

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

RAQUEL PANIAGO DE ANDRADE

**VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIAS ENTRE IDOSOS QUE FREQUENTAM UM CENTRO
DE CONVIVÊNCIA NO VARJÃO, ÁREA METROPOLITANA DE BRASÍLIA**

BRASÍLIA, DF
2015

RAQUEL PANIAGO DE ANDRADE

**VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIAS ENTRE IDOSOS QUE FREQUENTAM UM CENTRO
DE CONVIVÊNCIA NO VARJÃO, ÁREA METROPOLITANA DE BRASÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Universidade de Brasília–
UnB, como exigência para a obtenção do
título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Leides Barroso
Azevedo Moura

Coorientadora: Prof. Dra. Andrea Mathes
Faustino

BRASÍLIA, DF

2015

RAQUEL PANIAGO DE ANDRADE

**VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIAS ENTRE IDOSOS QUE FREQUENTAM UM CENTRO
DE CONVIVÊNCIA NO VARJÃO, ÁREA METROPOLITANA DE BRASÍLIA**

Relatório Final apresentado a
Universidade de Brasília como parte das
exigências para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem

Brasília, 02 de dezembro de 2015

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Leides Barroso Azevedo Moura
(Presidente da Banca)

Prof. Dra. Rejane Antonello Griboski
(Membro Titular)

Prof. M.^a Carla Targino Bruno dos Santos
(Membro titular)

Prof. Dra. Keila C. Trindade Cruz
(Membro suplente)

INTRODUÇÃO

Diante da crescente transição da estrutura etária da população, não só no Brasil, mas em muitos países ao redor do mundo, faz-se necessária pautar na agenda política e acadêmica as discussões acerca do processo do envelhecimento populacional e as demandas e necessidades dessa população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), em 2025 o Brasil ocupará a sexta posição no ranking mundial de países com maior população de pessoas idosas.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾ (2013), o grupo de pessoas idosas corresponde a 13,2% da população brasileira. A velocidade do envelhecimento populacional brasileiro gera demandas por políticas sociais e desafios para as famílias, para as comunidades e para o Estado. Para se ter uma noção da grandeza desses novos paradigmas, no início do século XX, a esperança de vida do brasileiro não passava dos 33.5 anos. Em 2013, a esperança de vida ao nascer, passou para 74,9 anos e projeta-se para 2050 que a esperança de vida ao nascer será de 82,6 para homens e 86,1 para mulheres ^(4,5,10).

No Brasil, as representações sociais a respeito das pessoas idosas descrevem preconceitos que podem ser considerados violação do direito à dignidade humana e expressões de violência social e estrutural. A desvalorização social, política, econômica e da história de vida e de contribuição para o crescimento e desenvolvimento de uma sociedade pode desencadear sentimentos de inutilidade, isolamento e baixa autoestima no idoso^(8,19). Em outro estudo, destacou-se o sentimento de fossilização, a exclusão da participação social, a infantilização pelos familiares e sentimento de inutilidade produtiva produzida pela aposentadoria, bem como a diminuição do padrão de vida devido à redução de renda ⁽²¹⁾. Além disso, os idosos vivenciam diversas expressões de violências, que representam um fenômeno complexo e multicausal que atinge, não somente idosos, mas afeta as múltiplas dimensões da condição humana no curso da vida ^(5,16).

A violência contra a pessoa idosa é um problema do mundo social, não apenas um problema de saúde pública. Nas últimas décadas, tanto por conta dos tratados internacionais e legislações nacionais direcionadas aos idosos quanto pelas próprias reivindicações desse grupo populacional em prol da ampliação das discussões e garantia de direitos, observou-se avanços na defesa da dignidade do idoso a partir da elaboração da Política Nacional do Idoso (1994) e do Estatuto do Idoso (2003). Sendo que ambos declaram que violências e maus tratos são violações dos direitos humanos e passíveis de punições ^(4,8).

