

Violência contra velhos e apoio psicológico: reflexões acerca das ações políticas e sociais

Duarte, Cleiciara Souza; Osório, Neila Barbosa; Neto, Luiz Sinésio Silva

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Duarte, C. S., Osório, N. B., & Neto, L. S. S. (2014). Violência contra velhos e apoio psicológico: reflexões acerca das ações políticas e sociais. *Revista Desafios*, 1(1), 43-56. <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p43>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

VIOLÊNCIA CONTRA VELHOS E APOIO PSICOLÓGICO: REFLEXÕES ACERCA DAS AÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS

*VIOLENCES AGAINST ELDERLY AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT:
REFLECTIONS ABOUT THE ACTIONS AND SOCIAL POLICIES*

Cleiciara Souza Duarte, Neila Barbosa Osório e Luiz Sinésio Silva Neto

Universidade Federal do Tocantins - UFT

RESUMO

Perante as mudanças do olhar da sociedade para com a velhice e com isso o crescimento dos atos de violência contra velhos, o objetivo deste artigo foi de identificar e descrever o apoio psicológico recebido pelo velho vítima de violência. Tomou a forma de Estudo de Caso e o tipo de pesquisa bibliográfica, por meio da análise de artigos publicados e livros. Foi realizada busca eletrônica em *sites* da Biblioteca Virtual de Saúde. A amostra foi composta por artigos em português na íntegra, resumos de livros e tratados publicados no período entre 1998 e 2010. Observou-se que a forma como é disseminada a imagem do velho na sociedade intensifica o preconceito e, conseqüentemente, a violência. De acordo com o estudo realizado concluiu-se que é necessário a implementação de políticas públicas não só para promoção da saúde mental dessa população que sofre com a violência, como também para a promoção da prevenção da agressão.

Palavras- chave: Velhice, Violência, Apoio psicológico.

ABSTRACT

Look forward to the changing of society towards senescence and with it the growth of violence against elderly, the purpose of this article is to identify and describe the psychological support received by the elderly, victim of violence. This is a bibliographic review, through the analysis of published articles and books. Electronic search was conducted on the Virtual Health Library sites's. Sample consisted of articles in Portuguese in full, summaries of books and treatises published between 1998 and 2010. Observed that the form is disseminated in the image of the elderly company optimizes the bias and consequently the violence. According to the study it was concluded that the implementation of public policies to promote the mental health of the elderly who suffer from violence, but also for the promotion of violence prevention isn't only necessary.

Keywords: Senescence, violence, psychological support.

Recebido em 13/09/2014. Aceito em 18/10/2014. Publicado em 14/01/2014.

Desde criança se aprende na escola, nas aulas de ciências, sobre o ciclo da vida: o ser vivo nasce, cresce, reproduz-se e morre. As pessoas crescem acreditando nesse processo natural de todo ser vivo, inclusive o do ser humano. Assim, quando nascem, crescem e se reproduzem, é comum ficar esperando apenas a morte chegar, uma vez que não acostumaram

com a ideia de que, para chegar até a morte, muitas vezes é necessário passar por uma fase que para alguns é indesejada, talvez porque não foi ensinado que essa fase também é um processo inerente à condição humana: a velhice. Simões explica que “o envelhecimento é um processo biológico geralmente manifestado em todos os níveis de integração do organismo, desde células, órgãos, e seu funcionamento, influenciando no nível da personalidade e dos grupos humanos” (Simões, 1998, p. 26).

Hodiernamente, existem várias nomenclaturas referentes à fase que compreende a velhice, dentre elas o uso do termo idoso, terceira idade, melhor idade, maturidade, no entanto conforme Neri e Freire (2000), uma das razões para a existência de tantos termos é o preconceito em relação à velhice. Assim, o termo empregado no decorrer deste trabalho será *velho*.

