

Mudanças – Psicologia da Saúde,
16 (2), Jul-Dez 2008, 116-122p

Copyright 2008 pelo Instituto Metodista de
Ensino Superior CGC 44.351.146/0001-57

Os profissionais de saúde frente a violência no idoso*

Maria Adriana Coler

Mestre em Psicologia Social, Doutoranda em Psicologia – Universidade de Évora, Portugal.

E-mail: mafcoler@gmail.com

Manuel Lopes

Prof. Coordenador da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus,
Vice-Reitor da Universidade de Évora, Portugal. E-mail: mjl@uevora.pt

Antonia Moreira

Profa. Coordenadora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal
da Paraíba, Brasil. Email: alfaleda@hotmail.com

Resumo

Os profissionais da área de saúde que se colocam no papel de cuidadores têm a oportunidade de tratar o problema da violência no idoso que chega às diversas Instituições considerando especialmente, a pessoa que o traz. Mas será assim que a dinâmica ocorre? O paciente que apresenta sinais de abuso ou mesmo os que comunicam maus-tratos são assistidos considerando suas individualidades ou se perdem na burocracia do atendimento técnico-profissional? Será que o modo como os profissionais de saúde percebem a violência afectaria a assistência prestada? Levando-se em consideração que esses podem ser os primeiros indivíduos em contacto com possíveis vítimas, a preocupação sobre o que os profissionais de saúde pensam sobre esse tipo de violência parece por si só, justificável. Se a preocupação da existência de equipas multi-profissionais não garante que o profissional se sinta capacitado a abordar o tema, resta a reflexão sobre as maneiras de se promover a comunicação da violência como acção de combate à mesma. O conhecimento sobre o conjunto das representações sociais dos profissionais de saúde em relação a violência no idoso pode fornecer informações singulares para a capacitação profissional e melhoria da prestação de serviços comunitários e de saúde especialmente, em relação as atitudes que podem motivar ou não a expressão verbal da violência.

Palavras-chave: Violência, Violência no Idoso, Envelhecimento, Profissionais de Saúde, Representações Sociais.

Health professionals facing violence among the elderly

Abstract

Health professionals playing the role of caretakers have the opportunity to deal with the problem of violence among the elderly in many different institutions, especially considering the people who bring them to the institution. Is that the dynamics of this matter? Taking into consideration that these people may be the first individuals in contact with possible victims, the health professionals concerns towards this kind of violence seem to be justifiable. The existence of multi-health-professional teams does not guarantee that these professionals will feel well prepared to aboard the matter, so there remains the reflection on how to promote the communication concerning violence as an action to fight it. The knowledge over a set of social representations of the health professionals concerning violence among the elderly may provide singular information to the professional improvement as well as to the improvement of the services provided by community and health services. This may reflect on the attitudes that may motivate or not the verbal expression of violence.

Keywords: Violence – Elderly; Physical aging; Health Professionals; Social Representation.

Los profesionales de salud frente a la violencia en el anciano

Resumen

Los profesionales del área de salud que se colocan en el papel de cuidadores tienen la oportunidad de tratar el problema de la violencia en el anciano que llega a las diversas Instituciones considerando especialmente, la persona que lo trae. Más será asimismo que esta dinámica ocurre?. Llevándose en consideración que esos pueden ser los primeros individuos en contacto con posibles víctimas, la preocupación sobre lo que los profesionales de salud piensan sobre ese tipo de violencia parece por sí solo, justificable. La preocupación de la existencia de equipos multi-profesionales no garantiza que el profesional se sientan capacitados a abordar el tema, resta la reflexión sobre las maneras de promover la comunicación de la violencia como acción de combate a la misma. El conocimiento sobre el conjunto de las representaciones sociales de los profesionales de salud en relación a la violencia contra el anciano puede abastecer informaciones singulares para la capacitación profesional y mejoría de la prestación de servicios comunitarios y de salud especialmente, en relación a las aptitudes que pueden motivar o no a la expresión verbal de la violencia.

