UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MARISTELA APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA

Trauma de face causado por agressão em idosos

BAURU
2019

MARISTELA APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA

Trauma de face causado por agressão em idosos

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, para obtenção de Título de Doutora, em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ciências Odontológicas Aplicadas.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

BAURU

2019

Silva, Maristela

Trauma de face causado por agressão em idosos / Maristela Silva. – Bauru, 2019
148p.: il ; 31 cm.

Tese. (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

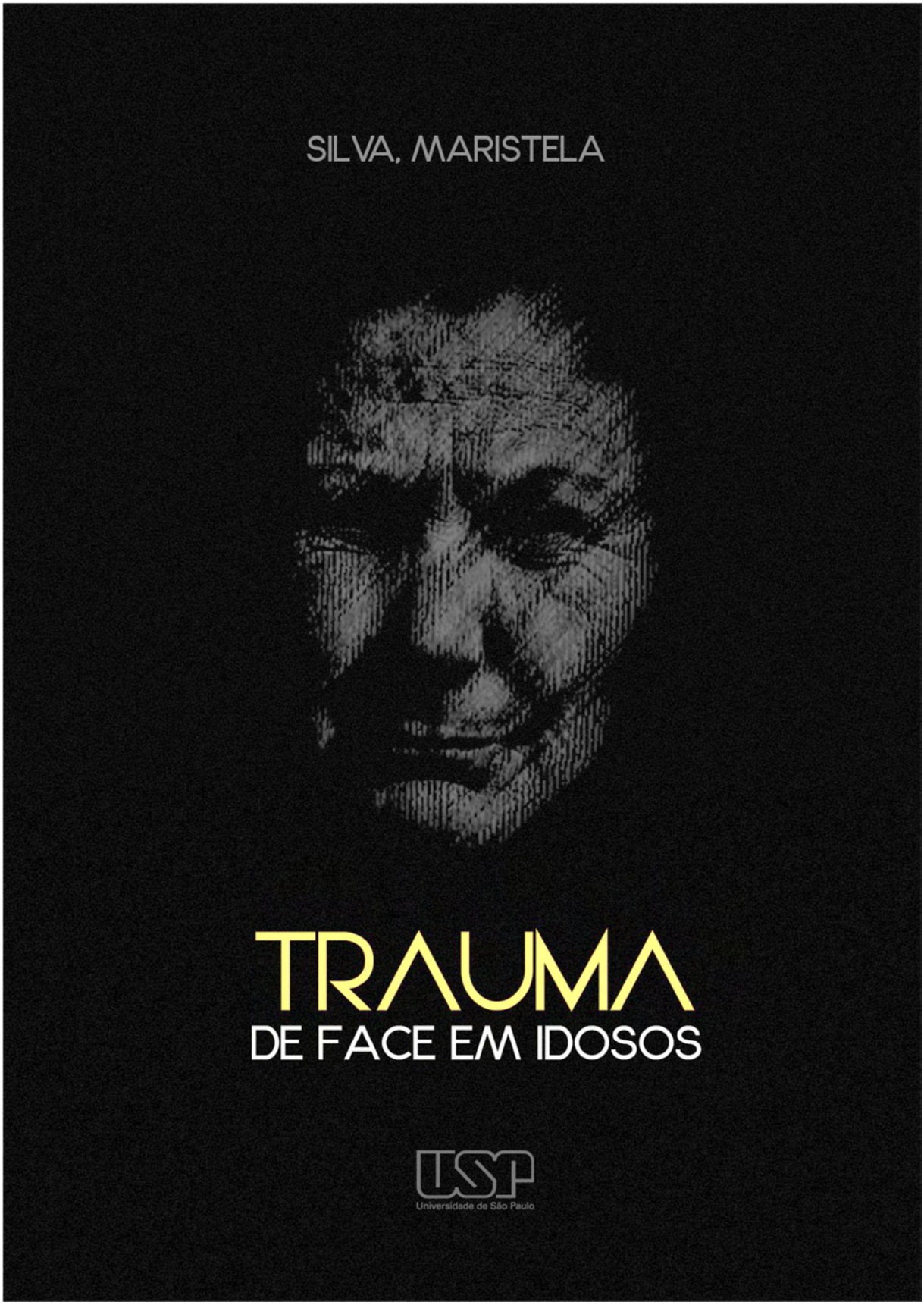
Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial dessa Tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 95714318.5.0000.5417
Parecer n°: 2.970.109
Data: 10/10/2018

FOLHA DE APROVAÇÃO



Richard Augusto – Artista Plástico (filho)

DEDICATÓRIA

AOS IDOSOS

Quando do levantamento dos dados para a pesquisa, para mim foi um momento de muita reflexão, sobre a vida e tudo o que ela proporciona. Por intermédio das fichas e dos prontuários foi um meio de saber ou tentar saber sobre essas ocorrências de violência contra as pessoas idosas no meio familiar. Porém, no documento em si, o que se observa são as anotações clínicas e observações de relato das vítimas e/ou dos acompanhantes.

A dor e o sofrimento de cada um que passava no atendimento com esses agravos de trauma da face em decorrência de agressão familiar, as informações anotadas, em si não representam. Quer saber como é ser um idoso? Se coloque no lugar dele, isso ninguém quer. O mesmo digo eu. Tudo é muito mais além. Eu considero que a tese deve ser muito mais que uma pesquisa de dados, principalmente quando se depara com o afetamento profundo da dignidade humana. Cabe ressaltar, que não estou dizendo aqui que não é válida, estou sim, a dizer que é profunda. E alcançar essa profundidade na/da dor só quem passa por ela. Mais ninguém.

Maristela

DEDICATÓRIA

Os nossos corações nesses novos tempos, parece a esfriar.

Aonde está o calor humano, calor ao próximo, e ao familiar.

Precisamos refletir, parar, pensar .

Porque ainda há tempo de mudar.

Almeida Junior (amigo querido)

Ao meu irmão e a minha mãe... eterna gratidão

Quando eu morava no Rio de Janeiro, saia cedo de casa para ir ao mercado para comprar pão e via aquele monte de velhos nas filas do mercado, batendo papo, jogando conversa fora eu ficava "emputecido" da vida. E pensava comigo. Esses velhos não tem o que fazer vem aqui a essa hora no mercado atrapalhar que tem horário para ir trabalhar. As vezes senti vontade de xingar...mas, me calava. Agora que estou aqui,...cuidando da mãe... eu me lembro disso ...eu chego a me arrepender...pois percebo que eles os idosos vão para o mercado cedo para conversar... para encontrar alguém com quem falar...

Rogério (irmão)

Uma amiga muito querida,, me disse certa vez: filha! "Nessa vida é preciso ter "coragem, determinação e fé." Essa amiga já se foi, mas deixou o seu legado".

(Amiga querida)

AGRADECIMENTOS

PAI agradeço por ter me permitido chegar até aqui.

Agradeço a minha família...meus filhos Victor, Richard, meu neto Enzo

Agradeço ao Professor (orientador) Dr José Pereira Lauris

Agradeço à Silva Tonin (Secretária do Departamento de Saúde Coletiva)

Agradeço as funcionárias da Pós – graduação- FOB-USP

Agradeço aos funcionários da Biblioteca

Agradeço as funcionárias do CEP (Comitê de Ética)

Agradeço aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru

Agradeço a toda a equipe de funcionários do Pronto Socorro Central

.

JUVENTUDE INTERIOR

A juventude é essa fase dourada da vida, em que os sonhos superam a realidade, e na qual a exuberância, a força e a beleza estabelecem o seu domínio.

Na Terra, essa fase é determinada por certo número de primaveras.

É um período de tal forma atraente que desde sempre o perseguimos e desejamos nos manter nele.

Para isso, buscamos poções mágicas, fontes milagrosas, que jamais serão encontradas.

Na atualidade, com o objetivo de mantermos, por mais tempo, uma aparência jovem, frequentamos academias, nos submetemos a cirurgias plásticas, utilizamos produtos e cosméticos os mais diversos.

Tudo isso pode nos conferir uma boa aparência exterior, no entanto, importante pensarmos como estamos em nossa intimidade.

Por vezes, somos exatamente aqueles que agasalhamos ideias arcaicas, ultrapassadas, enquanto buscamos nos manter jovens por fora.

Isso nos diz que podemos retocar, modernizar a aparência que mostraremos para o mundo.

Seremos semelhantes a um presente muito bem embrulhado, com laçarotes coloridos, trazendo no interior um produto que cheira a bolor, algo com data de validade vencida há muito tempo.

Rejuvenescer ideias, espantar preconceitos, mudar pareceres antiquados exigem mais do que uma cirurgia plástica.

Podemos afugentar as rugas do corpo, mas o Espírito necessita de outros esforços para rejuvenescer.

* * *

Quando nos dispusermos a perceber que somos Espíritos imortais revestidos de um corpo material, apenas para viver na Terra, compreenderemos melhor o processo do rejuvenescimento.

Perceberemos que a tão procurada fonte da juventude se encontra em nós mesmos, e se mostra desde o instante em que resolvemos nos conhecer e aceitamos as mudanças naturais da vida.

Utilizando essa fonte, poderemos nos transformar intimamente, tornando mais verdadeiro e simpático o nosso sorriso; nos tornarmos mais sábios; termos um olhar mais sereno.

Tudo isso estará retratando nossa realidade de Espírito que busca evoluir, que deseja alcançar patamares mais elevados.

Quando, independente da idade que tenha o nosso corpo, soubermos admirar um raio de sol, o desabrochar de uma flor, o sorriso de uma criança, estaremos vivendo a plenitude da juventude.

Quando nosso foco estiver no aprendizado de novas ciências, novas tecnologias, estaremos mantendo ativa e jovem a nossa energia mental.

Quando buscarmos crescer para a luz espiritual, embora dependente ainda das leis materiais, nosso olhar estará em perfeita conexão com a vida.

Manter essa juventude interior deve ser objetivo de todos os que nos encontramos sobre a Terra.

Isso nos permitirá termos nossas vidas transformadas em produtivas searas, fortalecidas pelo amor de Jesus.

O perfume desse amor maior nos manterá espiritualmente jovens e repletos da vida abundante.

A juventude física é passageira, por mais tentemos deter as consequências do avanço dos anos. Entretanto, a juventude da alma que se dispõe a compartilhar suas energias, transformadas em bênçãos de luz e paz, nos enriquecerá para sempre.

Façamos mais em nosso próprio favor. Zelemos pelos exemplos que espalhamos, estejamos sempre dispostos a aprender mais e mais, em terapêutico processo de evolução constante.

Conservemo-nos eternamente jovens na intimidade de nós mesmos.

Joanna de Ângelis

RESUMO

“Trauma de Face Causado por Agressão em Idosos”

O trauma de face é uma das mais importantes causas de morbimortalidade em todo o mundo, porém no contexto geriátrico, o trauma de face pode ser considerado como sendo uma das lesões mais fatais, devido a sua proporcionalidade agressiva. Esse tipo de ocorrência nas pessoas idosas pode representar um problema de grande magnitude e transcendência. Maiormente , quando essa lesão foi provocada por violência (agressão física), mais ainda, se essa agressão foi desferida por uma pessoa da família. O objetivo desse estudo foi compreender a magnitude e dar visibilidade a violência sofrida pelas pessoas idosas nos atendimentos na Unidade de Urgência/Emergência do Pronto Socorro Municipal Central de Bauru, estado de São Paulo. Para alcançar um entendimento mais profundo desse contexto, buscou-se efetuar uma caracterização sociodemográfica dos idosos vitimados por violência física. Além disso, foi necessário ainda realizar a categorização de um segundo o tipo de trauma, efetuando assim, a classificação de acordo com as circunstancias da violência contra os idosos. Optou-se pelo método observacional descritivo que constituiu o levantamento em torno de um universo de prontuários/fichas pertencentes a indivíduos com 60 anos ou mais idade, de ambos os gêneros, atendidos no período de 2012; 2013; 2015; 2016; 2017 e 2018. Resultando em 69 fichas e prontuários que abarcaram os objetivos desse estudo. Obteve-se os seguintes resultados: o período de maior violência 2012 34,8%; sendo mais agredido o gênero masculino (68,1%), na faixa etária de 60-65 anos de idade, 79,7% dos idosos chegaram acompanhados para o atendimento na unidade de urgência/emergência, em relação ao agressor, o filho foi responsável por 22,2%, e algum outro familiar por 26,1%; sendo que o trauma de face é o mais prevalente 71,0%, em outros casos, lesões mais ligadas na área de odontologia: trauma da face, trauma de crânio e trauma dentoalvelar 92,8% dos casos, e o método de agressão por pauladas ocorreu em 37,0% dos casos. A partir da aplicação do teste exato de Fisher nas associações; o estudo apontou que a agressão sem o uso de instrumento foi de 37,0% e a agressão com o uso de instrumento 63,0%, na

associação do gênero e a agressão familiar, os homens foram os mais agredidos 68,8%, os mais agredidos, na correlação entre agressão familiar e faixa etária; foram aqueles acima de 70 anos (os idosos mais idosos) e para a agressão com o uso de instrumento os da faixa de 60-70 anos de idade. Verificou-se nesse estudo que a problemática da agressão é concentrada maiormente nas relações interpessoais entre os pais e filhos, o que pode dificultar ao idoso o acesso para buscar ajuda. A agressão tem seu início aos 60 anos e prossegue para com os idosos mais idosos.

Palavras Chave: Idoso; Trauma de face; Violência

ABSTRACT

“Face Trauma Caused because of Aggression in Elderly People”

The face trauma is one of the most important death causes all over the world, however in the geriatric context could be considered one of the most deadly injury due to its aggressive proportion. This kind of occurence in elderly people could represent a big magnitude and transcendence problem. The problem is even bigger, when this injury was induced to violence (physical aggression), moreover, if this injure was provoked by someone from the family. The goal of this study was understand the magnitude and promotes visibility of the violence that elderly people suffer in the Emergency care /Central Muncipal Emergência departamento from Bauru, São Paulo State. Searching to achive a deeper comprehension of this contexto.Thus, looked for execute a socialdemographic characterization of elderly people victimized gy physical aggression. In this context was searched also make a second injury kind categorising, getting the classification according the injury kind of violence against eldery people. Thinking about the search goal was chose the descriptive observational method that constituted the files gathering from 60 year old people or older, from both genders, seen in the period: 2012; 2013; 2015; 2016; 2017 e 2018. Resulting in 69 files that envolve the goal study. Following this perspective the was got the incoming results: the longer violence period was 2012 34,8%; in this data masculine gender is more attacked (68,1%), in the age group of 60-65 years old, 79,7% of elderly people arrived accompanied by for emergency care, in relation to the agressor, the son was responsible in 22,2%, and any other Family member was reponsible in 26,1% of the occurences, having as more prevailing face injury, 71,0%, the comum injuries are more related to odontological área: facial traume, crânio injury and avelarthooth 92,8% of the cases, besides the aggression for whack occured in 37,0% of the cases. From the Fisher´s precise test application in associations the study pointed that the aggression without instrument use was 37,0% and for the aggression with instrument use was 63,0%, in the gender association and familiar aggression, men were more attacked 68,8%, the more attacked ones in the familiar aggression correlation and age group were the 70 year old ones (the older

elderly people) about aggression with instrument use occurs with the 60-70 year old elderly people. In this study was verify that the aggression problematic is bigger in interpersonal relationships between parentes and offsprings, and it difficults elderly people search for help acess. The aggression has its beginning in the 60 year old people and it keeps going with older elderly ones.

Key Words: Elderly people; Face trauma; Violence

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Funções da pela com a idade 52

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Localização de Bauru – mapa do Estado de São Paulo 73

Figura 2 - Unidade de Saúde – PSM Central 74

Figura 3 - Digitação/inserção prontuários/fichas no sistema de Saúde 75

Figura 4 - Foto parcial do arquivo – 2015-2017.....78

Figura 5 - Foto parcial do arquivo – 2018.....79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ocorrências de agressão aos idosos por ano 83

Tabela 2 - Distribuição de amostra por gênero 83

Tabela 3 - Distribuição de amostra por faixa etária 84

Tabela 4 - Distribuição da variáveis assistenciais e de agressão familiar 84

Tabela 5 - Distribuição por grau de parentesco do agressor 85

Tabela 6 - Distribuição das ocorrências por tipo de lesão 85

Tabela 7 - Distribuição de lesão ligadas à área odontológica 86

Tabela 8 - Distribuição das ocorrências por métodos utilizados para a agressão 86

Tabela 9 - Distribuição por agressão sem/com uso de instrumentos 87

Tabela 10 - Associação entre agressão por família e gênero 87

Tabela 11 - Associação entre o uso de instrumento e gênero 87

Tabela 12 - Associação entre agressão familiar e faixa etária 88

Tabela 13 - Associação entre agressão por família e faixa etária 88

LISTA DE ABREVISTURA DE SIGLAS

CCSMSB	Comissão Científica da Secretaria Municipal de Bauru
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SAVT	Advanced Trauma Life Support
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
COT	Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões
OMS	Organização Mundial da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
ONU	Organização das Nações Unidas
WHO	World Health Organization
LTC	Traumas Cumulativos
PNI	Politica Nacional Idosos
HD	Hipótese de Diagnóstico
MS	Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19

2 REVISÃO DE LITERATURA 23

2.1 Envelhecimento 23
2.1.2 Envelhecimento Populacional 23
2.2 Família 28
2.2.1 Família Envelhecimento/Prolongamento da Vida 31
2.3 Violência 34
2.3.1 A agressividade no Contexto Familiar 40
2.4 Anatomia da Face 42
2.5 Traumas 44
2.5.1 Trauma Físico 44
2.5.2 Trauma da Face 48
2.5.3 Trauma e a Pele da Face 52
2.5.4 Trauma “Psique” 54
2.6 Normativas em Defesa da Pessoa Idosa 60
2.6.1 Normativas Internacionais 60
2.6.2 Normativas Nacional 63

3 PROPOSIÇÃO 69

3.1 Objetivos 69
3.1.2 Objetivo Geral 69
3.1.3 Objetivos Específicos 69

4 MATERIAL E MÉTODOS 73

4.1 Campo de Pesquisa 73
4.1.2 Procedimentos Éticos 79
4.1.3 Análise Estatística 80

5 RESULTADOS 83

6 DISCUSSÃO 91

7 CONCLUSÕES 105

REFERÊNCIAS 109

ANEXOS 135

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata sobre as ocorrências de trauma de face em pessoas idosas, como consequência de violências (agressões) sofridas no meio familiar. Entre os especialistas o trauma de face é considerado uma das ocorrências lesivas mais significativas do mundo. Sendo apontado como devastador, pois, o trauma pode representar um problema de grande magnitude e transcendência, podendo até mesmo ultrapassar o entendimento tangível.

Atualmente, na sociedade os assuntos sobre "violência" chegam de forma muito mais generalizada, assim, suas discussões tratam sobre acontecimentos na sociedade em geral. Tal prática pormenoriza a violência em família; o que ocorre devido ao fato dos pais estarem envelhecendo de forma rápida, trazendo à tona, outras conjecturas que ligam um fato ao outro. Assim a literatura enfatiza fatos importantes ligados ao cenário do contexto atual, a fim de chamar a atenção, particularmente do meio acadêmico.

O estudo tratado aqui é extremamente relevante e abrangente, e por isso de difícil compreensão. O trauma de face é uma das lesões mais graves da violência no âmbito familiar contra os idosos, principalmente quando já se trata de indivíduos vulneráveis, dessa maneira, a dor e sofrimento ferem a dignidade da pessoa no seu mais profundo "eu", tal constatação só ocorre com aquele que vivencia essa situação.

Sendo assim, o estudo através das características sociodemográficas da faixa etária mais vitimizada e do gênero atingidos pela agressão familiar evidencia que a extensão dessa problemática se torna ainda mais complexa, porque chama a atenção de que a família é o sustentáculo por si só de todos os seus membros, elevando os cuidados aos mais frágeis e em torno deles. O que exige do grupo familiar cerzir os laços desgastados, responsabilizando se pelos encontros humanos.

Diante do disposto, o objetivo geral desse estudo foi "compreender a magnitude e dar visibilidade a violência sofrida pelas pessoas idosas". Um estudo

que na sua complexidade possui intrinsicamente as nuances das relações interpessoais, conflituosas. Sendo, portanto, de intrincado abordagem.

Abrangendo o delineamento observacional descritivo, com coleta de dados nas fichas e prontuários, dos pacientes com 60 anos e mais, na Unidade de Urgência/Emergência do Pronto Socorro Municipal de Bauru, estado de São Paulo. Os dados coletados foram tabulados em planilha do Excel ® e posteriormente analisados no programa SPSS, versão 25 (*IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp*.) Os dados foram descritos em tabelas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%). Para verificar associação entre as variáveis foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Em todos os testes foram adotados nível de significância de 5% (0,05).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento

2.1.2 Envelhecimento Populacional

Recentemente, uma reportagem sobre a longevidade atraiu a atenção pelo seu chamamento, pois é um assunto que desperta vários questionamentos e de resposta ainda incipiente. “VIVEREMOS 100 ANOS, MAS COMO?”[1]. A expectativa de vida longa nos remete a esse questionamento, dado que viver hoje em torno de 80 anos de idade é considerado habitual, porém daqui mais um tempo viver 100 anos será normal. Esse contexto de vida longa é comemorado pela ciência/tecnologia, afinal esse contexto longevo é visto/sentido como se fosse uma batalha da humanidade ganha contra a morte.

Porém, vale salientar, que junto desse mais tempo “ganho” existem outros reveses/circunstâncias a serem vividos e discutidos como por exemplo: os cuidados com a saúde, a autonomia, a qualidade de vida, desigualdade social que se dilata quanto maior for o tempo de vida, a solidão e a família. Na opinião de alguns citados nessa reportagem como o da professora Svetlana Alexiévich, prêmio Nobel de Literatura, “faltam” ideias para que celebrem esse novo período de vida”; quanto ao professor Jesús Riviera Navarro, da Universidade de Salamanca e especialista em sociologia do envelhecimento, essa geração de idosos vindouros, centenários, pode ser considerada idosos diferenciados, já que pertencem a uma geração que vivenciou experiências como protagonistas de inúmeros acontecimentos nos campos diversos como os históricos, econômicos, sociais , culturais, tecnológicos .

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI, porém apresenta inúmeras implicações consideradas de longo e alto alcance para todos os domínios das camadas sociais. As consequências sociais e econômicas desse fenômeno de envelhecimento são profundas, aponta o então

[1] Jornal El País https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/10/ciencia/1533911822_785860.html

secretário da ONU Ban-Ki-Moon no Prefácio do Relatório[2], que alcança a comunidade global de forma sem precedentes, em razão de:

> [...] a cada segundo, 2 pessoas celebram seu sexagésimo aniversário no mundo, um total anual de quase 58 milhões de pessoas que atingem os 60 anos de idade. Em 2050, pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2000, já havia mais pessoas com 60 anos ou mais que crianças menores de 5 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas tem 60 anos ou mais constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de 10 anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global. Na última década, o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentou em 178 milhões, o equivalente a quase a população total do Paquistão, 6.º país mais populoso do mundo. A expectativa de vida alcançou 78 anos nos países desenvolvidos e 68 anos de idade nas regiões em desenvolvimento, 2010-2-15. Em 2045 – 2050, os recém-nascidos terão a expectativa de viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 anos naquelas em desenvolvimento. De cada 3 pessoas com 60 anos ou mais, 2 vivem em países em desenvolvimento. Em 2050, quase 4 em cada 5 pessoas com 60 anos ou mais viverão no mundo em desenvolvimento. O Japão atualmente é o único país no mundo com de 30% de sua população com 60 anos e mais. Em 2050 haverá 64 países nos quais a população idosa constituirá mais de 30% da população. O número de centenários aumentará globalmente de 316.600, em 2011, para 3,2 em 2050. Para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, há 84 homens. Para cada 100 mulheres com 80 anos ou mais, há 61 homens. (HelpAgeInternational, 2012[3].)

Pensando nesse contexto longevo, mais direcionado aos números e estatísticas, tem-se a preocupação indubitável da questão econômica que o envelhecimento da população em termos mundial poderá proporcionar na economia, o que realmente causa preocupação. Como já mencionado, outras circunstâncias ocorrem e poderão ocorrer mediante esse fenômeno, que não só, e, tão somente um fator econômico. No entanto, o que este estudo desenvolvido e exaustivamente pesquisado pretende demonstrar quando cita o envelhecimento longevo em um contexto de trauma de face em pessoas idosas, é para se considerar fatores preponderantes desse fenômeno populacional quanto de seu entendimento sobre si.

Quando das leituras, pesquisas para um embasamento mais categórico sobre o assunto, ou teorias que viessem ao encontro aos anseios pretendidos, abarcando a fundamentação sobre o envelhecimento, deparou-se com uma leitura, cujo autor chama a atenção pela profundidade em que se mostra preocupado com a temática,

[2] https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

[3] 2012 – O ano do envelhecimento. Estamos vivendo uma era de envelhecimento sem precedentes, sendo necessário que a vozes das pessoas idosas sejam ouvidas.

no qual abre vestígios de reflexão sobre esse processo contemporâneo (o envelhecimento). Salienta:

> [...] ocupo-me não com o diagnóstico dos sintomas físicos do envelhecimento e da morte, que as vezes de maneira pouco apropriada, são chamados de sintomas objetivos, mas em examinar o que as pessoas que envelhecem e as moribundas experimentam "subjetivamente", quero completar o diagnóstico médico tradicional com um diagnóstico sociológico, centrado no perigo do isolamento a que os velhos e moribundos estão expostos (ELIAS, 2001a).

O sociólogo alemão Nobert Elias (1897-1990) foi responsável pelo desenvolvimento de uma teoria social considerada inovadora, que serviu para alargar o campo dos estudos sociológicos voltados à elucidação de processos sociais, ou seja, dos processos de interação humana no âmbito da sociedade. Norbert Elias era judeu-alemão, nascido na cidade de Breslau, ou Breslávia, região situada na Baixa Silésia, Polônia. Formou-se em medicina, filosofia e psicologia. Elias pertence a uma linhagem de cientistas sociais que constroem seus objetivos de estudo nos arquivos e bibliotecas, apoiado na composição e inventário de uma série de *corpora* documentais capazes de descrever os movimentos estruturados da história (LEÃO, FARIA; 2012). Esse processo de interação humana ao qual se refere, está em um dos seus muitos escritos o Livro "A solidão dos moribundos" seguido de "Envelhecer e Morrer" (2001b) trazem uma reflexão sobre a desnaturalização da morte, em que colocam a morte, assim como a vida, ambos, num processo em que os seres humanos têm dificuldades para encarar como algo natural, como parte do viver, envelhecer e morrer.