Pelo fato de, nessa fase da vida (a velhice), as pessoas estarem mais propícias a doenças e sofrerem com um decréscimo funcional em seu organismo, os indivíduos começam a associar a velhice como fase ruim da vida; essa é uma fase temida e geradora de repulsa em muitos. Um exemplo disso é uma frase citada por Schneider e Irigaray (2008) de uma senhora, já velha, brasileira e famosa, não identificada por eles, que diz: “o envelhecimento é a prova de que o inferno existe”. Essa representação depende da sociedade em que o indivíduo vive e como ele viveu seus anos anteriores. Para compreender porque algumas pessoas enfrentam essa fase com essa representação é necessário saber como a sociedade ocidental atual trata o envelhecimento humano.

No mundo contemporâneo o velho é tratado por meio pelas mais variadas formas de violências, no plural por ser entendida como uma gama diversificada de manifestações vinda da família, cuidadores, profissionais de saúde entre outras, que afetam a integridade moral, física, mental e espiritual.

O ENVELHECER NO SER HUMANO

Por volta dos 25 anos o ser humano atinge a maturidade biológica, iniciando assim sua fase adulta. Dos 65 aos 75 anos é considerado adulto tardio na velhice precoce, e dos 75 anos em diante é denominado velhice tardia, podendo chegar até os 110 ou 120 anos (Palácios, 2004, *in* Santos *et al.*, 2006).

Essa fase da vida, caracterizada como velhice, está associada a um conjunto de alterações biológicas, cognitivas, sociais, comportamentais, celulares e sistêmicas, desencadeando eventos moleculares, radicais livres e danos secundários (Santos, 2006). Porém, para Palácios (2004, *in* Santos *et al.*, 2006) nem sempre a chegada da velhice está associada a doenças.

Como em qualquer outra fase da vida, na velhice também acontecem algumas mudanças em seu processo de desenvolvimento. A partir dos 40 anos a massa óssea diminui fazendo com que a pessoa diminua cerca de um centímetro por década; ocorrem mudanças na pele, na visão, na audição; há perda de neurônios que faz com que diminua o peso e o volume do encéfalo; esse processo é comum, porém sem, necessariamente, causar danos nas funções mentais (Costa *et al.*, 2005, *in* Schneider *et al.*, 2008).

O envelhecimento também não depende apenas da idade, e ninguém dorme novo e acorda velho é um conjunto de questões a serem ponderadas como: as diferenças pessoais, o nível cultural, o ambiente familiar, o próprio conceito de si mesmo, sexo feminino ou masculino e a genética são fatores determinantes para a chegada da velhice” Simões (1998) afirma que “não há relação direta entre o indivíduo envelhecer biologicamente e o declínio de suas capacidades mentais” O aumento da idade não influencia nos declínios das funções intelectuais, o que determina é o choque causado por alguns estados patológicos do cérebro ou até por exigências excessivas do meio, que vão além das condições da capacidade do velho.

Este pensar pode ser sentido quando se avalia o que é “envelhecer” no século XIX, uma vez que, a pessoa que chegava a certa idade e não tinha como se prover financeiramente, era chamada de *velha*. E, ser considerado velho não representava somente estar no último ciclo da vida, bastava não estar mais apto para desempenhar qualquer serviço, simplesmente por estar inapto fisicamente para exercer um trabalho braçal.

Para esta pessoa, restava-lhe a mendicância; palavra *velho* somou-se a conotação de improdutividade. Então as que não tinham um *status* social eram tratados como *velhos e velhotes*, enquanto as que tinham eram chamadas de “*os patriarcas com experiência preciosa*” (Peixoto, 1998, *in* Araújo *et al.*, 2006, *grifo do autor*).

Esta forma de encarar a velhice modificou-se a partir do século XX, uma vez que, passou a existir uma distinção nítida entre as categorias etárias, e as sociedades pré-indústrias começaram a separar as especializações funcionais para cada idade. Sendo assim, com as

diferentes faixas etárias, com ambientes relacionados a cada idade, especializações de funções; surgiram termos como: crianças e adolescente, e passou a ser usado o termo velho para caracterizar as pessoas envelhecidas, independente do nível social (Peixoto, 1998 *in* Araújo *et al.*, 2006).

