



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

RONALDO SILVA JÚNIOR

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES IDOSAS: revisão
integrativa**

São Luís

2019

RONALDO SILVA JÚNIOR

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES IDOSAS: revisão
integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Hélia de Lima Sardinha.

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Júnior, Ronaldo Silva.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES IDOSAS : revisão
integrativa / Ronaldo Silva Júnior. - 2019.
51 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Saúde do Idoso. 2. Violência contra a Mulher. 3.
Violência Doméstica. I. Sardinha, Ana Hélia de Lima. II.
Título.

RONALDO SILVA JÚNIOR

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES IDOSAS: revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Ana Hélia de Lima Sardinha
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão
(Orientadora)

Prof. Me. Rafael de Abreu Lima
Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre me educaram e incentivaram para o estudo, além de me apoiarem nas tomadas de decisões.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de força, coragem e perseverança.

Aos meus amados pais, Ronaldo Silva e Maria Elizabeth Durans Silva, que não mediram esforços para dar-me o melhor, contribuindo para que meus objetivos fossem alcançados e também a Vanessa Durans Silva, minha irmã.

À Antônio Jose Araújo Lima, pelo constante apoio. Sem sua ajuda, tudo seria mais difícil.

À minha orientadora Professora Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha pela paciência e contribuições neste estudo e à Prof.^a Dr^a Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim e Prof. Me. Rafael de Abreu Lima por compor a banca de defesa deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão, por reconhecidamente configurar-se como instituição de exímia qualidade no tripé ensino, pesquisa e extensão.

A todos os professores da graduação em Enfermagem da UFMA, em especial no interstício 2016.1 a 2019.1, que contribuíram para minha formação acadêmica e que, com humanidade e flexibilidade, possibilitaram a realização deste sonho, mesmo eu estando dividido entre a conclusão do curso de enfermagem, o início do mestrado e o exercício da minha profissão como docente no IFMA – Campus Pinheiro. Obrigado mesmo!

Aos serviços de saúde e gestão, especialmente aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e colaboradores, bem como a todas as instituições que me acolheram enquanto aluno e estagiário no percorrer do processo de formação. Obrigado pela oportunidade.

Aos meus colegas de turma com os quais convivi compartilhando conhecimentos, experiências e amizades, em especial ao grupo de estágio, composto por Yasmim Gonçalves dos Santos Silva, Vanessa Nunes Vasconcelos e Rafael Luiz da Rocha Junior, que juntos, compartilhamos momentos estressantes e felizes ao longo de um ano de estágio.

Aos meus amigos de trabalho, professores, coordenadores e Direção do IFMA – Campus Pinheiro, que me apoiaram e ajudaram nos momentos em que precisei, em especial a professora Luzimar Aroucha Ferreira, que com seu carinho e competência, organizava meus horários de trabalho, tornando possível a conclusão desse curso.

“O entusiasmo é a maior força da alma.
Conserva-o e nunca te faltará poder para
consequires o que desejas”.

(Napoleão Bonaparte)

RESUMO

O mundo vive as situações de violência que se configuram nas mais diversas situações, de modo que perpassam pelos contextos histórico, social e saúde. A velhice está sendo analisada, hoje, como a fase mais longa do desenvolvimento humano se confrontada ao tempo em que as gerações anteriores viveram. Um dos principais fatores que contribui para um envelhecimento saudável está associado diretamente ao conjunto de relações pessoais e influências ambientais em que o idoso está inserido. É importante frisar que muitos idosos envolvidos em situação de violência doméstica são frutos de uma má organização familiar, devido ao descaso no ambiente doméstico, que geralmente se origina em função da rotina dos indivíduos. Desta forma, surge como questão norteadora da pesquisa, qual o cenário da violência contra mulheres idosas sob a perspectiva da saúde do idoso. O estudo teve como objetivo analisar a produção científica publicada que discorre a violência contra mulheres idosas sob a perspectiva da saúde do idoso. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2019. A busca na literatura consistiu no levantamento bibliográfico de artigos científicos produtos de pesquisas exploratórias, nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analyses and Retrival System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), publicados no período de 2008 a 2018. Após o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, bem como a realização de análise de estudos que foram elegíveis para compor esta revisão, apresenta-se ao fim oito trabalhos selecionados. A violência contra a pessoa idosa se configura em diferentes cenários, mas o mais comum e também o mais difícil de se combater o fenômeno é o ambiente domiciliar. O predomínio de violência contra a pessoa idosa no ambiente doméstico é consensual na literatura. A mulher idosa parda ou negra, de baixa escolaridade, solteira e de baixa renda econômica, continua sendo maioria entre as vítimas. Não obstante, quando mais avançada a idade da idosa, mais difícil de esta realizar uma denúncia, em razão do seu grau dependência, uma vez que a atitude adequada diante dos atos violentos, necessita de alguém para formalizar a denúncia, assim como apresentar a idosa violentada à um serviço de saúde, nas suas diversas complexidades de atendimento a esse público. Nesse sentido, é enfática a necessidade de fortalecimento de políticas públicas, tal como melhor articulação da Rede de Defesa e Proteção aos idosos, de modo que utilizem com melhor destreza e disponibilidade de espaços estritamente destinados ao atendimento de saúde à mulher idosa violentada.

Descritores: Violência Doméstica. Violência contra a Mulher. Saúde do Idoso

ABSTRACT

The world experiences situations of violence that are configured in the most diverse situations, so that they pass through historical, social and health contexts. Old age is being analyzed today as the longest phase of human development when faced with the time when previous generations lived. One of the main factors contributing to healthy aging is directly associated with the set of personal relationships and environmental influences in which the elderly are inserted. It is important to emphasize that many elderly people involved in situations of domestic violence are the result of a poor family organization due to the neglect of the domestic environment, which usually originates with the routine of individuals. In this way, it emerges as a guiding question of the research, which is the scenario of violence against elderly women under the perspective of the health of the elderly. The objective of the study was to analyze the published scientific production that addresses violence against elderly women from the perspective of the health of the elderly. This is an integrative literature review. Data collection took place between May and June 2019. The literature search consisted of a bibliographical survey of scientific articles on national and international exploratory research products indexed in electronic databases: Medical Literature Analyzes and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Nursing Database (BDENF), published in the period from 2008 to 2018. After meeting the inclusion and exclusion criteria established, as well as the analysis of studies that were eligible to compose this review, eight selected papers are presented at the end. Violence against the elderly is set in different scenarios, but the most common and also the most difficult to combat the phenomenon is the home environment. The prevalence of violence against the elderly in the domestic environment is consensual in the literature. The elderly or black woman, of low schooling, single and of low economic income, continues being majority among the victims. Nevertheless, when the older the older the woman, the more difficult it is to make a complaint, because of her degree of dependence, since the proper attitude towards violent acts requires someone to formalize the complaint, as well as to present the elderly violated to a health service, in its various complexities of attendance to this public. In this sense, the need to strengthen public policies, such as better articulation of the Defense and Protection Network for the elderly, is emphatic, so that they use, with better dexterity and availability of spaces strictly intended for the health care of abused elderly women.

Descriptors: Domestic Violence. Violence against women. Health of the elderly

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 - Etapas de busca e seleção dos estudos selecionados.....	28
Tabela 1 - Distribuição da referência bibliográfica conforme base de dados, publicadas entre 2008 e 2018, focalizando violência contra mulher idosa, Brasil, 2019.	29
Quadro 1 - Identificação das pesquisas quanto autoria, ano, metodologia, resultado e conclusão.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPB	Código Penal Brasileiro
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MEDLINE	<i>Medical Literature Analyses and Retrival System Online</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem (BDENF)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 População idosa do Brasil.....	16
3.2 A violência contra a mulher.....	18
3.3 A violência e a mulher idosa sob o contexto desse fenômeno	19
3.4 O cenário da violência contra a mulher idosa.....	22
3.5 O setor saúde que atende a mulher idosa vítima de violência doméstica	24
4 METODOLOGIA.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Caracterização dos estudos selecionados	29
5.2 Perfil socioeconômico de idosas vítimas de violência doméstica	32
5.3 Características das ocorrências	35
5.4 Assistência de saúde à mulher idosa vítima de violência.....	37
5 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A – Quadro sinóptico para coleta de dados.....	47
ANEXO I – Normas de Publicação da Revista para pleitear publicação	48
ANEXO II – Parecer de aprovação do Colegiado do Curso de Enfermagem/UFMA	51

1 INTRODUÇÃO

A sociedade humana é histórica, sendo mutável conforme o padrão de desenvolvimento da produção, dos valores e normas sociais. Desde que o homem começou a produzir seus alimentos, nas sociedades agrícolas do período neolítico, começaram a definir os papéis sociais para homens e mulheres (DUBY; PERROT, 1990).

Consoante, o aprendizado da atividade de cuidar foi sendo desenvolvido como tarefa típica feminina, embora ela também participasse do trabalho do cultivo e da criação de animais. Ela tinha ainda função de reprodutora da espécie, o que favoreceu a sua subordinação ao homem, sendo então tipificada como frágil e incapaz para assumir a direção e chefia do grupo familiar (CONTRIM, G., 2002).

O homem, por sua força física e poder de mando, passou a assumir o poder dentro da sociedade. Com isso, a ideia de posse dos bens e a garantia da herança dela para as gerações futuras, levaram o homem a interessar-se pela paternidade e a mulher passou a ser do homem, como forma dele perpetuar-se através da descendência. A função social da mulher passou a ser restrita ao mundo doméstico, submissa ao homem (PRIORE, 1989).

O mundo vive as situações de violência que se configuram nas mais diversas situações, de modo que perpassam pelos contextos histórico, social e saúde. As raízes para esse acontecimento a nível internacional se baseiam nos mais diversos sistemas estruturais das sociedades. Essas situações acontecem de maneira paralelas, e em determinado momento se fundem, fortalecendo a violência propriamente dita. Sob o contexto de saúde esse cenário é corroborado pelos elevados números de atendimentos de saúde em decorrência de lesões, traumas, que acontecem de maneiras incalculáveis, sendo a violência a premissa para a ocorrência dos atos, o que sobrecarrega, por exemplo, os custos sociais empregados em assistência à saúde (LEITE *et al.*, 2014).