Palabras claves: Violencia - Ancianos; Envejecimiento físico; Profesionales de la Salud; Representación Social.

Introdução

Apesar da preparação pessoal ou profissional que estamos acostumados a dizer que temos, muitas vezes a incerteza de como tratar a pessoa idosa faz-se presente no nosso discurso. Se se é condescendente, corre-se o risco de lhes faltar com respeito. Se esperamos o exercício da tão falada *independência* nas atividades rotineiras, pode-se ignorar as suas necessidades.

São inúmeras as queixas e demandas. Os profissionais por um lado, estão a trabalhar com boas intenções, mas a reclamar da “falta de tudo”: de recursos materiais, financeiros, educacionais, da falta de tempo. O trabalho pode até ser suficiente mas não é, na grande maioria das vezes eficiente, provocando frustrações para ambos, o paciente idoso e o profissional que lhe assiste. Sem contar mais com o tempo como aliado, estes são forçados a adaptarem-se a uma nova identidade com aspectos únicos de uma idade peculiar às outras: a terceira idade.

O ser humano deve ser mesmo o animal mais difícil de se entender. Fala-se sobre o velho, o envelhecido, o caduco ou qualquer outro termo para representar o que é ultrapassado, utilizando-se quase sempre uma conotação pejorativa da palavra. Por outro lado, apreciamos um bom vinho ou *Scotch* (de preferência velho), o juízo (que muitos de nós nunca teremos não importa quão velhos nos tornemos), o *clássico* em todas as suas formas (e como é chique essa palavra), as fotos antigas, o valor da história e, portanto do que é velho, histórico, arcaico. Estamos todos a viver esse paradoxo da sociedade ocidental moderna numa constante luta pelo equilíbrio entre as perdas e ganhos que acompanham o processo de nossa existência.

Culturalmente, ignoramos os nove meses precedentes ao nascimento mesmo sabendo que lá já acontece muito de nosso desenvolvimento. Passamos apenas a

medir nossa idade a partir do nosso primeiro ano de vida, ganhando dessa forma, pelo menos uns 180 dias. Para aproveitar ou não todo esse tempo e mais o que se adiciona ao longo das nossas vidas há várias maneiras de se ficar velho. Pode-se envelhecer vendo o tempo passar, pois, como dizia John Lennon* “a vida é o que acontece enquanto ocupados, fazemos outros planos!” (Lennon, 1980) ou se pode escolher uma maneira mais participativa nessa etapa do ciclo humano. Mas como podemos definir que ciclo é esse?

Algumas considerações sobre o envelhecimento e a violência no idoso

Se é para se escolher uma definição, será eleita uma pela abrangência de seu significado. Toma-se então o conceito de *senescência*, baseado na ciência da biologia que é entendida como o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenômenos associados a estes processos (Iaria-Timo, 2003).

Com esse conceito em mente fica mesmo difícil se pensar numa idade cronológica do envelhecimento. Por essa mesma razão nos agrada. Afinal de contas, com que idade se começa a envelhecer? Para o poeta brasileiro Carlos Drummond de Andrade que viveu até os 87 anos, mas cuja obra não se mede cronologicamente, “Só o velho saberia contar o que é a velhice, se ele soubesse!” (Drummond, 1987).

Por mais que se encontrem definições e conceitos sobre o envelhecimento, há de se respeitar as diferenças sociais, culturais, biológicas ou, simplesmente psicológicas já que sentir-se velho acontece independente de ser

¹ Tradução livre de: “life is what happens to you while you’re busy making other plans” (Beautiful Boy, Lennon, 1980).

caracterizado como tal, pois repetindo-se as palavras de Simone de Beauvoir, o inconsciente não tem idade (Beauvoir, 1968).

As populações de praticamente todos os países em desenvolvimento estão em processo de envelhecimento. Apenas em Portugal, já se ultrapassa a casa dos 1,849.831 milhões de indivíduos nessa faixa etária (INE, 2007).