Atualmente existem várias nomenclaturas para se referir às pessoas vividas há mais tempo: idoso, pessoas na terceira idade, pessoas com maturidade, pessoas em melhor idade, pessoas com amadurecimento, pessoa de idade madura, entre outros, termos esses que segundo Neri e Freire (2000) demonstram preconceito contra o termo *velho*, pois se não houvesse preconceito não haveria necessidade de substituir o termo *velhice* pelos supracitados; para os autores essa mudança serve apenas de máscara para o preconceito historicamente construído.

Ainda assim o termo mais usado, desde 1960, é pessoas na terceira idade, que teve origem na França e foi criado com o objetivo de indicar a fase em que a pessoa se aposentava que ocorria aos 45 anos. Nesse período, na França, as fases do ciclo vital foram divididas em três, baseadas no ponto de vista econômico: a infância, em que não se produzia, mas se podia crescer e tornar-se capaz de produzir; a segunda é a fase adulta, momento de produtividade; e a chamada terceira idade que começou a ser usada para designar uma idade intermediária entre a vida adulta e a velhice depois que a expectativa de vida aumentou de 45 progressivamente até aos 65 anos.

Schneider *et al.* (2008), define três grupos de velhos: os idosos jovens com idade de 65 a 74 anos que, normalmente, são ativos; os idosos velhos de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos são os de 85 anos ou mais; por decorrência de maiores danos e desgastes físicos pessoas com mais de 85 anos são consideradas mais fracas e podem apresentar mais dificuldades para desempenhar atividades da vida diária. Vale ressaltar que esses grupos são apenas uma forma didática para entender o processo do envelhecimento o qual se dá de forma peculiar para cada indivíduo. Papalia *et al.*, (2006 *in* Schneider *et al.*, 2008) classificam o velho por idade funcional e não cronológica, por exemplo: comparado-se um velho com 90 anos e um de 65 anos, pode-se concluir que o de 65 anos é mais velho caso sua saúde física esteja mais deteriorada, ou seja, caso funciona de forma menos adaptativa ao ambiente físico e social.

É notório o crescimento da população idosa no Brasil. Para Veras (2009) envelhecer não é mais um privilégio de poucos; mesmo nos países mais pobres houve um aumento

significativo da população idosa, tratando-se, portanto de “um fenômeno mundial” (Veras, 2009, p.549). A vida está cada vez mais prolongada e, de acordo com Ramos; Veras e Kalache (1987), dentre os fatores responsáveis pelo envelhecimento estão o declínio da taxa de mortalidade.

O envelhecimento da população relaciona-se com a diminuição da taxa de mortalidade e de natalidade. Nas últimas décadas, a população com idade acima de 60 anos aumentou significativamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo Demográfico Revisão de 2009, os velhos representavam 4,01% da população total do Brasil em 1980 e em 2009 essa proporção aumentou para 6,67%. Em 2050, a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total.

O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009, p. 549).

Estima-se que em 2025 o Brasil se tornará o sexto país em que haverá mais velhos no mundo (Araújo *et al.*, 2006). Esse aumento no número de pessoas idosas no país pode ser visto como um fator positivo, pois para Erbolato e Palma (1996; 2000 *in* Freire *et al.*, 2003) esse processo indica avanços da tecnologia, da ciência e dos processos sociais.

Esses avanços se referem à modernização da sociedade, ao ingresso da mulher no mercado de trabalho, à redução do tamanho das famílias, aos contraceptivos e também à falta de tempo do familiar para o cuidado dos seus velhos. Esses fatores evidenciam a modificação da família brasileira de nuclear patriarcal para outras configurações instituintes (Araújo *et al.*, 2010).

Diante desse cenário descrito acima percebe-se que a modernização da sociedade coloca a velhice numa categoria improdutiva e de invisibilidade, evitando que esta realidade social seja evidenciada e estudada. O Brasil ainda não enriqueceu e nem resolveu o problema da mortalidade infantil e já se nos depara com um país de cabelos brancos.

A VIOLÊNCIA CONTRA O VELHO

O contexto socio-histórico-cultural determina os significados associados à palavra

[47]

violência que são formulados e reformulados socialmente, diferindo-se nos diversos campos de conhecimento. Buscou-se o Dicionário Aurélio (2004), o termo violência é definido como Estado daquilo que é violento; Ato violento; Veemência; Irascibilidade; Abuso da força; Tirania, opressão; Constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a fazer um ato qualquer; coação.