A partir dessa desigualdade histórica, tem-se a definição de violência como variação em função de um complexo processo de construção de representações e definições. “Considera-se, então, a violência como uma transgressão de valores definida num determinado momento” (PORTUGAL, 2003).

Machado e Gonçalves (2003) afirmam ser a violência doméstica um

fenômeno que tem assumido, por todo o mundo, proporções bastante elevadas e que só foi denunciado a partir dos anos 60/70 pelos movimentos feministas. Desta forma, tal violência assume múltiplos significados, sendo utilizada para nomear desde as formas mais cruéis de tortura até as formas mais sutis da violência, em especial a proferida contra a mulher, seja jovem ou idosa, onde esta torna-se mais vulnerável.

O processo de envelhecimento não é considerado um processo homogêneo, pois existem variedades nas necessidades e demandas da pessoa idosa, as quais precisam de um fortalecimento da assistência multiprofissional para contemplar a atenção às idosas saudáveis e àquelas com diferentes graus de incapacidade ou mesmo apenas uma enfermidade no intuito de garantir uma qualidade de vida melhor a essas idosas (GOMES NETO *et al.*, 2017).

Tratando-se do processo de envelhecimento, a violência contra as idosas precisa ser analisada considerando dados demográficos, sócio-antropológicos e epidemiológicos, visto que uma parcela da sociedade mantém e reproduz a ideia de que o indivíduo vale o quanto ele produz e o quanto ganha e por isso. Já as idosas, onde muitas já se encontram fora do mercado de trabalho e quase sempre, ganhando uma pequena aposentadoria, podem ser descartadas e acabam sendo taxadas como *inúteis* ou *peso morto* (MINAYO; COIMBRA, 2012).

Segundo Minayo (2014), o despertar pela temática deve acompanhar o crescimento da população de idosos, posto que esse aumento quantitativo irá repercutir nas formas de visibilidade social desses idosos, além da expressão de suas necessidades humanas básicas, visto a vulnerabilidade que a pessoa idosa, fisiologicamente, possui.

Nota-se que nos diversos contextos históricos das sociedades, há uma atribuição de poderes para cada momento da vida e em quase todos, observa-se um abandono político e social para com a pessoa idosa. Muitas vezes, a sociedade tende a separar os idosos e a segregá-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte, pode achar que não servem para o trabalho ou que se torna um obstáculo familiar em decorrência de limitações físicas ou psicológicas (PINTO *et al.*, 2013).

Neste contexto, o Brasil tem se estruturado para encarar o envelhecimento da população. Para tanto, instituiu dispositivos legais, com finalidade de tutelar os direitos à pessoa idosa, dentre os quais estão a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988. Estes direitos e garantias fundamentais, garantidos

pela Constituição Federal, acabaram constituindo diretrizes para a criação da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que trata da Política Nacional do Idoso e também cria o Conselho Nacional do Idoso, além da promulgação do Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741 de 01/10/2003 (BRASIL, 1988; FERNANDES; BRANDÃO, 2018).

Observa-se que as leis brasileiras contribuem para prevalecer a responsabilidade do núcleo familiar sobre a proteção e também o sustento de seus idosos, além de ser o principal responsável pelo bem-estar desse idoso. De acordo com o Estatuto do Idoso, prevenir a ameaça ou violação dos direitos dos idosos passa a ser um dever de toda a sociedade brasileira, bem como torna obrigatória sua denúncia aos órgãos competentes (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Todos os contextos que envolvem o idoso se tornam passíveis de um algum tipo de violência, de modo que inúmeras observações devem ser realizadas por quem convive ou cuida desta população, de modo a reconhecê-lo as suas limitações e problemas (ARAUJO; LOBO FILHO, 2009).

Tem-se que a fragilidade dos vínculos afetivos entre familiares, o isolamento social, relações agressivas anteriores entre o idoso e o agora agressor. O idoso, vítima, apresenta normalmente apatia, medo e dificuldade em ser autônomo, consequência da diminuição da sua autoestima e da sua dignidade pelo agressor, através dos maus tratos, conforme Oliveira *et al* (2018).

Assim, é notório que muitos profissionais de saúde tendem a compreender a violência doméstica contra idosos como uma problemática que não diz respeito à esfera da saúde, mas da Segurança Pública ou do Judiciário (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na maioria dos cursos da saúde, não há disciplinas que contemplam aspectos relacionados com a violência, o que contribui para que esses profissionais não estejam preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das idosas vítimas de violência doméstica. É importante que esses profissionais atuem em conjunto com outros e a própria esfera judicial, de forma a combater este tipo de situação (ARAUJO *et al.*, 2012).

Sendo assim, perguntou-se: Qual o cenário da violência contra mulheres idosas sob a perspectiva da saúde do idoso?

2 OBJETIVO

Analisar a produção científica publicada que discorre a violência contra mulheres idosas sob a perspectiva da saúde do idoso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 População idosa do Brasil

O envelhecimento populacional é um fenômeno verificado por meio do aumento na proporção de pessoas idosas (60 anos e mais) resultante do declínio da fecundidade, da queda nas taxas de mortalidade e do aumento da expectativa de vida. Os dados dos últimos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a composição etária do Brasil vem apresentando constante aumento da proporção de idosos: em 1980 existiam 7,2 milhões de pessoas com idade a partir de 60 anos, enquanto em 2010 este contingente populacional chegou a somar 20,6 milhões. Ou seja, o número de pessoas idosas aumentou 2,9 vezes em 40 anos, chegando a representar 10,8% da população brasileira em 2010 (MASCARENHAS *et al.*, 2012).

Em termos físicos e biológicos, o envelhecimento pode ser entendido pelo conjunto de alterações fisiológicas, morfológicas e emocionais, que ocorre de forma gradativa, sendo evidenciado por perdas motoras e sensoriais, que tornam os indivíduos mais vulneráveis ao surgimento de doenças que afetarão sua funcionalidade, comprometendo a capacidade do idoso de cuidar de si próprio e viver de forma independente, ou seja, manter suas capacidades físicas e mentais em atividades básicas e instrumentais. No processo de envelhecimento humano, acontecem diversas mudanças sociais, culturais, econômicas e institucionais no sistema de valores e no desenho dos arranjos familiares (MENEZES *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Mendes *et al* (2018) sobre o aumento da população idosa do Brasil, mostrou que o país ocupou a 75ª posição no ranking de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global no ano de 2015. Esse cenário é reflexo das mudanças nas últimas décadas, devido ao crescimento da população idosa, impulsionado pela redução da natalidade. Além disso, os avanços da ciência no desenvolvimento de novas tecnologias e substâncias farmacológicas que possibilitam o prolongamento da vida confrontando as patologias. Algumas projeções já indicam que em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas e, em 2030 esse número deve subir para 41,5 milhões.

A velhice está sendo analisada, hoje, como a fase mais longa do desenvolvimento humano se confrontada ao tempo em que as gerações anteriores viveram. Um dos principais fatores que contribui para um envelhecimento saudável está associado diretamente ao conjunto de relações pessoais e influências ambientais em que o idoso está inserido (MENEZES *et al.*, 2018).

Ainda sobre o aspecto do envelhecimento, Santos e Bohmer (2018), ponderam que o envelhecimento é o resultado de uma qualidade de vida, no contexto da harmonia entre sua cultura e seus valores para manutenção da sua autonomia e a independência, minimizando as perdas e através da busca por alternativas que auxiliem na manutenção da saúde física e mental. Nesse sentido, os indivíduos, que ainda permanecem ativos no mercado de trabalho, tem como principais razões, a sensação de utilidade, de capacidade produtiva, de manter-se inserido na sociedade, levando conhecimento de sua experiência de vida para o seu trabalho, ajudar a família, sobrepondo-se à necessidade financeira.

É notável a preocupação da atual legislação brasileira, através do Estatuto do Idoso, que visa propiciar ao indivíduo uma boa qualidade de vida durante a longevidade. Nele estão descritas medidas protetivas, garantia da cidadania na sociedade, trata das ações de violência física e moral contra idosos, direito ao exercício da atividade profissional, obedecendo suas capacidades, vedando qualquer tipo de preconceito (FERNANDES; BRANDÃO, 2018).

Entre os idosos que continuam no mercado de trabalho, mesmo depois da aposentadoria, a maioria, 17% são profissionais autônomos, outros 10% são trabalhadores informais, enquanto 2,1% são profissionais liberais, restando então os que são funcionários de empresas privadas que somam 1,7%. No entanto, outras pesquisas mostram que 70,7% dos aposentados que ainda trabalham têm sentimentos positivos sobre a situação. Entre esses indivíduos, 38,6% dizem que sentem satisfação pessoal por trabalhar, enquanto 18,7% dizem que sentem orgulho de exercer suas funções (SANTOS; BOHMER, 2018).

O envelhecimento para o idoso é complexo, seja pela percepção errônea de ser alguém impossibilitado de desenvolver seu potencial humano, seja pela própria incapacidade da família de não saber como o tratar. Infantilização e maus tratos são características da dificuldade e dos despreparos em redimensionar o papel do idoso, fazendo com que o sujeito seja considerado um fardo para sociedade uma vez que o

aumento da expectativa de vida eleva gastos com previdência social e saúde (FERNANDES; BRANDÃO, 2018; TEMOTEO *et al.*, 2018).

Além dos fenômenos inerentes ao processo de envelhecimento, como as modificações fisiológicas e patologias consideradas típicas da terceira idade, a pessoa idosa também está susceptível ao fenômeno da violência. Trata-se de um problema com consequências devastadoras para os idosos, pois acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade. A violência contra o idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause danos ou aflição e resulta, na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor, omissão ou perda dos direitos humanos e redução da qualidade de vida do idoso (MASCARENHAS *et al.*, 2012).