Por isso, quando do questionamento sobre viver mais tempo, e, o que fazer com "esse mais tempo", lembrando que isso não se trata de uma questão do fim (finitude), já que muitas pessoas morrem gradualmente, pois a fragilidade, principalmente quando idoso, é o suficiente para separar os velhos dos não velhos, ou seja, o isolamento não expresso em palavras, mas em sentimentos os coloca em arrefecimento afetivo nas relações interpessoais ,englobando tudo o que lhes proporcionava sentido na vida e segurança.

O fato é que esses acontecimentos de isolamento das pessoas quando do seu envelhecimento ocorre com mais frequência nas sociedades mais avançadas, mensurada por Elias (2001a) como sendo uma fraqueza dessas sociedades.

Relutância e dificuldade de identificação entre os não velhos, com os velhos. A expressividade desse recalcamento, junto à crueldade que se expressa dos que envelhecem, está mais explícita atualmente. Segundo Elias (2001c) nas caracterizações das relações interpessoais, mais visivelmente na potencialidade menos forte dos velhos em relação aos mais jovens, ficando terminantemente explícito na dependência de outros seres humanos. Porém, essa trajetória vai depender do curso de vida e da estrutura da personalidade de cada ser humano.

Todavia, a parte afetiva das relações interpessoais não significa necessariamente, como sublinha Elias (2001d), que as pessoas que envelhecem experimentam tão e somente apenas um tratamento amável dos mais jovens, pois: "não é incomum que a geração mais jovem, ao chegar ao comando, trate mal a geração mais velha", às "vezes" até com crueldade, acontecimentos que segundo o autor (2001e) não fazem parte das tarefas do Estado, imiscuir-se nesses assuntos agressividade interpessoal familiar.

Nessas circunstâncias, observa-se que as pessoas idosas, assim como qualquer outro cidadão estão à mercê da violência. No entanto fica óbvio que na medida em que se envelhece a fragilidade aumenta e se fica mais isolado do círculo familiar e da sociedade. Notadamente, o envelhecimento vem acompanhado geralmente pelo esgarçamento dos laços afetivos, não somente com a família, mas, e, também com os amigos, que comumente, inicia-se com a mudança de status (aposentadoria). Em muitos casos, a aposentadoria é vista como uma situação de desvalorização do indivíduo por não mais ser participante da população ativa e estar assim se tornando velho e improdutivo. O fato de o aposentado "depender" da sociedade, implanta no imaginário social o estigma da inatividade, que passa a acompanhar os demais momentos da vida após a aposentadoria[4]. Salgado (1997); Siqueira et al. (2002) compatibilizam que:

> [...] é nesse momento que a velhice passa a ser delimitada não mais pelas transformações fisiológicas, mas por um advento social, a aposentadoria, na qual o indivíduo passa pela transposição da categoria de trabalhador para

[4] Tais devem ser considerados no planejamento social e econômico do país, uma vez que pois são questões de enorme relevância: seguridade social, saúde, bem estar, habitação, transporte etc. São temas que precisam ser revisitados de modo a garantir um "envelhecimento ativo" de nossa população. Pois a sociedade deve sempre caminhar em direção à diminuir a desigualdade e à melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, particularmente , os idosos. Envelhecimento ativo e seus fundamentos.

> ex-trabalhador; de produtivo para improdutivo; de cidadão ativo para inativo. Um processo de generalização da aposentadoria, que, cria um princípio de identidade para a velhice, definindo esse tempo da vida pela inatividade

Nesse ínterim, a possibilidade de acontecimentos negativos na vida do idoso(a) pode passar a ter uma probabilidade maior, devido a sua exposição física e psíquica, a sua convivência plural/social com as idealizações junto à família, o que, nessa conjuntura de envelhecimento desencadeia a possibilidade de tratamento muitas vezes brutal, negligente, frio , compelindo a pessoa idosa para um ambiente de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade, por sua vez designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica e/ou politicamente. No entanto, no contexto da saúde, a vulnerabilidade se apresenta com outra conotação, passa a ser um indicador de iniquidade, apontando a desigualdade social, ao qual, pode anteceder e determinar os riscos em que o indivíduo (idoso) está exposto (ALVES, 1994). Barata (2001) sublinha que essa iniquidade e desigualdade social estão além de vinculadas à dimensão da justiça, estão também atadas à distribuição da riqueza e consequentemente à dimensão política.

Para uma população em pleno envelhecimento, e, de exponencial vulnerabilidade, o indicador no contexto das iniquidades sociais podem representar uma perspectiva de condições de vida individual e coletiva desfavorável, e que, faz-se necessário um desvelamento atento a essa demanda de forma global. Passando para uma construção conjunta de possibilidades, suprindo as necessidades com propostas de mudanças e transformações políticas/sociais/ambientais/estruturais para o cotidiano dos indivíduos, principalmente para os mais velhos (AYRES, 2002a). Para tanto, quando se trata de mudanças e transformações na propositura da vulnerabilidade, busca-se a síntese dos elementos abstratos, aos quais são associáveis os processos de adoecimento, por isso, de acordo com Ayres (2009b) a elaboração de planos e metas viáveis e concretas no tocante aos idosos. Por outro lado, a perspectiva universal, exige do indivíduo certa expressão no tocante a sua potencialidade, no intento de enfrentamento e entendimento do processo da vida dentro da realidade posta para cada um (AYRES, 1997c; BERTOLLOZI, 2009a).

Assim, alinhado a esse entendimento, coloca-se a possibilidade de transformação da realidade dos indivíduos, particularmente os mais velhos, que são determinadas por condições de conhecimento acerca do processo da vida, dos agravos, do comportamento e das ações tanto individuais como coletivas (AYRES, 2006d; BERTOLOZZI, 2009b).

A interpretação desenvolvida por Ayres (2009e) é que a vulnerabilidade aparece demarcada por condições cognitivas ou pela limitação dessas, ou seja, acesso às informações que dispõem, assim como, a forma em que as recebe e processa, tanto quanto o interesse em adotá-las e trazê-las para o contexto em que vive. É importante ressaltar que no conjunto desses interesses o conteúdo e a qualidade dessas informações, o significado que essas adquirem terão resultados na proporção direta dos valores e das motivações para cada sujeito (AYRES, 2009f).

Nesse aspecto, e diante de diferentes conjunturas, evidencia-se a vulnerabilidade como determinante de diversas suscetibilidades na essência do trânsito, entre a trajetória individual e coletiva, no que tange à compreensão da subjetividade e dos projetos de vida, e consequentemente, o discernimento em relação ao futuro. Essa é uma forma de inserção do indivíduo na sociedade, que determina o acesso à vida com dignidade, assim como as potencialidades para o enfrentamento dos processos que os conduzem ao desgaste da vida, assinala (BERTOLOZZI, 2009c). Enfim, a vulnerabilidade permeia todos os elementos que integram/interagem com a vida em sociedade, e todas as questões concernentes às necessidades fundamentais alusivas às necessidades fundamentais para o desenvolvimento da vida em comum na família, na comunidade e sociedade (BERTOLOZZI et al., 2009d).

2.2 Família

Família, diversidade e pluralidade. Na contemporaneidade, proferir sobre família pode ser considerado um grande desafio, levando em consideração que coexistem inúmeros arranjos familiares, os quais são caracterizados por uma gama imensa de diversidade cultural. Nos estudos de Andolfi (1984), tem-se a compreensão que:

> a família é um sistema ativo, em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros (componentes). Esse processo dual de continuidade e crescimento permite o desenvolvimento da família como unidade, e ao mesmo tempo assegura a diferenciação de seus membros. A necessidade de diferenciação entendida como a auto expressão de cada indivíduo funde-se com a necessidade de coesão e manutenção da unidade de grupo com o passar do tempo. Teoricamente, o indivíduo é membro garantido em um grupo familiar que seja suficientemente coeso e do qual ele possa se diferenciar progressivamente e individualmente, tornando-se cada vez menos dependente em seu funcionamento do sistema original, até poder separar-se e instituir, por si mesmo, com funções diferentes, um novo sistema.

Ao longo de sua história, o grupo familiar passa por um processo de diferenciação estrutural, com a necessidade de adaptar-se às pressões emanadas pela vida cotidiana, e promover as mudanças para poder sobreviver como família (HILL, MATTESSICH 1.979). Acrescenta-se mais, a vida cotidiana, indubitavelmente para todas as famílias, sem exceção, pode ser permeada por rotinas, regras, rituais, padrões de interatividade, conflitos, a falta de saúde, crises existenciais, problemas relacionais, psicodependência, entre outros, e, nesse contexto, assegurar a esse grupo familiar a continuidade de uma geração para outra, mesmo, em meio a todo esse contexto de mudanças.

A inevitabilidade das mudanças é de fato algo até mesmo imperceptível para muitos devido ao *habitus*[5] cotidiano, aparentemente colocado dentro de uma normalidade ritual para o grupo familiar. No entanto, as ocorrências transmutadas para as famílias não ocorrem por si só, sofrem contundentes influências externas principalmente no que tange às tecnologias nas comunicações midiáticas: redes sociais, televisão, *internet*, outros fatores como a questão de gênero, a espiritualidade, a biotecnologia, e o denominado como um fenômeno, o envelhecimento populacional longevo. Dentro dessa dinâmica social/ familiar, a relação é estabelecida.

Mesmo aparentemente em um mundo em desordem, a família é considerada uma instituição que alicerça a estrutura social e vice-versa, e diante disso, há a expectativa de responsabilizar-se pelo bem-estar dos seus, pois segundo Minuchin (1990):

[5]O comportamento humano é algo fascinante e ao mesmo tempo enigmático, sendo ele um objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, dentre elas a psicanálise, a psicologia, a antropologia e a sociologia. Lançado por Dendasck, o Conceito de Habitus em Pierre Bourdieu e Norbert Elias**.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do conhecimento.Ed. 2016.

> [...] como um organismo mutável que transforma e é transformado pela sociedade, as rupturas das tradições promovem uma quebra das relações vinculares, levando as famílias a percorrer um caminho nocivo para si mesmas, transformando laços em desenlaces, ordem em desconcerto, o que nesse sentido minimizaria as convivências com menos transgressões e agressões.

Nesse ínterim, tem-se observado que nas relações humanas familiares muito do que ocorre emerge das exigências impostas pela sociedade ao indivíduo e ao grupo familiar. Tais exigências, são padrões sociais cada vez mais elevados. Como resposta veem-se reações diversas, porém, principalmente, uma agressividade sublimada, que poderá vir a se transformar em uma força aniquiladora, dessa forma gerar dor e sofrimentos, Melo (2011), particularmente aos membros da família mais vulneráveis (crianças/idosos).

A reflexão de Habermas (2012a) das complexidades da vida na sociedade contemporânea, salienta:

> [...] que em linhas gerais, com o crescente papel da racionalização no jogo da vida, as sociedades, bem como as instituições, estão cada vez mais orientadas pela ação estratégica, em que coloca a crítica procedimental com base na razão como uma espécie de chave para tentar se compreender, e, buscar respostas para o entremeio das relações humanas em várias estâncias.

Contudo, é preciso responsabilizar-se pelos encontros humanos, visto que o indivíduo tem seu papel como parte de um sistema que por sua vez faz parte de um sistema maior. Para tanto, não podendo ser reconhecidas separadas, vê-se na autonomia e na individualidade papéis fundamentais, mediante a realidade relacional, principalmente para a plurigeracional (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

A autonomia é vista como um dos aspectos mais importantes para a população idosa. É considerada a vertente central para um envelhecimento saudável (BRASIL, 2006). E, diante das situações enfrentadas pelo indivíduo idoso, a autonomia pode ser considerada o “nexo” da conectividade neurológica junto à saúde física e emocional, colocadas como contribuintes para uma elevação dos índices de vitalidade para a população etária (CAMPOS, 2013). Nesse intermeio, a liberdade de escolha, a autogovernança estão diretamente ligadas à capacidade do indivíduo de ser “dependente” ou “independente” (DIOGO, 1997). Gerir a própria vida, até quando do fator limitante para a pessoa idosa na realização das atividades

de suas tarefas diárias, resgatando a autonomia e consequentemente a qualidade de vida (RAMOS et al., 1993; FRIEND et al., 1997).

2.2.1 Família Envelhecimento e o Prolongamento da Vida

O que esperar da família quando se envelhece? Em perfeita comunhão com a natureza, poderia se esperar: atenção, amor, carinho, compreensão com as limitações, auxílio, tratamento humanizado, cuidados médicos, cuidados higiênicos, cuidado alimentar, um conjunto de cuidados amplos necessários que possam proporcionar a qualidade de vida que o ser humano faz jus para viver uma vida com dignidade até a chegada da finitude.

Os cuidados necessários dispensados à pessoa idosa devem ser amplos e irrestritos, porém, para que isso aconteça dentro da família faz-se necessária uma entrega sem precedentes de algum ente mais próximo ao idoso; esposo(a), filhos(as), irmãos(as), e assim por diante. Sabe-se, no entanto, que um dia somos filhos(as), e em outros dias nos tornamos pais (mães). Essa mudança de posição, entre um lado e outro, pode passar a ser um muro de complexas relações e de conflitos interpessoais. A transposição desse muro de dificuldades para com os cuidados com a pessoa idosa passa em muitos momentos a ser um grande campo de batalhas, no qual não veremos e muito menos teremos vencedores, somente perdedores.

Sabe-se, no entanto, que cada ser humano tem a sua própria e única constituição na formação de seus valores, mesmo que esse seja da mesma família consanguínea e que mesmo assim, pode-se dizer que não haverá uma compatibilização sobre a resolução dos problemas no seio familiar. Todavia, sempre haverá aquele que ficará responsável por tudo/todos os cuidados para com a pessoa dependente, sendo esse de certa forma o mais usurpado, limitado na sua vida privada. A pessoa idosa por sua vez, se mentalmente preservada, assistirá todos os conflitos gerados, se culpando por sua incapacidade de reagir e ao mesmo tempo de ser dependente Dessa forma, e sem poder tomar as suas próprias decisões, sofre duplamente no olho do furacão, por sentir que a sua vida de trabalho, educação e sustento da família (filhos) não tenha valido de nada, ou até mesmo culpar-se por ver ocorrendo todos esses problemas.

O que leva os filhos(as) a rejeitarem os pais idosos(as)? Como tudo que fica velho, se torna obsoleto. Com o ser humano, apesar de não ser uma máquina, não muda muito as condições de uso e desuso. Quando se observa um idoso(a) que está totalmente sem autonomia (física/psicológica), o que vem na lembrança naquele momento é que um dia aquela pessoa foi como você, fez coisas como trabalhar, cuidar de filhos, passar noites em claro, brigar pelo seu alimento, manter os cuidados higiênicos em dia, procurar auxiliar nos estudos, e por aí vai. Assim, o tempo foi passando, a máquina humana passou a não funcionar com tanta ligeireza, os que dependiam dela, hoje já não dependem tanto, ou quase nada, ou nada.

A irreversibilidade da vida é fato. Cuidar de uma criança é algo que, em geral, pode se dizer prazeroso, porém cuidar de uma pessoa idosa, há uma mudança de realidade. Mas, o contexto aqui é sobre a rejeição, que por sua vez vem ligada a frustração, a insatisfação, constituindo de forma negativa o desequilíbrio da relação pais e filhos, e por fim, nesse composto de sentimentos complexos surge a agressão. Então, esse contexto que hora se apresenta, teve seu início há muito tempo.

O professor João Roberto de Araújo[6], formado em psicologia social pela Universidade de São Paulo, exemplifica que, quando numa gestação, antes mesmo de nascer, ocorrer frustração psicológica pela rejeição afetiva e frustração fisiológica por desconforto de movimentos, alimentos e drogas, a criança nasce apresentando alto nível de frustração. E, assim, pode acontecer na vida de uma pessoa um profundo desequilíbrio, pois, tendo na vida mais frustrações que satisfações, a agressividade é canalizada para a violência, desvia-se da condição natural e se canaliza para a destruição.

Para Miller et. al.; (1941a), a frustração produz energia agressiva e esta, por sua vez, instiga o comportamento agressivo, no entanto, na opinião desses autores (1941b) é importante salientar que a frustração não conduz inevitavelmente à ocorrência da agressão. Para os autores “a frustração produz instigação a um número de diferentes tipos de resposta, um dos quais é a instigação a alguma forma

[6] As frustrações podem promover desequilíbrio...
https://www.ineligenciarelacional.com.br

de agressão". Vale salientar, ainda, que essa instigação que pode levar a agressão vai depender também da posição hierárquica das partes, nesse caso, a pessoa idosa.

O ser humano cuida de outro ser humano? No decurso da vida preza-se a família, consanguínea ou não, o pilar relevante na base de sustentação para ela mesma (em si). No caso desse fenômeno contemporâneo "envelhecimento populacional junto ao prolongamento da vida" o cenário colocado pelo então estudioso sobre longevidade, Moody (1995a), é que diferentes circunstâncias podem emergir como atos consequenciais. de uma população que envelhece. Apresentou o autor (1995b) que esse prolongamento da vida seria, ao seu ver, um prolongamento de doenças, em que a qualidade de vida seria de difícil manutenção. No entanto, Moody (1995c) destacou que uma das soluções para esse problema seria, então, formar outro cenário de sustentação para amenizar os efeitos desse fenômeno, "trabalhar a redução de doenças", o qual envolve a promoção de saúde, e dessa forma retardar o surgimento das enfermidades, atuando assim a favor de um envelhecimento produtivo e de uma longevidade mais saudável.

Todavia, ocorre que os acontecimentos circunstanciais que giram em torno da vida das pessoas idosas emergem de forma contraditória ao que realmente poderia ou deveria ser. Quando se diz: um ser humano cuida de outro ser humano, notadamente vemos/lemos uma redundância que simbolicamente não é o que acontece. O que significa que os cuidados necessários para aquele(a) pessoa idosa ao invés de cuidados se transformam em descuidados. Tem-se ainda nesse contexto as dificuldades nos relacionamentos familiares, em que, acabam por se transformar em conflitos. Dos conflitos e contradições afetivas à violência, que chega e se instalar no cotidiano dos sujeitos, e, isso pode vir a ocorrer a partir de pequenas ações, refletindo a frieza, a indiferença em relação ao outro, numa corrosão progressiva.

Esse contexto estruturante em que vive a família, a violência junto à negação da vida, expressa-se a partir de estereótipos negativos advindos da própria sociedade, na desqualificação do idoso como pessoa, a exemplo de uma "coisa" sem nenhuma" importância (ALENCAR, 2005). A preocupação se amplia na medida em que cresce a esperança de vida das pessoas, particularmente dos brasileiros,

emergindo assim, a necessidade de discutir as questões específicas dessa demanda, sendo uma delas a violência interpessoal doméstica/familiar contra a pessoa idosa.

2.3 Violência

O conceito de violência pode ser considerado um dos mais complexos em termos de explanação e interpretação. Esse tema, violência, implica vários elementos e posições teóricas, é perpassado por inúmeros conceitos, os quais buscam de alguma forma fundamentar com mais abrangência possível a temática, o conceito e implicações, no intuito de suprir as áreas de conhecimento, para que possa se elucidar e orientar as ocorrências de violência no cotidiano da vida das pessoas. Entretanto, essas dificuldades explicativas conceituadas sobre o tema, no compreender de Marty (2006), emergem sob um custo humano imponderável quanto à dor e ao sofrimento. A interpretação sobre tal ação, ato de violência praticado contra um indivíduo entrará num contexto de estudo após o ocorrido, portanto "a violência vivida é uma dor que não tem nome" Schraiber (2003), particularmente aquelas experiências no contexto ou ambiente doméstico,[7]com os indivíduos mais velhos.

Na origem, a palavra violência vem do grego *(bia)* e do latim (*violentia)*, que expressa o ato de violar a outrem ou de se violar, que pode implicar toda a ação contrária à ordem moral, jurídica e política ou a disposição harmoniosa da natureza. Contém em si um elemento de caos, de transgressão e de imprevisibilidade[8]. Para além disso, o termo ainda aparece como um indicador de algo fora do estado natural, algo como ligado ao ímpeto, ao comportamento deliberado de produzir danos físicos tais como: ferimentos, tortura, morte ou danos psíquicos, que produzem humilhação, ameaças, ofensas (MODENA, 2016a).

[7] O silêncio e a invisibilidade são temas associados à violência (Langley& Levy, 1980; Heiseet al., 1994; Heiseet al., 1999; Rodriguez et al., 1996; Soares, 1999). Experimentar situações de violência, especialmente quando esta é de natureza doméstica e/ou sexual, tem se mostrado vivência de difícil revelação, quer no âmbito da pesquisa científica, quer no âmbito de práticas sociais de assistência, entre elas a Saúde.

[8] Filosofia uma resposta a violência – HTTP:/nova-acropole.pt/a_filosofia_resposta_violencia_.html

Violência, e as diferentes definições e conceituações, dependem do objeto, do método (instrumentos) e da investigação a ser realizada. Os especialistas desse ramo de conhecimento depreendem como um ou mais aspectos da violência, sem ao menos, considerar esse "fenômeno" "as partes como um todo, ou seja, a dor invisível permanece enquanto são analisadas apenas as estatísticas, fenômenos e expectativas. (MODENA, 2016b)" Nesse sentido, a violência pode ser descrita, analisada e interpretada por diversas áreas de conhecimento, no entanto, de acordo com os objetivos/métodos e investigação (levantamento de dados secundários), optou-se por descrever e interpretar esse conceito com base em três áreas de conhecimento; filosofia, biologia e sociologia.

Na área de conhecimento da filosofia, apesar de poucos filósofos indagarem e averiguarem sobre a questão, a filosofia tem a tarefa precípua de problematizar o conceito, e, a partir disso, reformular os questionamentos sobre a violência a partir de uma lente que possa ampliar a visão que envolve todos os aspectos da vida das pessoas. E, portanto, considerando que a violência pode ser tão antiga quanto o mundo, de acordo com Magalhães et. al., (2013) "'ela' faz parte da história humana, e, vem se modificando conforme os valores culturais de cada época/sociedade".

Nesse sentido, cabe então a filosofia refletir sobre as origens da natureza da "violência". Todavia, é digno de nota que a questão da violência nunca tinha sido tomada como tema em si, mesmo para os grandes pensadores da filosofia tradicional. No pensamento socrático, a base da interpretação sobre a violência estava pautada no devir, ao qual sugere: "que nunca estamos sozinhos, pois, cabe à consciência de nós mesmos dizer o que deve ser feito, e, assumir a responsabilidade sobre o mal que infringimos ao nosso interlocutor". Pensar, portanto, é uma condição de agir conjuntamente, de acordo com a consciência de vida, como uma obra de arte (PINHEIRO,1991). Para Aristóteles, [...] é tudo aquilo que, vindo do exterior, se opõe ao movimento interior de uma natureza. Ele se refere à coação física, em que alguém é obrigado a fazer aquilo que não deseja (imposição física de fora contra uma interioridade absoluta e uma vontade livre (MARCONDES FILHO (2001a).

O pensamento aristotélico é entendido como uma lógica contraditória, uma reiteração da ideia de que a ação só é possível através da violência (FREIRE

COSTA, 2013). Platão menciona a violência como sendo uma força de sedução que os tiranos exercem sobre os espíritos fracos, provocando uma violência reativa que por vezes tende a crescer em razão da revolta e do desespero[9].

Um despertar para a problemática da violência foi efetivamente aprofundado no século XIX com o estímulo de alguns teóricos, porém, a violência voltada como/para um veículo de transformação, mais particularmente para as questões sociais (GIDDENS, 1987; POULANTZAS, 1985; SOREL, 1992; HABERMAS, 1987b). Nesse sentido, a violência como aparelho disseminador de repressão pelo Estado, com o uso de coerção e opressão (ARENDT, 1999; FOUCAULT, 2003). Logo, como um fenômeno pulverizado, a violência pode atingir a vida das pessoas em todos os seus aspectos privada e/ou pública.

Nessa conjuntura, a filosofia contemporânea voltada para os aspectos da razoabilidade, em que o "homem deve dispor" de razoabilidade está compactuada à definição humana de homem, definição que aproximou-se do intento desse estudo, ao qual me foi apresentado mediante a pesquisa do professor Marcelo Perine (1987a)[10] sentido e intenção da filosofia de Éric Weil[11] . Diante da atual conjuntura, a filosofia de Weil clarifica no sentido de se fazer necessário um olhar de frente aos diferentes tipos de violência e buscar respostas razoáveis, sem se apartar da razão[12], maiormente a violência praticada contra as pessoas frágeis e vulneráveis, particularmente os (as) idosos(as).

Diante disso, Perine (1987a) faz uma ponderação, em que versa sobre o homem em suas expressões no processo da vida.

---

[9] Filosofia uma resposta à violência – HTTP:/nova-acropole.pt/a_filosofia_resposta_violencia_.html

[10]Professor Marcelo Perine: Licenciado em Teologia (1980), Mestre (1982) e doutor (1986) em Filosofia pela Pontifícia Universidade Gregoriana de Roma. Professor associado da PUC/SP. Atua na Graduação e no Programa de Estudos Pós-Graduação em Filosofia. Publicou 78 artigos em periódicos especializados, 39 capítulos de livros, 19 trabalhos completos em anais de eventos, 9 livros autorais e organizou 4 livros. Orientou 7 TCCs de graduação, 4 trabalhos de IC, 35 dissertações de mestrado, 18 teses de doutorado e 3 supervisões de pós-doutorado na área de filosofia. Foi coordenador da Área de Filosofia da CAPES nos triênios 2005-2007 e 2008-2010. É membro do Conselho Científico do Institut Eric Weil da Université de Lille (França). Atua na área de Filosofia, com ênfase em História da Filosofia Antiga, Ética, Filosofia Política e Filosofia da religião. Informações coletadas do Currículo Lattes 21/12/2018.

[11]ÉricWeil estudou medicina e filosofia nas Universidades de Hamburgo e Berlim. Em 1933 transferiu-se para a França e se tornou cidadão francês. Fez parte do Centre National de La RecherceScientifique (a945-1956) e ensinou na Ècole Pratique de HautesÉtudesaté 1956, quando se transferiu para a Universidade de Lille. Em 1968 foi para Nice, onde morreu em 1977.

[12] Valverde; Perine e Costiki– Violência, Educação e Globalização: compreender o nosso tempo com ÈricWeil. 2016. 306p.