A jurisprudência por sua vez define a violência de forma ampla, a Lei n. 11.340, de agosto de 2006 no Art. 7º afirma que são formas de violência doméstica: a violência física; a violência psicológica; a violência sexual; a violência patrimonial; e a violência moral; entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Outra forma de entender a violência é que ela é um processo social e complexo, ou seja, o seu funcionamento depende do modelo de sociedade dominante, para que ela ocorra, a sociedade tem como valorização e estrutura a acumulação de bens, riquezas e poder, contrapondo-se entre os grupos dominantes (Araújo e Filho, 2009 *in* Faleiros e Justo, 2007).

O impacto da violência é tanto produzir a desigualdade assimetria e dessimetria como o de provocar uma dinâmica de enfrentamentos. Assim podemos olhar conflitos e poder, de forma complexa, assinalando que o poder estrutural e os conflitos nas relações sociais pela maior ou menor força exercida de um grupo ou pessoa sobre outro grupo. O conflito e o poder se estabelecem em uma relação de força diferenciada pelo o lugar, e pelo campo (FALEIROS, 2007 p. 29).

Para a Organização Mundial de Saúde OMS (2005), a violência é definida relativa aos processos, às relações sociais interpessoais, de classes, de grupos, de gênero ou objetiva das instituições quando aplicam distintas formas, procedimentos e elementos de destruição de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, ocasionando-lhes agravos físicos, mentais e morais. Dessa forma a fragilidade física coloca o velho numa desvantagem diante dos seus familiares e sociedade em geral. Está evidente que hoje em dia que os jovens comandam com palavras grosseiras e força física a maioria das famílias brasileiras.

Steven Pinker (2004) é um psicólogo contemporâneo, e parte do princípio de que há uma predisposição humana inata à violência, explicada pela necessidade que todo ser humano tem dessa característica, seja pela descendência de caçador ou por instinto de sobrevivência. O fato é que faz parte do processo da evolução da espécie. Logo, a maioria das vítimas, são pessoas com mais idade e pouca autoridade, que convivem próximas de indivíduo com perfil com alta predisposição a maltratar.

Minayo (1994, 2003) citado por Araújo e Lobo Filho (2009) declara que “a violência é um fenômeno biopsicossocial” que é criada e desenvolvida entre as relações intergrupais e interpessoais da vida, assim, é essencial entender o contexto sócio-histórico da violência. Para essa autora existem quatro tipos de violência: 1. Violência estrutural, que são “estruturas organizadas e institucionalizadas da família” (p.154); 2. Violência cultural, esta se relaciona com a primeira, porém é seguida de manifestações de racismo e machismo; 3. Violência resistência que são contestações pelos grupos dominados pela violência estrutural; e por último a violência delinquência, esta diz respeito às infrações da Lei, aquilo que é considerado crime.

De acordo com o exposto por Minayo (1994, 2003), o termo mais apropriado não seria violência e sim *violências*, já que envolve uma série de fatores que estão nas atitudes dos indivíduos, grupos, classes e até nações, afetando a integridade física, mental, moral ou espiritual, causando muitas vezes até a morte. Diante das mais variadas formas de violência exposta é possível afirmar que todos os tipos de pessoas são sujeitas a se submeter a alguma delas, independente da cor, nível social ou credo, no entanto, o que interessa para esse trabalho são os velhos enquanto vítima.

No que tange a violência contra os velhos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), define violência contra o velho como um:

Ato de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade devida do idoso (OMS, 2002).

Existem dimensões distintas em que se pode compreender a violência contra pessoas velhas:

- (a) Violência sociopolítica – concernente às relações sociais mais gerais que envolvem grupos e pessoas consideradas delinquentes e às estruturas econômicas e políticas da desigualdade nas relações exclusão/exploração;
- (b) Violência institucional – diz respeito aos serviços prestados por outras instituições, como hospitais, serviços públicos, que ocorrem por ação ou omissão. Refere-se também a relação existente nas Instituições de Longa Permanência para idosos e instituições de serviço privadas ou públicas, nas quais nega ou atrasa o acesso, hostiliza o idoso e não respeita sua autonomia;
- c) Violência intrafamiliar – concernente à violência calada, do silêncio, que possui como agressores os familiares (filhos, netos, noras, cônjuges,

vizinhos, cuidadores (FALEIROS, 2004, 2007 *in* ARAÚJO e FILHO, 2009, p. 154).