A presente pesquisa teve como objetivo identificar as vivências de violências sofridas por pessoas do sexo masculino e feminino após os 60 anos e que frequentam um Centro de Convivência numa região da Área Metropolitana de Brasília.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo quantitativo, desenvolvido numa região administrativa do Distrito Federal na Área Metropolitana de Brasília, no período de julho a outubro de 2015. Realizou-se um censo dos membros de uma Associação Comunitária de Convivência para pessoas idosas e todos os seus membros foram convidados a participar do estudo. Um total de 71 participantes foram entrevistados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais com utilização de um instrumento composto por questões semiestruturadas envolvendo questões: socioeconômicas, aos hábitos de vida, às redes de apoio da pessoa idosa. O instrumento de coleta de dado utilizado foi descrito em estudo anterior⁽⁶⁾.

No que se refere às violências praticadas contra pessoas idosas, a pesquisa procurou identificar a ocorrência de violência psicológica, violência física, violência sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e econômico, bem como a ocorrência de autonegligência. Realizou-se uma análise das violências por intermédio de estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (Protocolo **CAAE**: 41273915.9.0000.0030).

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos entrevistados. Houve predominância de participantes do sexo feminino (n = 44; 62,2%) e suas idades variaram entre 60 a 94 anos, sendo que a faixa etária de maior frequência foi a de 60 a 69 anos (n = 37; 52,1%). A maioria dos idosos têm baixa renda, ou seja, recebem até 01 salário mínimo (n= 37; 52,1%). Em relação à escolaridade, dividiram-se igualmente entre analfabetos (n=31; 43,7%) e entre aqueles que tiveram o ensino fundamental (n = 31; 43,7%). A cor autodeclarada mais frequente foi a parda/preta (n = 51; 71,8%).

Tabela 1 – Perfil dos participantes do Centro de Convivência de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2015

Variável	Categoria	n = 71	%
Sexo	Feminino	44	62,2
	Masculino	27	38,0
Faixa etária	60 – 69 anos	37	52,1
	70 – 79 anos	23	32,4
	80 anos ou mais	11	15,5
Renda	Até 01 salário mínimo	37	52,1
	De 01 a 03 salários mínimos	28	39,9
	De 04 a 10 salários mínimos	04	5,6
	Recusa Responder	02	2,8
Escolaridade	Analfabeto	31	43,7
	Ensino Fundamental completo	31	43,7
	Ensino Médio Completo	08	11,3
	Ensino Superior	01	1,4
Estado Civil	Casado/Mora com companheiro	27	38,0
	Solteiro/Separado	23	32,4
	Viúvo	21	29,6
Religião	Católica/Evangélica	68	95,8
	Espírita/Afro-Brasileira	01	1,4
	Outra	02	2,8
Cor	Branca	16	22,5
	Pardo/Preto	51	71,8
	Outras	04	5,6

Fonte: Autores

Em relação ao uso de bebida alcóolica e cigarro, a maioria disse não fazer uso (n=57; 80,3%). Quanto aos cuidados de saúde, 87,3% (n=62) relatou fazer uso de algum tipo de tratamento, sendo os tratamentos mais comuns para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Quando perguntados sobre a auto percepção da saúde e sobre a condição de saúde e qualidade de vida, apenas 16,8% (n=19) e 29,6% (n=21) respectivamente, avaliou como sendo boa, sendo que 57,7% (n=41) relatou sentir muito frequentemente sentimentos negativos como mau humor, ansiedade e desespero (TABELA 2).