3.2 A violência contra a mulher

A violência é considerada como um fenômeno humano que se traduz em atos, realizados individual ou institucionalmente, por pessoas, grupos, classes ou nações, por exemplo, visando prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, física, psicológica, sexual e até espiritualmente. No conceito de violência, a ideia de omissão também está presente como uma forma de indicar maus-tratos ao “outro” individual ou coletivo. Também está incluída a ideia de intencionalidade (MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010).

A violência é um problema mundial, complexo, enraizado em dimensões culturais, que possibilita diferentes abordagens e definições, o que traz dificuldade para estudos comparativos e visões globais sobre sua magnitude. A multiplicidade e a falta de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registro também são desafios a serem superados visando a estimativas mais fidedignas. Apesar dessas dificuldades, estudos internacionais têm sugerido que a violência contra o idoso tenha prevalências mais altas do que muitas patologias alvos de programas de controle em todo o mundo (APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

A percepção social da violência contra a mulher é histórica e neste sentido, ao longo dos séculos, vem se transformando em função da luta política das mesmas. Essa luta desnaturalizou esse tipo de violência, tornando-a visível e, mais recentemente, qualificando-a como uma violação dos direitos humanos e como um

comportamento criminal, devendo ser encarada justamente desta maneira pelos profissionais que lidam com essas vítimas. A violência de gênero tem um forte componente cultural, que não é facilmente superado por meio de leis e normas (GARBIN *et al.*, 2006).

A violência contra as mulheres é diferente da violência interpessoal em geral. Os homens têm maior probabilidade de serem vítimas de pessoas estranhas ou pouco conhecidas, enquanto que as mulheres têm maior probabilidade de serem vítimas de membros de suas próprias famílias ou de seus parceiros íntimos (DAY *et al.*, 2003).

O maltrato físico contra a mulher, por exemplo, se expressa cotidianamente no âmbito familiar como consequência de uma luta de poderes onde, histórica e culturalmente, ela se situa em um plano inferior ao do homem, sendo que há mais de um século a mulher tem começado a questionar as práticas discriminatórias que as situam em um nível inferior (GARBIN *et al.*, 2006).

3.3 A violência e a mulher idosa sob o contexto desse fenômeno

Inicialmente, a violência contra os idosos era vista como uma questão familiar, permanecendo reservada e escondida até a metade do século XX. Representa, hoje, um grande desafio para o setor de saúde, atingindo todas as classes sociais e provocando, além de óbitos, traumas físicos e emocionais de grande magnitude que criam uma demanda por serviços e programas de saúde mais adequados. Por essa razão, é fundamental que os profissionais da área coloquem em pauta esse problema antigo, porém de baixa visibilidade, enfocando-o como prioridade na agenda de diagnóstico situacional e estabelecendo políticas para seu enfrentamento. Dentre as várias formas de violência que acometem a população idosa, destacam-se os maus-tratos e a negligência cometidos no âmbito familiar e institucional – merecendo, portanto, maior atenção de toda a sociedade civil (APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

Na violência doméstica contra a mulher, o abuso pelo parceiro íntimo é mais comumente parte de um padrão repetitivo, de controle e dominação, do que um ato único de agressão física (ARAUJO *et al.*, 2012).

O abuso pelo parceiro pode tomar várias formas (DAY *et al.*, 2003), tais como:

- Agressões físicas como golpes, tapas, chutes e surras, tentativas de estrangulamento e queimaduras, quebras de objetos favoritos, móveis, ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família;
- Abuso psicológico por menosprezo, intimidações e humilhação constantes;
- Coerção sexual;
- Comportamentos de controle tipo isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados.

“Entre as diversas formas de violência existentes, a agressão doméstica, praticada contra a mulher, configura-se como grave problema de saúde pública, tendo sido, a partir do século XX, sintetizada na categoria sociológica conhecida como gênero, entendida como um conjunto de características sociais, culturais, políticas, psicológicas, jurídicas e econômicas atribuídas às pessoas, bem como ao processo saúde/doença, de forma diferenciada, de acordo com o sexo” (LEITE *et al.*, 2014, p. 86).

Entende-se por violência doméstica:

“Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue” (DAY *et al.*, 2003, p. 10).

No país, apesar do aumento da expectativa de vida da população, elevando o número de pessoas idosas, a maturidade tem sido considerada muitas vezes como etapa de degradação do ser humano, pois o idoso passa a ser visto como improdutivo, dependente e incapaz (FERNANDES; BRANDÃO, 2018). Os estudos sobre violência e os maus tratos contra a pessoa idosa são investigados pela comunidade científica desde os anos 70, com trabalhos voltados para a violência intrafamiliar, especificamente o “espancamento de avós”. Com o passar dos anos, objetivo das pesquisas passou para o entendimento dos fatores biopsicossociais que compõem a violência e os maus tratos contra os idosos (ARAÚJO *et al.*, 2013).

É importante frisar que muitos idosos envolvidos em situação de violência doméstica são frutos de uma má organização familiar, devido ao descaso no ambiente doméstico, que geralmente se origina em função da rotina dos indivíduos (TEMOTEO *et al.*, 2018). Segundo Araújo *et al* (2012), a violência contra a pessoa idosa pode ser caracterizada pela negligência, podendo ser ativa, quando é negada ao indivíduo a possibilidade de acesso à resolução de necessidades básicas, como saúde, quando o

não provimento ocorrer de forma passiva; quando tais necessidades são negadas de forma não-intencional. Dados compilados pelos mesmos autores, em relação aos índices de violência contra o idoso mostram que 66,7% dos indivíduos estavam envolvidos em atividades familiares e 33,3% não participavam de atividades semelhantes, indicando que os maus tratos contra a pessoa idosa são um problema proeminente para a saúde pública. Complementar a essas informações, os autores apontam que 90% dos casos de violência contra idosos ocorrem na família, sendo que 2/3 dos agressores são os filhos homens. E mais grave ainda são os casos em que os idosos com dependência física ou mental são mais propensos a sofrerem maus tratos, principalmente advindo do despreparo dos cuidadores para lidar com situações diversificadas.

A realidade brasileira caracterizada pelos elevados índices de violência, ocupando a 16ª posição entre os países mais violentos do mundo. Essa violência tem origem em inúmeros problemas, sejam de ordem econômica e social, refletindo nas camadas mais vulneráveis, como a população idosa (FERNANDES; BRANDÃO, 2018). A violência contra a pessoa idosa pode ser manifestada de várias formas: a violência intrafamiliar, violência “calada” ou do silêncio, praticada na maioria das vezes por filhos, netos, cônjuges, irmãos ou parentes próximos. Caracterizada pela violência física, psicológica, negligência, financeiro e sexual. A violência institucional, advinda das organizações que prestam serviços a classe, sejam privadas e públicas, nas quais nega ou atrasa o acesso, hostiliza o idoso e não respeita sua autonomia. A violência sociopolítica, aquela que classifica os sujeitos como delinquentes, característica da estrutura econômica e da política da desigualdade nas relações de exclusão, exploração e periferização (ARAÚJO *et al.*, 2013).

No Brasil, no ano de 2008, das 626 notificações de violências contra idosos atendidos em serviços de saúde de referência, 338 foram vítimas dos próprios filhos. O dado representa 54% das notificações de agressões a pessoas com 60 anos ou mais, dentro de casa. Entre os tipos de agressões, a violência moral ou psicológica foi a mais relatada (55%), seguida da física (27%), do abandono (22%) e, por último, do dano financeiro ou patrimonial (27%) (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Diante disso, o poder público vem se posicionando de forma a garantir direitos fundamentais a essa categoria. No entanto, há dificuldades na identificação dos atos de violência contra o idoso, ou pela não denúncia devido o agressor ser membro

da família, ou por este acreditar que a violência faz parte do envelhecer (FERNANDES; BRANDÃO, 2018).

De acordo com dados levantados por Gomes Neto *et al.* (2017), no Brasil, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 28.460 idosos morreram devido a quedas, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos. Segundo os autores, esse parâmetro sofreu um acréscimo de 2,58% nos anos 2000. Algumas das causas relatadas foram traumatismos e lesões, alguns deles consequentes de imediata violência, seja em transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras e outras causadas por circunstâncias ambientais.

Diante de tais acontecimentos, a população idosa passou a fazer parte de um grupo que está em risco e vulnerabilidade social. Torna-se necessário valer os direitos sociais e políticos que são específicos a esse público (TEMOTEO *et al.*, 2018).

3.4 O cenário da violência contra a mulher idosa

Na transição demográfica brasileira o processo de feminização da velhice é nítido, indicando que, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna (DIAS *et al.*, 2018). Segundo dados do IBGE (2010), a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar de 75 anos para 81 anos, estimando-se que as mulheres continuarão vivendo cerca de 8 anos a mais do que os homens. Em 2060, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,03 dos homens. Nos anos seguintes, as mulheres já representavam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos. Esses dados evidenciam que o Brasil está entre os países que possuem as maiores taxas de envelhecimento populacional e com forte tendência de elevação, sobretudo no número de mulheres com idade avançada. (DIAS *et al.*, 2018).

Quando se trata da mulher idosa, os maus tratos podem produzir perdas irreparáveis, com prejuízos que não mais podem ser revertidos em razão da idade, das condições fisiológicas que muitas vezes não possibilitam processo rápido de recuperação. Nessas condições, a mulher idosa vitimizada acaba evitando denunciar, silenciando seu protesto e se isolando do convívio social (CALDAS *et al.*, 2008).

Em estudo realizado por Silva *et al.* (2018), a violência praticada contra pessoa idosa, verificou-se que as mulheres foram vítimas de violência com maior

frequência. A maioria dos relatos foram de violência de ordem física, psicológica, financeira, de abandono e/ou negligência, mostrando um fenômeno persistente que expressam a associação do feminino com a fragilidade e a passividade.

