



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

TÂMARA DELLES FERREIRA PINTO DE ALBUQUERQUE

PREVALÊNCIA E RISCO DE VIOLÊNCIA  
EM IDOSOS QUILOMBOLAS DA PARAÍBA

CAMPINA GRANDE - PB  
2017

TÂMARA DELLES FERREIRA PINTO DE ALBUQUERQUE

PREVALÊNCIA E RISCO DE VIOLÊNCIA  
EM IDOSOS QUILOMBOLAS DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
coordenação do Curso de Psicologia como  
requisito parcial para a conclusão do curso de  
Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Carmo Eulálio

CAMPINA GRANDE - PB  
2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A345p Albuquerque, Tâmara Delles Ferreira Pinto de.  
Prevalência e risco de violência em idosos quilombolas da Paraíba [manuscrito] : / Tamara Delles Ferreira Pinto de Albuquerque. - 2017.  
32 p.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.  
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Envelhecimento. 2. Violência. 3. Idosos.

21. ed. CDD 362.6

TÂMARA DELLES FERREIRA PINTO DE ALBUQUERQUE

PREVALÊNCIA E RISCO DE VIOLÊNCIA  
EM IDOSOS QUILOMBOLAS DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do Curso de  
Psicologia como requisito parcial para  
conclusão do Curso de Psicologia.

Data da avaliação: 11 / 12 / 2017

Nota: 10,00

BANCA EXAMINADORA

Maria do Carmo Eulálio

Prof. Dr. Maria do Carmo Eulálio (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Rômulo Lustosa P. de Melo

Prof. Me. Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo (Examinador)  
Faculdade Santa Maria - FSM

Lízie Emanuelle Eulálio Brasileiro

Prof.ª Ma. Lízie Emanuelle Eulálio Brasileiro (Examinadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

À minha tão amada filha, Maria Vitória, fonte  
de toda minha força e inspiração, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, verdadeiro Pai, fiel, amigo, justo e bondoso em tudo o que faz. Por segurar em minhas mãos e nunca me deixar cair. Por ter me dado força e saúde. Por ser o meu protetor, meu guia, meu consolador e meu melhor amigo nos momentos em que mais precisei. Por iluminar a minha mente, meus estudos e tornar possível à realização de diversos sonhos. “Ele é a Rocha, as suas obras são perfeitas, e todos os seus caminhos são justos. É Deus fiel, que não comete erros; justo e reto ele é. Deuteronômio 32:4”. Toda honra e toda glória seja dada ao meu Senhor!

A minha amada filha, Maria Vitória. Um presente divino, que ainda em meu ventre, me incentiva a acordar todas as manhãs e buscar dias melhores. Que me faz nascer forças e esperança e que tem me ensinado o verdadeiro sentido da palavra “amor”! É por você que eu continuo e continuarei, sempre!

A minha doce e guerreira mãe, Maria de Fátima Pinto Albuquerque. Meu grande exemplo de amor, caráter, dignidade, força e garra. Minha protetora, aquela que me levantou das maiores quedas, que sempre me incentivou a estudar, apoiou todas as minhas escolhas com sua calma e leveza e que é, hoje, meu maior exemplo de como ser mãe!

E ao meu querido pai, Manuel Ferreira de Albuquerque. Pai forte, verdadeiro, amigo, presente e exemplar. Obrigado por fazer dos meus sonhos os teus. Por dedicar seu tempo a nossa família, aos teus filhos, sempre lutando pelo nosso bem.

Ao meu grande irmão, Leonam Amitaf Ferreira Pinto de Albuquerque, por ter compartilhado comigo ensinamentos que adquiriu. Por te me auxiliado, incentivado e orientado a estudar muito, com os pés no chão, e a não desistir diante dos obstáculos.

Aos meus irmãos Tais e Emerson de quem guardo boas recordações e Ariane e Bruna por suas palavras de motivação, coragem e pelo próprio exemplo de vida.

Aos meus queridos avós, S. Severino, D. Lia (*in memorian*), S. Antônio (*in memorian*) e D. Helena (*in memorian*), a quem presto minhas homenagens, respeito, gratidão e amor eterno. E aos meus tios e primos por me terem oferecido apoio desde a mudança de cidade até os dias atuais.

À minha orientadora, por ter acreditado na concretização desse trabalho. Que me ofereceu muitas oportunidades, depositou-me confiança e que, muitas vezes, foi como uma mãe para mim, sendo exigente quando se fez necessário e, ao mesmo tempo, me guiando, orientando, enxugando lágrimas e me fazendo perceber que sempre é possível continuar!

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Saúde (GEPES), que tanto contribuiu para a realização deste sonho, com determinação, animo e alegria!

Aos participantes dessa pesquisa que se dispuseram a contar-nos suas histórias, dores e segredos, mas que também viveram conosco momentos de muita felicidade e largos sorrisos.

A esta universidade e aos meus mestres, sem os quais este sonho não seria possível, em especial: Carmita, Regina, Carla, Maria Célia, Dellane, Jailma, Lígia, Edmundo, Roniere, Ana Cristina, Ana Sandra, Wilmar, Márcia, Leconte, Josevânia, Cibele, Lorena, Eliane, Ana Paula, Tanise e Elvira.