Ser idoso significa para alguns, poder finalmente aproveitar a vida, viajar, não se preocupar com as responsabilidades domésticas ou financeiras mas, também é para outros, sinónimos de ser frágil, vulnerável, dependente, temeroso diante da mudança de seus papéis seja em família e/ou sociais.

O processo de viver mais tem implicações importantes nos conflitos exacerbados pelo stress da convivência intensiva. Esses conflitos de identidade podem significar para muitos a exposição a situações de negação da própria autonomia e agressão a sua integridade materializando-se em forma de violência. Esse é, segundo Silva *et al* (2008) um dos aspectos da vida moderna que causa medo ao idoso suscitando portanto, nosso interesse para reflexão nesse estudo.

Só nos últimos cinco anos seus registos triplicaram de oito para vinte e cinco mil casos aonde as vítimas têm mais de 64 anos. Embora alarmante, essa quantidade apenas reflectem parte do problema da violência nos idosos que em suas variadas formas emudece muitos outros.

Sua definição provavelmente mais conhecida é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a explica como sendo “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002, p.30). Quando envolve a população idosa, a definição da violência usada popularmente é a fornecida pela Rede Internacional de Prevenção ao Abuso de Idosos (INPEA) e aceita pela OMS que a conceitua como “ato único ou repetido, ou falta de acção apropriada ocorrendo entre qualquer relacionamento aonde exista a expectativa de confiança que cause dano ou sofrimento ao idoso” (WHO/INPEA, 2002, p. 9).

Sabe-se que mesmo as pessoas que procuram serviços de assistência de saúde em consequência de maus-tratos podem justificar suas presenças com outras razões que não sejam as envolvidas com a violência, pois, como se deve imaginar, a discussão de experiências abusivas não se caracteriza como situação de aprazimento. Apesar dos muitos que enunciam o problema, há ainda a desconhe-

cida população dos demais que estão a se calar.

As estatísticas do primeiro semestre de 2008 fornecidas pela Associação Portuguesa de Apoio a Vítima – APAV, mostram um aumento de 20,4% do total de pessoas idosas vítimas de crime entre 2006 e 2007. A Associação Cívica Vidas Alternativas publicou que nos últimos cinco anos, os registos deste tipo de violência triplicaram dos mais de oito mil casos para os quase 25 mil em que a vítima do crime tem mais de 64 anos. Publicou ainda que das 2911 queixas recebidas na PSP em 2006, apenas 139 são respeitantes a violência contra idosos.

Entender para intervir

Por se constituir um dos mais preocupantes problemas da vida actual já pois, considerado de Saúde Pública, existe a necessidade de compreendê-lo não só do ponto de vista epidemiológico, mas, sobretudo conhecer seu significado e suas significações, expressos pelo conjunto de pessoas envolvidas directa ou indirectamente com a questão da violência.

Se pode afirmar que em geral, as pessoas estão sempre a desenvolver opiniões a respeito dos acontecimentos ao seu redor. Com o tema da violência não é diferente. Obviamente que existem conceitos e até informações acerca de como e porquê acontece. Entretanto, a riqueza de muitas explicações sobre o que é violência, bem como as diversas maneiras que se tem de entendê-la, pode tornar confusa a clareza indiciadora de seus fatos. Por outro lado, essa aparente desvantagem do saber popular pode ser transformada em conhecimento científico preservando-se o conjunto de pensamentos sociais e mantendo-se em mente a importância da relação de reciprocidade entre o indivíduo e o meio social em que vive.

Considerando essa reflexão, lembro-me aqui do livro “O Pequeno Príncipe”, de Antonie de Saint-Exupéry. Permitam-me que repita uma passagem específica que muito se associa com o pensamento que em seguida, gostaria de expor.

