimento: uma Introdução**, Porto Alegre: Artmed, 2002.

SULLCA, T. F.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno - Peru. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 578-85, julho-agosto 2006.

TAVARES DOS SANTOS, 2009 - TAVARES DOS SANTOS, J. V. **Violências e conflitualidades**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2009.

TIMM DE SOUZA, 2001 - SOUZA, Ricardo Timm de. **Justiça, Liberdade e Alteridade Ética**. Sobre a questão da radicalidade da justiça desde o pensamento de E.Levinas. In: *Veritas*: v 46,nº2, jun/2001, Porto Alegre, 2001, p. 271.

VASCONCELOS, 2002 - VASCONCELOS, M J E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas: Papyrus, 2002.

VERARDO, 2004 - VERARDO, M.T. et al. **Estudio sobre salud de las mujeres y violencia doméstica**. 2004. Disponível em:<www.mulheres.org.br/violencia/documentos/apostila>. Acesso em: 13 nov. 2007.

VERAS, 2003 – VERAS, Renato. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: Revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v, 19, n. 3, 2003.

VERAS, Renato. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**.Rio de Janeiro, relume Dumará, UnATI, UeRj, 2002.

VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de Gerontologia: Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares**. São Paulo: Revinter, 2004.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WAGNILD, G. Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontological Nursing**. v. 29, n. 12, p. 42-49, 2003.

WAGNILD, G. **Resiliência e envelhecimento bem sucedido**. Comparação de rendimentos entre os idosos e adultos. *Revista de Enfermagem Gerontológica*. (pp. 42 -49), 2003.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: DF: Ministério da Justiça, 2011.

WALSH, F. **A família no estágio tardio da vida**. In B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar* (pp.270-287). Porto Alegre: ArtMed, 1995.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WEEKS, D.; JAMES, J. **Segredos dos Superjovens**. Objetiva, Rio de Janeiro, 1999.

WHO/INPEA **Missing Voices**: views of older persons on Elder abuse. World Health Organization. Geneva: WHO, 2002.

WIGHT et al, 2002 - WIGHT, R. G.; ANESHENSEL, C. S.; SEEMAN T. E. Educational Attainment, Continued Learning Experience, and Cognitive Function Among Older Men. **Journal Aging and Health**, Vol. 14 No. 2, 211-236, 2002.

WITTER, P. G. (org.). **Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas**. Campinas: Alínea, 2006.

WOTTRICH, 2011 – WOTTRICH, L. H. **Relações de gênero, classe social e contexto familiar na recepção da telenovela**: um estudo sobre as representações da velhice. Trabalho apresentado ao Grupo de Trabalho “Família, gênero e geração”, II Encontro Internacional de Ciências Sociais, em Pelotas RS, 2010.

WOLF, R. S. **Maltrato en ancianos**. *In*: Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa (E. Anzola-Perez, org.), pp. 35-42, Washington, DC: Pan American Health Organization, 1995.

ZALUAR, A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 3.17, set-1999.

ZALUAR, 2011 Zaluar, A. M, O Glamour do Crime. **Revista de História** (Rio de Janeiro). , v.6, p.30 - 32, 2011.

ZIMERMAN G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

ANEXOS

ANEXO A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sra. para participar do Projeto de Pesquisa “Violência contra mulheres envelhecidas: sofrimentos e resiliência” das pesquisadoras Mônica Barroso Martins e Dra. Rosimeire de Carvalho Martins, diretora e professor no referido programa. Esta pesquisa tem por finalidade compreender e identificar os tipos de violência sofrida por mulheres envelhecidas e como reagem a essa violência, investigando também quais as estratégias que as mesmas encontram para sair de tal situação, tendo como benefício proporcionar o aumento de auto estima e senso de dignidade das mulheres envelhecidas, bem como contribuir para o fortalecimento psíquico das mesmas.

Os instrumentos da pesquisa serão entrevistas semi-diretiva com questões abertas e fechadas com gravação em fita. Todas as informações serão tratadas de modo confidencial e anônimo. Os dados serão divulgados apenas para fins científicos, mantendo-se o cuidado de assegurar seu anonimato como participante. Para qualquer outra informação a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora na Faculdade de Psicologia, (UFAM) na Av. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3.000 – Coroado I – Campus Universitário – Setor Norte, Manaus/AM ou pelo telefone (92) 3305-4550.

Declaro que me foi explicado que as informações que fornecerei ajudarão no melhor conhecimento do assunto em estudo. Foi-me informado também que minha participação consiste em apenas responder algumas perguntas. Sei que posso me negar a participar deste estudo, como também me retirar do mesmo a qualquer momento que desejar. Minha participação é inteiramente voluntária e não receberei qualquer quantia em dinheiro ou em outra espécie. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

() Concordo que seja gravado

() Não concordo que seja gravado

Participante

ou



Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar

Pesquisadora

Manaus, .../.../...

ANEXO B**ENTREVISTA SEMI DIRIGIDA**

Nome: _____
Idade: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____ escolaridade: _____
Naturalidade: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA:

1. O que é a velhice?
2. O que é ser idoso para você?
3. Você se considera uma pessoa idosa?
4. O que é ser idosa na sua idade?
5. Como você se sente quando lhe chamam de idoso?
6. Os seus familiares lhe consideram uma pessoa idosa?
7. O que você entende sobre violência familiar?
8. O que você acha que acontece com a família em que ocorre a violência familiar?
9. E como você acha que isso acontece?
10. Sua família já a tratou de forma violenta?
11. Como sua família a trata?
12. Eles já deixaram a passando necessidades?
13. Que necessidades são essas?
14. Você já foi tratada com descaso ou com desrespeito?
15. Alguém na sua família já lhe fez ameaças? Já gritou ou insultou você?
16. Em algum momento ou situação, você já deixou de fazer o que gostaria por causa das críticas que iria receber de seus familiares?

17. As pessoas de sua família respeitam sua opinião?
18. Como sua família age quando você está expressando sua opinião?
19. Você sente que seus familiares querem controlar sua vida?
20. A sua família reclama de você?
21. Que tipo de reclamação?
22. O que é violência física e psicológica para você?
23. Você já passou por alguma situação de violência?
24. Como você se sentiu após essa situação?
25. Você ficou triste, se isolou, ficou sem vontade de comer e sair de casa?
26. Perdeu o interesse de fazer alguma atividade diária?
27. Você teve que ser levada ao hospital?
28. Houve algum atendimento médico? Quem lhe levou?
29. O que aconteceu para você ter que ir ao médico? Foi machucada fisicamente?
Psicologicamente?
30. Como você se sente quando alguns de seus familiares lhe tratam de forma violenta?
31. Existe alguém conhecido em que você confia? Alguém que goste de você?
32. Existe no seu convívio alguém que se preocupe com você? Alguém que lhe ajude a enfrentar os desafios e perigos da vida?
33. Existe alguma pessoa que lhe oriente a como proceder diante de algum tipo de violência?
34. Existe alguém que lhe diga como deve proceder quando está doente ou passando por alguma situação de perigo ou situações difíceis?
35. Você costuma falar sobre coisas que lhe assustam ou lhe inquietam para alguma (s) pessoa (s)? Quem é (são) essa (s) pessoa (s)?
36. Você costuma se controlar quando quer fazer algo perigoso?

37. A quem você recorre quando necessita de apoio?
38. Costuma planejar mudanças futuras?
39. O que se aprendeu e o que falta ser aprendido com as situações difíceis?
40. Como você acha que o idoso deve reagir quando o tratam com violência?
41. Como você se sente ao ter que falar comigo sobre essas formas de relacionamento familiar?