Tabela 2 – Hábitos de vida dos participantes do Centro de Convivência de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2015

Variável	Categoria	n = 71	%
Faz uso de bebida alcoólica?	Sim	14	19,7
	Não	57	80,3
Faz uso de cigarro?	Sim	14	19,7
	Não	57	80,3
Faz tratamento para problema de saúde?	Sim	62	87,3
	Não	09	12,7
Como avalia a própria saúde?	Ótima	11	15,5
	Boa	19	16,8
	Regular	30	42,3
	Ruim	11	15,5
Como avalia a qualidade de vida?	Muito ruim	01	1,4
	Ruim	08	11,3
	Regular	37	52,1
	Boa	21	29,6
	Muito Boa	04	5,6
Com que frequência tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e tristeza?	Nunca	00	00
	Algumas vezes	06	8,5
	Frequentemente	17	23,9
	Muito Frequentemente	41	57,7
	Sempre	07	9,9

Fonte: Autores

A tabela 3 apresenta os resultados referentes à rede de apoio. A maior parte dos idosos relatou possuir filhos e não viver sozinha 93% (n = 66) e 85,9% (n = 61) respectivamente. Entretanto, 59,2% (n = 49) relatou não participar de grupos de atividades com outras pessoas, ainda que 53,5% (n = 38) afirmou que está satisfeito com o apoio que recebem dos amigos.

Tabela 3 – Rede de apoio dos participantes do Centro de Convivência de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2015

Variável	Categoria	n =	%
		71	
Você mora com seus filhos / membro de sua família / outras pessoas?	Sim	61	85,9
	Não	10	14,1
Possui filhos?	Sim	66	93,0
	Não	05	7,0
Participa de algum grupo / atividades com outras pessoas?	Sim	29	40,8
	Não	49	59,2
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito Insatisfeito	00	00
	Insatisfeito	01	1,4
	Nem insatisfeito nem satisfeito	23	32,4
	Satisfeito	40	56,3
	Muito Satisfeito	07	9,9
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito Insatisfeito	01	1,4
	Insatisfeito	01	1,4
	Nem insatisfeito nem satisfeito	25	35,2
	Satisfeito	38	53,5
	Muito satisfeito	06	8,5

Fonte: Autores

Sobre as vivências de violências, a maior parte dos entrevistados disse não acreditar estar sofrendo algum tipo de violência atualmente (n = 62;87,3%). Entretanto quando perguntados segundo tipos específicos de violências, observou-se que a violência psicológica foi a mais prevalente, subdividindo-se em humilhações ou insultos (n = 32; 45,1) e discriminação (n = 25; 35,2%). Sobre a frequências dos episódios de humilhações e insultos, constatou-se que 37, 5% (n = 12) dos idosos sofreram repetidos episódios de violência psicológica. Quanto ao abandono, 32,4% (n = 23) dos entrevistados afirmou sentir-se abandonado e em relação à violência sexual após completar 60 anos, 4,2% (n = 03) dos entrevistados afirmaram terem sofrido esse tipo de violência (TABELA 4).

Tabela 4. Prevalência e Frequência dos diferentes tipos de violências entre os participantes do Centro de Convivência de uma região da Área Metropolitana de Brasília, DF, 2015

Categoria	Variável	Prevalência		Frequência					
		n	%	Uma		Pouca		Muitas	
				n	%	n	%	n	%
Acha que sofre violência hoje	Sim	09	12,7						
	Não	62	87,3						
Violência Psicológica									
Humilhação ou Insulto	Sim	32	45,1	13	40,6	07	21,9	12	37,5
	Não	39	54,9						
Discriminação	Sim	25	35,2	07	28,0	11	44,0	07	28,0
	Não	46	64,8						
Violência Física									
Violência Física	Sim	09	12,7	04	44,4	02	22,2	03	33,3
	Não	62	87,3						
Violência Sexual									
Violência Sexual	Sim	03	4,2	02	66,7	01	33,3	00	00
	Não	68	95,8						
Abandono									
Abandono	Sim	23	32,4	06	26,1	09	39,1	08	34,8
	Não	48	67,6						
Negligência									
Negligência	Sim	15	21,1	03	20,0	08	53,3	04	26,7
	Não	56	78,9						
Abuso Financeiro									
Abuso Financeiro	Sim	13	18,3	07	53,8	03	23,1	03	23,1
	Não	58	81,7						
Autonegligência									
Autonegligência	Sim	22	31,0	11	50,0	06	27,3	05	22,7
	Não	49	69,0						