Logo no início do livro, o protagonista da história ainda quando criança faz um desenho, fruto de sua imaginação, envolvendo animais selvagens. O esboço que muito orgulhoso mostrava aos adultos é imediatamente seguido pela pergunta se o desenho lhes meteria medo. Elas indagavam porquê ter medo de um chapéu?! (figura 1). O autor



Figura 1

muito desapontado concluiu que as pessoas não entendiam as coisas sozinhas e explicava que seu desenho “não representava um chapéu. Representava uma jibóia digerindo um elefante” (figura 2) (Exupéry, Capítulo I).



Figura 2

Uso desse clássico então, para ilustrar quão interessante se faz as diversas maneiras de se ver e explicar os fenômenos ao nosso redor. Parece-me oportuno aqui lembrar que a maneira como as pessoas expressam seus sentimentos, ideias e representações a respeito de algo é o que nos faz entender sobre eles.

Uma teoria em especial, a Teoria das Representações Sociais é mesmo como Moscovici (2007) afirma “uma teoria da crença e do conhecimento, de seus respectivos conteúdos” (Moscovici, p.38). Por isso, a escolhemos para subsidiar a discussão baseada no conjunto de representações que os profissionais de saúde constroem acerca da violência no idoso. Aguiar e Nascimento (2005) explicam como esta teoria é percebida pela sociedade auxiliando-nos assim, a entender sua utilização para uma compreensão mais ampla do fenômeno da violência. Afirmam então os autores que a teoria da representação social é parte de um sistema simbólico que provê significados à realidade manifestadas através de palavras, sentimentos, gestos e condutas (Aguiar e Nascimento, 2005).

Quanto a sua utilidade para a saúde especialmente no tocante a mudanças de comportamento, Marques (2008) fala sobre a importância de se reconhecer o dinamismo e a reciclagem dos sistemas de interpretação dos indivíduos. Mais precisamente no que diz respeito ao assunto que aqui se aborda, se pode assumir que ao se explorar o que as pessoas têm a dizer e como expressam suas opiniões e perspectivas acerca da violência no idoso, se poderia contribuir mais efetivamente para o aprimoramento de políticas de assistência e prevenção primária dos diferentes tipos de abuso que são vítimas em particular essa população.

Ocasionais queixas de maus-tratos podem ser “justificadas” apenas como consequências da dificuldade de locomoção ou necessidade de ajuste diante de novas demandas provocadas pela idade, disfarçadas para evitar o confronto entre o agressor e a possível vítima numa conveniente e ilusória compreensão do ocorrido.

No artigo de Ferreira (2006) encontra-se a afirmação de que “a maioria das pessoas idosas vítimas da violência, sentem-se permanentemente ameaçadas, são incapazes de

se defender e de assegurar a sua própria segurança” denotando uma fragilidade espantosa sobre a capacidade da pessoa idosa em lidar com esse tipo de problema (Ferreira *et al*, 2006, p 17).

A violência poderia ser pois, mais uma patologia incurável que atinge parte dessa população em particular. Para os que concordem com esse pensamento, lembro alegremente de todas as outras pessoas na faixa etária em questão que convivem com outros problemas de igual, menor ou maior gravidade de uma maneira reactiva, digna e dinâmica sem uma conotação tão ressaltada de fraqueza. Pois, se temos que aceitar a velhice como sinónimo de fragilidade e delicadeza, há também de se permitir que se explore o pensamento dos que não se identifiquem como tais.

Nessa mesma linha de raciocínio, a tarefa de compreender como a violência acontece, é, pois um desafio que deve ser respeitado pela sua complexidade embora passível de ser feito. O artigo que aqui se desenvolve é parte de uma investigação de doutoramento a respeito das Representações Sociais sobre a violência no idoso utilizando como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais que identificam as concepções partilhadas socialmente correlacionando-as com os indivíduos que as produzem. Envolve três perspectivas distintas quais sejam, a perspectiva do próprio idoso, o ponto de vista de famílias que tenham como integrantes pessoas maiores de 65 anos e finalmente, profissionais da área de saúde que prestam assistência a população nessa faixa etária.