> O homem, finito e razoável, não pode buscar o infinito, o absoluto, o fundamento último, a totalidade do real, expressões estas que se equivalem ou que pode ser reconduzidas umas às outras. Sempre, finito, o homem não pode finitizar o infinito, e o infinitivo finatizado é a fonte da verdadeira dialética, dialética inevitável, dado que ela não é senão a projeção da dupla natureza do ser humano. É verdade que o homem não pode falar do infinito sem risco de contradição, mas na qualidade de ser infinito ele pode se elevar acima de si mesmo, pode pensar em vez de querer conhecer, pode pensar em si mesmo como ele é, simultaneamente finito e infinito[13].

E segue a elucubração de Perine (1987b), p. 133:

> o filósofo sabe que, o homem não está sempre na razão, que ele conserva a animalidade de ser vivo mesmo sendo razoável, que ele pode negar certos desejos, mas não pode interditar o desejo. O filósofo sabe que o homem nunca será satisfeito enquanto a razão não tiver penetrado toda a sua existência e a da humanidade, enquanto o homem não for razão e não viver na presença da razão. Para o filósofo, o que se opõe à filosofia, o que recusa o contentamento na razão e pela razão, o que impede a realização da razão é uma forma determinada da negatividade, é o desejo do ilegítimo, do que não é razoável, em uma palavra: VIOLÊNCIA, e tudo que contribui para aumentar a quantidade de violência que entra na vida do homem.

Por um fio condutor da negação/insatisfação, a violência pode entrar na vida do homem, particularmente na dos etários, e, principalmente, se, pensado/visto por umoutro ângulo da vivência familiar, que nesse caso, na interdição dos desejos de quem cuida desse idoso. Pois, “a negatividade poder-se-á mover sobre, e, ao redor na busca para a satisfação das necessidades de cada indivíduo”. Segundo Perine (1987c), é preciso que o pensamento filosófico encare a violência, sendo este, o único caminho da razão, o caminho da realidade, do que resiste e ameaça só pode ser negado pelos meios que são de sua própria natureza, ou seja, o ser humano.

Sendo assim, o agir para com as pessoas mais velhas tem na filosofia uma base fundamental de se pensar e refletir na busca por soluções nas contendas vivenciais dos idosos, principalmente nas convivências familiares, ambiente este, onde essas pessoas idosas, vulneráveis biologicamente, sofrem as maiores violências.

Com efeito, a realidade mostra que a maioria dos homens na vida corrente busca o contentamento na satisfação das necessidades, no apaziguamento do

[13]Sobre as limitações e contradições ao qual estamos por natureza humana dispostos. Porém, reconduzidos a nossa dupla natureza, pode se pensar, refletir, analisar, introjetar ao invés de simplesmente conhecer, conhecer a si mesmo, sem em suas contradições.

desejo, na realização da negatividade, ou seja, do desejo não realizado, e não na razão e pela razão, como propõe o filósofo.

Para a sociologia, e, no pensamento de Norbert Elias (1984a), se é obrigado o reconhecimento de que o ser humano singular é gerado e partejado por outros seres humanos, independente da ancestralidade, da humanidade, tem-se essa cadeia ininterrupta de pais e filhos.

Para as ciências, as diferentes definições de violência, surgem a partir do objeto e do método de sua investigação. Nesse sentido, a violência pode ser descrita, analisada e interpretada pela sociologia, antropologia, biologia, psicologia, psicanálise, teologia e filosofia e pelo direito. Os especialistas desses ramos do conhecimento e de outros falam da violência acentuando um ou mais aspectos, porém raramente considerando o fenômeno numa visão holística. Por isso, o estudo filosófico, apesar de poucos filósofos investigarem o assunto, tem a tarefa de problematizar o conceito, reformular as perguntas sobre a violência a partir de uma visão ampla que envolve aspectos metafísicos, epistemológicos e éticos.

Para a sociologia, de um modo geral, a violência é vista e estudada mais por um ângulo estrutural da sociedade como um todo, o que nesse sentido, amplifica ainda mais as ramificações sobre o tema. No decurso deste estudo sobre violência, buscou-se também a sociologia no intuito de buscar parâmetros teóricos que abarcassem os anseios explicativos sobre tão complexa conjectura que é a violência. Dentre as leituras realizadas, deparou se com um autor que nos chamou a atenção por sua diferenciada compreensão sobre a sociedade dos indivíduos e sua relação singular e plural na transitoriedade da vida. Destaque-se que para o sociólogo Norbert Elias (1984b) o ser humano é composto por nuances, singular e plural, percorrendo os sentidos da vida nas suas relações com a sociedade, comunidade, familiar, e, com ele mesmo. Para tanto, o entendimento de Norbert Elias (1984c), em que afirma:

> A relação da pluralidade de pessoas com pessoa singular a que chamamos “indivíduo”, bem como da pessoa singular com a pluralidade, não é nada clara em nossos dias, mas frequentemente não nos damos conta disso, e menos ainda o porquê. Dispomos dos conhecimentos de “indivíduo “e “sociedade”, sendo o primeiro dos quais se refere ao ser humano singular como se fora uma entidade existindo em completo isolamento, enquanto o segundo costuma oscilar entre duas ideias opostas, mas igualmente enganosas.

Por isso, nesse estudo, o autor trabalha com certos aspectos dos seres humanos nesse contexto relacional e social em que a sociedade é entendida como mera acumulação, coletânea somatória dos indivíduos. Pensar as pessoas e observá-las diante de um processo civilizador entre o indivíduo e a sociedade tornou-se um dos problemas cardeais para a sociologia de Elias. Mas o que isso significa? O que pode ou tem a ver com o contexto estudado nessa tese quanto à violência interpessoal contra as pessoas idosas?

Para Elias (1984d) a sociedade é formada por ela mesma, numa alta composição refletida passando de geração para geração, e nesse meio sofre mudanças em sua composição, assim como na sua compreensão. O que significa que as diferentes pessoas que compõem a sociedade refletem as suas modificações sobre elas mesmas na composição social refletidas no espelho, na sua autoimagem, ou seja, o indivíduo/sociedade se transforma, transforma a sua identidade e a sua inter relação.

Nesse sentido (1984e), a sociedade é concebida como uma entidade orgânica e supra individual que avança inelutavelmente para a morte, atravessando etapas de juventude, maturidade e velhice, ascensão e declínio, como algo inevitável no processo de vida de cada ser humano.

As ciências que lidam com fatos dessa espécie (violência) tentam compreender os seres humanos nesse contexto da sociedade e as funções psicológicas que levam esse indivíduo a praticar tais atos de violência ou agressividade contra, principalmente, as pessoas de acentuada fragilidade física ou psíquica. Elias (1984f) se posiciona e dá destaque para a questão do desejo pessoal de poder sobre a realidade da vida;

> [...] dois contextos que se completariam se fosse o caso de se haver uma vida harmônica, livre de perturbações e tensões, isso, porém, se todos gozassem da mesma condição satisfatória dentro da estrutura social. A dificuldade perante isso tudo emerge das necessidades e inclinações pessoais de cada um, assim como, das exigências impostas pela sociedade, no qual parece sempre um abismo intransponível que nos são "familiares", um conflito que pode ser considerado e no qual a maioria das pessoas são implicadas.

Por outro lado, essa implicação sobre o desejo pessoal do indivíduo, o qual quer transmutar sobre o contexto da realidade, implica também o idoso, pois tal fato

pode independer de sua condição física ou psíquica, afinal para a pessoa idosa, as emoções, sentimentos são as mesmas do querer “ser” “ter” satisfação, harmonia, lutando para se livrar do abismo no qual se encontra. A agressividade física permeada em sua vida, estampada em sua face e alojada em sua mente ultrapassa o seu entendimento sobre os “porquês” disso ou daquilo. Percebe-se, no entanto, um misto de sentimentos que redundam em forma de cuidados (alimentar, higiênico, medicamentoso), carinhos, palavras ensurdecedoras, estresse, cansaço, desesperança, culpa, responsabilidade, continuidade, falta de saúde, comprometimento financeiro, mágoas, passado, presente e futuro.

2.3.1 A agressividade no Contexto Familiar

A agressividade que chamamos de violência é considerada uma energia que se perverte, que se desvia para diferentes formas de destruição, e para a autodestruição. Vale, no entanto, ressaltar que dentre a agressividade e violência, apesar dos termos serem semelhantes, não designam exatamente o mesmo “fenômeno”. Agressão (do Latim *aggressione),* o que significa disposição para agredir, ou para desencadeamento de condutas hostis e destrutivas (FERREIRA, 1999). Ataque à integridade física ou moral de alguém ou ato de hostilidade, provocação (HOUAISS, VILLAR & FRANCO, 2001).

Biologicamente, a agressão física (interpessoal) pode ser vista a partir de aspectos multifatoriais, advindo do próprio comportamento agressivo, no entanto todo comportamento requer um substrato neurobiológico que fundamente essa questão, na tentativa de compreender o comportamento humano (Kristensen, et al. 2003). Nesse caso, uma explicação mais recente, no âmbito da biologia, vem da etologia, a qual oferece como referência o estudo do comportamento agressivo realizado por Lorentz[14], o criador da etologia, em que relaciona os impulsos agressivos a mudanças hormonais (SILVA, 2015).

Apesar dos estudos realizados com o objetivo de buscar respostas para a questão da agressividade entre os seres humanos, principalmente, a agressão

[14] Zoólogo austríaco, Konrad Lorenz. foi o fundador da moderna Etologia, o estudo comparativo do comportamento humano e animal., uma nova área de estudos científicos com profundas implicações para a humanidade. Pelas suas descobertas recebeu o prêmio Nobel de Fisiologia em 1973.

contra as pessoas idosas no âmbito familiar e doméstico, tal contexto, pode ser considerado de difícil compreensão, devido ao vínculo estabelecido na convivência diária entre os membros da família. No entanto, as agressões familiares e domésticas envolvem outros significados construídos no decorrer da existência, em que são associados a outros fatores nas manifestações dos conflitos entre os membros da família.

O âmbito familiar envolve agressão de qualquer espécie – sendo: verbal, emocional, sexual ou negligência ativa ou passiva e a física que é o estudo dessa pesquisa. Esse tipo de agressão (física/familiar) é cometido por pessoa ou pessoas dentro da própria família, ou seja, parentes consanguíneos ou próximos (aparentados), que normalmente residem no mesmo ambiente. A agressão "doméstica" pode ser cometida por pessoas que circulam no mesmo ambiente, independente e vínculos familiares (DAY et. al., 2003; SANTOS et. al., 2007).

Vale salientar, que tem se um cenário crescente de casos de denúncias que envolvem os idosos(a) na relação familiar e doméstica. O desconhecimento familiar e as garantias legais para a proteção dessa demanda fazem com que mais casos de violência ou agressão sejam explicitados (DESLANDES, 2001). Nesse sentido, ao serem identificadas como tal, devem ser combatidas (FALEIROS, 2007). Pois, essa relação/ambiente/ agressão repercute diretamente na fecundação relacional do idoso (a negação da vida) (ALENCAR, 2005).

Diante disso, frisa-se o reconhecimento comprometido e compromissado do outro para com o outro. Osório (1996) relata que significa uma relação de troca de proteção e convívio com desdobramentos na socialização dos sujeitos e nas heranças culturais, interpessoais e de bens materiais e, espirituais. Diversamente, as relações intergeracionais são permeadas por rupturas e desavenças, tendendo a atos de agressão, quer física ou de outros tipos, para com as pessoas mais velhas. Tal relação doentia age sobre o corpo, que submete o(a) outro(a) Idoso(a), que destrói, quebra quaisquer possibilidades de manutenção (retomada) para a vida, maiormente quando dessas ocorrências emerge do próprio contexto familiar.

Enfim, trata se da necessidade premente de compreender um evento dessa natureza tal como um apelo, visto que um observador externo, nesse tipo de

ocorrência representa algo, mas para o idoso que está implicado no cerne do acontecimento tem outros significados (BLONDEAU, 1997).

2.4 Anatomia da Face

O conhecimento que se tem sobre a anatomia humana está ligado a outros universos de conhecimentos que se somam ao objetivo de contribuir para o desenvolvimento científico, a fim de garantir uma vida longeva, e, principalmente, com qualidade de vida para os seres humanos. O trauma de face pode ser considerado um reflexo da história da própria sociedade, e como tal, a coletividade, ao longo de sua história, descreve grandes descobertas relacionadas à evolução nos tratamentos desses eventos. Na espécie humana, as primeiras tentativas conhecidas de tratamento de contusões faciais datam de mais de 5.000 anos, no Egito, embora possam ter surgido espontaneamente há mais tempo (SANTOS et al., p. 2012). Ainda no Egito, a medicina era praticada por sacerdotes especializados que a exerciam somente em pessoas das classes privilegiadas da sociedade. No entanto, os egípcios deixaram um legado de conhecimentos, sobretudo em anatomia, que através da prática de embalsamento tiveram a oportunidade de examinar inúmeros corpos.

> Ao te curvares com a rígida lâmina de teu bisturi sobre o cadáver desconhecido, lembra-te que este corpo nasceu do amor de duas almas, cresceu embalado pela fé e pela esperança daquela que em seu seio o agasalhou. Sorriu e sonhou os mesmos sonhos das crianças e dos jovens. Por certo amou e foi amado, esperou e acalentou um amanhã feliz e sentiu saudades dos outros que partiram. Agora jaz na fria lousa, sem que por ele se tivesse derramado uma lágrima sequer, sem que tivesse uma só prece. Seu nome, só Deus sabe. Mas o destino inexorável deu-lhe o poder e a grandeza de servir à humanidade. A humanidade que por ele passou indiferente (ROKITANSKY, 1876)[15].

O estudo da anatomia avançou consideravelmente na Alexandria. Muitas descobertas lá realizadas podem ser atribuídas a Herófilo e Erasístrato, os primeiros a realizarem dissecações humanas de modo sistemático[16]. A partir do ano 150 a.C., a dissecação humana foi de novo proibida por razões éticas e religiosas, porém o conhecimento anatômico sobre o corpo humano continuou no mundo helenístico.

[15] http://mednassarte.blogspot.com/2012/09/texto-de-rokitansky-respeito-da-anatomia.html
[16] https://www.auladeanatomia.com/novosite/generalidades/historia-da-anatomia/

Galeno dissecou quase tudo, inclusive macacos e porcos, aplicando depois os resultados obtidos na anatomia humana, quase sempre corretamente; contudo, alguns erros foram inevitáveis devido à impossibilidade de confirmar os achados em cadáveres humanos[17]. Para os gregos, no início, a anatomia humana era baseada somente nas partes visíveis do corpo, pois os estudos eram feitos nos corpos de animais sacrificados.[18] A fecundação desses conhecimentos deu-se também com a civilização romana, visto que a ampliação na área da anatomia ocorre principalmente por serem um povo de natureza guerreira.[19] Essa relação entre "guerra e anatomia humana, deu-se por ser necessário dispor de meios para repatriar os corpos dos mortos em combate". Posteriormente, já no período renascentista (posterior à idade média), as atividades nessa área ficaram estagnadas devido à imposição da igreja cristã, colocando a "fé" como centro de resposta para todas as situações.

O estabelecimento das pesquisas deu-se com as universidades europeias, determinadas em reativar e avançar no conhecimento do corpo humano. Nessa época surgiram grandes personagens como Leonardo da Vinci e Andreas Versalius (1514-1564)[20]. Sem precedentes, Leonardo da Vinci (1452-1519)[21] produziu desenhos anatômicos de qualidade, baseados em dissecações de corpos humanos, sendo o primeiro artista a considerar a anatomia além do ponto de vista meramente pictórico. Os artistas renascentistas do século XV se interessavam cada vez mais pelas formas humanas, e o estudo da anatomia fez parte necessária da formação dos artistas jovens, sobretudo no norte da Itália.

> O artista escolhe os seus modelos em conformidade com o "tipo" que ele próprio habita; no entanto, insatisfeito, procura sempre um sujeito mais adequado ao seu imaginário. A menos que procure um Narciso disfarçado. Um modelo que lhe seja parecido. France Borel Le Modéle ou l'artisteséduit, 1990[22]

---

[17] https://www.auladeanatomia.com/novosite/generalidades/historia-da-anatomia/

[18] Durante séculos, particularmente durante o predomínio da religião católica, mas também por razões éticas, impediu-se a dissecação de corpos humanos.

[19] Após a época de Galeno (130-200d.C) as dissecações deixaram de ser realizadas com frequência e os estudos anatômicos interrompidos.

[20] Andreas Vesalius (1514-1564) levou a medicina para dentro de cada parte do corpo, praticamente criando uma nova área de estudos.

[21] Leonardo di Ser Piero da Vinci, ou simplesmente Leonardo da Vinci, foi um polímata nascido na atual Itália, uma das figuras mais importantes do Alto Renascimento, que se destacou como cientista, matemático, engenheiro, inventor, anatomista, pintor, escultor, arquiteto, botânico, poeta e músico

[22] https://dedsign.wordpress.com/textos/o-corpo-e-o-modelo/3-as-ideologias-de-um-corpo-completo-mas-fragmentado/

Por experiências e observações próprias, os conceitos anatômicos do passado e as estruturas e funções do corpo humano foram denegados por Andreas Vesalius, chamado hoje o pai da anatomia moderna. Uma das primeiras e mais acertadas soluções para uma reprodução perfeita das representações gráficas foi encontrada nas ilustrações publicadas nos tratados anatômicos de Andreas Vesalius (1514-1564), que culminou com seu De *humanis corpori*,[23] produzida em 1553, um dos livros mais importantes da história do homem.

2.5 Traumas

2.5.1 Trauma Físico

Quando falamos de trauma, a referência aponta para um tipo de lesão ou ferida que pode afetar diretamente o organismo em termos somáticos, ou seja, o trauma físico (SIMONETI, 2016). Esse tipo de ocorrência pode ter sua causalidade tanto por golpes como por feridas agudas, isto é, por elementos externos que não penetram diretamente no organismo (D'AVILA et al.,2015a). Esses traumas podem ser gerados por acidentes ou por agressões intencionais, particularmente.

O diagnóstico requer quase sempre atenção médica, devido às implicações lesivas de maior ou menor urgência, complexidade e duração (Banks; Brown, 2005). Junto a isso, a dor, o surgimento de edema, o qual poderá adquirir coloração arroxeada, devido ao extravasamento de sangue entre os tecidos, ou não, dependendo do nível da lesão, assinala Oliveira e autores (2015). O grau do trauma sofrido determinará o tipo de lesão, podendo resultar até mesmo em fratura, dependendo da intensidade da energia transferida, com sequelas graves emocionais/psicológicas, particularmente para pessoas idosas (WULKAN, 2005).

Trauma é definido, segundo o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, como lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio

[23] Andreas Vesalius de Bruxelas De *Humani corporis* fabrica, Epitome. Organização: J. B. de C. M. Saunders e Charles D. O'Malley Tradução: Pedro C. P. Lemos e Maria C. V. Carnevale Ateliê Editorial/Ed. Unicamp/Imprensa Oficial SP. 268p.

fisiológico, decorrente de exposição aguda a várias formas de energia: mecânica, térmica, elétrica, química ou radioativa (COT, 2009)[24].

Quando da ocorrência de traumas físicos, esse fato aponta, no entanto, para a forma de energia que está relacionada ao movimento de um corpo. A energia cinética, um tipo de energia mecânica, é formada a partir da mistura da massa com a velocidade. A característica principal dessa energia é adquirida através de um corpo em movimento. Na prática, pode-se constatar essa energia quando do acontecimento de algum acidente. A ocorrência de trauma pode ser determinada por certa quantidade de energia transferida para o organismo da pessoa, cujo resultado foi capaz de produzir algum tipo de lesão. Esse efeito corresponde a alguma alteração estrutural provocada pela agressão ao organismo, ocasionando o trauma físico, podendo ser visível ou não.

Advanced Trauma Life Support[25]- O (Suporte Avançado de Vida em Trauma), uma Instituição de Saúde Americana, mais precisamente na cidade de Chicago, desenvolve um programa de abordagem sistemática e concisa para o atendimento ao paciente traumatizado, o ATLS. Esse suporte foi desenvolvido pelo Comitê de Trauma (COT), do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), e foi introduzido pela primeira vez nos EUA e no exterior em 1980. (SAVT) Suporte avançado de Vida no Trauma juntamente com o *Committee on Trauma* formado por um colegiado de cirurgiões tem a missão de melhorar todas as fases do gerenciamento de pacientes feridos durante o processo de recuperação da vítima de trauma.

De conhecimento preponderante, esse colegiado de profissionais entende que o trauma deveria ser pensado como uma doença, e não como um acidente, visto que mais da metade das mortes e das lesões dele decorrentes poderiam ser evitáveis. Logo, se o trauma fosse pensado como uma doença, procurar-se-ia tratá-lo, mas, sendo pensando como um acidente poder-se-á ser fatal na maioria dos casos.

---

[24] https://www.sympla.com.br/advanced-trauma-care-for-nurses---atcn__35671

[25] *ATLS – Advanced Trauma Life Support* é também um programa de ensino para melhorar a qualidade da abordagem inicial do doente traumatizado com o objetivo de reduzir a mortalidade e incapacidade daquela que já foi apelidada de "epidemia do Sec XX – O TRAUMA. Fundador James K. Styner. https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls

De acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), a definição de causas externas é um conjunto restrito de agravos à saúde responsáveis por algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar ao óbito. Essas lesões, por sua vez, podem ser classificadas como não intencionais (acidentais), evento não intencional, e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social, como trabalho, escola, esporte e lazer; e as intencionais (violências), uso da 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

No Brasil o trauma é determinado a "causas externas", consideradas desde 1980 como um conjunto de várias formas de violência e acidentes, uma posição de destaque para o país no ranking da morbimortalidade em âmbito mundial, assumindo a segunda posição dentre os óbitos por todas as causas, salientando que no ano de 2000 ocorreram mais de 100 mil mortes por causas externas, representando assim uma porcentagem de 12,5% do total de óbitos no país (GAWRYSZEWSKI, et al., 2004).

Particularmente, essas ocorrências de "causas externas" ou, como preferem alguns "causas não naturais" ou "causas violentas", historicamente chamaram a atenção por serem eventos súbitos e inesperados, e pelo fato de que na época (década de 1980) ocorrerem com maior incidência em pessoas jovens (MELLO JORGE, 1981). Os acidentes e a violência correspondem às causas externas de morbidade e mortalidade, representadas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Por essa razão, o "Fórum Global de Assistência ao Trauma", ocorrido no ano de 2012a, classificou o trauma conferenciado como uma doença pandêmica e fez um alerta para o relevante problema de saúde pública, que é a ocorrência de trauma devido aos impactos gerados aos pacientes, aos familiares e às instituições de saúde. Nesse sentido, vale colocar que:

> [...] anualmente, 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma em todo o mundo, 32% a mais que a soma das mortes por malária, AIDS e tuberculose. A mortalidade por trauma corresponde a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará

> até 2030. Os traumas respondem também pela maioria de incapacitações permanentes. A maior parte dos traumas ocorre entre pessoas de 5 a 44 anos, ou seja, crianças, jovens e adultos jovens (OPAS/OMS,2012b).

Apesar dos índices indicarem uma taxa no aumento de ocorrência de traumas em pessoas na faixa etária entre 5 a 44 anos de idade, sabe-se que estas ocorrências têm deixado de ser incidência peculiar à população jovem, tendo em vista que as pessoas idosas de 60 anos e mais vêm apresentando expressiva incidência de causas de morbimortalidade em decorrência desse tipo de causa (trauma), particularmente devido à violência (agressões) sofrida por essa população etária (MORAES, 2008; D'AVILA 2015b).

O crescimento de causas externas entre as pessoas idosas vem se caracterizando já há algum tempo devido a transição demográfica acelerada, e resultante da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados indicadores de envelhecimento populacional (IBGE, 2010). Portanto, a transição epidemiológica marcante entre essa faixa etária, que juntamente com as doenças crônicas devido ao desgaste biológico, tem proporcionado o crescimento dos fatores de risco com forte intensificação das causas externas para a população idosa, particularmente o trauma de face. Em conformidade, Minayo (2003) já evidenciava sobre as ocorrências de acidentes e violência com pessoas dessa faixa etária, destacando que na época constituía-se o motivo da maioria das internações, sendo a sexta causa de morte no Brasil.

Para tanto, no ano de (2015a), a expectativa da OMS (Organização Mundial da Saúde) era de que houvesse um aumento no número de mortes em decorrência de traumas (causas externas), podendo chegar a 1,9 milhão em 2020 e 2,4 milhões em 2030 (OMS, 2015b), buscando assim, uma agenda sustentável para a redução do número global de óbitos por lesões/traumas (causas externas) relacionadas à acidentes e violência.

Notadamente, esses índices de ocorrências de traumas/causas externas têm um impacto sobremaneira para os indivíduos de uma forma em geral. No entanto, esse estudo em particular versa sobre o trauma de face em pessoas idosas decorrentes de agressões físicas, sendo ela interpessoal (familiar) ou não. Vale salientar que o trauma é uma importante causa de morbimortalidade em todo o

mundo, porém nesse contexto geriátrico, o trauma de face pode ser considerado uma das lesões mais fatais, devido a sua proporcionalidade agressiva.

2.5.2 Trauma de Face

Notadamente, o trauma de face é considerado uma das lesões mais significativas, devido aos possíveis acometimentos encefálicos e as consequências emocionais relacionadas à deformidade estética (CAVALCANTE, 2012; ROCHA et. al., 2011). No entanto, apesar da maior parte dos traumas ocorrer em pessoas de 5 a 44 anos, de acordo com a OMS/2012[26], a etiologia do trauma facial é heterogênea e o predomínio maior ou menor de um fator etiológico se relaciona com algumas características da população estudada (idade, sexo, classificação social, local, urbana e residencial). Nesse estudo, particularmente, serão tratadas as ocorrências de trauma de face em pessoas idosas.

Com o avançar da idade há diminuição da espessura epiderme-derme, redução da elasticidade e da secreção do sebo pelas glândulas sebáceas; resposta imunológica comprometida; decréscimo do número de glândulas sudoríparas, diminuição do leito vascular com fragilidade dos vasos sanguíneos (ORIÁ et al., 2003). A pele é considerada um dos órgãos que mais sofre transformações na medida em que a idade avança. Assim, manter a integridade cutânea é de extrema importância para que o organismo possa se defender das diversas alterações ou mudanças pelas quais as pessoas estejam expostas (MENOITA et al., 2013).