Destaca-se dentre as que Gondim (2006) expõe como formas de violência mais frequentes, as principais, julgada pelo conteúdo que interessa a tal trabalho são: A rejeição, discriminação, o isolamento e a exclusão social - estes são fatores que podem causar problemas como a depressão; Agressão verbal – *este é uma forma de ridicularizar*. É comum, empregados, familiares, médicos, agentes de saúde tratar o velho de forma impessoal usando de termos que parecem ser afetuosos, mas que na maioria das vezes desagrada-os. Isso colabora para uma crise de identidade, além de reduzir a autoestima; Abandono em hospitais e asilos – aqui a violência parte dos dois lados, tanto dos familiares que, muitas vezes, abandonam seus velhos, quanto dos asilos onde os velhos podem sofrer vários tipos de violência e ficam sem o amparo da família, pois não recebem visitas e proteção necessária.

Tais violências que se propagam de diversas maneiras afetam negativamente a qualidade de vida da vítima, provocando medo, limitação da autonomia, baixa autoestima, além dos transtornos que podem vir associados, como depressão e ansiedade.

SAÚDE: APOIO PSICOLÓGICO

Segundo Veras (1995), os maiores usuários dos serviços de saúde atualmente são os velhos, chegam por diversos motivos, entre eles por terem sido vítimas de violência, no entanto as pessoas que procuram o serviço sofreram agressão física e necessitam de cuidados médicos imediatos, não utilizando de uma equipe interdisciplinar.

Conforme as determinações da Lei nº 8.842/94, do Art. 10 na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

[...] II - na área de saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas. (LEI nº 8.842/94, do Art. 10).

Quando se fala em *diversos níveis de atendimento*, pode-se incluir o serviço de psicologia, uma vez que a Lei não especifica que atendimentos são esses, e que é evidente que

o psicólogo pode promover prevenção, proteger e recuperar a saúde mental do velho. Ao continuar a observar o artigo, pode-se destacar que:

- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (LEI nº 8.842/94, do Art. 10).

Com todas as competências dos órgãos observa-se que o serviço público de psicologia para atendimento de velhos, vítimas de violências, é praticamente inexistente, uma vez que além da disponibilidade dos serviços de saúde para essa faixa etária ser mal distribuída, o grau de importância que é dada à saúde mental é mínima.

Dentre as competências supracitadas pode-se, talvez, usar da última, para falar de alguns Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que disponibiliza o atendimento, e as Policlínicas, além dos hospitais que apesar de terem profissional de psicologia não é feito um atendimento focado nas consequências da violência contra o velho. Desta forma, muitos velhos deixam de receber assistência no que diz respeito ao serviço de psicologia.

Vale enfatizar que é de responsabilidade de cada município a construção de uma *atenção integral* à saúde dos velhos e que seus profissionais devem estar capacitados para prestar assistência às necessidades de Saúde geral dessa população. E ainda o Estatuto do Idoso (2003), afirma:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à **saúde**, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (LEI n.10.741, de 1º de outubro de 2003. Art. 3.º).

Por não estar especificado, entende-se por Saúde, toda forma de assistência que visa assegurar o bem estar de forma integrada (física e psicológica) da pessoa. Sendo assim, é dever de todos garantir esse direito aos velhos.

Kauffman (2001) fala de forma generalizada que um profissional de saúde que sabe da ocorrência de um abuso deve manter um equilíbrio entre a sensibilidade em relação à confiança do paciente e a necessidade de manter-se fiel aos estatutos regulamentadores que obrigam o relato do abuso. Isto é especialmente importante se o conhecimento da situação de abuso¹ tiver ocorrido através de uma conversa confidencial.