Nesse momento, se tecerá apenas algumas considerações envolvendo a dinâmica do relacionamento entre a população de idosos vítimas de violência e os profissionais de saúde que lhe prestam algum tipo de assistência com o objectivo de facilitar o entendimento sobre a influência das atitudes desses profissionais na comunicação do abuso. Se agrupou portanto as três formas de violência de que podem ser vítimas os idosos, exploradas pelos autores Silva *et al* (2008), quais sejam: a violência intrafamiliar, a estrutural e a violência institucional.

1. Violência Intrafamiliar: De acordo com o Ministério da Saúde (2001) esse tipo de violência é caracterizado como toda acção 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. Estão incluídos aqui não só integrantes ligados por descendência mas todos àqueles que exercem a função de guarda ou poder. Por envolver na grande maioria, pessoas emocionalmente próximas às vítimas, essa forma de violência suscita reacções claras de *desgosto* pela população

em geral devido a conotação afetiva que existe entre vítimas e agressores.

2. **Violência Estrutural:** Esse termo foi introduzido pelo sociólogo Johan Galtung há mais de vinte anos atrás e seu conceito utilizado largamente desde então, não só nas ciências políticas e sociais mas também nas ciências médicas (Evangelista, 2005). Referimo-nos a Minayo (1994) para entender sua definição. A violência estrutural segundo a autora é uma “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à pressão dos indivíduos” (Minayo, 1994, p.8). Silva (2008), fala sobre uma vulnerabilidade em particular dos idosos que sofrem essa forma de violência pois não a compreendem como violência “aceitando apenas como incompetência dos governantes e responsáveis” (Silva *et al*, 2008, p.125).

3. **Violência Institucional:** Volta e meia, esse tipo de violência chega aos canais de TV expondo a negligência da assistência ao idoso nas instituições. Existem poucas opções de lares para quem deles precisa e é verdadeiramente angustiante discutir o problema com pessoas que planejam lá viver ou com familiares que necessitam dos serviços para cuidar de seus idosos. O Conselho Nacional de Saúde ao se referir sobre a taxa de morbi-mortalidade por acidentes e violência, traz a preocupante mas já ultrapassada incidência de um terço do grupo (de idosos) que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual (CNS, 2002). Em Portugal, o Procurador-geral da República, ao discutir publicamente o problema da violência, afirmou que apesar de ter dados sobre a doméstica e a que acontece em escolas, não possui os elementos necessários para avaliar a que é praticada em instituições.

O papel dos profissionais de saúde e o problema dos registros de casos

Os profissionais da área de saúde que se colocam no papel de cuidadores têm a oportunidade de tratar o problema da violência no idoso que chega às diversas Instituições considerando especialmente, a pessoa que o traz.

Levando-se em consideração que esses podem ser os primeiros indivíduos a terem acesso a sinais de abuso e tendo como referência seu dever em realizar notificação compulsória, a preocupação sobre o que os profissionais de saúde pensam sobre a violência no idoso parece por si só, justificável.

Em relação a notificação de casos, a dificuldade dos profissionais de saúde em realizá-la é discutida por Gonçalves e Ferreira ressaltando-se como se valoriza a privacidade da vida familiar na sociedade brasileira e como é intrusiva e ofensiva qualquer intervenção que confronte a autoridade paterna (Gonçalves e Ferreira, 2002).

O artigo de Jogerst chama a atenção para o fato do registro de apenas 21% dos 550.000 casos de abuso ocorridos há doze anos, devido a falta de conhecimento público sobre o assunto e políticas confusas de saúde públicas ou normas referentes a práticas profissionais (Jogerst *et al*, 2003).

De acordo com D’Oliveira e Schraiber (1999), os profissionais tendem a compreender a violência como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. Dessa forma há o “desligamento” do dever de notificar, e a equação correspondente ao fato dela existir independente de sua notificação, é evidentemente comprometida.

A falha nas notificações de violência é provocada, segundo Deslandes (2000) pela “falta de adequação técnica e material para a realização da tarefa, ou seja, falta de pessoal, rotinas de registro não adequadas à dinâmica do trabalho, ausência de informatização e pouca valorização da prática de registro” (Deslandes, 2000, p.146).