Diante dessas mudanças, as quais todos os seres humanos estão sujeitos, a ocorrência de um trauma na face, sobretudo se idoso, pode representar um problema de grande magnitude e transcendência, ou seja, está além do entendimento tangível, não podendo ser considerado tão e somente os dados metódicos. Todavia, em termos globais, os dados da Organização Mundial da Saúde – OMS – indicam que o trauma facial nesse grupo etário surge como a quinta maior causa de morte (KRUG, 2002; LIMA & CAMPOS, 2011; YKEDA et al., 2012).

8http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf

Bisson e os outros autores (1997) expõem o quão pode ser considerado devastador o trauma de face para uma pessoa idosa, pois de acordo com os seus achados há a possibilidade de ocorrer deformidades permanentes, e, com isso, as graves consequências, tanto emocionais como funcionais.

A estrutura óssea facial conhecida como víscerocrânio ou esqueleto da face corresponde a dois terços inferiores do crânio, tendo em vista que nele se localizam as aberturas do sistema digestório, constituído por 14 ossos[27], sendo que a mandíbula é a única a possuir mobilidade, pois é onde estão alguns ossos que constituem estruturas limites de comunicação entre o crânio e a face. Ocorrências de fraturas nos ossos da face podem atingir muitas vezes a cavidade craniana, acarretando um agravamento do quadro clínico do paciente, pois existe uma delimitação entre o crânio ou neurocrânio (aloja o encéfalo e as meninges), estruturas do sistema nervoso central (COSTA, 2013).

Apesar de serem reforçados por esteios ou contrafortes, conhecidos como pilares e trajetórias, os ossos da face fraturam-se com frequência após fortes golpes de agressão ou por acidente, como a ocorrência de queda. Às fraturas estão predispostos notadamente os indivíduos desdentados, e idosos (osteoporose senil) (MADEIRA, 2012). O edentulismo é a perda total dos dentes, condição considerada um dos piores agravos à saúde bucal, pois desencadeia inúmeros problemas de saúde como um todo, sobretudo o enfraquecimento do aparelho mastigador, alteração da estrutura dos maxilares, além de danos estéticos e alterações psicológicas e sociais (HEBLING, 2003).

O aparelho mastigador traz algumas modificações que podem ser observadas como verdadeiras mudanças em decorrência da idade, e outras podem estar relacionadas a doenças ou ser combinação de ambas (FREITAS JUNIOR, 2008). Essas alterações tornam a mucosa da cavidade bucal mais susceptível a lesões, com possíveis ocorrências atróficas devido às desordens do metabolismo, resultando em menor resiliência dos tecidos (SHAY, 1997). Como ocorre nos demais tecidos do organismo, a perda natural da capacidade de resistência deixa os idosos mais vulneráveis a ferimentos (PEREIRA et al., 2004). Segundo dados do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira

[27] Anatomia Craniofacial Aplicada à Odontologia. Abordagem fundamental e clínica (MADEIRA, 2010).

ocorrido em 2010, mais da metade da população idosa brasileira é desdentada (53,7%) (BRASIL, 2014; PERES, 2013).

Comumente, a trama óssea com o aumento da idade diminui, as trabéculas tornam-se mais delgadas e aumentam as lacunas de reabsorção, ou seja, perda das estruturas de suporte do osso alveolar (CARVALHO et al., 1998). Junto ao osso alveolar encontra-se o cemento, que também passa pelo mesmo processo de desgaste, com alterações habituais a outros tecidos do corpo, tais como a osteoporose (MOURA et al., 2004). Portanto, com a reabsorção diminuída, proporcionada pelo aumento da idade, o osso resulta em uma porosidade maior devido a redução da mineralização (COHEN; HARGREAVES, 2007). Todo esse processo resulta na atrofia senil, considerada como uma das principais causas de edentulismo nos idosos (MARQUES, 2006).

A osteoporose é definida pela Organização Mundial da Saúde - OMS -como uma doença esquelética sistêmica, com a diminuição da massa óssea e deterioração microarquiterural do tecido ósseo, ocasionando como consequência a fragilidade óssea e risco de fraturas (FERNANDES et al., 2010). A rarefação dos ossos[28] em fraturas é causada por traumas de baixa energia, conhecida como osteopenia, proporcionada pela diminuição da densidade mineral, predispondo a fragilização do osso e a um aumento da ocorrência de fraturas, conhecida também como fraturas osteoporóticas (SOUZA, 2010). Trata-se de uma doença metabólica sistêmica, com elevada prevalência, que aumenta substancialmente com a idade, afetando maioritariamente o sexo feminino (LOPES, 2014).

No Brasil, as mulheres são as mais afetadas pela osteoporose (RODRIGUES & BARROS 2016). Além de estar relacionada ao envelhecimento do esqueleto, a ocorrência de osteoporose pode estar associada a fatores intrínsecos como genética, alterações hormonais, níveis de estresse oxidativo, encurtamento dos telômeros, bem como fatores extrínsecos como o estilo de vida e nutrição (SYED & NG., 2010). Vale salientar que o número de fraturas entre os idosos vem crescendo proporcionalmente ao envelhecimento da população, tendo em vista que as fraturas estão diretamente relacionadas à intensidade do trauma, fragilidade óssea e maior probabilidade de quedas ou agressão (ALVES DE LIMA et al., 2012).

[28] 10 NIH *consensus developmentPanelonosteoporosisprevention, diagnoses andterapy.2001.*

A maioria dos profissionais que atuam na área de traumatologia são unânimes em dizer que a prevalência de trauma de face em pessoas idosas é motivo de relevante preocupação, pois além do sofrimento em si, tem-se, na maioria dos casos, a presença de comorbidades fisiológicas inerentes ao envelhecimento, as quais interferem na escolha do tratamento para as fraturas faciais. Tem-se ainda a elevada presença de doenças sistêmicas de pessoas nessa faixa etária, o que pode afetar a cicatrização, aumentando assim a taxa de morbidade, complicações que levam a um maior tempo de internação.

O tempo de internação/recuperação poderá depender também dos tipos de danos/lesões ocorridos nos tecidos moles da face que incluem: abrasão, força de cisalhamento que remove uma camada superficial da pele; contusões causadas por um trauma fechado que leva à formação de edema e hematoma nos tecidos cutâneos, comumente chamado de equimose; lacerações causadas por meio de machucados cortantes/perfurantes ao tecido mole, podendo ter a margem bem definida, irregular, contusa ou lacerada; lesões avulsivas são caracterizadas pela perda de segmentos dos tecidos moles (VIEIRA et al., 2013). Nessa conjuntura, pode-se considerar também os danos lesivos conjuntivo.

Os principais fatores determinantes de fratura são os traumas, podendo derivar de lesões por traumas cumulativos (LTC). O traumatismo na região facial frequentemente resulta em lesões do tecido mole, dos dentes e dos principais componentes do esqueleto da face, incluindo mandíbula, maxila, zigoma, complexo naso-orbital-etmoidal e das estruturas supraorbitárias (JESUS et al., 2010). As fraturas faciais consistem em um grupo de traumas que variam do simples ao complexo, podendo ser fraturas faciais difíceis de tratar (HEFORD, 2005). Particularmente, as lesões de face traduzem significativos problemas de saúde, pois são associadas reiteradamente com outras severas morbidades como a perda da funcionalidade junto à desconfiguração, salientando o custo de tratamento para o paciente e família (OLIVEIRA et. al., 2008).

Dentre as principais causas de traumas na face estão os acidentes de trânsito, as quedas e a negligência, salientando que as agressões físicas são comumente relatadas como causadoras de traumas faciais (MARQUES, GUEDES, SIZENANDO, 2009a). Os traumas, segundo os autores (2009b), podem ser

provocados por formas variadas, como: quedas e outros acidentes (trânsito), negligência, no entanto, uma das principais causas, e, objeto desse estudo é a violência (a agressão física), desferida contra a pessoa idosa, numa relação interpessoal familiar ou não. Nesse sentido, a agressividade toma outros graves contornos e consequências quando da lesão na face, particularmente para essa população etária.

2.5.3 Trauma e a Pele da Face

Nota-se que as alterações visíveis na pele dos indivíduos, especialmente dos idosos, podem ser consideradas provenientes do próprio processo de envelhecimento cutâneo, porém deve-se considerar a constituição genética, os fatores ambientais e toda a repercussão que causa o envelhecimento. Outros fatores importantes que se deve levar em conta, de acordo com a Diretora Científica da Sociedade Brasileira de Medicina Estética, Costa Accursio (2015a), é quando do surgimento de doenças da própria pele, e/ou os efeitos na pele das doenças "sistêmicas". De uma maneira geral, cita a autora (2015b), as principais alterações na pele devido ao envelhecimento incluem: secura, aspereza, rugas, flacidez, uma variedade de lesões benignas e, por fim, as neoplasias malignas.

Assim sendo, a pele envelhecida se torna um tecido rígido, inelástico e irrespondível à tensão, demonstrando uma menor capacidade de resposta ao estresse e/ou ao trauma.

Quadro 1. Funções da pele que diminuem com a idade[29]

Renovação Celular	Proteção Mecânica
Resposta ao Trauma	Responsividade imune
Função Barreira	Responsividade Celular
Clearence químico	Termorregulação
Percepção Sensorial	Produção de Suor

[29] Célia Sampaio Costa Accursio (2015) Alterações da Pele na Terceira Idade – Skindesorders in theeldery. http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1658

A pele da face é um órgão do corpo humano capaz de se conectar como o mundo externo, e dele aprendemos mais sobre a nossas capacidades de sentir, amar e mudar o mundo que nos cerca. Para tanto, em suas exposições, Esteves 1930-1950[30] o artista das obras na área de ceroplastia buscava não somente o quadro clínico de um diagnóstico, mas, e, principalmente, ampliar as representações e experiências pensadas por meio da pele, como a casa do sujeito, tendo em vista que a pele confere ao homem seu lugar social, apontando inclusive, para as assimetrias brasileiras refletidas nos acontecimentos com a saúde do indivíduo (AUGUSTO ESTEVES 1930-1950- A PELE ENFERMA)[31].

A movimentação da pele da face alcança alta hierarquia, permitindo assim a demonstração das emoções e sentimentos, seu estado anímico. Esses sentimentos, tratam de formas sentimentais reativas ante ao mundo exterior, Rodrigues e Rocha (2015) portanto, as classifica como reações subjetivas transparecidas na face.

A face é considerada o segmento corpóreo mais representativo e valorizado da pessoa humana. Biologicamente, o desenvolvimento dos músculos forma as expressões faciais, que atuam na orientação espacial e na detecção de fonte de energia (alimentos), orientação do homem à fonte de energia (MADEIRA, 2012b). Como matriz única de cada indivíduo, a face é um sistema complexo e multidimensional, tendo a capacidade de exibir mais de dez mil expressões, e através das expressões são demonstrados os sentimentos e as emoções (FALCÃO et al., 2005), que são características próprias dos mamíferos.

Para Banks e Brow (2005b), a face é a imagem real do indivíduo, dada pela relação de sua personalidade, imagem interna, intrínseca, com a sua aparência física, imagem externa, extrínseca, que como unidades ajustadas, aproximam-se, e, dessa forma, a face passa a representar a pessoa em sua totalidade (MADEIRA, 2012c).

---

[30] **Augusto Esteves** (São José da Boa Vista, 16 de outubro de 1891 - São Paulo, 3 de fevereiro de 1966) foi um pintor, ceroplasta e ilustrador brasileiro.

[31] MUSEU HISTÓRICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP- Ceroplastia – o diálogo entre a arte e o mundo científico – ao mesmo tempo tem um caráter histórico. Na época, o destaque às doenças que de algum modo tinham o seu reflexo na pele do corpo como um todo, porém dava-se mais destaque àquelas cujas doenças afetavam os olhos, lesões linguais, lesões no rosto, fissuras e rachaduras na pele, bem como, coração e nervos. https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/exposicao-pele-enferma-conecta-a-arte-ao-mundo-cientifico/

Porém a face, apesar de sua constituição corpórea, não é feita tão, e somente de músculos. Quando atingida por um trauma lesivo, o que ocorre na vida da pessoa poderá representar muito mais do que a aparência de uma lesão. Nesse sentido, a face pode ser representada como um fio condutor dos mais íntimos sentimentos e pensamentos, e, a partir da ocorrência de um trauma passa a ocorrer um curto circuito conduzindo o corpo físico/psíquico para uma situação de comoção.

Isso ocorre, em razão da deformação e/ou a desfiguração facial, fazendo com que a pessoa com trauma na face manifeste uma reação de um profundo sentimento de dor, medo e ansiedade segundo Rodrigues et al. (2006). O contexto de sofrimento quando da ocorrência de um trauma na face pode ser de certa forma tão complexo, diante da afetividade reprimida, que pode até levar a pessoa à morte (suicídio).

2.5.4 Trauma "Psique"

A proposta, na psicologia de Carl Gustav Jung (1875-1961[32]), propunha que as pessoas tivessem condições de ampliação no que tange aos conhecimentos sobre a vida orgânica, bem como um aprofundamento na visão de mundo, algo que fizesse sentido para além dos sentidos, estabelecendo assim uma ligação entre os mundos, e dessa forma "aliviar as ruínas de nossa época". Essa era a visão de homem, um ser humano que vive no mundo material e espiritual, externo e interno, físico e psíquico, fundamentado nas reflexões do sofrimento humano[33].

Como um pensador crítico, que busca a compreensão, e, insatisfeito com uma psicologia bio-causal[34] como a única forma alternativa para se entender as vicissitudes da condição humana e contrário a essas suposições de uma psicologia

[32] Gustav Jung.psiquiatra suíço, fundador da escola da Psicologia Analítica. Desenvolveu os conceitos da personalidade extrovertida e introvertida, de arquétipos e do inconsciente coletivo.

[33] https://www.ijep.com.br/index.php?sec=artigos&id=255&ref=as-ra%EDzes-do-livro-vermelho-de-carl-gustav-jung

[34]Para Ernest Mach (1838-1916) a suposição do comportamento como determinado: a pretensão de fazer uma análise cientifica do comportamento humano a partir da noção de ciência proposta pela ciência natural; com dado empírico, afastamento de toda metafísica do saber científico, proposta de previsão e controle. Esse modelo mecanicista explicava os eventos do mundo em termos da ação causal de forças diversas, no tempo e no espaço, sobre a matéria. Nesse modelo, considerava-se que a realidade possuísse existência independente do sujeito, que a experiência e o princípio de explicação dessa realidade deveriam ser sempre ser baseados em um mecanismo. Essa então, seria a construção de um único caminho de um conhecimento firmemente baseado em observações empíricas. Segundo ele, a suposição da existência de um mundo "real "externo ao sujeito, não poderia ser sustentada, já que só teríamos acesso às nossas sensações – seria a partir da análise apenas dessas sensações, assim, que construiríamos nosso conhecimento do mundo.

comportamental/mecanicista, Jung, (1896[35]a), introduz importante discussão, colocando em pauta o metafísico:

> [...] a matéria exerce força gravitacional porque é propriedade da matéria exercer força gravitacional, mas um exame crítico das afirmações racionais conduz para um domínio imaterial e metafísico, permitindo ao imaterial reter a sua propriedade imaterial[36]b, uma consciência clara à psique inconsciente.

O conhecimento de si e do outro está baseado na experiência "real", afinal para Jung a base de todo conhecimento está no que experienciamos de nós mesmos e, através de nós mesmos, do mundo ao redor extrínseco e do intrínseco, ou seja, interpretar o mundo como decorrente de uma única substância, porém, e, ao mesmo tempo, considerar os conflitos internos da vida do homem, e viver, trabalhar com essa dissonância na vida humana. Como poderes antagônicos, segundo Jung[37], é exatamente essa cisão da morte como princípio biológico, que submete o homem a uma precondição de vida que ocorre o estranho fenômeno do sofrimento humano, entre o físico e o psíquico.

Consequentemente nos deparamos com a visão Junguiana, nessa linguagem de manifestação do sintoma físico em que a dor se manifesta simbolicamente para expressar o sofrimento psíquico. "A dor vive unida ao corpo, numa unidade indissolúvel, por isso articuladamente é que se pode separar a psicologia dos pressupostos básicos da biologia (...)[38].

> Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal consegue afetar a alma e corpo, pois alma e corpo não são separados, mas animados por uma mesma vida, assim sendo, é rara a doença do corpo,

[35] Carl Gustav Jung (1896) a conferência proferida por ele "As zonas limites das ciências exatas", ele se refere ao "espirito da profundeza".a

[36] Carl Gustav Jung (1896) a conferência proferida por ele "As zonas limites das ciências exatas", ele se refere ao "espirito da profundeza".b

[37] https://pt.scribd.com/document/374470640/Jung-Memorias-Sonhos-e-Reflexoes-1987

[38] "A psique é o eixo do mundo". (JUNG, C. G., VIII/2, § 423). O fato de que todos os processos psíquicos acessíveis à observação e à experiência estão de algum modo ligados a um substrato orgânico mostra-nos que eles se acham incorporados à vida do organismo como um todo e, consequentemente, participam de seu dinamismo, ou seja, dos instintos, ou são em certo sentido o resultado da ação destes instintos. Isto não quer dizer que a psique derive exclusivamente da esfera dos instintos e, consequentemente, de seu substrato orgânico. A alma, como tal, não pode ser explicada em termos de química fisiológica, porque ela é, juntamente com a "vida" em si, o único fator natural capaz de converter organizações estatísticas, isto é, sujeitas às leis naturais, em estados "superiores" ou "não naturais", em oposição à lei da entropia que governa a natureza inorgânica. Não sabemos como a vida produz os sistemas orgânicos complexos a partir do estado inorgânico, embora tenhamos a experiência direta de como a psique o faz. A vida, portanto, tem suas próprias leis, que não podem ser deduzidas das conhecidas leis físicas da natureza. Mesmo assim, a psique depende, em algum modo, dos processos de seu substrato orgânico. Em qualquer caso, é altamente provável que assim o seja.

> ainda que não seja de origem psíquica, que não tenha implicações na alma[39].

O sofrimento pode ser de extrema dificuldade de enfrentamento para a pessoa, nesse intermeio entre o físico e o psíquico, no momento em que a dor é remetida a uma condição física. É nessa conexão entre a dor e o sofrimento que deve haver a tentativa de uma aproximação sutil, no sentido de compreender de forma mais totalitária essas ocorrências de "traumas", particularmente em pessoas idosas. Quando do emergir da fragilidade, física/psíquica desse ser humano, mesmo que já tenha transcorrido um longo caminho de sua existência, e, nesse patamar da vida tenha que sobrepujar tal experiência pessoal grave e violentamente inesperada, particularmente, agressão à integridade física.

Assim sendo, pode-se considerar que as contusões e fraturas expostas ocorrem em estruturas além da musculoesquelética do corpo humano, uma vez que existem situações consideradas inesperadas em que um forte impacto emocional, como a agressão física, pode se estender para além do limite suportável para um indivíduo idoso. Diante dessa ferida psíquica, a pessoa pode se sentir afetivamente/efetivamente aniquilada, desprovida, abandonada e desesperadamente solitária (CRESPOLLINI, 2016).

Em termos psíquicos, sabe-se que o trauma pode ser uma comoção definida como sendo única e intensa, ou então, um complexo de ideias e emoções comparáveis a uma ferida psíquica (JUNG, 1986[40]). Sendo vitais, essas manifestações próprias da psique podem ultrapassar o controle da consciência e a qualquer instante, fazendo com que a pessoa perca o controle, contrariando as suas intenções (JUNG, 1971). O que isso significa? Isso quer dizer que o trauma psíquico poderá se sobrepor à consciência da pessoa traumatizada, podendo dessa forma desencadear uma série de sintomas, dependendo do surgimento de pensamentos intrusivos e involuntários, principalmente das lembranças angustiantes e recorrentes do sofrimento psíquico, que poderão desestruturar maiormente a pessoa frente ao fato traumático[41], visto que a pessoa tende a permanecer naquele momento,

[39]Jung, Carl Gustav, 1875-1961. 192p. Psicologia do inconsciente /C G Jung; tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis, Vozes, 1980. p.102.

[40] Jung, C.G. **Ab-reação, análise dos sonhos, transferência**. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 16.

[41] *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION* -DSM 5- Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais .

naquele lugar em que a experiência violenta se deu. Destaque-se que não seja uma regra, porém pode ser possível que os dias que se seguem sejam vivenciados como uma permanente repetição do trauma sofrido, como um *flashback.*

Isso se dá, de acordo com a explicação da psicologia, devido ao inconsciente que pode reviver o acontecimento numa tentativa de assimilação da cena traumática, ou seja, uma insistência do inconsciente para curar as feridas deixadas pelo trauma (LIMA, 2013).

Sintomas de traumas psicológicos podem estar também na hiperexcitação (estado de agitação constante), resposta de sobressalto exagerado (sustos exagerados por motivos banais); dificuldades de dormir, irritabilidade ou surtos de raiva, isolamento ou afastamento do convívio social, hipervigilância (como se algo estivesse sempre espreitando para atacá-lo), desinteresse pelo futuro (trabalho, estudo, casamento). Segue uma relação dos eventos mais comuns que podem ser considerados traumáticos: agressão física, assaltos, estupros, guerras, violência sexual, maus tratos e outros.

Acompanhando os eventos, existem outros sintomas mais comuns associados aos traumas; ansiedade, dificuldade de concentração e aprendizagem, depressão. Vale salientar que os traumas estão na raiz de diversos outros problemas que vão desde a depressão até a dependência química, passando pela obesidade, síndrome do pânico e pelo Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)[42].

O trauma psicológico se encontra na raiz de vários problemas, sendo considerado um desencadeador para tantos outros. Porém, o que chama a atenção nesse caso em particular, e, para diversos outros autores, os quais assinalam com relevante preocupação de forma a chamar a atenção para esse importante fator epidemiológico é, “o sintoma de depressão associado ao trauma psicológico”, seguido de tentativa (ideações) “e” suicídio com pessoas idosas (DE LEO et al., 2001; LYKOURAS et al., 2002; DABI et al., 2003; KIRSI et al., 2004; HEISEL et al., 2011; KATO et al., 2013; MCGIRR et al., 2012).

[42] O transtorno obsessivo-compulsivo, conhecido popularmente pela sigla TOC, é um distúrbio psiquiátrico de ansiedade descrito na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, o DSM-V (no termo em inglês) e na décima edição da CID (Classificação Internacional de Doenças). Sua principal característica é a presença de crises recorrentes de pensamentos obsessivos, intrusivos e em alguns casos comportamentos compulsivos e repetitivos. https://www.minhavida.com.br/saude/temas/transtorno-obsessivo-compulsivo

Segundo Jung, a depressão é uma inadaptação que ocorre quando a emergência do programa arquétipo[43] se torna disfuncional na interação genoma-ambiente em etapas chaves da vida, especialmente quando o ambiente, de forma parcial ou total, não satisfaz uma ou mais necessidades arquétipas básicas (apego, cuidado, proteção, alimento, status, sexualidade) e que evoluem em cada ambiente em particular, para otimizar a sobrevivência do organismo e a perpetuação dos genes[44].

O paciente quando acometido pela depressão vivencia uma alteração – uma descentralização – de todo o ser, ou seja, a pessoa não encontra um caminho para elaborar o símbolo do self, portanto, o paciente vive a doença. Nessa acepção, a depressão é ativada diante do sofrimento e se concentra na elaboração da dor, isto é, da dor psíquica. Compreende-se assim, que a depressão se articula com o Arquétipo da vida e morte[45]. A dualidade entre a vida e a morte mostra-se num contexto relevante onde a prevalência epidemiológica se ascende a partir da raiz do problema, o trauma.

As ideações de suicídio, o “suicídio” por pessoas idosas. O suicídio é o ato pelo qual o ser humano causa/provoca lesão em si mesmo, ao decidir colocar um ponto final a sua vida. Essa decisão limite em qualquer grau de intenção letal pode ser ressaltada como resultado de experiências de prolongados episódios traumáticos (SHNEIDMAN, 2004; NUNES, 1998).

Quando se avalia as tentativas de suicídio, os dados são preocupantes ao se identificar que para cada pessoa que morre por essas causas, de 20 a 30 já

---

[43] O arquétipo representa essencialmente um conteúdo inconsciente, o qual se modifica através de sua conscientização e percepção, assumindo matizes que variam de acordo com a consciência individual na qual se manifesta. O significado do termo "archetypus" fica sem dúvida mais claro quando se relaciona com o mito, o ensinamento esotérico e os contos de fada. O assunto se complica, porém, se tentarmos fundamentá-lo psicologicamente. Até hoje os estudiosos da mitologia contentavam-se em recorrer a ideias solares, lunares, meteorológicas, vegetais, etc. O fato de que os mitos são antes de mais nada manifestações da essência da alma foi negado de modo absoluto até nossos dias. O homem primitivo não se interessa pelas explicações objetivas do óbvio, mas, por outro lado, tem uma necessidade imperativa, ou melhor, a sua alma inconsciente é impelida irresistivelmente a assimilar toda experiência externa sensorial. Jung, Carl Gustav, 1875-1961. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo** / CG. Jung; [tradução Maria Luíza Appy, Dora Mariana R. Ferreira da Silva]. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p.17.

[44] A partir da psicopatologia simbólica-arquetípica pode ser analisada como alteração na dinâmica dos sistemas:

[45] Para o Estudo da Psicologia Simbólica e para a Psicologia Analítica, a morte não é somente oposta à vida como ocorre na posição polarizada e na psicanálise. A Morte e a Vida se articulam criativamente quando interagem de forma complementar e adequada no processo de desenvolvimento como descrito na psicologia analítica. O Polo da Vida do Arquétipo tem a sua expressão nas funções restauradoras e estruturantes do interesse, já o da Morte se expressa mediante as funções da indiferença, desapego, desinteresse, da perda, do sacrifício, do desânimo da depressão e do luto, BYITON (2018) http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/uploads/2018/02/arquetipo_da-vida_e_da-morte.pdf

tentaram. Vale salientar que o risco para o efetivo suicídio efetivo aponta para a população idosa[46]. As estimativas sugerem que até o ano de 2020, o número de mortes por suicídio no mundo pode ocorrer em um aumento de 50%, sendo que vale salientar que nos últimos 45 anos o crescimento desse fenômeno foi de 60% (MANGUALDE et al., 2013). Ressalte-se a inexistência de políticas públicas que preveem o aumento exponencial do número de pessoas idosas no Brasil, um fenômeno dos mais notórios em todo o mundo, com repercussões sociais, culturais políticas e principalmente no que concerne ao contexto geracional/familiar, tendo em vista que é um país que envelhece rapidamente, pois a cada ano 650 mil idosos são incorporados à população brasileira.