Fonte: Autores

DISCUSSÃO

A maior participação de mulheres no estudo reforça o conceito de “feminização da velhice”^(12,28). Em consonância com diferentes estudos envolvendo pessoas idosas, uma pesquisa realizada pelo IBGE⁽⁹⁾ (2009), constata que a população de mulheres idosas é atualmente de 55,9%, e ainda, estudos sugerem a menor taxa de mortalidade e maior longevidade das mulheres em comparação aos homens, devido ao fato de que as mulheres têm uma menor exposição a fatores de risco, tais como etilismo, tabagismo, e também apresentam um comportamento de busca pelo controle e tratamento do próprio estado de saúde, ainda que sejam elas as pessoas mais atingidas pelas violências^(9,12,28).

A maior participação na pesquisa de idosos considerados mais “jovens”, na faixa etária de 60 a 69 anos, pode ser explicada pelo fato de que aqueles nas faixas etárias acima de 75 anos têm maiores agravos de saúde, e também dificuldade para realização das atividades de vida diária, fato que acaba dificultando, por exemplo, a sua ida a um centro comunitário. A Pesquisa Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾ (2013) confirmou que quanto maior a idade, maior é a limitação da

capacidade funcional do idoso. Observou-se uma proporção de 2,8% de quedas entre pessoas com 60 a 64 anos de idade e 15,6% para aquelas com 75 anos ou mais⁽⁵⁾.

A baixa escolaridade e a baixa renda evidenciados na população estudada não difere da situação nacional, onde a taxa de analfabetismo entre pessoas acima de 60 anos é 23,1% e o número médio de anos de estudo dos brasileiros é de 7,6 anos⁽¹¹⁾. Tais fatores também estão intrinsecamente relacionados, sendo diretamente proporcionais, ou seja, maiores graus de escolaridade associam-se a melhores perspectivas econômicas, assim como famílias menores com mais saúde e condições gerais melhores⁽²⁵⁾.

A maioria dos participantes declarou-se pardo ou preto, tal fator é importante, visto que a maior parte das violências por desconhecidos (3,5%) e conhecidos (3,1%) acontecem contra aqueles que se autodeclararam pretos⁽¹¹⁾.

O aspecto religioso tem grande influência nessa fase da vida, de forma que 100% da população pesquisada demonstraram afinidade com algum tipo de atividade ou prática religiosa, predominando o engajamento nas religiões católica e evangélica. Tal apego a determinada religião pode ser um fator potencialmente positivo para a saúde do idoso e sua convivência social, porém não demonstra ser um fator protetor em relação às situações de violências⁽²⁹⁾.

No presente estudo, foram investigados alguns hábitos que têm relação direta com a qualidade de vida dos idosos. A maioria dos entrevistados afirmou que não tinha o hábito de consumir bebidas alcólicas ou fumar. Tal realidade é um fator muito positivo para essa população, visto que, pelo fato de já possuírem diversos problemas de saúde e vulnerabilidades, o uso de álcool e cigarro é considerado fator de risco para agravamento desse quadro. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o tabagismo são considerados os principais fatores de risco evitáveis das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo a bebida também um fator de risco também ligado aos acidentes e violências^(10,12).

O envelhecimento populacional é reflexo da transição epidemiológica e atualmente é mais comum observar a presença de doenças crônicas não transmissíveis na população ao invés das doenças infectocontagiosas, sendo que essas correspondem atualmente a 70% das causas de mortalidade no país e representam importante problema de saúde pública responsáveis pelo número elevado de mortes antes do 70, pela perda da qualidade de vida e por grande parte das restrição das capacidades funcionais para realizar as atividades de vida diária ^(5,9,10). Essa

diminuição da capacidade funcional representa um fator de risco para violências de diferentes tipos. Pensar alternativas e políticas de promoção de saúde e qualidade de vida, bem como prevenção das situações que aumentam a probabilidade de a pessoa idosa se tornar dependente ou de acumular comorbidades é desafio para os gestores das diversas áreas disciplinares⁽⁴⁾.