Frente aos inúmeros cenários e características das ocorrências de violência contra a mulher idosa em seu domicílio, é importante apresentar algumas definições no aspecto jurídico que condicionam imergir com melhor afincio sobre a temática (FERNANDES; BRANDÃO, 2018) a saber:

- Agressão: ataque à integridade física ou ato de hostilidade e provação que tem o objetivo de causar dano à pessoa a quem é dirigida.
- Ameaça: “Ameaçar alguém, por palavras, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave (art.147, CPB).
- Estupro: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (art. 213, CPB).
- Injúria: “Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade e o decoro” (art.140, CPB).
- Lesão corporal: “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” (art. 129, CPB).

De acordo com Caldas *et al* (2008), os papéis destinados à mulher foram, ao longo dos anos, naturalizando-se, apresentando as mesmas características, de tal forma que nascer, viver e morrer em situação de submissão tem se configurado modo comum na maioria das sociedades. A questão da violência contra a mulher desde a idade jovem pode ser um dos motivos pelos quais as idosas têm maiores riscos de ser agredidas. Dados revisados pelos autores apontaram que 29% de 1.172 mulheres com idade entre 15 e 49 anos, que sofreram violência física e sexual em seus lares, isto demonstra um padrão de alta violência contra a mulher, se mantendo no envelhecimento.

Com isso, a violência tem se manifestado na dimensão de desigualdade e tem se tornado ameaça permanente à vida por sua alusão à morte e ainda por se caracterizar pela passividade e silêncio da vítima. Para tanto, a população idosa, submetida a diversas formas desrespeito e violência, mesmo com os direitos garantidos na Constituição Federal, passou a receber amparo especial por meio do Estatuto do Idoso que, se for seguido de forma correta, garantirá qualidade de vida para a

população idosa, cada vez mais crescente no Brasil (FERNANDES; BRANDÃO, 2018).

3.5 O setor saúde que atende a mulher idosa vítima de violência doméstica

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera que o setor saúde deve ajudar a buscar soluções e aplicações de medidas preventivas e de controle de todas as formas de violência nesse grupo populacional. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ter um enorme potencial para construir estratégias de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência. Os profissionais que estão inseridos nas comunidades, empenhados em propostas de educação em saúde com o objetivo de contribuir para a transformação social, podem ser efetivos agentes para o conhecimento e a intervenção nessa problemática da violência praticada contra idosos (APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

Os profissionais da área da saúde tendem a subestimar a importância da violência familiar, sendo ainda muito precária a detecção de casos em serviços de atenção primária, como o Programa Médico de Família, quando se leva em conta a elevada frequência do evento e as oportunidades das equipes em suspeitar que este esteja ocorrendo. Do mesmo modo, os serviços de saúde têm o dever de constituir-se como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio contra a violência. Infelizmente, ainda são poucos os serviços preparados e organizados para atender aos casos de violência ao idoso. A complexidade que envolve a questão da violência ao idoso, no âmbito do Programa Médico de Família, exige ações capazes de dar conta das inúmeras demandas apresentadas, na perspectiva de atenção integral à saúde do idoso (APRATTO JUNIOR; MORAES, 2010).

Segundo Diretrizes do Ministério da Saúde (2011), são passíveis de notificação de violência contra a pessoa idosa casos suspeitos ou confirmados de:

a) **Violência física:** atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.

b) **Violência psicológica:** toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.

c) **Tortura:** ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa, provocar ação ou omissão de natureza criminosa, em razão de discriminação racial ou religiosa.

d) **Violência sexual:** qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro ou vingança.

e) **Violência financeira (econômica):** implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores de outrem.

f) **Negligência (abandono):** omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social de outrem.

Dentre as ocorrências mais frequentes de agressão está a lesão corporal dolosa e os maus-tratos. A lesão corporal pode se apresentar de diversas maneiras: agressões físicas (socos, chutes, tapas, violência sexual) ou agressões com qualquer tipo de objeto que possa machucar ou prejudicar a saúde da pessoa. A lesão corporal pode ser de natureza leve ou grave conforme prevê o Código Penal Brasileiro. A lesão corporal de natureza leve é aquela que não causa grande ofensa à integridade corporal, embora, deixe também um trauma psicológico muito grande. É considerada lesão corporal de natureza grave, conforme art. 129 do Código Penal Brasileiro, a agressão que resulta: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização (GARBIN *et al.*, 2006).

A violência doméstica contra a mulher, deve ser detectada pelo profissional de saúde e encarada como questão de saúde pública. As mulheres em situações de violência procuram os serviços de saúde por agravos à saúde física, mental e reprodutiva, como consequência dessa agressão, porém os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para identificar este fenômeno, e na ampla maioria dos casos em que se suspeita de violência, estes não são investigados (GARBIN *et al.*, 2006).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura.

Esse método de estudo caracteriza-se por ampla abordagem metodológica no que concerne às revisões, de modo que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para a compreensão completa de um fenômeno a ser analisado. Incorpora um vasto leque de propósitos, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, bem como análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Tem a capacidade de compilar informações do meio eletrônico, a partir da democratização do acesso, o que proporciona frequente atualização sobre determinada nuance (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Procurando disponibilizar subsídios para construção e/ou aplicação de revisões integrativas no cenário de enfermagem, Sousa, Silva e Carvalho (2010) apresentaram através de um estudo, as fases constituintes de uma revisão integrativa, bem como os aspectos relevantes a serem considerados durante a exploração desse recurso metodológico. Nesse sentido as 06 (seis) fases da revisão integrativa adotadas foram (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010):

1ª fase: consistiu na elaboração da pergunta norteadora, que determinou quais estudos seriam incluídos e as informações que seriam coletadas de cada estudo selecionado.

2ª fase: caracterizou-se pela busca ou amostragem na literatura, fase que permitiu a busca ampla e diversificada de modo que os critérios garantissem a representatividade da amostra;

3ª fase: coleta de dados, que por meio de um instrumento previamente elaborado, garantiu a totalidade dos dados relevantes, minimizando os erros na transcrição dos dados e garantindo com precisão o registro e checagem das informações;

4ª fase: análise crítica dos estudos incluídos, onde permitiu ponderar o rigor e as características de cada estudo;

5ª fase: discussão dos resultados, onde fez-se a interpretação e síntese dos resultados, além de identificar possíveis lacunas do conhecimento e;

6ª fase: apresentação da revisão integrativa.

Neste sentido, para conferir criticidade ao estudo, obedeceu-se às seguintes

etapas: identificação do problema de pesquisa, busca na literatura (utilizando critérios de inclusão e exclusão), avaliação dos dados, análise crítica e apresentação dos resultados.

A busca na literatura consistiu no levantamento bibliográfico de artigos científicos produzidos por pesquisas exploratórias, internacionais e nacionais, indexados nas bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

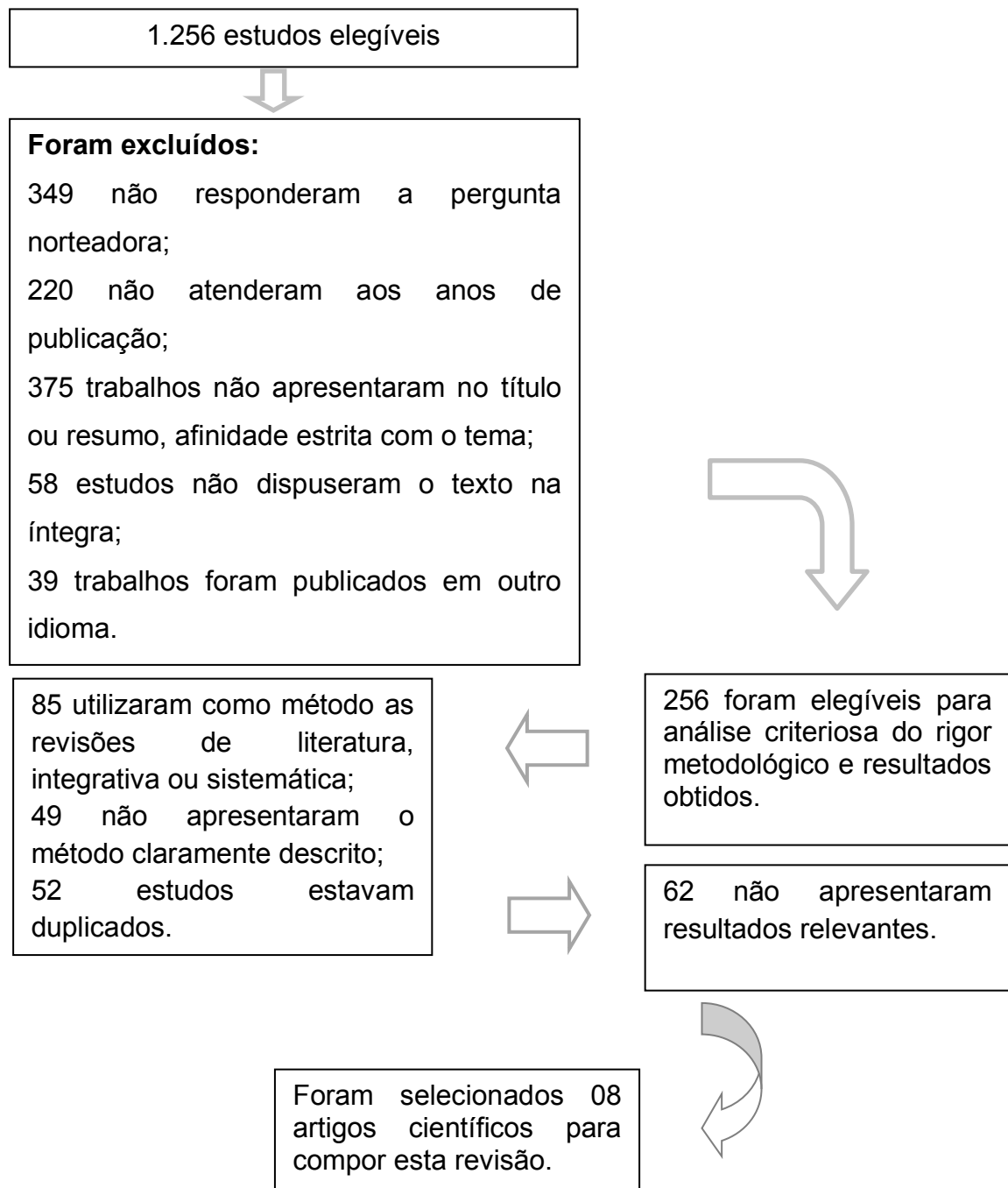
A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2019. A recuperação dos artigos obedeceu a composição de um quadro sinóptico (APÊNDICE A) composto pelos seguintes itens: procedência, título do artigo, autores, periódico, considerações da metodologia e resultados.