No entanto o psicólogo é capacitado e habilitado para cumprir fielmente com a responsabilidade de manter esse equilíbrio, identificando qualquer tipo de alteração na conduta do velho, como: passividade; retraimento; tristeza; desesperança; ansiedade, agitação; medo; exacerbação de quadro depressivo; relatos contraditórios, ambivalentes, não relacionados à confusão mental; o receio de falar livremente, esperando que o cuidador dê as respostas; relutância em manter qualquer tipo de contato verbal ou físico com o cuidador; brusca ou mudança frequente de profissionais e/ou centros de atenção médica.

No que tange o dever da família, percebe-se que mesmo estando especificada que também é dever dela garantir o bem estar do velho, ela é uma das que mais apresenta deficiência quanto a sua responsabilidade, uma vez que parte da própria família muitas formas de violência.

Já a sociedade de forma geral, alguns grupos aderem à causa dos velhos para si e agem de forma a permitir da mudança social, é o caso, por exemplo, da Universidade da Maturidade (UMA), disseminada pelo Brasil, esse programa de extensão da Universidade Federal do Tocantins – UFT contribui de forma prática e teórica com a questão da prevenção da violência contra velhos, um artigo publicado em 2013 por Osório e colaboradores explicam a importância da comunidade, profissionais, e órgãos públicos estarem interligados para garantir o bem estar dos velhos.

A UMA-UFT tem como objetivo disseminar entre os acadêmicos, que frequentam o curso de extensão, a noção de seus próprios direitos enquanto velhos, para que possam exigir da sociedade o respeito, garantindo assim o seu bem estar. Dessa forma, o curso é voltado para capacitação gerontológica de velhos e adultos (Osório *et al.*, 2013).

¹Estatuto do Idoso. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Art. 19.

O programa Projeto se destaca por envolver participantes interessados na população excluída na sociedade brasileira. Pessoas que valorizam o avanço da idade e incentivam também a valorização do conhecimento em todas as idades, além da autovalorização dos próprios velhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema da violência contra velhos é de todos nós, já que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, assegurar o direito à dignidade. No entanto a propagação do problema evidencia a falha do sistema público diante do fenômeno envelhecimento, além de que, fica claro como vem sendo difundida por meio da mídia uma imagem distorcida do velho, contribuindo para discriminação e preconceito.

A forma de ver o velho foi enraizada culturalmente na maioria das sociedades ocidentais é o que Neri (2000) diz a respeito de histórias que ouvimos quando crianças sobre *velhas bruxas más e feias*, e frases como “*não liga para o que ele fala, ele é velho*”, “*velho rabugento*”. A mídia tratou e ainda trata a fase do envelhecimento como uma fase apenas de perdas, deixando de mencionar que todas as fases da vida, independente de idade, nível social e cultural é movida por ganhos e perdas, ou seja, isto não é um fator peculiar do velho. Expõem nos meios de comunicação social, velhos doentes, mas dando a entender que a pessoa está doente porque é velha, sendo esquecido de aludir o fato de doença e idade não andarem concomitantes.

A situação é extremamente complexa, uma vez que, a sociedade não trata apenas o problema da violência contra velhos como uma questão isolada, mas também, trata o próprio velho de forma isolada e todas as questões inerentes a ele. Mesmo que lhe falte a devida atenção no que tange a saúde pública prestada a vítima de violência, o fato deve ser tratado com imprescindível importância.

O que torna essa questão complexa não são apenas o espancamento, a tortura e as privações, mas também as consequências que tudo isso traz, pois se configura de difícil prevenção, considerando que, o principal apoio psicológico está na prevenção, devendo haver ações preventivas para evitar a violência e suas consequências. Começa então, um impasse psicossocial: Se há falhas nas políticas públicas para tratar o velho, vítima de violência, mesmo havendo profissionais capacitados para isso, psicólogos, como lidar com a família, cuidador e instituição que são, por exemplo, as principais disseminadoras da violência?

Assim, é necessária a reavaliação do olhar destinado ao velho, em uma dimensão biopsicossocial, ou seja, além da compreensão do corpo biológico, é importante entender também sua relação com o meio externo, nos aspectos culturais, econômicos e políticos. Uma forma de disseminação desse olhar biopsicossocial é o exemplo da UMA – Universidade da Maturidade que faz um trabalho eficaz, no entanto ainda torna-se pequeno quando comparado ao tamanho dos problemas que a sociedade enfrenta hoje.