O estudo de Craig (2003) ilustra casos de dificuldades dos profissionais de saúde, e menciona razões encontradas pela Associação Médica Britânica dos médicos não identificarem mulheres vítimas da violência doméstica como sendo: medo em discutir as experiências de abuso, falta de conhecimento sobre violência doméstica, além de serviços de ajuda e suporte, falta de tempo, falta de treino no assunto, visitas médicas irregulares por parte das vítimas, irregularidade ou mesmo falta de respostas/explicações pelas vítimas, sentimentos de impotência para ajudar e negação do abuso.

Já a violência envolvendo a população masculina é no mínimo intrigante. Apesar das estatísticas de violência fornecidas pela Secretaria Nacional de Segurança Pública destacarem que os homens de uma forma geral são “suas maiores vítimas”, pouco se sabe sobre o número de casos de violência intrafamiliar, estrutural ou institucional aonde ele aparece como tal. Este tipo de violência, afirma Dantas-Berger & Giffin (2005), é pouco investigada pelos profissionais de saúde, o que colabora para que seja subestimado suas ocorrências em dados oficiais. Existe porém, indicativos de alguns estudos internacionais sobre o tema, apontando para um número significativo de casos.

Estatísticas americanas publicadas sobre violência doméstica como as encontradas no estudo de Corry,

Fiebert & Pizzey (2001) por exemplo, apontou que as mulheres são tão violentas quanto os homens. Essa afirmação foi reiterada por 206 investigações feita por Fieberg (2007) acerca de estudos comprovativos de que as mulheres são fisicamente agressivas ou mais agressivas do que os homens em seus relacionamentos.

Um estudo sobre o relato de profissionais que trabalhavam na área de Violência Doméstica, mostrou que 80% desses profissionais identificaram casos em que as mulheres iniciaram algum tipo de violência física contra seus parceiros; 69% o fizeram sem aparente história de abuso por seus companheiros (Adams, 2002).

Murray Straus, famoso sociólogo americano especialista em estudos envolvendo o tema da família, é citado por muitos por suas pesquisas demonstrando dados sobre mulheres agressoras. Ele é um dos principais defensores de pesquisas sobre *gender symmetry* ou *simetria dos sexos* apontando a necessidade das análises incluírem dados sobre homens e mulheres, pois como ele mesmo menciona: “ao menos que existam resultados de pesquisa para ambos (os sexos), embora se possa obter resultados importantes, não haverá resultados empíricos ou simetria *per se*” (Straus, 2006 - tradução nossa).

Embora já preocupantes, os números relacionados a realidade da violência cometida contra os idosos são no mínimo, furtivos. Há uma tremenda dificuldade em saber sobre sua epidemiologia por se tratar de uma população particularmente fragilizada no que diz respeito a estereótipos.

As atitudes influenciando o tratamento

Diante desse “retrato mal revelado da violência”, pode-se supor que suas estatísticas possuem ainda características bastante duvidosas quanto a sua fidedignidade. Mas anterior à questão da notificação existe evidentemente, a necessidade de falar sobre o ocorrido.

A opinião das vítimas sobre serem ou não abordadas sobre o tema, foi explorada em pesquisa realizada por Bradley, Smith, Long e O’Dowd (2002) demonstrando que entre 651 mulheres com história de abuso, 77% afirmaram ser certo a iniciativa do médico em questionar sobre o assunto.

Podemos assumir que se o profissional escolhe uma atitude de distanciamento ou mesmo de negação diante dos sintomas da violência, provavelmente irá comprometer de forma negativa alguma intenção da vítima em discutir o assunto. Por outro lado, uma atitude de interesse por suas histórias pode trazer benefícios terapêutico-clínicos importantes, já que de nenhum modo contribuem para ignorar a tentativa das vítimas em procurar ajuda apesar de aterrorizadas por suas experiências de abuso.