Como ferramenta de busca, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: “violência doméstica”, “violência contra a mulher” e “saúde do idoso”. Para tradução em língua inglesa foram utilizados: “*Domestic violence*”, “*Violence against women*” e “*Health of the Elderly*”, isolados e associados, de modo que permitiu durante a busca, verificar o título, resumo ou assunto de acordo com a base de dados. Para seleção dos estudos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos que contemplaram a pergunta norteadora, abordando no título ou resumo a violência contra a mulher idosa ou violência doméstica contra a mulher idosa, publicados no período de 2008 a 2018, nos idiomas português e inglês, disponíveis para recuperação na íntegra e gratuitamente. Foram excluídos trabalhos como teses, dissertações, estudos-piloto, cartas editoriais e publicações em que o método adotado para investigar o estudo não foi descrito com clareza.

Para maximizar a busca, elegibilidade e seleção dos estudos, utilizou-se o operador booleano *AND*, de modo que permitiu realizar a busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para tanto foram utilizados os DeCS, de modo que os relacionou em pares e trincas, o que permitiu o acesso e recuperação dos estudos.

Em suma, o presente estudo classificou os artigos selecionados de acordo com os autores/ano, metodologia, resultado e conclusão, de modo que permita de maneira didática, dispor os dados, conforme demonstra o fluxograma 1.

Fluxograma 1- Etapas de busca e seleção dos estudos selecionados



Após o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, bem como a realização de análise de estudos que foram elegíveis para compor esta revisão, apresenta-se ao fim oito (08) trabalhos selecionados, que receberam tratamento bibliográfico que se iniciou com a leitura na íntegra, avaliação do percurso metodológico adotado pelos autores, fichamento dos resultados mais importantes, assim como da conclusão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse sentido, a seguir, apresenta-se na tabela 1 a distribuição dos trabalhos recuperados selecionados, de modo a demonstrar a base de dados, número de publicações extraídas e a porcentagem.

5.1 Caracterização dos estudos selecionados

Tabela 1- Distribuição da referência bibliográfica conforme base de dados, publicadas entre 2008 e 2018, focalizando violência contra mulher idosa, Brasil, 2019.

BASE DE DADOS	Nº DE PUBLICAÇÕES	%
MEDLINE	2	25%
LILACS	2	25%
SCIELO	3	37,5%
BDENF	1	12,5%

Fonte: Autor (2019).

Como se observa, a maioria dos estudos foram publicados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), o que correspondeu à quase metade dos estudos selecionados, após a aplicabilidades de todos dos os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. A BDENF registrou o menor número de publicações (n= 1).

Os critérios como maior representatividade para eliminação de centenas de estudos quando da avaliação utilizando os critérios estabelecidos foram: não responderam a pergunta norteadora, seguido de ano de publicação, não disponibilidade de texto na íntegra e resumo fora de interesse para o objetivo deste estudo.

A seguir, apresenta-se a identificação dos estudos que foram selecionados, conforme os autores das pesquisas, ano em que foram publicadas, a metodologia que utilizaram para investigar seus objetivos e o que concluíram após as análises de seus dados.

Quadro 1 - Identificação das pesquisas quanto autoria, ano, metodologia, resultado e conclusão. Todos de publicação nacional/Brasil.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADO	CONCLUSÃO
ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012.	Descrever o perfil e os fatores - associados à violência doméstica do tipo física entre idosos submetidos a exame de corpo de delito traumatológico.	Estudo transversal.	O estudo investigou 511 casos de violência ao idoso. Em média, 10,6 casos mensais, 59,3% aconteceram em casa. 54% ocorreram no sexo feminino. Não apresentou diferencial para cor/raça. A proporção de agressores do sexo feminino foi 32% maior do que no sexo masculino.	Em síntese, mesmo quando se procurou descrever o fenômeno da violência doméstica contra os idosos da forma mais próxima possível da realidade, ainda há muitas questões a serem exploradas por outros estudos.
NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011.	Conhecer os casos de violência e maus-tratos contra idosos no município de Fortaleza – Ceará.	Estudo documental retrospectivo.	70,2% dos idosos agredidos eram do sexo feminino, sendo a maioria (38,2%) com idade compreendida entre 71-80 anos; 90,9% residiam acompanhados de outros familiares. Somente 9,1% moravam sozinhos. Em relação ao tipo de violência, 62,2% das mulheres registram violência psicológica, 55,7% negligência; 46,5% econômica e 22,2% física. A maioria das agressões foram feitas pelos filhos.	Os dados coletados referentes às denúncias que se encontram em fase de averiguação indicam que a mulher idosa, na faixa etária de 71 a 80 anos, é a mais atingida. Os agressores estão entre os familiares da vítima, sendo na sua maioria os filhos e netos. Também se observou uma incidência maior de agressores do sexo masculino.
PEREIRA <i>et al.</i> , 2013.	Evidenciar as situações de violência familiar contra os idosos.	Pesquisa qualitativa com uso de observação participante.	O município de Viçosa (MG) no ano de 2010, registrou 1044 casos de violência contra mulher. 6% dos casos referiam-se à mulheres idosas (60 anos ou mais). Em relação à cor da pele, a maioria eram brancas, com baixa escolaridade, ocupação sendo doméstica ou faxineira. 43% dos agressores eram maridos e 2% filhos.	Dialogar sobre situações de violência não beneficia apenas o idoso e o agressor, como também o profissional que sabe da existência dessas situações e se sente incapacitado de atuar, pois essa insatisfação repercute na sua saúde e bem-estar. Perceber os sinais de violência e não oferecer ajuda se configura como uma revitimização do idoso, proporcionada pelas condições de atendimento no sistema de saúde.
RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012.	Mapear, caracterizar-se qualificar o atendimento de saúde prestado pelos próprios serviços próprios e conveniados do SUS.	Pesquisa exploratória qualitativa.	No município do Rio de Janeiro não existe um serviço especializado de atendimento à mulher vítima de violência. Registrou-se um pequeno número de profissionais que atuam na rede SUS com formação em geriatria ou gerontologia.	A abordagem a questão da violência nos serviços de saúde e, principalmente, com uma pessoa idosa requer sensibilização para o tema, capacitação para a atuação e articulação intrasetorial e com a rede de proteção. Este é um desafio aos gestores do setor saúde do município do Rio de Janeiro para os três níveis de complexidade do atendimento.

RAIMONDO ; LABROCINI; LAROCCA, 2013.	Delinear o perfil da violência perpetrada contra a mulher em um município paranaense.	Pesquisa quantitativa, descritiva e retrospectiva.	2,7% das mulheres deste estudo eram idosas.	Apesar dos esforços conjuntos de setores públicos e sociais, com a implantação de Delegacias Especiais da Mulher, a promulgação da Lei 11.340/2006, a implantação de Políticas de atenção e erradicação da violência e das redes de atenção e apoio, a violência contra a mulher continua presente na realidade estudada.
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012.	Descrever o perfil dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal.	Estudo exploratório, descritivo, transversal e retrospectivo, utilizando dados secundários.	4.896 boletins de ocorrência foram registrados contra idosos (>60 anos) no domicílio. 7,72% tinham 60 anos de idade; 92,28% das idosas tinham idade acima de 60 anos.	Os resultados encontrados neste estudo evidenciam a importância da utilização dos dados estatísticos gerados pelos órgãos oficiais, tanto para conhecimento da situação quanto da comunidade, bem como para subsidiar políticas públicas. Na área da saúde pode-se ter a situação de violência contra o idoso bem evidenciada, porque os profissionais da área, ao prestarem assistência ao idoso, têm maior probabilidade de se depararem com o problema.
LEITE <i>et al.</i> , 2014.	Analisar as ocorrências e fatores associados à violência contra mulheres idosas.	Estudo transversal, exploratório.	Foram encontrados 4,6% de casos de violência contra a mulher idosa em 7.487 casos analisados na cidade de Montes Claros (MG) em 2010. Ameaça, agressão, lesão corporal, estupro e injúria. Constatou-se que os casos de violência foram cometidos por alguém muito próximo da vítima, sendo 45,1% por um companheiro e 19,9% por algum familiar.	A redução da violência contra a mulher idosa exige compromisso intersetorial por parte dos governantes e da sociedade, para que se estabeleça uma cultura de paz e atendimento humanizado em todas as faixas etárias, com destaque para crianças e idosas, que apresentam maior vulnerabilidade.
SALES <i>et al.</i> , 2014.	Identificar a percepção do agente do agente comunitário de saúde (CRAS).	Estudo exploratório.	Constatou-se que os ACS identificavam os casos de violência à mulher idosa por meio do vínculo com a comunidade, através da visita domiciliar, considerada o principal instrumento de trabalho destes. A principal dúvida dos ACS foi não saber a quem se reportar. A maioria encaminhou o caso para os enfermeiros da unidade ou mesmo para a assistente social.	Conclui-se que os ACS consideram a violência intrafamiliar predominante, sendo cometida por quem compartilha o dia a dia com o idoso e apresenta-se, principalmente, por meio da negligência. Além disso, identificou-se que as instituições de notificação e acolhimento do idoso vítima de violência são as UBS e o CRAS.

Fonte: Autor, 2019.

Após leitura minuciosa e fichamento dos resultados e conclusões dos estudos selecionados, foram construídas 03 (três) seções que demonstram de maneira

categorizada a exposição dos elementos de modo a sustentar com melhor coerência a análise dos estudos, de modo que as seções estão dispostas a seguir.