Diante disso, as projeções para o ano de 2020 estimam que o Brasil será a sexta nação mundial em número de pessoas idosas (acima de 60 anos), data essa que coincide com as estimativas de morte por suicídio para a população idosa (VERAS, 2003; VERAS, 2008.)

Na visão dos autores Szanto et al., (2003) a depressão é a mais comum e a mais grave das associações aos problemas da psique, assumindo como sendo o mais relevante fator de risco na tentativa de suicídio, porém vale assinalar que a idade avançada é um dos fatores que podem dificultar o processo de recuperação do trauma psíquico.

Apesar de cada indivíduo possuir capacidades singulares de lidar com eventos estressantes da vida, sabe-se que com a chegada da velhice várias alterações são acrescentadas ao (corpo, mente) acarretando consequências psicológicas próprias da idade, (senescência). A essas modificações poder-se-á ocasionar comportamentos e atitudes conturbadas diante de determinadas circunstâncias (COSTA, 2000).

Diante disso, a teia que envolve os aspectos da vida poderá vir a ter repercussões de saúde mental (GATTO, 2005). Segundo Dias (2003), a existência do ser humano é regida pela necessidade de “ser”, de continuar a ser humano, de sentir-se real, de habitar um mundo real, do início da vida, e, em seu decorrer. Tais experiências consistem em mudanças, que podem ser individuais e coletivas,

[46]*American Asociation of Suicidology. Elder suicide facts heet.*

levando a demonstrar que cada ciclo da vida pode ser caracterizado por comportamentos e papéis singulares e plurais.

> A princípio, a vida "deveria" ser mais compreendida do que estudada, no entanto, a proposta de melhor compreensão para descrever esse estudo, nesse contexto tão subjetivo, e, apesar de não fazer parte dessa área de conhecimento, é sugerir que todos temos que de alguma forma buscar esse entendimento, mesmo que facultado, para que nesse sentido possamos compreender, no mínimo, a nós mesmos. Foi então, essa a proposta para Carl Gustav Jung. A natureza humana em sua percepção para embasar os meus pensamentos e sentimentos sobre a vida em questão, numa melhor explicação sobre a mente humana. Nesses caminhos, em busca desse embasamento, me deparei com o que Jung afirmou em um artigo "Novos caminhos da psicologia", em que o autor proferiu na segunda conferência em 1912;[47] quem quiser saber da psique humana [...] o melhor a fazer seria pendurar no cabide as ciências exatas, despir-se da beca professoral, despedir-se do gabinete de estudos e caminhar pelo mundo com um coração de homem: no horror das prisões, nos asilos de alienados e hospitais, nas tabernas dos subúrbios, nos bordéis e casas de jogos, nos salões elegantes, na bolsa de valores, nos *meetings* socialistas, nas igrejas, nas seitas predicantes e extáticas, no amor e no ódio, em todas as formas de paixão vividas no próprio corpo, enfim, em todas essas experiências, ele encontraria uma forma mais rica de saber do que nos grossos compêndios (1912[48])

As pessoas quando educadas para enxergar claramente o lado sombrio de sua própria natureza aprendem ao mesmo tempo a compreender e amar seus semelhantes. Pois somos facilmente levados a transferir para nossos semelhantes a falta de respeito e violência que praticamos contra nossa própria natureza. (JUNG, 2011)

2.6 Normativas em defesa da pessoa idosa

2.6.1 Normativas Internacional

O Relatório Sobre o Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio fez uma análise da situação e das políticas adotadas quanto à propagação desse fenômeno do envelhecimento mundial. Como papel fundamental, a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS) para a análise e comunicação do impacto do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento,

[47] Para Jung, essa era a preocupação "conhecer a alma humana", com o seu pensamento crítico, a qual foi enfatizada em seu livro "Livro vermelho"
[48] Para Jung, essa era a preocupação "conhecer a alma humana", com o seu pensamento crítico, a qual foi enfatizada em seu livro "Livro vermelho"

na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento da nova realidade que se aproxima (OMS, 2005[49]). Entre essas medidas duas apresentaram destaques especiais; no campo da saúde, fomentar o envelhecimento saudável; no campo social, lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade (GOLDMAN, 2004).

A primeira Assembleia "Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento", tendo como pauta o envelhecimento, ocorreu em 1982[50]. Na discussão foi gerado um plano contendo as metas e assuntos comuns: saúde e nutrição aos consumidores idosos, habitação, meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda, emprego, educação e também a coleta de dados e análises para a pesquisa sobre essa faixa etária populacional (ONU-BRASIL, 2013).

Em 1991[51], a Organização das Nações Unidas (ONU) organizou a primeira Assembleia Geral tendo como prioridade o Princípio das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas no tocante à independência, participação, cuidado autorrealização e dignidade, promovendo com ênfase e de forma sequencial os planos e ações priorizadas no ano de 1999, dando início as comemorações para o "Ano Internacional do Idoso[52]".

A segunda Assembleia Mundial foi realizada em Madri, no ano de 2002, tendo como prioridade a discussão e aprovação do Plano de Ação que solicitava à comunidade internacional que abordasse plenamente a relação entre as pessoas idosas e desenvolvimento, propondo ainda que desafiasse as ideias anacrônicas da sociedade quanto ao envelhecimento (ONU, 2002a[53]). O documento/plano destaca e afirma claramente que a velhice não significa problema, mas sim, salienta uma conquista da humanidade, e que não se trata meramente de uma questão de segurança social e de bem estar, mas ressalta que todo esse movimento versa

[49] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

[50] O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Viena, orientou o pensamento e a ação sobre o envelhecimento durante os últimos 20 anos, na formulação de iniciativas e políticas de importância crucial.

[51] Em cumprimento do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, adotado pela Assembleia Mundial sobre Envelhecimento e endossado pela Assembleia Geral em sua resolução 37/51 de 3 de dezembro de 1982,

[52] O ano foi comemorado em reconhecimento do amadurecimento demográfico da humanidade e da promessa que ele tem de amadurecer atitudes e capacidades em empreendimentos sociais, econômicos, culturais e espirituais, não menos importante para a paz global e o desenvolvimento no próximo século. https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999.html

[53] The Madrid International Plan of Action on Ageing and the Political Declaration adopted at the Second World Assembly on Ageing in April 2002 mark a turning point in how the world addresses the key challenge of "*building a society for all ages*"

sobre um desenvolvimento global de políticas públicas, sociais, de mudanças e de direitos humanos, com propósito e finalidade de buscar as transformações de atitudes inerentes à significação dispensada às pessoas idosas (ONU, 2002b).

Tendo em vista todo esse aparato normativo mundial, junto ao fenômeno demográfico da população, os governos concordaram que era necessário integrar a população idosa aos quadros de desenvolvimento social, econômico e de direitos humanos. Nesse sentido, ficou denominado como tema, no ano de 2004, para o Dia Internacional da Pessoa Idosa "Pessoas Idosas Numa Sociedade Intergeracional[54]", deixando explicito o reconhecimento do papel das pessoas mais velhas na família, comunidade e sociedade de forma geral. À razão disso, e no intuito de fortalecer essas diretrizes, foi que no décimo aniversário do Ano Internacional da Família, o tema sublinha igualmente que os jovens de hoje, constituintes do maior grupo de jovens de todos os tempos, serão constituintes do maior grupo da população idosa no ano 2050, formando então a maior população idosa desde sempre (ONU, 2012[55]).

Para tanto, os dirigentes políticos da época reafirmaram a sua determinação em assegurar a realização dos objetivos acordados nas grandes conferências, assembleias e cúpulas das Nações Unidas, nomeadamente os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em 2006[56], foi traçada, então, pela ONU a determinação para "melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, de estratégia mundial, com apelo a todas as comunidades para que trabalhassem em prol das políticas públicas e programas susceptíveis, com o objetivo de propiciar às pessoas

[54] Numa altura em que a noção de um "choque de culturas" global ressoa fortemente – e preocupantemente – por todo o mundo, encontrar respostas para as velhas questões sobre a melhor maneira de gerir e mitigar os conflitos acerca da língua, religião, cultura e etnicidade assumiu uma importância renovada.

[55] O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade. No mundo todo, a cada segundo 2 pessoas celebram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050: o envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado. O relatório Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio analisa a situação atual das pessoas idosas e o progresso nas políticas e ações adotadas por governos e partes interessadas na implementação do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento; esse Plano, aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madri, visa fazer frente às oportunidades e desafios de um mundo cuja população está envelhecendo. O relatório oferece vários exemplos de programas inovadores que tratam com sucesso as questões do envelhecimento e os interesses dos idosos. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-

[56] Estratégias e planos de ação nacionais, regionais, estaduais ou municipais de envelhecimento podem ajudar a orientar essa reposta intersetorial, bem como assegurar uma resposta coordenada abrangendo diversos setores e níveis de governo. Essas estratégias e planos devem estabelecer compromissos claros com os objetivos e linhas claras de responsabilidade, ter orçamentos adequados e especifcar mecanismos para coordenação, monitoramento, avaliação e relatório entre os setores.

idosas um ambiente que possibilitasse sua autonomia e capacidades, promovendo dessa forma a sua independência e apoio, juntamente com os cuidados adequados, à medida em que fossem envelhecendo(2015)[57].

Enfim, "Os Princípios das Nações Unidas em Prol das Pessoas Idosas" tornaram-se imperiosos à concretização das potencialidades das pessoas idosas, além disso, promover para todos aqueles que envelhecem segurança, dignidade para continuar a participar da sociedade como um todo, ou seja, como cidadão com plenos direitos. Vale colocar em destaque a eliminação da "violência" aos idosos, a importância vital dos cuidados, da saúde, da proteção social e da família.

2.6.2 Normativas Nacional

No Brasil a Constituição Federal de 1988 buscou assegurar os direitos e deveres fundamentais a todos os seres humanos, destacando o princípio da dignidade humana, em artigo 1º, inciso III

> [...] como valor absoluto, que serve como base para a consolidação de um Estado Democrático de Direito, proporcionando a unidade e coerência ao conjunto de todos os outros princípios de direito ali elencado. Desta forma, explicitou-se a proteção social aos idosos como dever do Estado e direito do cidadão (BRASIL, 1988).

Vale ressaltar que o legislador constituinte inovou ao estabelecer direitos à pessoa idosa, até então não previstos em outro texto constitucional. Alguns artigos da Carta Magna referentes à idade merecem destaque.

Artigo 3º, inciso IV – Dispõe

> [...] que é objetivo fundamental do Estado promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Artigo 7º, inciso XXX - proíbe "a diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil".

[57] Para enquadrar como a saúde e o funcionamento podem ser considerados na idade mais avançada, este relatório define e diferencia dois conceitos importantes. O primeiro é a capacidade intrínseca, que se refere ao composto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer ponto no tempo.

Artigo 201, salienta que

> [...] a previdência social atenderá, entre outros eventos, à cobertura de doenças, invalidez, morte e idade avançada (inciso I). Estabelece, ainda, o tempo de contribuição para homens, mulheres e trabalhadores rurais (parágrafo 7º).

Artigo 203, afirma que

> [...] a assistência social será prestada a quem dela precisar, independentemente de contribuição à seguridade social, e relaciona, entre seus objetivos, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (inciso I). Assegura, também, um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Artigo 229, determina

> [...] que os pais têm o dever de assistir, criar e educar seus filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Artigo 230, dispõe

> [...] que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes direito à vida. Estabelece que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares" (parágrafo 1º) e garante a gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos (parágrafo 2º).

Após a promulgação da Constituição de 1988, outras leis surgiram amparando a pessoa idosa, entre elas: Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei n.º 8742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993).

A Política Nacional do Idoso A Lei n.º 8.842, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), foi sancionada em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996, ela assegura

> [...] os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Objetiva atender às necessidades básicas da população idosa no tocante a educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência, justiça (BRASIL, 1996)

O Estatuto do Idoso, aprovado em 1º de outubro de 2003 pela Lei 10.741/2003 contempla

> [...] os mais diferentes aspectos da vida cotidiana destacam os papéis da família, reforçando e enfatizando sua obrigação, da sociedade e do poder público (BRASIL, 2003).

A Política Estadual do Idoso no Estado de São Paulo, de forma diferenciada, inovou e unificou todas as leis existentes e consolidou em apenas uma, Lei n.º 12.548/2007, a Política Estadual do Idoso. Esta lei consolida e assegura "os direitos à cidadania, à vida, à dignidade, ao bem-estar e à participação na sociedade" (SÃO PAULO, 2007).

Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas e colocadas em prática, a partir de avanços e conquistas com a Constituição de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por lei Orgânica da Saúde n.°8080/90, por esse direito constitucional infere-se: no Artigo 2.º "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício", com acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.(BRASIL, 1988, BRASIL, 2006)

Esses direitos foram assegurados como Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria 1.395/GM –1999 - que tem como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas (BRASIL, 1999)

O Pacto pela Saúde, Portarias MS/GM n.º 399 de 22/2/2006 e n.º 699, de 30/3/2006, configura-se como um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios. Preveem garantias e ações prioritárias sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006).

Dentre as metas compactuadas neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades, sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Destaca-se a Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM n° 2.528, de 19 de outubro de 2006. Essa Portaria define que a atenção à saúde dessa população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referências a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006). A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), além disso os princípios gerais da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), através da atenção básica na estratégia de saúde da família, procura-se oferecer à pessoa idosa uma rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais e as diversidades do envelhecer.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivos

3.1.2 Objetivo Geral:

- Compreender a magnitude e dar visibilidade a violência sofrida pelas pessoas idosas.

3.1.3 Objetivos Específicos:

- Efetuar a caracterização sociodemográfica de idosos vitimados por violência física;
- Realizar a categorização da agressão segundo o tipo de trauma;
- Determinar a prevalência de agressão na face;
- Efetuar a classificação segundo as circunstâncias da violência contra os idosos.
- Efetuar a classificação segundo as circunstâncias da violência contra os idosos.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Campo da pesquisa

Trauma de Face em Idosos é um estudo que apresenta delineamento observacional descritivo e constitui de levantamento do universo de prontuários/fichas de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os gêneros, atendidos no período de 2012-2013; 2015-09/2018[58], na Unidade de Urgência/Emergência do Pronto Socorro Central no Município de Bauru, Estado de São Paulo, Brasil.

Figura (1) Localização de Bauru em São Paulo

Fonte: ABREU/2006[59]

O município de Bauru está situado no interior do estado de São Paulo, sendo o mais populoso da Região do Centro-Oeste Paulista, localizando se no noroeste da capital do estado (Figura 1) cerca de 326 Km, e ocupa uma área 604, 51 Km², o 18º

[58] Os arquivos referentes ao ano de 2014 (INCENDIO)
[59] Rafael Lorenzo de Abreu – Image:SaoPauloMesoMicroMunicp.svg.***own work***

mais populoso de São Paulo, em 2018 a sua população foi estimada em 374 272 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado muito elevado, seu valor é de 0,801, sendo o 20º maior de todo o estado de São Paulo. A renda per capita média de Bauru cresceu 57,36% nas duas últimas décadas (R$1.163,86 em 2016), a esperança de vida ao nascer é de 77,7, a proporção da desigualdade descrita pelo Índice Gini: passou de 7,34% em 2000 para 3,71 em 2010, enquanto que a taxa de envelhecimento evoluiu de passou de 4,83% em 1991, para 5,83 em 200, e para 7,36 em 2010[60].

O Município possui sob a Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde: Serviço de Vigilância e Saúde (5); Unidade de Assistência Farmacêutica (3); Núcleos de Saúde (18); Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família (6); Unidades de Saúde Mental (6); Unidades de Urgência e de Pronto Atendimento (8); Unidades Referenciais (9); Saúde Coletiva e Consultórios Odontologicos (escolas Municipais/Estaduais)[61].

Figura (2) Unidade de Urgência/Emergência de Bauru/SP
Fonte: autora/18

[60] Fonte: PNUD, Ipea e FJP- http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/bauru_sp
[61] http://www.bauru.sp.gov.br/saude/servicos_saude.aspx

A Unidade de Urgência e Emergência de Pronto Atendimento de Bauru, Estado de São Paulo é um órgão público do poder executivo municipal, com a administração direta da Secretaria Municipal de Saúde, com nível de atenção básica e média complexidade.

O prontuário deste serviço de urgência e emergência comtempla informações sociodemográficas, características clínicas (pressão arterial, função cardíaca, temperatura e fator de risco); circunstancia do episodio que resultou no trauma ou lesão; presença de acompanhante; avaliação médica (consciente, inconsciente, orientado, desorientado); data de nascimento, idade, sexo e cor); histórico da moléstia atual, exame físico e a hipótese de diagnóstico (HD). (ver anexos- A-B)

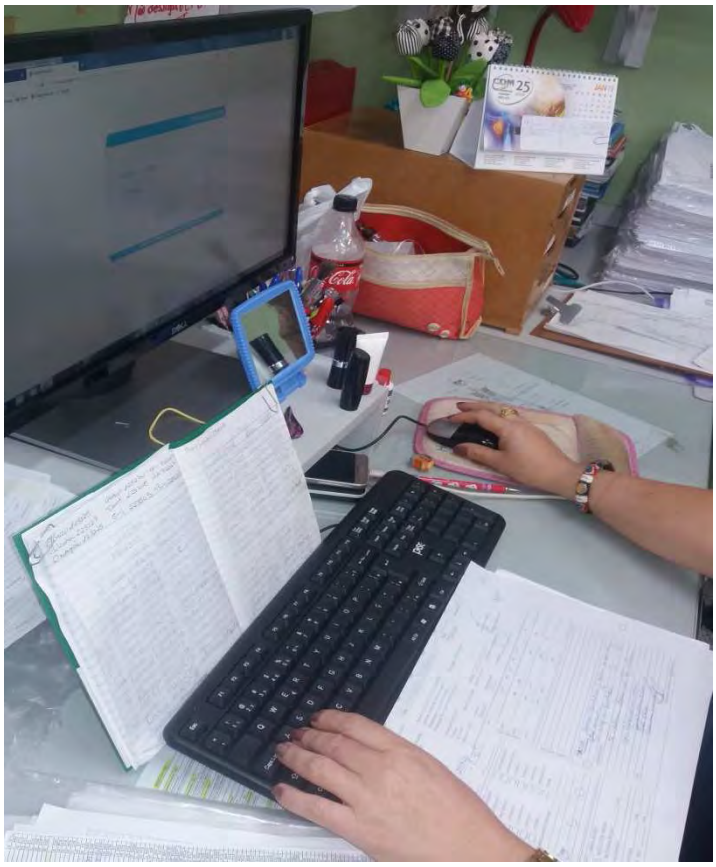


Figura (3) digitação dos prontuários/fichas para o sistema de Saúde

Para a execução literal do levantamento de dados desse estudo, no intento de abarcar os objetivos propostos vale salientar que esse trabalho (coleta de dados) apresentou nesse processo alguns revezes.

A unidade de saúde de urgência e emergência possui sistema parcialmente informatizado para o atendimento/cadastramento das informações dos pacientes,

sem acesso a prontuário eletrônico. As fichas são digitadas no momento da entrada do paciente de acordo com as informações relatadas pelos acompanhantes ou mesmo pelos pacientes, quando não, as fichas/informações são preenchidas manualmente.

Quando do levantamento dos dados do período 2012-2013, em virtude de falta de estrutura, e, pela grande quantidade de papeis, os documentos dos pacientes atendidos eram com o tempo transportados para um outro local. A destinação dos documentos, um prédio antigo, pertencente a uma Instituição Filantrópica em Saúde mental, “Paiva”. Tendo permanecido fechado por longo período, por isso tornou-se um local insalubre com mofos, insetos, muitas pombas, pássaros, excremento, sem luminosidade e ventilação, inadequado para a permanência humana nesse local. Além disso, quando chovia a sala de arquivo ficava parcialmente alagada.

No entanto, vale salientar que os documentos fichas e pacientes dos períodos de 2012-2014 estavam arquivados nesse local acima descrito, porém com o alagamento devido as chuvas os documentos concernentes ao ano de 2014 ficaram danificados. Quando foi no ano de 2015, foi registrada a ocorrência incêndio nesse imóvel, se perdendo assim os registros de atendimentos dos pacientes.

O método empregado para esse levantamento constituiu se da leitura individualizada, literalmente, ficha por ficha, prontuário por prontuário, tudo manualmente. Vale salientar que os atendimentos dia na unidade varia de 150 pacientes chegando muitas vezes a um montante de atendimentos de 300 atendimentos/dia. Nesse sentido, e, considerando a quantidade de pacientes atendidos dia/mês/ano nessa unidade de urgência/emergência, a quantidade de atendimentos pode chegar em torno de 9000 pacientes adultos/mês. Na comprovação dos atendimentos de acordo com os respectivos anos/anexos sendo que para o ano de 2012 (116.490); 2013 (102.967); 2015 (91.070); 2016 (80.885); 2017(72.555) e 2018 (72.238), respectivamente aos (ver os anexos: (C;D;E;F;G;H). Somando se os 6 anos foram verificados mais de 500 mil fichas e prontuários. Assinalando que o levantamento de dados dos períodos de 2012/2013 foi realizado anteriormente ao afastamento da pesquisadora. Os períodos de 2015-2018 foram coletados depois, e ainda que os documentos do aos de 2014 foram debelados pelo fogo.

A partir de uma leitura preliminar a idade do paciente (60 anos e mais), para em seguida buscar a informação sobre a Hipótese de Diagnostico (HD).

Para a Hipótese de Diagnóstico (HD), foi então, considerado para uma pré-análise as fichas/prontuários que continham os termos: (agressão, traumas, politraumas ferimento na boca, perfuração bucal, edema periorbital, hematoma na face e dorso nasal, crepitação óssea em dorso nasal, corte na cabeça com sangramento, fratura do zigoma, equimose, lesão em supercílio, fratura dos ossos do nariz, edema na pálpebra, hematoma periorbicular, corte no lábio superior, ferimento corte contuso na região malar, ferimento corte contuso mais trauma de crânio encefálico, corte contuso no couro cabeludo, ferimento com sangramento mandibular, lesão na região gengival, ferimento na região auricular, ferimento perfuro-cortante na região do pescoço, edema e equimose periorbitária, perda de massa encefálica, sangramento na região occipital, corte obtuso frontal, trauma na região temporal, escoriações na região temporal, corte facial, ferimento corte contuso no lábio superior, ferimento corte contuso no dorso nasal da região da glabela, ferimento corte contuso de grande monta no couro cabeludo, trauma crânio encefálico na região occipital com perda de substancia.

Constatado um dos termos na (HD) realizava se a leitura das fichas e prontuários na parte de “Observação” (ver anexo I- verso) um breve histórico da ocorrência descrito pelo profissional da saúde (médico(a) e/ou enfermeiro(a) relatado pelo acompanhante do paciente, e/ou pelo próprio paciente. Nessa etapa da coleta/pré análise, com base na hipótese do diagnostico- HD,e, nas descrições dos relatos, as informações eram maiormente sobre ocorrência de queda da própria altura, acidente automobilístico e acidente de trabalho. Deparou se também com fichas e prontuários incompletos, inconsistentes, de difícil interpretação da escrita, rasurados, insuficiência de informações, manchados de sangue e/ou medicamentos. Contudo das 467 fichas para a análise final foram excluídas 398 fichas, os traumas anotados na hipótese de diagnóstico provinha de outros tipos de ocorrências como acidente de transito, acidente de moto, queda da própria altura, queda da arvore, acidente de trabalho, queda de bicicleta, queda de andaime. Um outro ponto nesse levantamento de dados o espaço para a descrição/anotação da Hipótese de diagnóstico era deixado em branco, resultando em 69 fichas/prontuários que abarcaram os objetivos desse estudo.

Para tal fim, houve a necessidade de se fazer uso de equipamento de proteção: luvas cirúrgica (trocada de hora em hora), máscara, jaleco e álcool para desinfetar as mãos entre as trocas de luvas. Pois além das fichas e prontuários "sujos" de sangue e/ou medicamentos, tinha se também partículas do papel e a partículas de poeira incomodativa, aparentemente inofensivas, porém se inaladas poderiam causar danos à saúde.

Durante a confecção do banco de dados (planilha), foram categorizados as seguintes informações: idade, gênero; acompanhado sim/não; agressão familiar e parentesco; as lesões foram categorizadas em fratura simples, fratura múltipla, partes moles, lacerações, cortes, abrasão com perdas, dentoalveolar, trauma de face, trauma de crânio, com as informações lançadas direito no notebook.

Figura (4) foto parcial do arquivo do PSM Central
Fonte: autora/18

A foto acima mostra parte da sala onde estão as fichas/prontuários dos pacientes que foram atendidos na unidade de urgência e emergência a partir do ano de 2015 a 2017.

Figura (5) Foto da sala de arquivo prontuários/fichas ano 2018
Fonte: autora/18

4.1.2 Procedimentos Éticos

O projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo CAAE: 95714318.50000.5417 (ver anexo I) e Autorizado pela Comissão Cientifica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru – CCSMSB. (ver os anexos J - L).

4.1.3 Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados em planilha do Excel ® e posteriormente analisados no programa SPSS, versão 25 (*IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp*.).

Os dados foram descritos em tabelas por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para verificar associação entre as variáveis foi utilizado o Teste Exato de Fisher.

Em todos os testes foram adotados nível de significância de 5% (0,05).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Tabela 1. Ocorrências de agressão aos idosos por ano.

Ano *	N	%
2012	24	34,8
2013	15	21,7
2015	7	10,1
2016	10	14,5
2017	8	11,6
2018	5	7,2
Total	69	100,0

* - Os arquivos de 2014 pegaram fogo

A tabela 1 traz as variáveis de ocorrência de agressão familiar contra a pessoa idosa na proporcionalidade ocorrências/ano, com destaque para os anos de: 2012 (34,8%); de 2013 foram (21,7%) e 2016 (14,5%).

Tabela 2. Distribuição da amostra por gênero.

Gênero	N	%
Feminino	22	31,9
Masculino	47	68,1
Total	69	100,0

Quanto à distribuição sociodemográfica, a tabela 2 revela a questão de gênero frente às ocorrências de agressão contra as pessoas idosas. Demonstra a particularidade expressiva na proporcionalidade de agressão para o gênero masculino (68,1%), no entanto deve-se observar como advertência as circunstâncias/proporcionalidade de ocorrências para o gênero feminino (31,9%).