Acredita-se que o olhar atual, discriminatório, e o não entendimento social do corpo velho, bem como suas vicissitudes psicológicas, corroboram para que a violência contra o velho seja vista, na maioria das vezes, apenas como um fator físico. Deixando de respeitar a individualidade do ser, a dor e o drama psíquico causado pelo sofrimento enfrentado.

Dessa maneira, com um investimento nas ações estatais de cuidado psicossocial, o velho passaria a ser visto não mais como um ser impotente, inativo, improdutivo, doente, mas sim como alguém que aperfeiçoou ao longo do tempo suas estratégias de sobrevivência, alguém com sabedoria refinada, e que pode não contribuir com trabalhos braçais para a economia do país, ou para prover o lar, mas já contribuiu muito, e acima de tudo, ter um humanizado, enxergando um ser humano passando por mais uma fase da vida, devendo haver uma maior preocupação no que diz respeito à qualidade de vida dos mesmos.

É necessário ainda, mais estudos de alguns temas que possam contribuir para ações futuras de melhoria das relações intergeracionais e de quebra de tabus em relação à velhice e de preparação das famílias e sociedade em geral para lidar com possíveis problemas relacionados aos velhos, as ações estatais podem contribuir para modificação do pensamento em relação ao tema: velhice ou velho.

Tendo-se como premissa do cuidar dos velhos a perspectiva da continuidade desta pesquisa abrangendo de uma forma mais ampla a possibilidade de observar as diversas formas de enfrentamento que a sociedade e esses velhos possam utilizar para minimizar os descuidos, a falta de políticas públicas e, como trabalhar as consequências psicológicas e emocionais deixadas pela violência familiar.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. *O Idoso nas Instituições Gerontológicas: Um Estudo Na Perspectiva Das Representações Sociais*. 2006. Psicologia & Sociedade. Disponível em <www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/11.pdf>. Acesso em: 03 jul 2013.
- ARAÚJO, L. F.; LOBO FILHO, J. G. *Análise Psicossocial da Violência contra Idosos*. 2009.

- ARAÚJO, C. L. de O.; SOUZA, L. A. de; FARO, A. C. M.; *Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil*. In: História da Enfermagem: Revista Eletrônica. 2010. Disponível em <www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>. Acesso em: 12 jun 2013.
- BRASIL. *Lei n. 11.340, de agosto de 2006. Art. 7º*. Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 17 jun 2013.
- Estatuto do Idoso*. Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde. (2003).
- FALEIROS, N. de P.; JUSTO, J. S. *O idoso asilado: a subjetividade intramuros* Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. 2007
- FERREIRA, A. B. de H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Positivo Livros, 2004.
- FREIRE, Sueli Aparecida; SOMMERHALDER, C; SILVEIRA, R. A. *Contribuições da Psicologia para o estudo do envelhecimento: Teoria e intervenção*. Arq. Ciênc. Saúde Unipar; 2003.
- GONDIM, R. M. F., & Costa, L. M. *Violência contra o idoso*. (2006). In D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Eds.), *Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas* (Vol. 1, pp. 169-191). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2009*. Disponível no site: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1>. Acesso em: 03 jun 2013.
- KAUFFMAN, Timothy L. *Manual de reabilitação geriátrica*. 1^aed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2001.
- LIMA, L. H. P. *Eu e o envelhecimento*. Porto Alegre, RS: AGE, 2006.
- NERI, A. L.; FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus. (Org.), 2000.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>>. Acesso em: 01 jun 2013.
- OSÓRIO, N.; NETO, L.; LOUREIROS, A.; FALEIROS, V. *O velho, a violência e a educação: Reflexões sobre a violência com velhos em Palmas/TO*. In: *Resiliências Educativas*. Goiânia: Gráfica e Editora América, 2013.
- PINKER, S. *Tabula Rosa: A negação contemporânea da Natureza Humana*. SP, Companhia de Letras, 2004.
- SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. *Envelhecimento: um processo multifatorial*. 2006. *Psicologia em Estudo*, Maringá. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413>. Acesso em: 08 jun 2013.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Estudos de Psicologia Campinas, 2008.
- SIMÕES, R. *Corporiedade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. Prefácio de Wagner Wey Moreira. 3^a Edição. Piracicaba: UNIMEP, 1998.
- VERAS, R. *Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações*. Rev. Saúde Pública, 2009.