5.2 Perfil socioeconômico de idosas vítimas de violência doméstica

No período estudado por Abath, Leal e Melo Filho (2012), registraram-se 511 casos de violência física entre idosos, sendo 74,8% deste do sexo feminino, sendo 59,62% de raça branca e 59,21% de raça preta / parda. Não se verificou diferença estatisticamente significativa quando se consideraram idade e raça/cor. Em relação ao estado civil, 66,5% destas eram idosas solteiras, e 50,6% eram casadas ou viviam uma união estável. Quando analisada a ocupação destas mulheres, 67,5% das idosas eram aposentadas e 45,2% tinham outras ocupações.

Considerando a população idosa como um todo, 55% dela é formada por mulheres e o contingente feminino é mais expressivo quanto mais idoso for o segmento. Apesar de viverem mais, as mulheres idosas brasileiras não desfrutam de boa qualidade de vida: são viúvas ou solteiras, vivem mais sozinhas, têm nível mais baixo de instrução e renda e apresenta um número maior de queixas de saúde (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010).

Na avaliação de Pereira *et al* (2013), no ano de 2010, das 291 denúncias analisadas, foi constatado, no município de Viçosa (SP) um total de 1044 ocorrências policiais, feitas por mulheres que sofreram algum tipo de violência doméstica. Neste estudo em relação à faixa etária de mulheres idosas violentadas foi a menor porcentagem, representando 7% dos casos do universo analisado. No que tange à escolaridade das mulheres violentadas, a maioria delas, apesar de saber ler e escrever, possuía baixa escolaridade, considerando que cerca de 50% não possuíam o ensino fundamental completo.

Wanderbrook e Moré (2013) realizaram uma pesquisa que traçou o perfil de mulheres violentadas em uma cidade carioca, onde 2,7% das mulheres eram idosas, tendo a maioria baixa escolaridade, corroborando com os resultados do estudo de Pereira *et al* (2013). O ensino médio foi a escolaridade mais citada, seguida e ensino fundamental e superior. Já Oliveira *et al* (2012) caracterizou idosas vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. 7,7% das mulheres idosas violentadas no domicílio, tinham 60 anos completos e 92,2% tinha cima de 60 anos. A maioria eram casadas,

seguidos pelos estados civis viúva e solteira. O estado civil com mais citação de viúvas aparece neste estudo e na avaliação de Pereira *et al* (2013), quando 50% das que registraram queixa eram casadas ou possuíam união estável com o seu companheiro; 31,6% eram solteiras; 14,2% eram separadas ou divorciadas; 3,6% eram viúvas e o restante, equivalente a 0,6%, não declaram o estado civil, no momento do registro do boletim de ocorrência (BO).

Os resultados encontrados estão de acordo com a pesquisa realizada por Faleiros (2007), ao analisar inquéritos de violência contra a pessoa idosa, em 27 capitais brasileiras, na qual 12% dos idosos sofriam algum tipo de violência, com manifestações tanto de natureza psicológica quanto física, financeira, de abandono e negligência. A união estável ou casada, foram os estados civis mais mencionados pelas idosas nos estudos avaliados. Dois estudos apresentaram proporções mais similares de idosas viúvas.

Em relação à faixa etária, um estudo americano destacou que os idosos com idade mais avançada, são proporcionalmente mais violentados no ambiente doméstico, haja vista que 43,7% dos casos de violência doméstica de natureza física, o idoso geralmente tem idade entre 80 anos ou mais (OH; KIM; MARTINS, 2006). Quando avaliadas as razões para os estudos afirmarem que idosos mais velhos são mais violentados, os autores destacam que quanto menor a idade do idoso, menor a possibilidade de dependência física e mental e maior sua autonomia, o que permite ao idoso, registrar a ocorrência.

Abath, Leal e Melo Filho (2012) quando analisaram o local de ocorrência do evento, em 59,3% dos casos, a idosa sofreu violência em sua residência.

O estudo de Nogueira, Freitas e Almeida (2011) demonstrou que as mulheres são as maiores vítimas da violência intrafamiliar. Na maioria das denúncias, não houve referência ao estado de saúde dos idosos, o que não quer dizer que eles não apresentem alguma enfermidade. Em 34,4% dos casos, os idosos tiveram problemas de saúde relatados. Destes, a maioria (22,7%) não teve o problema de saúde identificado, sendo-lhes atribuído, dentre outros, a denominação “saúde frágil”, “idoso debilitado fisicamente” e “doente”. Das enfermidades especificadas, a maioria (18,7%) estava relacionada a algum déficit cognitivo. No que diz respeito à moradia, 90,1% residem com alguém e, destes, menos de 2% residem com outra pessoa que não seja o familiar (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

A baixa incidência de mulheres idosas, que decidem denunciar o seu agressor, se deve à insegurança e o medo de represálias; oriundos do conflito da consanguinidade, da proximidade, do afeto, do amor, do instinto de proteção em defesa do agressor, que refletem na omissão das idosas, quando violentadas por seus familiares (SANTOS, *et. al.* 2018).

De acordo com Dumara e Pomilio (2007), o medo do idoso em denunciar a violência doméstica está relacionado ao fator “perda dos laços afetivos com a família”. Ainda de acordo com a pesquisa realizada por Pereira *et al* (2013), a resistência à violência doméstica de 91,8% dos entrevistados ultrapassa os limites do suportável, de acordo com seus relatos. Eles são capazes de contar suas histórias de angústia, com riqueza de detalhes, porém, o fato de dirigirem-se a uma Unidade Policial, para registrarem a denúncia de um fato delituoso contra sua própria prole, é algo que lhes causa mais dor que as agressões físicas, psicológicas, econômicas e negligenciais sofridas no dia-a-dia.

Por causa desses vínculos, a maior parte das denúncias é realizada por terceiros, já que os idosos, em geral, não têm coragem de denunciar, por motivos de afetividade e parentesco com os agressores e, além disso, essas vítimas têm sentimentos de inutilidade e dependência, assim, acreditam que necessitam submeter-se a situações desse tipo até o momento da morte (SALES *et al.*, 2014).

A violência contra a pessoa idosa se configura em diferentes cenários, mas o mais comum e também o mais difícil de se combater o fenômeno é o ambiente domiciliar. O predomínio de violência contra a pessoa idosa no ambiente doméstico é consensual na literatura (ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012).

Estudos mostram que no final de semana, em geral, ocorre elevação do consumo abusivo de álcool pelos potenciais agressores e essa situação é apontada como fator de risco para a violência, especialmente a doméstica. Além disso, é nesses dias que a convivência com pessoas idosas costuma ser maior (ABATH; LEAL; MELO FILHO, 2012).

As relações tensas desenvolvidas no espaço familiar, somadas ao imaginário social de que a velhice chega acompanhada de desprezo ou decadência, geram o ambiente propício para que se estabeleçam interações conflituosas e violentas, seja entre os casais idosos, entre os filhos e idosos ou mesmo entre cuidadores e idosos (BRASÍLIA, 2013).

5.3 Características das ocorrências

Abath, Leal e Melo Filho (2012) concluíram que em relação às características da ocorrência, a violência doméstica só se mostrou associada à parte do corpo acometida (23% maior no tronco e membros em relação ao restante do corpo).

Na pesquisa de Nogueira, Freitas e Almeida (2011) observou-se que o tipo de violência mais frequentemente relatado foi a psicológica, seguido de negligência, violência econômica e física. A categoria “outros” refere-se aos casos de abandono, cárcere privado e autonegligência. Nas denúncias, observou-se que 66,5% dos idosos são vítimas de mais de um tipo de violência. As associações mais frequentes foram entre negligência e violência econômica (12,8%), violências física e psicológica (12,4%), violência psicológica e negligência (10,1%) e violências psicológica e econômica (6,7%).

A negligência ou abandono continuam se configurando como maioria entre os casos que entram para as estatísticas de estudos que dimensionam a violência contra o idoso no ambiente doméstico, conforme uma pesquisa realizada por Pinto *et al* (2013) que analisou dados do Disque Denúncia em uma cidade no interior de São Paulo.

Embora as pesquisas mais recentes já demonstrem levantamento de violência contra a mulher idosa de modo mais vasto, este fenômeno ainda considerado muito recente a nível mundial. Isso porque as notificações dos casos de violência contra a pessoa idosa só vieram à tona em 1975 com os primeiros trabalhos que descrevem o “espancamento de avós”, mais precisamente na Inglaterra. Já no Brasil esse fenômeno da notificação e que tem culminado em crescentes e observáveis aumento que dispõem de dados como os tipos de violência sofrido por esta população e as características dessas denúncias, de modo a detalha-las se têm natureza física, psicológica ou econômica, passaram a ter maior notoriedade a partir de 1990, ou seja, bem seguinte ao advento da qualidade de vida dos idosos na agenda de saúde pública (SILVA; DIAS, 2016).

Em relação aos agressores, Nogueira, Freitas e Almeida (2011) destacaram 54,7% dos agressores às mulheres idosas no ambiente intrafamiliar, eram do sexo masculino. 70,4% destes agressores moravam com a vítima. 88,3% pertenciam a mesma família, sendo, neste estudo, 57,7% filhos, 30,6% outros parentes, dos quais

11,9% eram netos.

Abath, Leal e Melo Filho (2012) verificaram associação estatisticamente significativa entre violência doméstica e o sexo do agressor, sua relação com a vítima e a quantidade dos que praticaram o ato violento. A proporção de agressores do sexo feminino foi 32% maior do que do sexo masculino, diferindo-se dos resultados apresentados por Nogueira, Freitas e Almeida (2011) e os que mantinham vínculo familiar com a vítima foi 14,5% maior do que os que não tinham essa relação. A proporção de casos em que somente um agressor agiu foi 63% maior do que nas situações na qual havia mais de um agressor.

A violência na maioria dos casos tem como principal agressor o filho (28,3%), segundo dados preliminares de 2015 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Das mulheres idosas vítimas de violência, 45% são de casos reincidentes. Os laços familiares e o medo são os principais fatores para o silêncio das vítimas. As principais violências contra a pessoa idosa são: física, psicológica/moral e negligência/abandono. A violência financeira representa 7% dos casos de violência contra idosos (BRASIL, 2006).