Tabela 3. Distribuição da amostra por faixa etária.

Faixa etária (anos)	N	%
60 – 65	21	30,4
65 – 70	18	26,1
70 – 75	10	14,5
75 – 80	12	17,4
80 – 85	4	5,8
85 – 90	4	5,8
Total	69	100,0

Em termos de variáveis sociodemográficas para a faixa etária, (tabela 3), a agressão é mais relatada como acontecimento expressivo para os idosos de 60-65 anos com uma proporção de (30,4%), porém as faixas etárias de 65-70 com (26,1%); e, a de 75-80 (17,4%) demonstram relevante prevalência.

Tabela 4. Distribuição das variáveis assistenciais e de agressão familiar.

Variável	Sim		Não	
	n	%	N	%
Chegou com acompanhante	55	79,7%	14	20,3%
Agressão por membro da família	18	26,1%	51	73,9%

A tabela 4, com a variável assistencial, confirma que (79,7%) dos idosos chegam acompanhados ao serviço de urgência e emergência. Nessa tabela em que se destaca a variável “agressão familiar”, denota-se significativa quantidade de idosos que sofrem violência doméstica (24,6%).

Tabela 5. Distribuição por grau de parentesco do agressor.

Familiar que agrediu	N	%
Filho	4	22,2
Filha	2	11,1
Irmão	2	11,1
Nora	2	11,1
Parceiro	2	11,1
Cunhado	1	5,6
Vários familiares	1	5,6
Não conta	4	22,2
Total	18	100,0

Entre os entes familiares que cometem agressão física contra o idoso (tabela 5), vale ressaltar a presença do filho (22,2%), da filha (11,1%), irmão (11,1%), nora (11,1%) e parceiro (11,1%), sendo que em 22,2% das fichas não constam o autor(a) da agressão física.

Tabela 6. Distribuição das ocorrências por tipo de lesão.

Tipo de lesão	N	%
Trauma da face	49	71,0
Cortes	48	69,6
Lacerações	46	66,7
Partes moles	41	59,4
Trauma de crânio	40	58,0
Escoriações	39	56,5
Fratura simples	28	40,6
Abrasão com perdas	22	31,9
Dentoalveolar	21	30,4
Fraturas múltiplas	20	29,0

De acordo com as variáveis clínicas do tipo de lesões (tabela 6), em que os idosos são acometidos devido à agressão familiar, como acontecimento expressivo na gênese, o “trauma de face” (71,0%) se sobressai. Destacam-se a variável “corte” com (69,6%), seguidos pela ocorrência “lacerações” (66,7%), ferimentos nas “partes moles internas da boca” (59,4%), para o trauma de crânio foi observado em (58,0%) dos ferimentos, as escoriações (56,5%), fratura simples (40,6%), abrasão com perda de substância (31,9%), dentoalveoar (30,4%) e fratura múltipla (29,0%).

Tabela 7. Distribuição de lesões ligadas à área odontológica.

Possível lesão ligada à área odontológica	N	%
Trauma da face, crânio ou dentoalveolar	64	92,8

Denota-se na (tabela 7) o diagnóstico para trauma de face e trauma de crânio sendo apontado em (92,8%).

Tabela 8. Distribuição das ocorrências por métodos utilizados para agressão.

Método de agressão (n=27) *	N	%
Pauladas	10	37,0
Socos	9	33,3
Chutes	5	18,5
Pedradas	4	14,8
Perfurocortante	1	3,7
Barra de ferro	1	3,7
Arma de fogo	1	3,7

* - Dos 69 sujeitos, em apenas 27 constava o método de agressão.

A tabela 8 coloca a proporcionalidade do uso de “instrumentos” no que tange à agressão. Idosos agredidos com pauladas (37,0%), com socos (33,3%), com chutes (14,8%), proporcionalmente os instrumentos perfurocortantes, barra de ferro e arma de fogo com (3,7%).

Tabela 9. Distribuição por agressão sem/com uso de instrumentos.

Tipo de agressão (n=27) *	N	%
Agressão sem uso de instrumento	10	37,0
Agressão com uso de instrumento	17	63,0

* - Dos 69 sujeitos em apenas 27 constava o método de agressão.

A tabela 9 destaca que o uso de instrumento para a agressão foi de (63,0%), e para as agressões sem o uso de instrumentos foi de (37,0%), sendo que dos 69 idosos agredidos, constatou-se o referido método de agressão em 27 sujeitos idosos.

Tabela 10. Associação entre agressão por familiar e o gênero.

Gênero	Agressão por familiar			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Masculino	8	17,0%	39	83,0%
Feminino	10	45,5%	12	54,5%

Teste exato de Fisher p = 0,019*

Com a execução do teste exato de Fisher em que p= 0,019*, a tabela 10 enfatizou que proporcionalmente as mulheres sofrem mais agressões de familiares (45,5%) que os homens (17%).

Tabela 11. Associação entre o uso de instrumento na agressão e o gênero.

Gênero	Uso de instrumento na agressão			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Masculino	11	68,8%	5	31,2%
Feminino	6	54,5%	5	45,5%

Teste exato de Fisher p = 0,687

O uso de instrumento para a agressão foi observado mais para o gênero masculino (68,8%), e para o feminino (54,5%). Com a execução do teste de Fisher não houve significância com p=0,687.

Tabela 12. Associação entre agressão por familiar e a faixa etária.

Faixa etária	Agressão por familiar			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
60 a 70 anos	7	17,9%	32	82,1%
acima de 70 anos	11	36,7%	19	63,3%

Teste exato de Fisher p = 0,101

Assinala-se nessa tabela 12 que houve uma maior prevalência de agressão por familiar, comumente exercida para os mais idosos, acima de 70 anos de idade (36,7%), com a aplicação do teste de Fisher p = 0,101 sem significância estatística.

Tabela 13. Associação entre agressão com uso de instrumento e a faixa etária.

Faixa etária	Uso de instrumento na agressão			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
60 a 70 anos	11	68,8%	5	31,2%
acima de 70 anos	6	54,5%	5	45,5%

Qui-quadrado p = 0,687

Na associação do uso de instrumento para a agressão e a faixa etária de idosos não houve significância com p=0,687. Pode-se observar que os idosos na faixa etária de 60-70 anos de idade implicam numa maior chance de serem agredidos por instrumentos (68,8%).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O Brasil[62] é considerado um dos países mais violentos do mundo. Segundo a Organização das Nações Unidas e outros órgãos não governamentais, morre-se mais no Brasil em decorrência da violência do que na guerra na Iraque[63]. Diante disso, a resposta desse estudo apontou os anos de 2012/2013 como sendo os dois períodos de maior prevalência, com 34,8% e 21,7% respectivamente, em atos de agressão física contra as pessoas idosas.

Ressalte-se que nesses dois períodos o país foi obrigado a conviver com: desemprego, os escândalos de corrupção, corrida eleitoral, violência, passeatas contra os governos, a economia em déficit, aumento da dívida pública, aumento de impostos, falta de investimentos nas áreas que mais atingem a população, na área da saúde (fechamento de hospitais, falta de atendimento por falta de profissionais, por falta de insumos, com pessoas sendo atendidas nos corredores, e ainda os óbitos por negligência governamental.

Na área da educação, em que mais de 90% da população dependem do ensino nas escolas públicas, muitas dessas escolas fecharam as portas, ataques de bandidos às escolas, mortes de crianças por tiro perdido[64], e o não investimento nos profissionais da área, os professores. Nesse panorama descrever sobre a segurança pública, ou a falta dela, seria no mínimo uma questão óbvia.

Para Castro et al., (2017a) foram anos de relevância no contexto da violência, pois, o estudo realizado por esses autores apontou que no ano de 2013 foram

---

[62] O Brasil mata. Mata muito. Entre 2001 e 2015 houve 786.870 homicídios, a enorme maioria (70%) causados por arma de fogo e contra jovens negros. Os números da violência no maior país da América Latina atingem dimensões ainda mais preocupantes ao se compararem com guerras internacionais deste século. Desde que começou o conflito sírio, em março de 2011, morreram 330.000 pessoas. A guerra de Iraque soma 268.000 mortes desde 2003. Brasil, com 210 milhões de habitantes, é o país que mais mata no século XXI. O Brasil mata. Mata muito. Entre 2001 e 2015 houve 786.870 homicídios, a enorme maioria (70%) causados por arma de fogo e contra jovens negros. Os números da violência no maior país da América Latina atingem dimensões ainda mais preocupantes ao se compararem com guerras internacionais deste século. Desde que começou o conflito sírio, em março de 2011, morreram 330.000 pessoas. A guerra de Iraque soma 268.000 mortes desde 2003. Brasil, com 210 milhões de habitantes, é o país que mais mata no século XXI.

[63] https://brasil.elpais.com/brasil/2017/12/11/politica/1513002815_459310.html

[64] https://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/mortos-feridos-por-balas-perdidas-no-estado-do-rio-desde-decada-de-90-19559369

internados no serviço público por motivo de agressão 12,7% idosos, e no ano de 2012 foram de 9,3%, dados esses em relação à população do país.

A prática da corrupção, por sua vez, tira dos indivíduos as oportunidades de melhorias em sua vida pessoal e relacional, além do não investimento nos setores públicos. Portanto, os fatos falam por si. Gomes (2010)[65] coloca com veemência que a corrupção é a causa primária de tudo, pois retira da população a possibilidade de garantia de seus direitos. Diante desse contexto, uma revista de economia publicou que no início do ano de 2012, sobre a histórica taxa de desemprego no país, havia quase 28 milhões de pessoas desempregadas, milhões de desalentos[66].

Qual seria então a visão preambular dessa conjuntura? A desestruturação das famílias, o desmantelamento da base de sustentação afetando a dignidade da pessoa humana no seu mais profundo brio. Para o enfrentamento dessa adversidade, e diante da imensa crise econômica que assolou o país, as aposentadorias dos idosos ganharam espaço no orçamento familiar. De acordo com De Chiara e Brandão (2018)[67], pelo menos 10,8 milhões de pessoas são dependentes para sobreviver da aposentadoria gerada pelo idoso da casa, e que, normalmente são irrisórias. Trata-se aqui de uma junção circunstancial que em via de regra leva à reflexão. Para Castro et al., (2017b), a violência se reproduz principalmente por dificuldades financeiras. Sabe-se que historicamente, culturalmente é do homem o papel de mantenedor da família.

Diante disso, o estudo mostrou que o gênero masculino é prevalentemente mais agredido, 68,1% do que as do gênero feminino que totalizaram 31,9%. Entre as maiores ameaças aos seres humanos figuram os próprios humanos, particularmente, quando se trata de sobrevivência. Porém, não se trata apenas de se manter como mantenedor, mas sim, como se preservar em uma relação de disputa com os entes da própria família. Isso pode significar, ampliação dos conflitos, discussões, ameaças, desrespeito e consequentemente a agressão. Nesse caso, não se trata, tão e somente do controle econômico da casa, mas, e, do próprio domínio e descarte no mais velho. O que interessa na verdade não é o bem-estar do outro, mas o próprio bem-estar. Vale salientar que conflitos por disputa de poder

[65] https://professorlfg.jusbrasil.com.br/artigos/139906808/o-custo-da-corrupcao-no-brasil
[66] https://g1.globo.com/economia/noticia/falta-trabalho-para-277-milhoes-de-brasileiros-aponta-ibge.ghtml
[67] https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,numero-de-lares-que-dependem-da-renda-de-aposentados-cresce-12-em-um-ano,70002402366

econômico dentro de uma família raramente são exceção. Principalmente, quando ocorre da família passar por dificuldades financeiras, desemprego entre outros problemas.

A partir de então, o contexto muda, pois, a ideia de poder passa a ser o mando incondicional. Todavia, diverso a esse estudo, vale mostrar que uma análise documental realizada por Garbin et al. (2016a) com base nos registros policiais de uma delegacia especializada em maus-tratos contra idosos, observou-se que as mulheres foram as principais vítimas de agressão (93,0%), corroborando com esse resultado Aguiar et al. (2015) apontou, sobre as características da violência contra o idoso em Aracaju-SE, maior prevalência também para o gênero feminino (65,2%), além disso, esse estudo revelou que tais ocorrências foram internas ao lar, e por Duque et al., (2012) a agressão prevalente também foi para o gênero feminino (23,91).

O fato de os homens, nesse estudo, terem sido os mais agredidos que as mulheres não tira a probabilidade de o fator econômico ser a causa impulsora para as agressões, pois, vale salientar que as mulheres têm uma sobrevida maior que a dos homens. Além do mais, historicamente, as agressões às mulheres decorrem de longa data, mesmo antes de se tornarem idosas.

Para Bond & Butler (2013) com o envelhecimento, emergem também os problemas ocultos**.** Haja vista, as variáveis sociodemográficas para a faixa etária, em que, a agressão é mais relatada como acontecimento expressivo para os idosos de 60-65 anos com uma proporção de (30,4%), porém as faixas etárias de 65-70 com (26,1); e, a de 75-80 (17,4) demonstram também ser de relevante prevalência.

Esses dados, em particular, revelam muita estranheza no que tange à agressão física ter maior prevalência para pessoas idosas de menor fragilidade e dependência, pode haver uma maior probabilidade de denúncia. Moraes et al., (2008) apresenta seu estudo, com a faixa etária de 60-70 prevalentemente mais agredida 57,1%. Os motivos que Acierno et al., (2010a) explicita é colocado como agravante e de risco para a questão de agressão. Os autores (2010b) colocam que a falta de recursos financeiros podem ser um dos motivos mais relevantes, no entanto, citam também a convivência com pessoas psicodependentes, histórico de agressão familiar na família, os conflitos geracionais e a disputa por espaço físico. Diante disso, nota-se o estabelecimento danoso da relação financeira com agressão. Caso

este que pode provocar um envelhecimento pouco saudável. Colocando -se ainda o idoso na linha marginal da social e da vida.

Sabe-se que o aumento da população idosa de forma bastante acelerada está ocorrendo em todos os países, no entanto, nos países considerados do 3ª mundo esse fenômeno chega de forma muito mais abrupta.

A prevalência da faixa etária de 60-65 anos foi também resultado nos estudos realizados por Garbin (2016b), indicando o grau de independência relacionado à idade. Somam-se ainda os estudos de Moraes et al., (2008b) com os idosos da faixa etária de 60-70 que sofreram mais agressões 57,1%..

Verifica-se em estudos publicados, o envelhecimento populacional como fator causal de preocupação, em termos mundiais, e, mais acentuadamente em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil (CARVALHO, 2003; FELIX, 2007; KUCHEMAN, 2012; BRITO, 2013). Tem-se ainda o alerta que em 2060 chegaremos a 25,5% do total de brasileiros com 60 anos e mais de idade (IBGE)[68], frisando que o envelhecimento faz parte da natureza humana. Porém, outros fatores contundentes podem ser considerados, principalmente no que tange às relações interpessoais/sociais e familiares conflituosas, e dessa forma determinar o tipo de vida futura para a pessoa etária. Diante disso, enfatiza-se, o reconhecimento comprometido e compromissado do outro para com o outro.

Os idosos que chegaram acompanhados para o atendimento no serviço de urgência e emergência foi de 79,7% e para os que relataram ter sofrido agressão de familiar foi de 24,6%. Chegar acompanhado à unidade de urgência e emergência pode implicar na chance do idoso(a) não apresentar o relato de ter sofrido agressão. Todavia, nos estudos realizados por Miziara et al. (2015) concluíram haver um aumento substancial de notificações sobre violência doméstica em idosos e consideraram que a fragilidade e a dependência do idoso fazem com que esse cenário apresente indícios de subnotificações, não refletindo a realidade para o predomínio da agressão física. Por isso, é fato que apenas 24,6% dos idosos relataram a agressão familiar. Vale ressaltar a revisão sistemática realizada por Cooper et al. (2008) os quais concluíram que um em cada quatro idosos vulneráveis corre o risco de sofrer algum tipo de abuso, e apenas uma pequena proporção

[68] http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33875&Itemid=9

desses abusos é detectada. No entanto, vale salientar que uma pessoa idosa que é agredida por um ente da família, já pode ser considerada vulnerável por si só. Trata se, no entanto, de violência, que segundo Mora (2004) são atos realizados por seres humanos nas suas relações interpessoais. Por isso, para a vítima, parece ser a única opção a não verbalização da verdade.

A vista disso, em muitas ocorrências de agressão a vítima tem por única opção a não verbalização da verdade, pois pode suceder lhe um pensamento de ocultação para se proteger e/ou não constranger a própria família, ou ainda não apontar o agressor.

Esse tipo de relação entre as pessoas pode ser considerado um constante entrelaçamento de fios mediante ao qual ele se transforma no que é (ELIAS, 1984).

E assim, tomados de poder, advêm basicamente as relações humanas. Nossos achados revelaram que o familiar agressor, maiormente está a presença do filho 22,2%, seguida pela filha 11,1%.

De acordo com o resultado desse estudo, a literatura tem mostrado uma maior prevalência para o agressor pertencente ao gênero masculino, isso vem ao encontro dos estudos de Castro et al., (2017b) o agressor é filho, e tem normalmente 40 anos de idade, com histórico de violência e de comportamentos abusivos. Mascarenhas et al., (2012) confirma que na maioria dos eventos violentos está a presença do filho, em seu estudo com 32,2%. Para Silva & Lacerda (2007) o maior problema nesse contexto são as relações desgastadas, principalmente com os filhos e cônjuges, no entanto, em concordância com esse estudo, os filhos são os maiores agressores dos idosos no meio familiar.

Minayo (2005) confirma que a violência familiar consiste em um problema nacional e internacional, dado que pesquisas realizadas em várias partes do mundo têm revelado que 2/3 dos agressores são filhos e esposos, pois, de modo geral, os cuidados com a pessoa idosa continuam a ser, na maior parte das sociedades, de responsabilidade das famílias. Para Leão (2012) a relação entre pais e filhos é uma relação de dominação, uma balança de poder desigual. Isso é fato, e ocorre na maioria das vezes usando das inversões de papéis. O filho se torna pai e o pai se torna filho. Notadamente, quando isso ocorre, tem uma mudança brusca nas afeições e sentimentos dotados de um para com o outro.

A insatisfação produzida na vida propicia um caminho de agressão, pois, arrasta-se para esse período da vida em que os nós das relações ainda se encontram embaraçados. Considerados momentos de extrema delicadeza, pois, pode se sucumbir a qualquer momento. Não se justifica em nenhuma hipótese a tomada de atos de agressividade, no entanto sabe-se que os seres humanos na sua maioria retornam para o outro o que recebeu do outro, isso só não acontece em raras exceções.

A situação de violência ocasiona sequelas que podem ser irreversíveis. Mostra-se na gênese o “Trauma de face” como o mais prevalente, 71% das ocorrências. Considerada como a lesão mais significativa pela literatura, os traumatologistas colocam-na com relevante preocupação devido ao sofrimento que advém desse tipo de lesão. Em caso de acometimento de trauma facial em pessoas idosas tem-se ainda as comorbidades e as doenças sistêmicas do envelhecimento, em que comumente pode provocar severas complicações (CAVALCANTI et al., 2009; CARVALHO et al., 2010, LIMA SILVA et al., 2011; YKEDA et al., 2012b; SILVA et al., 2014; D’AVILA et al., 2015).

Outras lesões advêm das ocorrências de agressão, que são: “corte” 69,6%, as lacerações (66,7%), ferimentos nas “partes moles internas da boca” (59,4%). Colocado pelo ponto de vista fisiológico, esses ferimentos podem comprometer a face, pois há perdas na elasticidade e distensão da pele. Os idosos, ao sofrerem algum tipo de lesão nessa região do corpo, etiologicamente são de difícil tratamento/cura.

Pode se afirmar que a agressividade é tomada de vários e outros contornos quando a consequência de uma lesão é a da face, lembrado que a composição estrutural da face vai além do visível.

A face representa a magnitude da expressão artística, refletida na visibilidade da matéria. No entanto, lesar a face pode se considerar uma lesão da alma. Vale dizer que descrever sobre o sofrimento em decorrência desse tipo de lesão, só é possível superficialmente, pois só sente a dor e o sofrimento quem passou por isso. Nesse sentido, o sofrimento pode ir para além do limite suportável, principalmente para os idosos.

Procura-se grifar na maior parte dos escritos sobre o sofrimento da pessoa idosa, tendo em vista que, quanto mais idade, menor a resistência física e psíquica. Todavia, essa compreensão pode ser até mesmo individual, mas elevo para a realidade observada, a dor psíquica pode levar ao óbito tanto quanto a dor física. A importância dada as lesões faciais centram-se na alta incidência de morbidade. Segundo Bezerra (2017a), tem-se a desfiguração estética, perda de função e custo financeiro representativo, as repercussões emocionais, como já citado, a possibilidade de deformidades irreversíveis, podendo levar ao óbito.

Corroborando com os dizeres de Bezerra, (2017b); Santos; Almeida, Silva (2013) ressaltam que, se os traumas de face não forem reparados de maneira e nos momentos adequados, podem evoluir para sérias sequelas estéticas e funcionais. Por sua vez o trauma de crânio pode vir associado ao trauma de face, nesse caso, a lesão de acordo com esse estudo apresentou maior probabilidade de o idoso ter sido agredido por algum tipo de instrumento. Já o trauma dentoalveolar envolve três estruturas básicas que são: os dentes, porção alveolar e os tecidos moles da boca. Tal impacto traumático pode não resultar somente em dano dental ou em tecidos moles, mas também, em fraturas dos ossos da face e, mais seriamente, em danos cerebrais e em regiões do pescoço[69].

Os profissionais de saúde da unidade de urgência e emergência, os médicos e enfermeiros, ocupam um lugar de destaque, no entanto, vale salientar que esse tipo de lesão de alta gravidade requer um profissional da área odontológica para que a pessoa, nesse caso o idoso, tenha um atendimento adequado no que tange à reparação dos danos faciais, e dentários especificamente de maneira e momentos adequados. Nesse caso, o tratamento por um especialista como o cirurgião dentista bucomaxilo pode permitir um melhor prognóstico para o paciente traumatizado, enfatizando que esse paciente sofreu traumas advindos de agressão física familiar, que notadamente são particularidades de extrema importância para o direcionamento do tratamento, principalmente se a agressão foi mediante o uso de instrumento.

A paulada foi a forma prevalente utilizada para o ato de agredir 37,0%. Sentir na pele ou na face a experiência de receber uma paulada, principalmente quando esse ato vem de pessoas com as quais se convive deve ser uma experiência

[69] https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/odontologia/traumatismo-dento-alveolar/9916

incomum e anormal. Como compreender tais atitudes? Quais as alegações que levam uma pessoa supostamente mais jovem a desferir uma paulada na face de outra, diga-se de passagem, muito mais velha.

Verificou se no estudo de Sampaio et al., (2017a) que o meio de agressão mais utilizado foi a força corporal com espancamento 62,9%. Mascarenhas et al, (2012b) observou em seu estudo que os meios de agressão mais utilizados foram a força corporal com 49,6% onde as lesões acometem mais de uma parte do corpo, com predominância no ombro e braço.

De acordo com os resultados desse estudo o espancamento por pauladas veio a provocar a prevalência de traumas de face, diferentemente do estudo de Mascarenhas et al., (2012c), no entanto vale salientar que nesse estudo em questão, dos 69 sujeitos agredidos em apenas 27 constava o método de agressão, sendo que para o uso de instrumento foi de 63%, sem o uso de instrumento de 37,0%. Colocando dessa forma, o espancamento por paulada como causa primária para os índices de prevalência nos traumas de face em idosos.

A partir da correlação entre as variáveis sociodemográficas de gênero e a variável agressão familiar, com a aplicação do teste exato de Fisher em que p= 0,019*, mostrou-se que proporcionalmente as mulheres sofrem mais agressões de familiares (45,5%) do que os homens (17%). Foi possível notar também essa prevalência nos estudos de Sampaio et al., (2017b) em que as mulheres ostentaram a maior prevalência (85,2%). Para esses autores (2017c), o gênero feminino mostra maior predominância para as doenças crônicas incapacitantes, o que demanda um aumento na necessidade de cuidados por parte dos cuidadores/familiares. Semelhante ao observado, no estudo de Irigaray et al. (2016), as mulheres foram a população mais agredida com 78,9%, esse mesmo resultado de prevalência feminina foi encontrado ainda no estudo de Mascarenhas et al. (2012c), em que 61,3% do idosos agredidos são do gênero feminino.

Na opinião de Oliveira, Cavalcanti (2007), apesar da evolução nas relações de gêneros, ainda existe uma correspondência de poder que acaba por propiciar e manter sua dominação pelo gênero masculino, oriunda de uma construção socialmente aceita. Pois, historicamente, sabe-se que as agressões às mulheres decorrem de longa data, mesmo antes de se tornarem idosas. Como uma possível explicação para a questão da violência de gênero, Abath, Leal e Filho (2012) trazem

que as mulheres são mais vulneráveis, sendo ainda duplamente mais delicadas devido as causas do envelhecimento.

Mesmo com toda essa vulnerabilidade e fragilidade, as mulheres vivem mais tempo que os homens. Contudo, assevera as autoras Vieira, Moreira e Lima (2016), a agressão aliada à crescente fragilidade orgânica, torna a situação ainda mais crítica com iminentes riscos de morte em curto espaço de tempo.

No tocante à correlação das variáveis de gênero e instrumentos para agressão foi de 68,8% para o gênero masculino e para o feminino (54,5%) com a execução do teste de Fisher, e não houve significância com p=0,687. Sendo o homem muito mais agredido, no caso de uso de algum instrumento presume-se que a gravidade da lesão pode ser ainda mais séria. Nesse caso, particularmente, quando um idoso é atingido por um instrumento de agressão, obviamente a gravidade do ferimento pode vir a ser muito maior.

Desta feita, mostra o porquê o trauma de face é um ferimento de grande preocupação pelos traumatologistas e equipes médicas/enfermeiros. Pois, ao ser atingido por algum instrumento na face pode ocorrer o afundamento dos ossos, e ainda ocorrer o trauma no crânio, o que colocaria esse idoso(a) em risco de ficar possivelmente sequelado pelo resto da vida, ou com iminência para a morte. No que toca as mulheres, o que provavelmente faz com que o uso de instrumento para a agressão seja menor é devido a fragilidade do próprio gênero. Todavia, a importância da preocupação não é diminuída por ser a mulher menos agredida com instrumentos. Nesse caso, em particular, a agressão deve ser vista como duplamente grave, por ser uma mulher e por ser idosa.