Trata-se portanto, da escolha entre silenciar a intenção da fala ou de permitir que se escute o que nem sempre está presente no discurso. Esse aspecto é extremamente relevante no campo da saúde por não se restringir apenas ao carácter educativo da expansão do conhecimento mas, principalmente no possível trabalho preventivo ao se constatar a eficácia de uma intervenção individual contextualizada no social, capaz de minimizar uma situação de abuso ou mesmo contribuir na diminuição dos níveis de violência na comunidade.

Infelizmente, a preocupação da criação de equipes multi-profissionais assegurando a cobertura bio-sócio-cultural para vítimas e agressores, não parece ser suficiente para garantir que o profissional se sinta capacitado a abordar o tema. Aí também se perde a oportunidade de realizar prevenção primária, devendo-se pois, adquirir o hábito de abordar o assunto como parte da rotina de consulta não só para educar, mas sobretudo oferecer apoio e suporte aumentando a possibilidade de discussões futuras sobre a violência no idoso.

Steven Pinker, controverso psicólogo evolucionista que actua na área de linguística, posiciona seus trabalhos rastreando fatos históricos para comprovar que o declínio dos comportamentos de violência tem acontecido paralelamente ao declínio de atitudes de tolerância e glorificação por ela (Pinker, 2007).

Adaptando essa afirmação ao papel da assistência profissional às vítimas, pode-se concluir que promover a comunicação da violência é também uma acção de combate à mesma, já que o contrário desse comportamento, ou seja, dificultar a discussão do assunto pode ser percebida como uma forma de tolerá-la, permiti-la e glorificá-la.

Entender como a violência nos idosos acontece é obviamente um desafio que envolve um trabalho multidisciplinar exigindo a conexão de todos os sectores da sociedade. Conhecer as representações sociais que orientem as atitudes desses profissionais em relação as vítimas de violência é reconhecê-la como parte da assistência que se presta.

Se espera que a expectativa por respostas diante das considerações aqui expostas sirva mais precisamente, de motivação para a contínua tarefa de reflexão sobre o tema. Fica aqui a inquietude da pluralidade da existência de muitas acompanhadas pela incerteza de suas eficácias. Resta-nos pois a suscitação pelo respeito a singularidade das situações e de suas demandas considerando sempre a relação de reciprocidade entre a pessoa idosa e o profissional que lhe atende aonde o único aspecto inquestionável da assistência é o reconhecimento da existência do *outro*.