A violência contra a mulher ainda em sua idade jovem se configura como uma das razões que explicam o porquê das idosas serem as maiores vítimas de violência dentro do ambiente familiar. Embora as mulheres tenham uma expectativa de vida maior que os homens, é de extrema reflexão o fato da idosa já ter sido agredida quando jovem e essa estatística se repetir no envelhecimento (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

O aumento da densidade populacional idosa tem sido acompanhado também de uma importante demanda social, que tem suscitado o adoecimento destes, especialmente as mulheres idosas, principais vítimas no cenário de violência intrafamiliar, isso em virtude do suscito de ser mulher, em razão do cenário já conhecido de violência, somatizado à fragilidade de tratar-se de uma idosa (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; SILVA; DIAS, 2016).

As patologias que têm acometido estas idosas se configuram em problemas que a fragilizam fisicamente, psicologicamente, assim como o advento de inúmeros problemas, como a perda da identidade, tentativas de suicídio, fadiga, e até a morte repentina (BARCELOS; MADUREIRA, 2013; SILVA; DIAS, 2016).

5.4 Assistência de saúde à mulher idosa vítima de violência

A primeira categoria de investigação de violência ao idoso no estudo de Wanderbrook e Moré (2013) analisou o “manejo profissional de situações de violência familiar contra o idoso”, abordando a forma de conduzir as situações que envolvem indícios ou a confirmação de violência familiar contra o idoso. Na subcategoria “condutas que facilitam a identificação e a abordagem” apontou-se o que é feito ou considerado adequado para prevenir ou administrar casos suspeitos de violência familiar contra o idoso.

Ainda com relação ao estudo de Wanderbrook e Moré (2013), os participantes consideraram a avaliação global e sequencial como essencial para rastrear e lidar com casos de violência, o que implica abordar aspectos de diferentes áreas, como a avaliação da saúde física, psicológica e social durante o contato com o usuário e acompanhar os casos atendidos. Complementando esse aspecto da conduta, o oferecimento de escuta ao idoso e a disponibilidade ao idoso e aos familiares, para tirar dúvidas sobre o tratamento ou outras questões, mesmo em horário não agendado, também foi mencionado.

As condutas citadas pelos profissionais constituem as peculiaridades fundamentais da atenção primária em saúde, conforme a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) de assistência longitudinal e continuada e oferecimento de ações de saúde que contemplem uma visão integral às pessoas atendidas (BRASIL, 2006).

Desde 2006, a partir da Portaria MS/GM n. 1.356, instituído pelo governo brasileiro, bem como também com o advento do Dia Mundial de Conscientização de Violência contra a Pessoa Idosa, através de instituições como a ONU e a Rede Internacional de Prevenção à Violência à Pessoa Idosa, proporcionou a criação da notificação em saúde dos casos de violência, através da implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, sendo à partir de 2011 sendo considerada notificação compulsória. Isso permitiu que em 2015 já fosse registrado um aumento de 261% de ocorrências de violência contra a pessoa idosa (BRASIL, 2016).

A notificação de violência surgiu com o objetivo de dar visibilidade a esse fenômeno, que se constitui enquanto problema social, de saúde e de segurança públicas. A vigilância de violências instrumentalizada por meio da ficha de notificação

é parte da estratégia do SUS frente à violência, assim como os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2011).

O Estatuto do Idoso destaca em seu Art. 19, que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos (BRASIL, 2017):

- I – Autoridade policial;
- II – Ministério Público;
- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso.

A notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos (às) gestores(as) e/ou profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Cabe à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Ribeiro, Souza e Valadares (2012) realizaram um estudo com objetivo de mapear, caracterizar e qualificar o atendimento de saúde prestado pelos serviços próprios e conveniados do SUS a idosos em situação de violência no município do Rio de Janeiro. O treinamento para abordagem do idoso e, principalmente, aquele vítima de violência, neste estudo com enfoque à mulher idosa, ainda é um desafio para os gestores cariocas. Alguns anos antes, Minayo (2014) ao analisar um diagnóstico de situação de saúde, identificaram essa dificuldade no mesmo município analisado por Ribeiro, Souza e Valadares (2012), de modo que entre 22 serviços de saúde pesquisados, apenas em 22,7% deles a última capacitação oferecida aos profissionais ocorreu há mais de um ano e em 18% deles a busca por essa formação foi individual.

Pensando no atendimento aos idosos, os gestores citaram os locais que realizam atendimento a estes, considerando as unidades da atenção pré-hospitalar, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que realizam trabalhos com estes, mas sem abordar a questão da violência, haja vista que as respostas foram sustentadas pela afirmação de que esses espaços promovem grupos para tratamento da hipertensão, diabetes e oficinas terapêuticas com realização de exercícios físicos.

Também indicaram ambulatorios especializados na atenção ao idoso, vinculados à Universidade Estadual da localidade.

No que se refere às atividades desenvolvidas na atenção ao idoso vítima de violência, 58,3% dos serviços pré-hospitalares oferecem atendimento clínico, orientação à família e informações sobre direitos; em 50% das unidades pesquisadas nesse nível acontecem atendimento individual, visitas domiciliares, ações de promoção do autocuidado, estímulo à participação em grupos e identificação da rede de suporte social do idoso. Essas ações estão em conformidade com as políticas públicas consideradas no presente trabalho (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Entre os hospitais analisados pelos autores, 40% possui equipe para a internação e assistência domiciliar de idosos e apenas 33,3% deles conta com uma equipe constituída por médico e enfermeiro, em 26,7%, essa equipe tem: técnico ou auxiliar de enfermagem e geriatra. Em 20%, existem profissionais com formação em gerontologia para o atendimento domiciliar. Apenas um dos serviços de reabilitação realiza a visita domiciliar, mas em nenhum deles existe uma equipe multidisciplinar para esse tipo de reabilitação de idosos vítimas de violência (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Para tanto, torna-se fundamental que os profissionais que atuam nos serviços de enfrentamento da violência estejam capacitados para atender a mulher vítima de violência, com intervenções integralizadas, interdisciplinares e de abordagem mais ampla, por meio de uma práxis emancipadora, possibilitando com que essas mulheres enfrentem e superem tal realidade. Além disso, é imprescindível que esses profissionais contribuam no desvelar desse problema, por meio da notificação dos casos e de outras formas de registro e acompanhamento, para diminuir a invisibilidade da violência como problema de saúde e romper com o estigma ao qual está associada (SOARES, 2011).

Enfatiza-se o papel do profissional de saúde nesse contexto, já que a violência contra a pessoa idosa, muitas vezes, passa despercebida por esses profissionais. Para a detecção da violência é indispensável a prontidão e a atenção para identificar os sinais de alerta. A questão da violência envolve não só o idoso vitimado, mas sua família, os profissionais que cuidam dele e, em uma perspectiva um pouco mais distante, o sistema de saúde, que tratará desse idoso e das consequências dessa situação (SALES, 2014).

Leite *et al* (2014) concluíram que os resultados de sua investigação reafirmam a necessidade de que programas de prevenção de violência contra a mulher sejam estruturados nas universidades, escolas, instituições de Atenção Primária à Saúde, unidades de saúde e pelos movimentos sociais para que ocorram mudanças no quadro descrito. Também, deve-se preconizar o desenvolvimento de práticas educativas focadas na redefinição dos papéis da mulher na família e na sociedade.

A Lei n. 12.461/2011 (BRASIL, 2011) estabeleceu que os casos de suspeita ou confirmação de violência cometida contra idosos são de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária e, também, comunicados aos seguintes serviços: Autoridade policial; Ministério Público; Rede de Proteção ao Idoso, Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

Assim, é importante contar com uma equipe multiprofissional para contribuir na identificação e confirmação da violência, pois se analisa a situação no aspecto social, médico e psicológico e podem-se traçar intervenções legais e adequadas ao caso (SALES *et al.*, 2014).

5 CONCLUSÃO

O estudo permitiu afirmar que embora a violência contra a mulher ainda apresente estatísticas com elevados índices, quando analisado o cenário da mulher idosa na perspectiva da violência, os casos ainda continuam velados, reduzindo-se aos casos que chegam às autoridades competentes e aos serviços de saúde, de modo que possibilita trazê-los à tona para que estes componham os dados com maior persuasão.

Com isso, podemos dizer que este fato está associado ao vínculo sentimental que a mulher idosa tem com quem a agride, haja vista que a maioria dos agressores são pessoas próximas, como filhos, netos ou companheiro.

A mulher idosa parda ou negra, de baixa escolaridade, solteira e de baixa renda econômica, continua sendo maioria entre as vítimas. Não obstante, quando mais avançada a idade da idosa, mais difícil de esta realizar uma denúncia, em razão do seu grau dependência, uma vez que a atitude adequada diante dos atos violentos, necessita de alguém para formalizar a denúncia, assim como apresentar a idosa violentada à um serviço de saúde, nas suas diversas complexidades de atendimento a esse público.

Nesse sentido, é enfática a necessidade de fortalecimento de políticas públicas, tal como melhor articulação da Rede de Defesa e Proteção aos idosos, de modo que utilizem com melhor destreza e disponibilidade de espaços estritamente destinados ao atendimento de saúde do idoso, em especial a mulher idosa violentada, assim como do olhar da sociedade civil para reconhecer a violência também como um problema seu, ao mesmo passo que é conveniente dizer que os profissionais de saúde que atuam no ambiente do SUS, precisam dispor de capacidade técnica e resolutiva para conduzir os casos de mulheres idosas violentadas.

REFERÊNCIAS

ABATH, Marcella de Brito; LEAL, Márcia Carréra Campos; MELO FILHO, Djalma Agripino de. Fatores associados a violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 305-314, 2012.