Estudos comprovam que piores condições gerais de saúde e alto grau de dependência estão intimamente relacionados às piores autoavaliações de saúde. A autoavaliação de saúde é o julgamento que cada indivíduo faz sobre sua qualidade de saúde, assim como da qualidade de vida, um bom exemplo disso, é que pelo fato de idosos com mais idade possuírem mais disfunções de saúde, mais limitações funcionais e menor capacidade de enfrentamento das dificuldades próprias do envelhecimento, estes acabam tendo uma visão adversa da própria condição de vida^(3,14).

Os dados obtidos demonstraram que uma minoria dos avaliados considera sua condição de saúde e sua qualidade de vida como boa. Os sentimento sugestivos de depressão como tristeza, ansiedade e mau humor foram muito frequentes entre os entrevistados, e tal aspecto pode estar relacionado tanto à autopercepção da saúde como também a alta prevalência de violência psicológica entre os entrevistados, que não raramente é relacionada aos sofrimentos mentais⁽⁴⁾.

Quanto à rede de apoio, consideradas como potencial fator protetivo em relação ao enfrentamento e maior resiliência de um indivíduo, representam trocas mútuas nas quais tanto quem recebe quanto quem oferece o apoio é beneficiado^(22,29). A maior parte dos idosos desse estudo demonstrou satisfação com suas relações pessoais e com o apoio que recebem de amigos e familiares, sendo um fator positivo para a proteção contra violências e para a saúde dos mesmos. A própria convivência num centro de idosos representa parte dessa rede de apoio.

O estudo revelou que a maioria dos idosos tem filhos e mora com algum membro de sua família, fenômeno chamado de coresidência e são domicílios multigeracionais, ou seja com mais de uma geração morando juntos^(1,7). Tal fator poderia ser considerado um fator protetivo, visto que quando bem estruturada contribuem para que os idosos se sintam prezados, importantes e sintam-se parte de um grupo, diminuindo sentimentos negativos de solidão, isolamento e até a depressão⁽²²⁾.

Porém, considerando-se que a família funciona como uma unidade com indivíduos interdependentes onde a experiência de cada membro da família afeta o sistema familiar, quando existem mudanças dinâmicas internas das relações familiares, como o que está acontecendo com o aumento da longevidade, acontecem desarranjos e conflitos na unidade familiar, visto que agora existem novos papéis dentro desse contexto, como, por exemplo, a mudança dos responsáveis pelo domicílio, passando o papel do idoso de “chefe” para dependente, e nem sempre as famílias estão preparadas para lidar com essas mudanças, gerando indefinição e tensão, e que se não for tratada pode levar a situações de violência intrafamiliar e redução da autonomia e das liberdades do idoso. ^(5,20,22)

Ainda que hoje seja lei a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violências, a dificuldade de dimensionar a magnitude e intensidade das violências é comprovada pela sua subidentificação e subnotificação ^(4,27). Em uma pesquisa que abordou a questão das notificações de violências, constatou-se que 67% das violências notificadas são referentes à violência física. E que a maioria ocorre contra idosos do sexo feminino, pessoas solteiras ou viúvas, no domicílio e perpetradas por pessoas do convívio das vítimas ⁽¹³⁾.

Outro fator associado à subnotificação refere-se ao fato de muitos idosos terem vínculos afetivos com os agressores, fazendo com que sintam-se envergonhados ou culpados, ou ainda, com medo de retaliações, alegando que precisam viver com a família e voltar para casa, e a manutenção da queixa atrapalharia a convivência, fazendo com que grande parte dos maus-tratos permaneça silenciada ^(4,30).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde ⁽¹⁰⁾ (2013), 1,6% de pessoas com mais de 60 anos referiram sofrer algum tipo de violência por pessoa desconhecida, enquanto que 1,1% referiu sofrer algum tipo de violência por pessoa conhecida. O fato de 87,3% dos entrevistados responderem não considerarem estar sofrendo algum tipo de violência, pode demonstrar o seu desconhecimento sobre os diferentes tipos de violência, ou ainda a sua naturalização dentro da sociedade, visto que esses mesmos idosos quando perguntados por tipos específicos de violências responderam positivamente à presença de violências, sendo a mais prevalente a violência psicológica.