Referências

- Adams, S.R.(2002). *Women who are violent: Attitudes and beliefs of professionals working in the field of domestic violence*. Military Medicine. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3912/is_200206/ai_n9105012. Acesso 19 Jun 2008.
- Aguiar, M.G. & Nascimento, M.A.A.(2005). *Saúde, doença e envelhecimento: Representações Sociais de um Grupo de Idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) – Feira de Santana - BA*. Textos Envelhecimento. v.8 n.3 . Rio de Janeiro. ISSN 1517-5928
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio a Vítima. Estatística (2000-2007). - *Idosos vítimas de crime*. <http://www.apav.pt/estatisticas.html> Acesso em 20 Set. 2008.
- Beauvoir, S.(1968). *A Velhice*. Rio de Janeiro, edição 1990. Ed Nova Fronteira.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J. & O'Dowd, T.(2002). *Reported frequency of domestic violence: cross-sectional survey of women attending general practice*. British Medicine Journal. 324:271.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar: Informações e Orientações para Agentes Comunitários de Saúde*. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde.
- . Ministério da Justiça. (2002). *Relatório final da Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento de Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres*. Brasília: Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Conselho Nacional de Direitos da Mulher, Secretaria Nacional de Segurança Pública.
- Conselho nacional de saúde. (2001). *Trauma e Violência*. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Ministério da Saúde. 2002. Brasília, DF. <http://conselho.saude.gov.br> Acesso em 20 Set. 2008.
- Corry, C. E., Fiebert, M., & Pizzey, E.(2002). *Controlling domestic violence against men*, paper presented at 6th International Conference on Family Violence, San Diego, Sept. 10, 2001.
- Craig, C. (2003). *Domestic Violence and Health Professionals: A short study on women's experiences*. Northern Ireland Women's Aid Federation. <http://www.niwaf.org/research>. Acesso em 15 de Jul.2008.
- Dantas-Berger, S. M.; Giffin, K.(2005) *A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 02 Nov. 2008.
- Deslandes, S. (2000). *Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência Hospitalar. Representações, Práticas, Interações e Desafios*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
- D'Oliveira A.F.P.L. & Schraiber, L.B.(1999). *Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais*. Rede Saúde. 1999;19:3-4.
- Drummond De Andrade, C.(1987). *O Averso das coisas*. Rio de Janeiro. Record.
- Evangelista, M. (2005). *Peace Studies: Critical Concepts in Political Science*. Taylor & Francis. London & New York
- Exupéry, A. *The Little Prince*. (2000). Translation: Richard Howarson. 1st Edition. Harcourt Children's Books.
- Ferreira, M.A., Nunes, I.C.M, Carvalho,R.S., DA Silva, P.C.P. & Martins, S.A.F.(2006). *Maus-tratos nos idosos*. Nursing. Revista de Formação Contínua de Enfermagem. 16;16. Dez 2006, p 16-18 & 49.
- Fieberg, M.S.(2007). *References Examining Assaults by women on their spouses or male partners: An annotated bibliography*. <http://www.csulb.edu/~mfiebert/assault.htm>. Acesso 10 Jul 2008
- Gonçalves, H.S. & Ferreira. A.L. (2002). *A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde*. Cadernos de Saúde Pública.18(1): 315-319.
- Iaria-Timo, C.(2003). *O envelhecimento*. Acta Fisiátrica 10(3);114-120.
- INPEA – International Network for the Prevention of Elderly Abuse. (2002).In: WHO. World Report on Violence and Health. *Abuse of the Elderly*. Chapter 5. http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap5_eng.pdf. Acesso em 17 Set. 2008
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007). *Estimativas Anuais da População Residente*. Atualizado em 29/05/2008. <http://www.ine.pt>. Acesso em 20 Set. 2008.
- Jogerst, G.J., Daly, J.M., Brinig, M.F., Dawson, J.D., Schumuch, G.A & Ingram, J.G. (2003). *Domestic elder abuse and the law*. American Journal of Public Health. Dec 2003, 93;12.
- Marques, M.C.(2008). *Representações sociais sobre o enfarte agudo do miocárdio construídas por doentes, famílias e profissionais de saúde*. Projecto de Doutorado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Évora.
- Minayo, M.C.S.(1994). *A violência social sob a perspectiva da saúde pública*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 10, supl. 1
- Moscovici, S. (2007). *In: Moreira, A.S.P., Camargo, B.V., (Org.) Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária p.21-43.
- Pinker, S. (2007). *A Brief History of Violence*. TED Conference (Technology, Entertainment, Design). Palestra filmada em Março de 2007 e colocada a disposição pública em Setembro de 07. <http://www.ted.com/index.php/talks/view/id/163>. Acesso em 16 Ago 2008
- Silva, M.J., Oliveira, T.M., Joventino, E.S. e Moraes, G.L.A.(2008). *A Violência na vida cotidiana do idoso: Um olhar de quem a vivência*. Revista Eletrônica de Enfermagem;10(1):124-136. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a11.htm>. Acesso em 18 Set2008.
- Straus, M.(2006). *Future Research on Gender Symmetry in Physical Assaults on Partners. Violence Against Women*. Sage Publications 12(11). <http://online.sagepub.com>. Acesso 10 Abr 2008
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland. P. 147-181.
- Vidas Alternativas (2008). *Violência contra idosos em Portugal*. <http://va.vidasalternativas.eu/?p=641>. Acesso em 22 Ago 2008.

Recebido em 07/07/2009

Aceito para publicação em 12/08/2009