APRATTO JÚNIOR, Paulo Cavalcante; MORAES, Cláudia Leite de. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

ARAÚJO, L. F.; LOBO FILHO, J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 153-160, 2009.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; AMARAL, Edna de Brito; SÁ, Elba Celestina do Nascimento; AZEVEDO, Regina Ligia W; LOBO FILHO, Jorgeano Gregório. Violência contra pessoa idosa: representações sociais entre adolescentes do arquipélago de Fernando de Noronha-PE. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.1, p.104-111, 2012.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; CRUZ, Edilene Alves; ROCHA, Romulo Araujo. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.1, p.203-212, 2013.

BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. **Violência contra o idoso**. In F. Chaimowicz (Ed.), *Saúde do idoso* (p.132-141). Belo Horizonte: UFMG, 2013.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei n. 2.848 de 7 de dezembro de 1940.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: MS, 2011.

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas. **Estatuto do Idoso**. Brasília – DF. 40 p. 2017.

BRASÍLIA. Distrito Federal. **Mapa da Violência contra a pessoa no idosa no Distrito Federal**. Central Judicial do Idoso, 2013.

CALDAS, Leidyane Silva *et al.* Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas, **Geriatrics & Gerontology**, v.2, n.4, p.67-175, 2008.

CONTRIM, Gilberto. **História para ensino médio – Brasil e geral – volume único**. 1. ed. – São Paulo: Saraiva, 2002.

DAY, Vivian Perez et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**. R. Psiquiatr. RS, v. 25, n. 1, p. 9-21, 2003.

DIAS, Marly de Jesus Sá; AZEVEDO, Leila Moraes Nogueira; SILVA, Leida Cabral Nascimento; SOUSA, Francisca Thamires Lima. Violência simbólica contra mulher idosa nas relações de gênero. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, v.4, n.Esp, p.481-491, 2018.

DUBY, G; PERROT, M (dir). **História das mulheres: a Idade Média**. Porto; Afrontamento, 1990.

DUMARA, Nádia; POMILIO, Robinson. **A violência contra o idoso**. Políticas de Gestão em Segurança Pública. Pontifica Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

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

FERNANDES; David Augusto; BRANDÃO, Bruna de Azevedo. Estatuto do idoso. a dignidade da pessoa humana e sua proteção social no município de Macaé. **Direitos Humanos e Democracia**, v.6, n.2, p.161-174, 2018.

GAIOI, C.C.L.; RODRIGUES, R.A.P. Occurrence of domestic elder abuse. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 465-470, 2008.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006.

GOMES NETO, José; BENTO, Luiz Antonio; OLIVEIR, Maicon Elias Silvestre; DUTRA, Fernando de Oliveira; SANCHES, João Márcio; PLOCHARSKI, Mayara. Idoso x morte violenta: avaliação epidemiológica das mortes decorrentes de agentes externos e uma proposta de predição de risco. **Revista Uningá**, v.51, n.3, p.12-14, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 01/06/2019.

LEITE, Maisa Tavares de Souza et al. Ocorrências de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2014.

MACHADO, Carla; GONÇALVES, Rui Abrunhosa. **Violência e Vítimas de Crimes**. Coimbra: Quarteto, 2003.

MASCARENHAS, Márcio Denis Menezes et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p.2331-2341, 2012.

MENDES, Juliana Lindonor Vieira; SILVA, Sara Cardoso; SILVA, Gabriel Rumão; SANTOS, Naira Agostini Rodrigues. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. **Revista Educação, Meio ambiente e Saúde**, v.8, n.1, p.13-26, 2018.

MENEZES, José Nilson Rodrigues et al. A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**, v.18, n.35, p.8-12, 2018.

Minayo MCS, Souza ER. **Violência contra idosos: é possível prevenir**. In: Brasil. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2005.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos: Brasília, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; PAULA, Danúzia da Rocha de. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2719-2728, 2010.

NOGUEIRA, Caroline Furtado; FREITAS, Maria Célia de; almeida, Paulo Cesar de. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011.

OH, J Kim H. S; MARTINS, D.; KIM, A study of Elder abuse in Korea. **Int J Nurs Stud**, Faleiros (2007)v 43, N. 2. 2003-214, 2006.

OLIVEIRA, K. S. M. et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Rev. Gaúcha Enferm**,v. 39, n. e., p. 1-9, 2018.

OLIVEIRA, M.T, et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 166-178, 2012.

PEREIRA, Rita de Cássia Bhering Ramos. O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 24, n.1, p.207-236, 2013.

PINTO, F. N. F. R. et al. Idosos vítimas de violência: fatores sócio demográficos e subsídios para futuras intervenções. **Revista Estudos de Psicologia**, v.13, n.3, p. 1159-1181, 2013.

PORTUGAL, Sílvia. **De que falamos quando falamos de violência doméstica?** Coimbra: Quarteto editora, 2003.

PRIORE, Mary. **A mulher na história do Brasil. Coleção Repensando a História.** 2ª ed. SP: contexto, 1989.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos; LEMOS, Naira de Fátima Dutra.; RAMOS, Luís Roberto. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

RAIMONDO, Maria Lúcia; LABROCINI, Liliana Maria; LAROCCA, Liliana Muller. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher um registradas em uma delegacia especial. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 1, p. 43-49, 2013.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; VALADARES, Fabiana Castelo. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência de Saúde Coletiva**, v. 17, n.5, p. 167-177, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de de ações em saúde. **Enfrentamento da violência contra a pessoa idosa na saúde:** orientações para gestores e profissionais de saúde. Porto Alegre, 2016.

SALES, Diane Sousa et al. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014.

SANTOS, Keila Oliveira; BÖHMER, Tatiane Heinemann. A recolocação do idoso no mercado de trabalho: percepção dos graduandos em administração da Faculdade Maurício de Nassau. **Entrepreneurship**, v.2, n.1, p.1-9, 2018.

SILVA, Cirlene Francisca Sales; DIAS, Cristina Maria de Sousa Brito. **Violência contra idosos na família:** motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36 n. 3, p. 637-652, 2016.

SILVA, Gabriela Cruz Noronha; ALMEIDA, Vanessa Lourenço; BRITO, Tábatta Renata Pereira; GODINHO, Mônica La-Salette da Costa; NOGUEIRA, Denismar Alves; CHINI, Lucélia Terra. Violência contra idosos: uma análise documental. **Aquichan**, v.18, n.4, p.449-460, 2018.

SOARES, G. M. T, et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Rev Bras Cardiol.** N. 24, v. 3, p. 139-146, 2011.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEMOTEO, Paulo Sergio; SOUZA, Maria Neurismar Araújo; RORIZ, Raquel Nascimento da Silva. **O idoso e a violência doméstica: repercussões na dinâmica familiar contemporânea.** *Regit*, v.10, n.2, p.58-68, 2018.

WANDERBROOK, Ana Cláudia Nunes de Souza; MORÉ, Carmén Leontina Ojeda Ocampo. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, 2013.

APÊNDICE A – Quadro sinóptico para coleta de dados

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico	Considerações da metodologia e resultados

ANEXO I – Normas de Publicação da Revista para pleitear publicação

REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

Organize o manuscrito em Word.doc, fonte Arial 12, espaço entre linhas de 1,5 e margens Sup. e Inf. 3 cm, Esq. e Dir. 2,0 cm; máximo de 3.000 palavras.

Composição do manuscrito: página de título, agradecimentos, texto, resumo, referências, tabelas, legendas de figuras e figuras. Geralmente, adendos ou apêndices não são utilizados.

Página de Título deve conter:

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português e inglês. Não usar caixa alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, cinco autores, numerados em algarismos arábicos e as Instituições às quais pertencem;
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo;
- Indicação do nome do Autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail; Evite o uso de endereço residencial, pois o mesmo ficará disponível na Internet;
- É obrigatório informar a instituição onde o estudo foi realizado e as instituições dos autores.

Resumo em português e inglês com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

- Objetivo (estabelecendo a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas);
- Métodos (descrevendo o desenho do estudo, população e medidas que foram realizadas);
- Resultados: descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- Conclusão: baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.

- Cinco descritores em Ciências da Saúde que representem o trabalho sendo três deles selecionados na listagem de descritores da Acta Paulista de Enfermagem e dois escolhidos pelo autor conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH key words <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Documento principal (Main document)

Deve conter o título, o resumo e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores). O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com Introdução, Métodos, Resultados, Conclusão e Referências.

- A introdução deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizados para apoiar uma única ideia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se para cada objetivo deverá haver uma conclusão.
- Métodos - descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estructure o capítulo de Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população, cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos termine métodos com a seguinte frase: O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (não há necessidade de detalhes sobre aprovação em CEP porque este documento será anexado na plataforma de submissão).
- Resultados – descrição do foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

As Tabelas, Gráficos e Figuras, no máximo de três, obrigatoriamente, devem estar inseridos no corpo do texto do artigo, sempre em formato original; as imagens (Figuras) devem estar com resolução de 600dpi. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço.

- Discussão – apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado.
- Conclusão – escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído.
- Referências: No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;

As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês, devem ser citadas na versão em inglês. Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas (livros, teses, anais) nem materiais de suporte (dicionários, estatística e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

ANEXO II – Parecer de aprovação do Colegiado do Curso de Enfermagem/UFMA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** Violência doméstica contra idosas: revisão integrativa.
2. **ALUNO(A):** Ronaldo Silva Júnior
3. **ORIENTADOR(A):** Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha
4. **INTRODUÇÃO:** Adequada e contextualizada, abordando a temática em questão com referências atuais.
5. **JUSTIFICATIVA:** Fundamentada e enfatizando a relevância do estudo.
6. **OBJETIVOS:** Todos eles são passíveis de serem alcançados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Está devidamente descrito.
8. **CRONOGRAMA:** Encontra-se devidamente detalhado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Por se tratar de uma revisão integrativa, torna-se dispensável o TCLE.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Atende ao que é preconizado.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Somos de parecer favorável à execução do projeto.

São Luís, 16 de maio de 2019.

Professor (a) Relator (a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 23/05/19.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 23/05/19.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Prof.^a Dr.^a Andréa Cristina Oliveira Silva
Coordenadora do Curso de Enfermagem