A naturalização acontece quando a população idosa considera que a comunidade não se importa com o que acontece com ela, considerando “naturais” os maltratos realizados. Dessa

forma, pode-se perceber que a discriminação e as humilhações são as formas de preconceito mais difusas na sociedade, não sendo percebidas muitas vezes como violências e, portanto, não denunciadas. Porém, é de fundamental importância o seu reconhecimento pelos profissionais da enfermagem e da saúde, pois o flagelo psíquico provocado por esse tipo de maltrato contribui para encadeamentos depressivos e autodestrutivos, por vezes levando à ideação, tentativas de suicídio ou mesmo ao suicídio consumado⁽⁴⁾.

Outro dado que chamou atenção foi a alta prevalência daqueles que relataram sentir-se abandonados, tal dado está intimamente ligado à negligência, visto que existe uma linha tênue separando um do outro. A constituição Federal legisla que é obrigação dos filhos darem assistência aos pais. Contudo, esse direito do idoso tem sido violado nas relações familiares. Os dados da Secretaria de Direitos Humanos, de janeiro a novembro de 2012, apontam que a violência mais denunciada foi a negligência (68,7%)⁽²³⁾.

Neste estudo a violência sexual foi a que teve menor prevalência. Em um estudo conduzido nos EUA, evidenciou-se que a maioria dos casos relatados de violência sexual envolvia mulheres, que não tinham plenas capacidades cognitivas, que viviam em asilos e com alguma dificuldade de movimentação, e em sua maioria eram cometidos por também residentes do asilo⁽¹⁴⁾.

O local da pesquisa, que pressupõe maior mobilidade e capacidade funcional para o deslocamento dos participantes a fim de participarem das atividades desenvolvidas no centro do idoso, limitou a capacidade de identificação da diversidade de situações de violências experimentadas por idosos em situação de internação em instituições de longa permanência ou de total dependência funcional nas suas residências.

CONCLUSÕES

A avaliação dos resultados permitiu traçar um perfil dos idosos que frequentam o centro de convivência do Varjão, assim como tipificar os tipos de violência mais prevalentes nessa população, contribuindo de forma significativa com os estudos sobre o tema. Os achados evidenciam que a maioria dessa população é constituída de mulheres e que fazem algum tratamento para saúde. Também, a avaliação da saúde demonstrou que apenas um terço dos idosos percebem a própria condição de saúde como “ótima e boa”, sendo que a maioria mora com algum familiar e possui filhos. Ademais, o presente estudo mostra que, apesar de

inicialmente não declararem achar que estão sofrendo alguma violência, quando questionado por tipos específicos de violência observou-se um predomínio de violência psicológica

Medidas que visem a educação dos idosos sobre os diferentes tipos e natureza de violências, assim como medidas de direitos e prevenção de violências representam prioridade na governança local e na ação dos profissionais de saúde. Sensibilizar os profissionais e gestores, bem como a comunidade é o início da formação de uma rede de proteção ao idoso. Novos estudos sobre violências que tratam do assunto sob a visão do idoso, são necessários, dado que estes ainda são muito escassos no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. BERTUZZI D, PASKULIN LGM, MORAIS EM. **Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural.** Texto contexto enferm. vol.21 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2015
2. BORGES LJ. et al. **Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa.** Rev. Saúde Pública vol.47 no.4 São Paulo ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000400701&lng=pt&nrm=iso#B19. Acesso em 07 nov. 2015
3. BORIM FSA, BARROS MBA, NERI AL. **Autoavaliação da saúde em idosos:** pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):769-780, abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2015
4. BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** / Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014
5. CAMARANO AM. **Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações.** In: CAMARANO A M (org). Novo regime democrático: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA; 2014
6. FAUSTINO AM, GANDOLFI L, MOURA LBA. **Capacidade funcional e situações de violência em idosos.** Acta Paul Enferm. 2014; 27(5):392-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0392.pdf. Acesso em: 22 out. 2015
7. FERREIRA CL, SANTOS LMO, MAIA EMC. **Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro.** Rev. esc. enferm.