Cleiciara Souza Duarte

Psicóloga, gerontóloga, especialista em Psicologia Jurídica; Residente em Saúde da Família e Comunidade.

E-mail: cleciara@hotmail.com

Endereço: UMA – Universidade da Maturidade - Universidade Federal do Tocantins –
Quadra 109 Norte Av. NS-15, ALCNO-14. Plano Diretor Norte.CEP: 77001-090. Palmas/TO

Neila Barbosa Osório

Doutora em Ciência do Movimento Humano pela UFSM/RS, foi premiada em 1999 como Pioneira em Educação de Velhos no Estado de Mato Grosso do Sul. Em 2004 ingressa como professora pesquisadora na Universidade Federal do Tocantins no Colegiado de Pedagogia. Docente do Mestrado em Educação da UFA na linha de Pesquisa Estado, Sociedade e Práticas Educativas, trabalhando especialmente com Práticas da Intergeracionalidade. Autora do Programa Universidade da Maturidade - UMA, que é referência em Tecnologia Social pela Fundação Banco do Brasil em 2012. Recebeu título de Atitude Cidadã em 2009. Em 2010 recebeu título de Cidadã Arraiana/TO, em 2013 cidadã Tocantinense e 2012 cidadã Palmense e em 2015 cidadã Araguaíense pelos relevantes serviços prestados aos adultos e velhos em 2013 recebe pela segunda vez o prêmio de Tecnologia Social pela Fundação Banco do Brasil. Possui livros sobre Educação de velhos na Universidade, Relações Intergeracionais e Instituições de Longa Permanência. É membro do SENECTUS - Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento Humano na Amazônia, vinculado ao PPGSS - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPA. Membro do Projeto de Pesquisa “A Influência do Exercício de Força Excêntrico e de parâmetros genéticos sobre aspectos clínicos, respostas hemodinâmicas e de qualidade de vida em idosos remanescentes quilombolas, vinculado a UnB - Ceilândia. Coordena a Pós- Graduação em Gerontologia e é autora desse Programa que capacita profissionais para atuarem com a população que mais cresce mundialmente: os velhos. Pesquisa atualmente as Políticas Sociais do Envelhecimento na Amazônia Legal, Direito do Idoso e as Políticas Públicas Intergeracionais.

E-mail: neilaosorio@uft.edu.br

Endereço: UMA – Universidade da Maturidade - Universidade Federal do Tocantins –
Quadra 109 Norte Av. NS-15, ALCNO-14. Plano Diretor Norte.CEP: 77001-090. Palmas/TO

Luiz Sinésio Silva Neto

Possui Doutorado em Ciências e Tecnologia em Saúde-UNB-DF, Mestrado em Gerontologia-UCB-DF, Especialização em Gerontologia- UFT-TO, graduação em Educação Física. É professor efetivo da Universidade Federal do Tocantins do curso de Medicina onde coordena as disciplinas, Saúde do Idoso, Nutrologia e participa da Comissão de TCC. Coordena e é docente do programa “Universidade da Maturidade-UMA” na Universidade Federal do Tocantins. É professor do Mestrado em Educação e da Pós Graduação em Gerontologia da Universidade Federal do Tocantins. Membro dos grupos de pesquisa: Determinantes do Envelhecimento Humano e Progero. Autor de artigos científicos e livros na área da gerontologia. Atua nas áreas de pesquisas: Alterações de composição corporal e envelhecimento, Sarcopenia, Obesidade Sarcopênica, Qualidade de Vida, Avaliação funcional no idoso, Envelhecimento e Gerontologia.

E-mail: luizneto@uft.edu.br

Endereço: UMA – Universidade da Maturidade - Universidade Federal do Tocantins –
Quadra 109 Norte Av. NS-15, ALCNO-14. Plano Diretor Norte.CEP: 77001-090. Palmas/TO