As pessoas necessitadas só podem esperar a ajuda de outras pessoas. Foi assinalada nessa correlação entre as variáveis de agressão e faixa etária, após a aplicação do teste de Fischer p = 0,101 (sem significância estatística), que os idosos acima de 70 anos de idade (36,7%) são os mais atingidos por agressões. Mediante o conhecimento do processo biológico, a expectativa de vida foi elevada consideravelmente. Elias (2001) é veemente em afirmar que o estoque de conhecimentos da sociedade em relação ao envelhecimento e a morte aumentou muito nos dois últimos séculos, porém, faltam-lhes compreensão sobre o que ocorre quando um tecido muscular endurece gradualmente. Muito menos, particularmente,

procuram a compreensão que se envelhece todos os dias. Pois, cabe aqui colocar que “só não fica velho quem morre cedo...jovem”.

Em geral, torna-se fisicamente mais fraco, precisando de maior atenção e cuidados da família. Nesse momento em que mais se necessita de atenção, mostra-se nesse estudo que os idosos com idade mais avançada são os maiormente agredidos. Isso mostra a imensa incapacidade de as pessoas entenderem o quão é importante o cuidado mútuo. No entanto, nota-se que o mais valoroso em questão não é provavelmente a vida humana, mas sim, o que aquela pessoa idosa em questão pode ou não deixar de bens materiais à família.

Torna-se imperioso afirmar que o fato de não percebermos o envelhecimento e não o aceitarmos como tal, faz com que não estejamos preparados para o enfrentamento desse contexto tão frágil e, podemos dizer, difícil. Pois a capacidade de entendimento é mínima ou nenhuma. Nesse sentido, então, podem ocorrer os conflitos intergeracionais, por motivos que pode se chamar de fúteis. Porém, a partir dessa futilidade colocar a vida humana de uma pessoa idosa em risco, de um ferimento de grande monta, que poderá acabar em lesões psíquicas, e, além disso, uma provável depressão, e por fim o óbito.

Esse contexto, de risco fica muito claro quando na literatura encontra-se artigos que tratam sobre as ideações/suicídio de pessoas idosas, especialmente, mulheres de 70 anos de idade ou mais, ou seja, os idosos considerados mais velhos, como mostra esse estudo.

Um dos pontos, no artigo de Silva et. al., (2015), acentuam-se nos problemas e conflitos familiares, os quais influenciam as ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas, sendo um dos motivos as diferenças de visão de mundo em famílias multigeracionais, ocasionando brigas, agressão. Em uma revisão sistemática realizada por Minayo & Cavalcanti (2015), o período compreendido entre 2010 a 2013 mostrou um risco ampliado de suicídio para os idosos de 70 anos e mais. Colocam que o tema em pauta é de mais alta relevância, pois os conflitos familiares predispõem aos idosos a tirar a própria vida.

Desta feita, correlacionando as variáveis do uso de instrumento de agressão com a variável sociodemográfica faixa etária dos mais idosos não houve significância p=0,687. Porém, pode se observar que os idosos na faixa etária de 60-

70 anos de idade implicam numa maior chance de serem agredidos por instrumento (68,8%). A prevalência de violência, sobretudo as agressões com o uso de instrumentos, para com essa faixa etária, e, ainda perpetrada por descendente pode repercutir na vítima com a assunção do próprio fracasso, e nesse conjunto de circunstâncias de idade avançada é mais complicado para o(a) idoso(a) chegar as instâncias formais e fazer uma denúncia.

Um estudo conduzido pela então socióloga Ana Gil (2015) revelou que em 64,9% das agressões sofridas, os idosos não falam sobre a situação, não apresentam queixa, impera o silêncio. E com a sociedade cada vez mais envelhecida, pensa-se que os números de denúncias tendem a aumentar, no entanto, de acordo com Costa et. al., (2014), os idosos relatam as quedas da própria altura como o principal fator etiológico das lesões. Haja vista que a agressão feita com um instrumento, e, na face, ocasiona ferimentos graves. Há de se pontuar ainda, que o estado emocional da vítima, a omissão por vergonha, esta se vê incapaz de explicar o fato.

Ademais, a fragilidade do idoso faz com que esse cenário aponte indícios de subnotificações, não refletindo a realidade da agressão física, questão claramente apontada por Cooper et. al., (2008) ao realizarem uma revisão sistemática. Em concordância com esses autores (2008), as subnotificações nas fichas e prontuários podem refletir realidades díspares. No entanto, a presença dos profissionais dentistas na rede pública de atendimento pelo Sistema Único de Saúde é de extremada relevância.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

As conclusões aqui discutidas sintetizam os principais resultados do estudo realizado, dessa maneira foi possível observar nas características sociodemograficas que no conjunto da amostra de participantes da pesquisa o homem foi o mais agredido, no entanto, a associação de gênero e a agressão familiar o estudo pontou outro parâmetro, apontando ser a mulher a mais agredida. Ainda referente ao gênero, ao qual foi associado o uso de instrumento para agressão, o homem passa a ser novamente o mais agredido. Nas Ocorrências, segundo o estudo, fica esclarecido, portanto que para ambos os gêneros há aviltamento da agressão.

Ainda pontuando as características sociodemograficas, seguido a amostragem por faixa etária, maiormente apontou aos de menor vulnerabilidade e de maior independência são os mais vitimizados. Conquanto, associando a faixa etária e a agressão familiar, tem-se um outro cenário, mostrando se que os idosos mais idosos, os que são considerados mais frágeis são os que evidentemente sofrem mais agressão familiar, e, devido a própria condição de dependência, e fragilidade o acesso para pedir ajuda pode ficar mais dificultoso. Nesse seguimento, após a associação da faixa etária de idosos mais idosos com o uso de instrumento para a agressão, no que foi notabilizado que os da faixa etária de 60-70 anos de idade, possuem uma maior possibilidade de terem sofrido mais com agressão familiar.

Quanto os tipos de agressão contra os idosos os são por instrumento “pauladas”, o que vem a evidenciar as características da lesão mais prevalente, o trauma de face, seguido dos cortes e lacerações. Na amostragem sobre a agressão familiar, foi detectado que 1/4 da população pesquisada sofreu agressão de alguém da família. Cabe ressaltar que quando há entrada desses pacientes idosos lesionados na unidade de saúde de urgência e emergência, o faz com acompanhante. Sendo que no caso de terem sofrido agressão de alguém da família, pode ser mais provável a não verbalização do ocorrido, justificando se com um outro motivo qualquer, que sofreu uma queda da própria altura. Nesse estudo mostrou,

assim como em outros estudos já citados que os filhos (as) prevalentemente são os agressores, o que torna para a vítima um contexto de medo e mais vulnerabilidade.

Motivo de grande preocupação porque a prevalência de trauma de face, particularmente, em pessoas idosas é considerada de, sobremaneira uma das lesões mais fatais do mundo, devido a sua proporcionalidade agressiva. Para tanto, é importante considerar o trabalho desenvolvido nos atendimentos pela equipe socorrista. Porém tem se na maioria dos casos de trauma de face, devido as suas proporcionalidades lesivas, a indispensabilidade de profissionais da área como os cirurgiões dentistas e bucomaxilo.

REFERÊNCIAS

REFERENCIAS

ABATH, M.B.; LEAL, M.C.C.; FILHO, D.A.M. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2012. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.fev.2012

ACIERNO, R. et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. Am J Public Health. 2010a.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/ . Acesso em: 10.fev.2019.

ACIERNO, R. et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. Am J Public Health. 2010b.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/ . Acesso em: 10.fev.2019.

AGUIAR, M.P.C. et al. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Esc. Anna Nery. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0343.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

ALENCAR R. S.; Reproduzindo a violência em domicílio: e produzindo a violência em domicílio: o preço de envelhecer. Memorialidades. 2005. p. 36-42.

ALENCAR R. S.; Reproduzindo a violência em domicílio: e produzindo a violência em domicílio: o preço de envelhecer. Memorialidades. 2005. p. 36-42.

ALVES DE LIMA, et al. Envelhecimento e o risco de fraturas em pacientes osteoporéticos. Anais Eletrônico. VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Cientifica. 2012. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/natalia_alves_lima_1.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019

ALVES, J.A. Os direitos humanos como tema global. Perspectiva. Fundação Alexandre Gusmão. 1994.

ANDOLFI, M. Por trás da máscara familiar. Porto Alegre. Artes Médicas. 1984.

ARENDT, A. A condição humana. 9ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1999. 333p.

AYRES, J.R.C. M, et.al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006d. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449593 . Acesso em: 09. fev. 2019.

AYRES, J.R.C. M. et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009e. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf. Acesso em: 09. fev.2019.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude soc. São Paulo . 2009b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso . acesso em: 03. feb. 2019.

AYRES, J.R.C.M. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo. Hucitec. 2002a.

AYRES, J.R.C.M. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo. Hucitec. 1997c. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/102/ . Acesso em: 09. fev.2019.

BANKS, P.; BROWN, A. Fraturas do Esqueleto Facial. ed. Santos. São Paulo. 2005. P. 197.

BANKS, P.; BROWN, A. Fraturas do Esqueleto Facial. ed. Santos. São Paulo. 2005b. P. 197.

BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. Revista USP. São Paulo. 2001. Disponível em: www.revistas.usp.br/revusp/article/download/35108/37847/.Acesso em: 03. fev.2019.

BERTOLOZZI, M.R. et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf. Acesso em: 09. fev. 2019.

BERTOLOZZI, M.R. et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009c. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf. Acesso em: 09. fev.2019.

BERTOLOZZI, M.R. et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009d. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf. Acesso em: 09. fev.2019.

BERTOLOZZI, M.R. et. al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf. Acesso em: 09. fev.2019.

BEZERRA, A.L.D. et al. Epidemiological Profile of facial/Trauma Perfil Epidemiológico dos Traumas Facial. 2017a. REUFI. Disponível em: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5835 . Acesso em: 10.fev. 2019.

BEZERRA, A.L.D. et al. Epidemiological Profile of facial/Trauma Perfil Epidemiológico dos Traumas Facial. 2017b. REUFI. Disponível em: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5835 . Acesso em: 10.fev. 2019.

BISSON, J.I. SHEPHEARD, J.P. DHUTIA, M. Psycological sequelae of facial trauma. J Trauma. 1997. p. 496-500.

BLONDEAU, S. Um élève a été giflé par um enseignant: I' acte de violence es signes au sens, du sens aux actes. In.: Les Sciences de l'Éducation; pour l'ère nouvelle reveu international. Violence et Education. Université de Caen, cerce.1997. Disponível em:: http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/v.3-n.5-agosto-1999.pdf. Acesso em: 01. maio. 2016.

BOND, M.C, BUTLER, K.H. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening.Clin Geriatr Med. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177610 . Acesso em: 10.fev.2019

BRASIL, 1988. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao. Acesso em: 20 abr.2016.

BRASIL, 1988. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao. Acesso em: 20 abr.2016.

BRASIL, 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993. .http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL, 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Lei 10743/2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 20 abr. 2016. Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/404.html. Acesso em: 1 maio 2016.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html . Acesso em: 10.fev,2019.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html . Acesso em: 10.fev,2019.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Portaria n.2528 de 01 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasilia. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br .Acesso 01. Maio. 2016.

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metánálise de estudo de acurácia e diagnóstica. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/diretrizes. Acesso em: 27.maio.2016

BRASIL. 1990. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 11.fev.2019.

BRASIL. 1999. Portaria n. 1395/99. De 10 de Dezembro de 1999. Brasilia. Senado Federal. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa . Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL. 1999.. Portaria n. 1395/99. De 10 de Dezembro de 1999. Brasilia. Senado Federal. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa . Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL. 2006. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais

do Referido Pacto. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html .
Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL. 2006. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html .
Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL.1996. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm . Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL.1996. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm . Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL.2006. PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006. O documento Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html .
Acesso em: 10.fev.2019.

BRASIL.2006. PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006. O documento Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html .
Acesso em: 10.fev.2019.

CAMPOS. W.M.P. Reflexões sobre a autonomia do idoso: através da viodanza, gerontologia social e programação de neurolingistica-PNL. In: Encontro Paranaense Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVIII, XVIII, 2013. Curitiba. Anais Eletronico. Centro Reichiniano. 2013. Disponível em:
http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/20-7.pdf.Acesso em: 05. fev.201

CARVALHO, J.A.M. GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública. 2003. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

CARVALHO, N. et al. Uma odontologia para o terceiro milênio. Rev. ABO-MG. 1998, n. 156, p. 3-5.

CARVALHO, T.B.O. et al. Six years of facial care: na epidemiological analysis of 355 cases. Brazilian Journal Of Otorhinolaryngol. 2010. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000500006&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 10.fev.2019.

CASTRO,T.L.D .et al. Violence against women: caracteristics of head and neck injuries. RGO - Rev Gaúcha Odontol . 2017b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000200100&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/1981-86372017000200013245. Acesso em: 10.fev.2019.

CASTRO,T.L.D. et al. Violence against women: caracteristics of head and neck injuries. RGO - Rev Gaúcha Odontol . 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000200100&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/1981-86372017000200013245. Acesso em: 10.fev.2019.

CASTRO,T.L.D. et al. Violence against women: caracteristics of head and neck injuries. RGO - Rev Gaúcha Odontol . 2017b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000200100&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/1981-86372017000200013245. Acesso em: 10.fev.2019.

CAVALCANTE, A. L. P. AGUIAR, J. B. GURGEL, L. A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza. Rev. bras. geriatr. Gerontol. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-. Acesso em: 27. abr. 2016.

CAVALCANTI, A.L.; LIMA, I.J.D.; LEITE, R.B. Perfil de pacientes com fraturas maxilo-faciais em um hospital de emergência e trauma, João Pessoa, PB, Brasil.Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2009. Disponível em: http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/746/400 . Acesso em: 10.fev.2019.

CID 10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª rev. 2008. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm. Acesso em: 2016 mar 17.

COHEN, S. HARGREAVES, K. M. Caminhos da polpa. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2007. 1104 p.

COOPER, C. SELWOOD, A. LIVINGSTON, G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing. 2008a. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18349012 . Acesso em: 19.fev. 2019.

COOPER, C. SELWOOD, A. LIVINGSTON, G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing. 2008a. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18349012 . Acesso em: 19.fev. 2019.

COSTA ACCUSIO, C.S. Alterações da pele na terceira idade. 2015a. Disponivel em:http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1658&fase=imprime. Acesso em: 10.fev.2019.

COSTA ACCUSIO, C.S. Alterações da pele na terceira idade. 2015b. disponível em:http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1658&fase=imprime. Acesso em: 10.fev.2019.

COSTA, A. M. D. et al . Trauma dos ossos temporais e suas complicações: aspectos na tomografia computadorizada. Radiol Bras, São Paulo. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842013000200014&lng=en&nrm=iso.http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842013000200014.. Acesso em 09. fev. 2019.

COSTA, E.F.A. Porto, C.C. ALMEIDA, J.C. et al. Semiologia do Idoso. In: Porto, C.C. (ed). Semiologia Médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. cap. 9, p.165-197, 2000.

COSTA, M.C.F, et al. Traumatismos faciais em mulheres por mecanismos violentos e não violentos. Braz. j. otorhinolaryngol. 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/3924/392434066004/. Acesso em: 10.fev.2019.

CRESPOLINI, P. Apesar da dor, o trauma pode nos transformar .2016. Disponível em: https://medium.com/@paulocrespolini/apesar-da-dor-o-trauma-pode-nos-transformar-58d4073709e6 . Acesso em: 23 jan 2019.

D'AVILA, S. et al. Caracterização de vítimas de agressão e de acidentes de transporte atendidas no Instituto de Medicina e Odontologia Forense – Campina Grande, Paraíba, Brasil – 2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2015a. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00887.pdf . Acesso em:09. fev.2019.

D'AVILA, S. et al. Caracterização de vítimas de agressão e de acidentes de transporte atendidas no Instituto de Medicina e Odontologia Forense – Campina Grande, Paraíba, Brasil – 2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2015b. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00887.pdf . Acesso em: 9 fev.2019

DABI, E. MATUSEVICH, D. FINKELSZTEIN, C. Major depressive disorder in suicide attempts among over 60 years old patients. Vertex. 2003. v. 14. N.52. p. 124-127.

D'AVILA, S. et al. Characterization of victims of aggression and transportation accidents treated at the Forensic Medicine and Dentistry Institute - Campina Grande, Paraíba, Brazil - 2010. Ciênc. saúde coletiva. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25760128 . Acesso em: 10.fev.2019.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev Psiquiatr, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 9-21, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1. Acesso em: 29 abr. 2016

DE LEO, D. et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. Int J Geriatr Psychiatr. 2001. p. 300-310.

DESLANDES, S.F. A interação entre profissionais e as vitimas de violência. 2001. [books-internet] Disponível em: http://books.scielo.org/id/r7pjf/pdf/deslandes-9788575415283-06.pdf . Acesso em: 09 fev.2019.

DIAS, E. O. A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro. Editora Imago. 2003.

DIOGO, M. J. D'. E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. Rev.latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a07. Acesso em: 29 abr. 2016.

DUQUE, A. M. et al . Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). Ciênc. saúde coletiva,. 2012 . Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030. Acesso em: 12.02.2019.

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984a. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Sociedade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 09. fev. 2019.

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984b. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Sociedade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 09. fev. 2019.

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984c. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Soci

edade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 09. fev. 2019

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984d. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Sociedade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 09. fev. 2019.

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984e. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Sociedade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 09. fev. 2019

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984f. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Sociedade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 09. fev. 2019.

ELIAS, N. A Sociedade dos Indivíduos. (Org.) Michael Schröter Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.1984G. p. 174. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4040999/mod_resource/content/6/A%20Sociedade%20Dos%20Individuos%20-%20Norbert%20Elias%20%281994%29.pdf . Acesso em: 9 fev. 2019.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. 2001a.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 2001b.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 2001c.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 2001d.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001e.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 2001b.

FALCÃO, M.F.L., SEGUNDO, A.V.L. SILVEIA, M.M.F. Epidemiological Study of 1758 Facial Fractures Treated at Hospital da Restauração in Recife, Pernambuco, Brazil. Rev Cir Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, 2005. disponível em: http://www.revistacirurgiabmf.com/2005/v5n3/pdf%20v5n3/v5n3.8.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

FALEIROS, V. P. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Editora Universa. Aguas Claras - Taquatinga-DF, 2007.

FELIX, J. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional.2007. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/45.pdf Acesso em: 10.fev.2019.

FERNANDES, K. R. et al . Efeitos dos recursos eletrofísicos na osteoporose: uma revisão da literatura. Fisioter. mov. (Impr.), Curitiba. 2010. v. 23, n. 2, p. 271-281. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23. Jan. 2019.

FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2.ed. rev. Aum. Rio de Janeiro. 1999.

FOUCAULT, M. Estratégias poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2003. 300p.

FREIRE COSTA, R. C. et. al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013.

FREITAS JÚNIOR, A.C.H. et al. Envelhecimento do aparelho estomatognático: alterações fisiológicas e anatômicas. Revista Odontológica de Araçatuba. 2008 Disponível em: http://apcdaracatuba.com.br/revista/volume_29_01_2008/PDF/trabalho%207.pdf . Acesso em: dez 2018.

FRIED, L. P.; GURALNIK, J. M. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. J Am Geriatr Soc, 1997. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1997.tb00986.x/epdf . Acesso em: 29 abr. 2016.

GARBIN, C.A. et. al. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2016a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00087.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

GARBIN, C.A. et. al. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2016b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00087.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

GATTO, I.B. Aspectos Psicológicos do envelhecimento. In M. Papaléo Netto. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo. Atheneu.2005

GAWRYSZEWSKI, V. P. MELLO JORGE, M. H. P. KOIZUME, M. S. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: O desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Revista da Associação Medicina Brasileira. 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100044&lng=en. Acesso em 28. abr. 2016.

GIL, A.P. et. al. Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. 2015. disponível em: https://journals.openedition.org/configuracoes/2852. Acesso em: 10.fev.2019.

GISSENS, A. The nation-stete and violence. Volume two of a contemporary critique of historical materialism. Berkley-Los Angeles. University of California Press. 1987

GOLDMAN, S.N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, L. et al. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro. Nau. 2004. p. 61-81.

HABERMAS, J. O conceito de poder de Hanna Arendt. In: Freitas B, Rouanet P. (Orgs.). Habermas. São Paulo: Ática, 1987b. p. 100-118.

HABERMAS, J. Teoria do agir comunicativo. Racionalidade da ação e racionalidade social. Tradução: Paulo Astor Soethe. São Paulo. WMF Marintis Fontes. 2012a.

HEBLING, E. Prevenção em Odontogeriatria. In: Pereira CA. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 426-437.

HEISEL, M.J. et al. Concordance of Self-and Proxy-reported Suicide Ideation in Depressed Adults 50 Years of Age or Older. Can J Psychiatry 2011.

HERFORD, AS, YING, T. BROWN, B. Outcomes of Severely Comminuted (Type III) Nasoorbitoethmoid Fractures. J Oral Maxillofac Surg. 1266-12 77.

HILL, R.; MATTESSICH, P. Family development Theory and Life Spam Dvelopment. In: Baltes, P.B. et al. Life Span Development and Behavior, NY Academic Press. 1979.

HOUAISS, A. VILLAR, M.S. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Objetiva. 2001.

IBGE, 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/. Acesso em: 9 maio 2016.

IKEDA, R.B.A. et al. Perfil epidemiologico de 277 pacientes com fraturas faciais atendidos no pronto atendimento, pelo service de otorrinolaringologia do Hospital do Trabalhador em Curitiba/PR, no ano de 2010. Int Arch. Otorhinolaryngol. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48642012000400003&lng=en&nrm=iso>http://dx.doi.org/10.7162/S1809-97772012000400003: Acesso em: 09. fev.2019.

IRIGARAY, T. Q. et al . Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. Estud. psicol. 2016 . disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300543&lng=en&nrm=iso.Acesso em: 10.fev.2019.

JESUS, G.P.; NASCIMENTO, H.L, GONDIM, R.F. Tratamento das sequelas de fratura naso-órbitoetmoidal: Relato de caso. Rev bras cir bucomaxilo-fac. 2010. V.10, N.2. p. 81-82.

JUNG, C. G. Obras completas. Petrópolis. RJ: Vozes, 2011.

JUNG, C.G.A natureza da psique. Tradução de Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha. OSB. 5ª Ed. Petrópolis. Vozes. 1971. p..22.

KATO, K.et al. Frequency and clinical features of suicide attempts in elderly patients in Japan. Psych Clin Neurosci . 2013. P.119-122.

KIRSI, S. ERKKI, I. LÕNNQVIST, J. Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. Int J of Geriatr Psychiatry. 2004. p.35-40.

KRISTENSEN, C.H. et.al. Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17248.pdf . Acesso em: 09. fev.2019.

KRUG, E.G. et al. World report on violence and health Geneva. WHO; 2002.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.fev.2019.

LEÃO, A.B.; FARIAS, E. Dossiê: Reinventar Norbert Elias. Revista Sociedade e Estado . 2012. v. 27; n 3. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/se/v27n3/02.pdf . Acesso em 03. fev.2019.

LEÃO, A.B.; FARIAS, E. Dossiê: Reinventar Norbert Elias. Revista Sociedade e Estado . 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/se/v27n3/02.pdf . Acesso em 3 fev.2019.

LIMA, E. P. Psicologia Profunda: textos de conhecimento e vida. São Paulo: Clube dos Autores. 2013. p. 215.

LIMA, R. CAMPOS, M. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. Rev. esc. enferm. USP. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-. Acesso 12 abr. 2016.

LIMA, S. et al. Trauma facial: análise de 194 casos. Rev. Brás. Cir. Plást. 2011.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em:10.fev.2019.

LOPES, A.I.F. Osteoporose e o envelhecimento. Trabalho final do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, realizado na área científica de geriatria. 2014. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31050/1/tese.pdf . Acesso em: 22 jan.2019.

LYKOURAS, L. Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behavior. Journal of Affective Disorders. 2002. V.69. n.1-3. p. 225-229.Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032700003220. Acesso em: 23 jan 2019.

MADEIRA, C.M.; Bases da Anatomofuncionais para a Prática Odontológica. (colaboração) RIZZOLO, R.J.C.; 8º ed. Savier. São Paulo. 2012a.

MADEIRA, C.M.; Bases da Anatomofuncionais para a Prática Odontológica. (colaboração) RIZZOLO, R.J.C.; 8º ed. Savier. São Paulo. 2012b

MADEIRA, C.M.; Bases da Anatomofuncionais para a Prática Odontológica. (colaboração) RIZZOLO, R.J.C.; 8º ed. Savier. São Paulo. 2012c.

MAGALHÃES, F. B. et al. (Org.). Abordagens metodológicas nos estudos sobre violência no campo da saúde coletiva. Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos. 2013. p. 53-65.

MANGUALDE. A.A.S. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Mental. 2013. p.235-48

Marcelo Perine. -- 2. ed. rev. -- São Paulo. Edições Loyola. Coleção filosofia. 2013c Disponível em: https://eric-weil-recherche.univ-lille3.fr/fichiers_pdf/Perine/MP_Filosofia%20e%20viol%C3%AAncia.pdf Acesso em: 09. fev.2019.

MARCONDES FILHO, C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. Perspec. 2001a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392001000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso 30 mar. 2016.

MARQUES, A. C. L. Relação da higiene bucal com sensibilidade gustativa e nutrição em idosos. 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado em Biopatologia Bucal.) Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista, São José dos Campos. 2006.

MARQUES, A.C.; GUEDES, L.J. SIZENANDO, R.P. Incidência e etiologia das fraturas de face na região de Venda Nova - Belo Horizonte, MG – Brasil. 2009a. Disponivel em: http://rmmg.org/artigo/detalhes/329. Acesso em: 10.fev.2019.

MARQUES, A.C.; GUEDES, L.J. SIZENANDO, R.P. Incidência e etiologia das fraturas de face na região de Venda Nova - Belo Horizonte, MG – Brasil. Revista Médica de Minas Gerais. 2009b. Disponivel em: http://rmmg.org/artigo/detalhes/329. Acesso em: 10.fev.2019.

MARTY, F. Adolescência, violência e sociedade. Ágora. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982006000100009&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982006000100009. Acesso em: 09 Feb. 2019

MASCARENHAS, M.D.M -. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2012c. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf Acesso em: 10.fev.2019.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2012a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf Acesso em: 10.fev.2019.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2012b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf Acesso em: 10.fev.2019.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva. 2012d. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf Acesso em: 10.fev.2019.