USP vol.46 no.2 São Paulo Apr. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000200009&lng=en&nrm=iso
o. Acesso em: 08 nov. 2015

8. FLORÊNCIO MVDL. et al. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão**, Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 847 – 857, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>. Acesso em: 17 de set. 2014

9. IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015

10. IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 23 out. de 2015

11. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 296 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015

12. LUZ EP. et al. **Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil**. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.17 no.2. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232014000200303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2015

13. MASCARENHAS MDM et al. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010**. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.9. Rio de Janeiro Sept. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014. Acesso em: 08 nov. 2015

14. MELO VL, CUNHA JOC, NETTO GHF. **Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (Supl 1): S43-S48, maio, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30503>. Acesso em: 08 nov. 2015

15. MELO DM, FALSARELLA GR, NERI AL. **Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais**. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.17 no.3. Rio de Janeiro jul./set. 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232014000300471&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2015

16. MINAYO MCS. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p. (). Disponível em:
<http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=Rxb0AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&d>

q=impactos+da+viol%C3%A2ncia+na+sa%C3%BAde+livro&ots=Y9oi4TVGXb&sig=hfKMvonVz88txeWye6mNZSLN5DQ#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 29 set. 2014

17. MINAYO MC. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** Brasília: DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 5a. ed., 2005. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf. Acesso em: 15 out. 2015.

18. MOURA LBA. et al. **Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF.** Rev Saúde Pública 2009;43(6):944-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015

19. OLIVEIRA AAV. et al., **Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura,** Rev. Bras. Enferm., Brasília, 2013 jan-fev; 66(1): 128-33. (Acesso em 30 de setembro de 2014). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000100020&script=sci_arttext. Acesso em: 30 set. 2014

20. QUINTAS ML, CORTINA I. **Violência contra o idoso no ambiente familiar.** Rev Enferm UNISA 2010; 11(2): 120-4. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-2-11.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015

21. SANCHES APRA. et al., **Violência contra idosos: uma questão nova?** Saúde soc. vol.17 no.3 São Paulo July/Sept. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000300010&lang=pt. Acesso em: 29 set. 2014

22. SERBIN AK, GONÇALVES AVF, PASKULIN LMG. **Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência.** Rev. Gaúcha Enferm. vol.34 no.1 Porto Alegre Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2015

23. SDH. SECRETÁRIA DE DIREITOS HUMANOS. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoNoBrasil.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015

24. SILVESTRE JA, NETO MMC. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):839-847, mai-jun, 2003 Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>. Acesso em: 19 out. 2015

25. SOUSA AI, SILVER LD. **Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda.** Esc. Anna Nery v.12 n.4 Rio de Janeiro dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000400015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2015

- 26.SOUZA JAV, FREITAS MC, QUEIROZ TA. **Violência contra os idosos: análise documental.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 3, p. 268-272, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300004&script=sci_arttext. Acesso em: 15 out. 2015.
- 27.SOUZA DJ. et al. **Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros,** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.13 n.2. Rio de Janeiro ago. 2010. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232010000200016&lng=pt. Acesso em: 26 out. 2014
- 28.VICTOR JF. et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família.** Acta Paul Enferm 2009;22(1):49-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a08v22n1.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015
- 29.VITORINO LM, VIANNA LAC. **Religious/spiritual coping in institutionalized elderly.** Acta paul. enferm. vol.25 no.spel São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000800021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 nov. 2015
- 30.WANDERBROOKE ACNS, MORÉ CLOO. **Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(12):2513-2522, dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014