MCGIRR. A. et. al. Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: cognitive assessment using the Wisconsin Card Sorting Task. J Psychiatr Res. 2012. p.226-232.

MELO JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, Brasil: III-Mortes intencionais. Revista de Saúde Pública. 1981. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v14n3/07.pdf. Acesso em: 12 abr. 2016.

MELO, R.S. O sofrimento nietzscheano na realização da satisfação humana. Revista Húmus. 2011. Disponível em: www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/download/.../1287 Acesso em: 05 fev. 2019.

MENOITA, E. SANTOS,V. SANTOS, A.S. Skin in the elderly. Journal of Aging and Innovat on. 2013. Disponível em: http://journalofagingandinnovation.org/pt/tag/vasos-sanguineos/. Acesso em: 10. dez 2018.

MILLER, N.E. et al. A frustração hipótese de Agressão. Psycological. Review. 1941. p.337-342 a.

MILLER, N.E. et.al. A frustração hipótese de Agressão. Psycological. Review. 1941b. p.337-342

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). Ciênc. saúde coletiva. 2015 . disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601751&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 feb. 2019.

MINAYO, M. C. Violência contra os idosos: O avesso do respeito á experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2° edição. 2005.

MINAYO, M.C.S. SOUZA, E. R. (Orgs). Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2003.

MINUCHIN, S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990.

MIZIARA, C. S. M. G. D. et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. Saúde, Ética & Justiça. 2015. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/102816/101104 . Acesso em 10.fev.2019.

MODENA. M.R. Conceitos e formas de violência. (Org.) Maura Regina Modena. Edusc. 2016a. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf . Acesso em 6 fev. 2019.

MODENA. M.R. Conceitos e formas de violência. (Org.) Maura Regina Modena. Edusc. 2016b. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf . Acesso em 6 fev. 2019.

MOODY, H. S. Ageing Meaning and the Allocation of Resources. Ageing and Society, Vol. 15, Issue 02/June 1995a. pp. 163-184.

MOODY, H. S. Ageing Meaning and the Allocation of Resources. Ageing and Society, Vol. 15, Issue 02/June 1995b. pp. 163-184.

MOODY, H. S. Ageing Meaning and the Allocation of Resources. Ageing and Society, Vol. 15, Issue 02/June 1995c. pp. 163-184.

MORA, José Ferrater. Dicionário de filosofia. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

MORAES, E.N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. Fiocruz/ENSP/EAD. 2008. p. 151-175.

MORAES, E.N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. Fiocruz/ENSP/EAD. 2008a. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf . Acesso em: 10.fev.2019

MORAES, E.N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. Fiocruz/ENSP/EAD. 2008b. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

MOURA, L. M. et al. Avaliação da condição periodontal em pacientes idosos. Rev. Bras. Patol. Oral. 2004. v. 3, n. 4, p. 180-186.

NUNES, E.R. O Suicídio. reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX.

OLIVEIRA, A. P. G.; CAVALCANTI, V. R. S. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. Rev. bras. crescimento desenvolv. Num. 2007 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100005&lng=pt&nrm=iso. acesso em: 10 fev. 2019.

OLIVEIRA, C.M.C.S. et al. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2008. Disponivel em: https://www.ri.ufs.br/handle/riufs/1618. Acesso em: 10.fev.2019.

OLIVEIRA, M.L.C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. Rev. bras. geriatr. gerontol.2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a16 . Acesso em: 9 fev.2019.

OMS, 2002. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002. Disponível em: http://www.opas.org.br/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/. Acesso 2016 mar. 26.

OMS, 2012. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. 2012a. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf. Acesso em: 28 abr. 2016.

OMS, 2012. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. 2012b. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf. Acesso em: 28 abr. 2016.

OMS. 2015. Organização Mundial da Saúde 2015. (Resumo) Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em:https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

ONU- 1982.Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Viena 1982.

ONU 2004. Relatório Preparado pelo Conselho Econômico Mundial e Social. Comitê Preparatório da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento.2004. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2004-portuguese.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

ONU.1991. Princípios das Nações Unidas para Pessoas Idosas. A assembleia geral. Aprovado pela resolução 46/91 da Assembleia Geral de 16 de dezembro de 1991. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/olderpersons.aspx. Acesso em: 10.fev.2019.

ONU.1999. Rumo a uma sociedade para todas as idades. A Assembleia Geral (Resolução 47/5) decidiu observar o ano de 1999. Ano Internacional das Pessoas Idosas. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999.html. Acesso em: 10.fev.2019.

ONU.2002. Plano de Ação Internacional Contra o Envelhecimento. 2002. Organização das Nações Unidas. Declaration adopted at the Second World Assembly on Ageing in April 2002a. Disponível em: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

ONU.2002. Plano de Ação Internacional Contra o Envelhecimento. 2002. Organização das Nações Unidas. Declaration adopted at the Second World Assembly on Ageing in April 2002b. Disponível em: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf . Acesso em: 10.fev.2019.

ONU.2012. Envelhecimento no Século XXI. Celebração e Desafio. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-. Acesso em: 10.fev.2019.

ONU-BRASIL. 2013. As pessoas idosas. Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/ . Acesso em 10. Fev.2019.

ORIÀ, R.B. et al. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. An bras Dermatol. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n4/16901.pdf . Acesso em: 22 jan.2019.

OSÓRIO, L. C. A Família Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

PEREIRA, A. et al. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. Ciênc. cogn. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2019.

PERES, K.G. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. Rev Saúde Pública 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s3/0034-8910-rsp-47-supl3-00019.pdf . Acesso em : 22 jan.2019.

PERINE, M. Filosofia e violência: sentido a intenção da filosofia de Éric Weil / Marcelo Perine. -- 2. ed. rev. -- São Paulo. Edições Loyola. (Coleção filosofia. 2013a Disponível em: https://eric-weil-recherche.univ-lille3.fr/fichiers_pdf/Perine/MP_Filosofia%20e%20viol%C3%AAncia.pdf Acesso em: 09. fev.2019.

PERINE, M. Filosofia e violência: sentido a intenção da filosofia de Éric Weil / Marcelo Perine. -- 2. ed. rev. -- São Paulo. Edições Loyola. Coleção filosofia. 2013b Disponível em: https://eric-weil-recherche.univ-lille3.fr/fichiers_pdf/Perine/MP_Filosofia%20e%20viol%C3%AAncia.pdf Acesso em: 09. fev.2019.

PERINE, M. Filosofia e violência: sentido a intenção da filosofia de Éric Weil /

PINHEIRO, A. S. A violência na contramão do poder: a atualidade do pensamento de Hannah Arendt. 1991. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?opition=com_docman&task=doc_download&gid=22&Itemid=171 .Acesso em: 09. fev.2019.

POULANTZAS. N. O Estado, o poder, o socialismo. Rio de Janeiro. Grall. 1985.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev. Saúde Pública, v. 27, n. 2, p 87-94, 1993.

ROCHA, N. ANDRADE, J. JAYANTHI, S. Imagem no trauma de face. Revistadc. 2011. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58921 . Acesso em: 22 jan. 2019.

RODRIGUES, F.H.O.C et al. Avaliação do trauma bucomaxilofacial no Hospital Maria Amélia Lins da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Rev Soc Bras Cir Plást. 2006. Disponível em: http://www.rbcp.org.br/imageBank/PDF/21-04-04.pdf. Acesso em: 03 maio 2016.

RODRIGUES, H.; ROCHA, F.L. Uma definição constitutiva de emoções. Num. 2015.Disponivel em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/viewFile/4253/2313. Acesso em: 10.fev.2019.

RODRIGUES,I.G. BARROS, M.B. de A. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/1980-5497-rbepid-19-02-00294.pdf . Acesso em: 23.jan.2019.

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

SALGADO, M.A. Aposentadoria e ética social. In. Série Terceira Idade. SESC, São Paulo. p. 4-15. 1997.

SAMPAIO, L.S, et al. Violência Física em idosos. Revista Ciência e Desenvolvimento.2017c. Disponível em:http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/661 . Acesso em: 10.fev.2019.

SAMPAIO, L.S. et al. Violência Física em idosos. Revista Ciência e Desenvolvimento.2017a. disponível em:http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/661 . Acesso em: 10.fev.2019.

SAMPAIO, L.S. et al. Violência Física em idosos. Revista Ciência e Desenvolvimento.2017b. Disponível em:http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/661 . Acesso em: 10.fev.2019.

SANTOS, A. C. P. O. Significado da denúncia de violência intrafamiliar: história oral de idosas. 2007. 154f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem, de Salvador, Bahia, 2007.

SANTOS, C.M.L. et al. Estudo epidemiológico em um hospital público de Feira de Santana, Bahia de 2008 a 2009. Revista Baiana de Saúde Pública. 2012. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3243.pdf. Acesso em: 21, jan. 2018.

SANTOS, M.S. ALMEIDA, T.F. SILVA, R.A. Traumas faciais: Perfil epidemiológico com ênfase nas características sociais e demográficas e características da lesão, Salvador BA, 2008. Rev Bai Sau Pub. 2013. disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317999651_Traumas_faciais_uma_revisao_sistematica_da_literatura . Acesso em: 10.fev.2019.

SÃO PAULO, 2007. Dispõe sobre Lei n° 12.548, de 27/02/2007. Consolida Legislação relativa ao idoso. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2007/lei-12548-27.02.2007.html . Acesso em: 10.fev.2019.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface Comunic, Saúde, Educ. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100004.Acesso em: 9 fev.2019

SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. Dent. Clin. North Am. v. 41, n. 4, p. 817-845, out. 1997. p. 817-845.

SHNEIDMAN, E. S. Autopsy of a Suicidal Mind. Oxford University Press.2004

SILVA, C.J.P. et al. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros. Ciência & Saúde Coletiva. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100127&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.fev.2019.

SILVA, D. M. P. A (des) construção do Nome-Do-Pai. Revista Psique: Ciência & Vida. São Paulo. Escala. 2015, p. 44-51.

SILVA, E. A.O.; LACERDA, Â.M. A violência e os maus-tratos contra a pessoa idosa. In Fragmentos de Cultura, v.17, n.3/4, p.239-255,2007.

SILVA, R.M. et al . Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. Ciênc. saúde coletiva. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601703&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.fev.2019.

SIMONETI, F. S. Padrão de vítimas e lesões no trauma com motocicletas. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2016. Disponível em:

http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24711 Acesso em: 9 fev. 2019.

SIQUEIRA, R. L. et al. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2002.v7n4/899-906/ . Acesso em: 03. fev. 2019.

SOREL.G. Reflexos sobre a violência. São Paulo. Martins Fontes. 1992.

SOUZA, M. P. G. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. Rev. bras. ortop. São Paulo. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162010000300002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 23. Jan. 2019.

SYED, F.A. NG, A. C. The pathophysiology of the aging skeleton. Curr Osteoporos Rep. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20820962 . Acesso em: 23 jan.2019.

SZANTO, K. et al. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(6). p.610-617. Elderly suicide. 2003..

VERAS, R. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública. São Paulo 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2019.

VERAS. R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saude Publica. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300003&lng=en&nrm=iso. . Acesso em:09.fev.2019.

VIEIRA, L.J.E.S.; MOREIRA, D.P.; LIRA, S.V. Enfrentamento as violências: sujeitos, estratégias e contextos. 2016. [ebook]. disponível em: http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/ENFRENTAMENTO%20AS%20VIOLENCIAS%20-%20ebook.pdf. Acesso em: 10.fev.2019

WHO. 2015. Violência e Prevenção de Lesões. Prevenção da violência. 2015b. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/ . Acesso em: 09. fev.2019.

WHO. 2015.Violência e Prevenção de Lesões. Prevenção da violência. 2015a. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/ . Acesso em: 09. fev.2019.

WULKAN, M. et al. Epidemiologia do trauma facial. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000500022&lng=en&nrm=iso http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000500022. Acesso em: 09. fev. 2019.

YKEDA, R.B.A. Perfil epidemiológico de 277 pacientes com fraturas faciais atendidos no pronto atendimento, pelo Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Trabalhador em Curitiba/PR, no ano de 2010. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2012b. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48642012000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10.fev. 2019.

ANEXOS

ANEXO A –Ficha de atendimento do PSM

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO CENTRAL ADULTO

CNS | FICHA | CONV.

Nome:
Responsável: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Código 3506003 _____ Telefone: _____
Dt Nasc: ___/___/___ Idade: _____ Sexo _____ Cor: ___
Data: ___/___/___ Horário: _____ Rúbrica: _____

TRIAGEM

P.A. _____ Tª _____
F.C. _____ F.R. _____

AVALIAÇÃO MÉDICA

☐ CONSCIENTE	☐ INCONSCIENTE
☐ ORIENTADO	☐ DESORIENTADO
☐ NICTÉRICO	☐ ICTÉRICO
☐ EUPINEICO	☐ DISPNEICO
☐ ACIANÓTICO	☐ CIANÓTICO
☐ CORADO	☐ DESCORADO
☐ AFEBRIL	☐ FEBRIL

MEDICAMENTO EM USO _____

OBS.: _____

DESTINO PACIENTE

☐ AMBULATÓRIO
☐ NÚCLEO DE SAÚDE
☐ INTERNAÇÃO DIA ___/___/___ ÀS _____
NA CLÍNICA _____
☐ ÓBITO ÀS _____ DIA ___/___/___
☐ ALTA ÀS _____ DIA ___/___/___

ESTATÍSTICA

proc.	esp.	tipo	GR	PR	CID	CR
proc.	esp.	proc.	esp.	CR		
proc.	esp.	proc.	esp.	CR		
proc.	esp.	proc.	esp.	CR		

SERV. SOCIAL

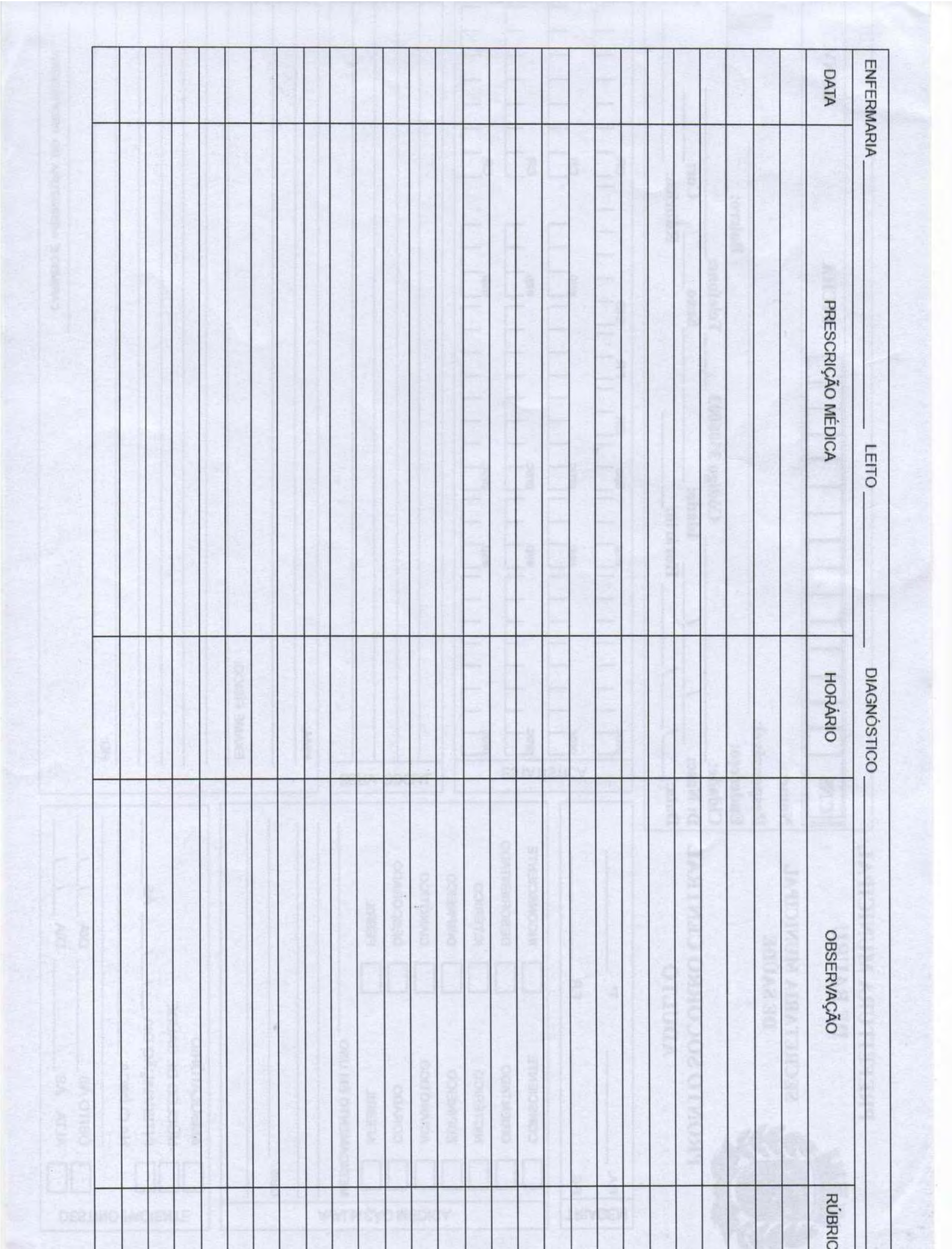
HMA:

EXAME FÍSICO:

HD:

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ANEXO B – Ficha de atendimento PSM –(verso)


ENFERMARIA ______ LEITO ______ DIAGNÓSTICO ______

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	RÚBRICA

ANEXO – C- Relatório de Conferência de atendimentos (aual) do PSM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BAURU/SP

Relatório de Conferência do Pronto Socorro emitido em 24/01/2019
Unidade emitente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Filtros de pesquisa
Unidade: Pronto Socorro
Período: de 01/01/2012 a 31/12/2012
Área: Todas

TOTAL

Horário de emissão	Maternidade	Infantil	PSO	Adulto
0h às 7h	0	4918	659	10228
7h às 13h	2479	24213	3599	46049
13h às 19h	3846	24951	3258	38884
19h às 0h	2	19407	1855	21329
Total geral: 205684				116.490

ANEXO D- Relatório de Conferência de atendimentos (anual) PSM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BAURU/SP

Relatório de Conferência do Pronto Socorro emitido em 24/01/2019
Unidade emitente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Filtros de pesquisa
Unidade: Pronto Socorro
Período: de 01/01/2013 a 31/12/2013
Área: Todas

TOTAL

Horário de emissão	Maternidade	Infantil	PSO	Adulto
0h às 7h	0	5459	570	8046
7h às 13h	0	27116	3493	41843
13h às 19h	0	27287	3180	34921
19h às 0h	0	20039	1820	18157
Total geral: 191931				102 967

ANEXO E - Relatório de Conferência de atendimentos (anual) do PSM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BAURU/SP

Relatório de Conferência do Pronto Socorro emitido em 24/01/2019
Unidade emitente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Filtros de pesquisa
Unidade: Pronto Socorro
Período: de 01/01/2015 a 31/12/2015
Área: Todas

TOTAL

Horário de emissão	Maternidade	Infantil	PSO	Adulto
0h às 7h	0	6594	672	7640
7h às 13h	0	28849	3556	35677
13h às 19h	0	27990	3281	31048
19h às 0h	1	20771	1979	16705
		Total geral: 184763		91.070

ANEXO F- Relatório de Conferência de atendimentos (anual) PSM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BAURU/SP

Relatório de Conferência do Pronto Socorro emitido em 24/01/2019
Unidade emitente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Filtros de pesquisa
Unidade: Pronto Socorro
Período: de 01/01/2016 a 31/12/2016
Área: Todas

TOTAL

Horário de emissão	Maternidade	Infantil	PSO	Adulto
0h às 7h	0	6577	689	6611
7h às 13h	0	26551	3660	31947
13h às 19h	0	26015	3309	27472
19h às 0h	0	19443	1940	14855
Total geral: 169069				80.885

ANEXO G- Relatório de Conferência de atendimentos (anual) PSM

Relatório de Conferência do Pronto Socorro http://antigo.bauru.sp.gov.br/saude/sist_faturamento/RelatorioConfe...

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BAURU/SP

Relatório de Conferência do Pronto Socorro emitido em 24/01/2019
Unidade emitente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Filtros de pesquisa
Unidade: Pronto Socorro
Período: de 01/01/2017 a 31/12/2017
Área: Todas

TOTAL

Horário de emissão	Maternidade	Infantil	PSO	Adulto
0h às 7h	0	5944	626	5695
7h às 13h	0	23625	3537	28246
13h às 19h	0	23284	3191	25094
19h às 0h	1	17928	1998	13520
Total geral: 152689				72.555

ANEXO – H- Relatório de Conferência de atendimento (anual) PSM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BAURU/SP

Relatório de Conferência do Pronto Socorro emitido em 24/01/2019
Unidade emitente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Filtros de pesquisa
Unidade: Pronto Socorro
Período: de 01/01/2018 a 31/12/2018
Área: Todas

TOTAL

Horário de emissão	Maternidade	Infantil	PSO	Adulto
0h às 7h	0	779	586	5499
7h às 13h	0	2671	3234	28423
13h às 19h	0	3191	3072	25007
19h às 0h	0	2760	1816	13309
Total geral: 90347				72 238

ANEXO I- Parecer de Aprovação do CEP – FOB/USP

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRAUMA DE FACE EM IDOSOS

Pesquisador: Maristela Aparecida dos Santos da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 95714318.5.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.970.109

Apresentação do Projeto:

Idem ao parecer 2.909.491 de 21 de setembro de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao parecer 2.909.491 de 21 de setembro de 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao parecer 2.909.491 de 21 de setembro de 2018.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Termo de Aquiescência da Prefeitura Municipal de Bauru foi inserido na PB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 10/10/2018, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO I- Parecer de Aprovação do CEP – FOB/USP

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA USP

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.970.109

e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1180769.pdf	29/09/2018 06:25:45		Aceito
Outros	termodeaquiescencia.pdf	29/09/2018 06:24:47	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Outros	caratarresposta4.pdf	29/09/2018 06:22:40	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Outros	cartaresposta3.pdf	24/09/2018 17:06:32	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Outros	cartaencaminhamento2.pdf	10/09/2018 11:30:14	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	06/09/2018 15:23:26	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/07/2018 16:23:13	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/07/2018 16:22:25	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLE.pdf	18/07/2018 16:21:06	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Outros	questionario.pdf	18/07/2018 16:19:55	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCompromisso.jpg	18/07/2018 16:10:16	Maristela Aparecida dos Santos da Silva	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO I- Parecer de Aprovação do CEP – FOB/USP

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU DA USP

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.970.109

BAURU, 18 de Outubro de 2018

Assinado por:
Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO J – Autorização para a pesquisa- Secretaria Municipal de Saúde de Bauru

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Email: dgtes_saude@bauru.sp.gov.br
Fone: (14) 3104-1466 ou (14) 3104-1469

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Bauru, 24 de Outubro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **"TRAUMA DE FACE EM IDOSOS",** de autoria de Maristela Aparecida dos Santos da Silva sob orientação da Prof Dr José Roberto Pereira Lauris, foi AUTORIZADO pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru – CCSMSB, a coletar os dados na Unidade de Saúde do Pronto Socorro Municipal Central - PSMC, no período de 25 de outubro de 2018 a 30/11/2018, para tanto, a mesma deverá entrar em contato com a chefia do Pronto Socorro Municipal Central a Enfª Jullyana Sponton (telefone: 3104-1176).

Será de responsabilidade da Chefia da Unidade de Saúde, designar um profissional capacitado para acompanhar o docente e o graduando durante a coleta dos dados na Unidade de Saúde.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, através de agendamento a Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde através do fone: 3104-1466 ou 3104-1469.

Dr Deborah Maciel Cavalcanti Rosa
Presidente da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Portaria GS nº 182/2017

José Eduardo Fogolin Passos
Secretário Municipal de Saúde de Bauru
CPF: 249.131.638-25

Dr José Eduardo Fogolin Passos
Secretário Municipal de Saúde de Bauru

ANEXO L– Autorização para a pesquisa- Secretaria Municipal de Saúde de Bauru

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Email: dgtes_saude@bauru.sp.gov.br
Fone: (14) 3104-1466 ou (14) 3104-1469

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Bauru, 03 de Setembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **"TRAUMA DE FACE EM IDOSOS"**, de autoria de Maristela Aparecida dos Santos da Silva, sob orientação da Profª Dr José Roberto Pereira Lauris, foi avaliado pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru. No entanto, o(s) pesquisador(es) só poderão iniciar a pesquisa após apresentar a esta comissão o parecer favorável, a saber, APROVADO, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado junto à CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Não obstante, para a autorização e realização desta pesquisa a comissão indica:

- Sugere-se contextualização dos Serviços de Urgência e Emergência por meio da RAS (Rede de Atenção à Saúde) e RUE (Rede de Atenção às Urgências e Emergências);
- Os atendimentos dos serviços de Urgência e Emergência do município, são registrados em fichas individuais, separados por ordem cronológicas; Portanto, quais serão às estratégias de coleta de dados?
- Poderá ser utilizado para coleta, às informações das notificações de violências declaradas e identificadas nos serviços citados, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, selecionando como busca à violência em idosos, porém não específica em face, mas que poderão favorecer a coleta de dados. Digo ainda, que por meio da Identificação de Internação Hospitalar (AIH), poderão ser identificados os dados de atendimentos da especialidade Buco-Maxilo, sendo possível separar por idade. Essas informações podem facilitar a coleta de dados das informações de idosos que sofreram trauma em face por violência.

ANEXO L – Autorização para a pesquisa- Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (continuação)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Email: dgtes_saude@bauru.sp.gov.br
Fone: (14) 3104-1466 ou (14) 3104-1469

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Solicita-se que seja citado às Unidades de Urgência e Emergência onde à pesquisa será desenvolvida, pois no município há quatro Unidades de Pronto Atendimento e um Pronto Socorro Central Municipal.
- Solicita-se a inclusão do Anexo de coleta de dados.

A comissão aguardará a entrega do projeto com as devidas adequações para que então possa reavaliar a pesquisa.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

Dr Deborah Maciel Cavalcanti Rosa
Presidente da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Portaria GS nº 182/2017

José Eduardo Fogolin Passos
Secretário Municipal de Saúde de Bauru
CPF: 249.131.538-25

Dr José Eduardo Fogolin Passos
Secretário Municipal de Saúde de Bauru