Aos meus colegas de classe e amados amigos que me ofereceram colo, compreensão, amor, perdão e com quem vivi momentos incríveis e inesquecíveis, especialmente: Iana, Vitória, Anna Paula e Vinicius.

As minhas grandes amigas pelos momentos importantes e felizes, especialmente: Jaianny, Illyuska, Dayane, Patrícia, Raquel e Francimária. E aos meus amigos portugueses por todo apoio, amor, alegria e paz durante o intercâmbio: Miguel, S. Fernando, D. Manuela, Adriana, Vilton, Thalyta, Estefane, Victor, Edinete, Bino, Graça, Thiago, Edilene, William, Júnior e Jorgiana. E a todos que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

*“Não existe um caminho para a paz. A paz é o caminho.” Mahatma Gandhi*

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	8
1.1 Envelhecimento Populacional.....	8
1.2 Violência contra idosos.....	8
1.3 Comunidades Remanescentes de Quilombos.....	11
2 MÉTODO.....	13
2.1 Tipo de Pesquisa.....	13
2.2 Cenário da Pesquisa.....	13
2.3 Participantes.....	13
2.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	13
2.4.1 Inclusão.....	13
2.4.2 Exclusão.....	13
2.5 Instrumentos de Coleta de Dados.....	14
2.6 Procedimento de Coleta de Dados.....	15
2.7 Processamento e Análise dos Dados.....	16
2.8 Aspectos Éticos.....	16
3 RESULTADOS.....	16
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	22
5 CONCLUSÃO.....	27
6 REFERÊNCIAS.....	28



## RESUMO

Este artigo objetiva apresentar a ocorrência e o risco de violência contra idosos quilombolas. Trata-se de um estudo de corte transversal, de caráter exploratório e com abordagem quantitativa. Participaram 69 idosos, de ambos os sexos, residentes nas comunidades remanescentes de quilombos de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, localizadas no Estado da Paraíba. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: questionário estruturado sobre condições demográficas; Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/ EAST); Conflict Tactics Scales - Form R (CTS-1). A média de idade da amostra estudada foi de 69,62 anos (DP= 6,8) e 60,9% formada por mulheres. 97,1% dos idosos afirmaram que são aposentados. Foi evidenciada ocorrência de agressão verbal ou violência psicológica cometida contra os idosos. Quanto a agressão física grave foi relatada como mais recorrente que a menor. 69,6% dos idosos possuem risco aumentado para a ocorrência de casos de violência. O risco para a ocorrência de violência foi mais frequente para o fato de um familiar ingerir bebida alcoólica. Em suma, a cultura da violência atinge também os idosos pesquisados, sendo necessário a efetivação de estratégias que transformem o contexto de violência em não violência, pela valorização e respeito a vida, assim como a necessidade de investimento do setor saúde em medidas de prevenção deste agravo à saúde.

Palavras-chave: envelhecimento; violência; meio rural.

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Envelhecimento Populacional**

O envelhecimento populacional pode ser constatado em escala nacional e internacional (IBGE, 2010), trata-se de um processo caracterizado pela mudança na estrutura etária que é responsável pela maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população. Essa transição demográfica está associada ao declínio das taxas de fecundidade e mortalidade (PEREIRA-LLANO et al., 2016).

Em termos globais se espera que por volta de 2025 o número de idosos dobre de 542 milhões para cerca de 1,2 bilhão e que em 2050 tenhamos dois bilhões de idosos em todo o mundo, vivendo em sua maioria, nos países em desenvolvimento (MACHADO et al., 2012). Em território nacional a transição demográfica teve início em 1970. Desde então, o número de pessoas com 60 anos ou mais se manteve com expectativas cada vez maiores de crescimento para os próximos anos (ALVES, 2015). Em 1960, o número de idosos era de 3 milhões. Este número cresceu para 7 milhões em 1975 e para 14 milhões em 2002 (MACHADO et al., 2012). Segundo dados do IBGE, em 2014, 13,7% da população brasileira era idosa, dado que corresponde a exatamente 27,8 milhões (IBGE, 2014).

Em se tratando do perfil da população cada vez mais longeva, observa-se no país, desigualdade na quantidade de idosos entre os grupos étnicos de negros e brancos, pois ao passo que a população negra é predominante, a mesma apresenta menor expectativa de vida. Também há um menor número de idosos negros quando comparados com os idosos brancos (CERQUEIRA; MOURA, 2014). Isto pode ser explicado pelo fato de, historicamente, pessoas negras enfrentarem diversos obstáculos à efetivação de seus direitos, o que compromete sua expectativa de vida e os deixa mais vulneráveis a violência (BRASIL, 2014).

## **1.2 Violência contra idosos**

A violência é um fenômeno estrutural comum a todas as classes sociais e culturais que se manifesta de diferentes maneiras (VISENTIN et al., 2015). O estudo da violência contra o idoso é considerado recente no Brasil e no mundo e só se tornou evidente no país a partir de 1990 quando a temática da qualidade de vida do idoso passou a ser alvo da agenda da saúde pública (MINAYO, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define a violência

contra o idoso como qualquer ato ou omissão, intencional ou involuntário que, independentemente de sua natureza, resulte em sofrimento desnecessário, lesão, perda ou violação dos direitos humanos e redução da qualidade de vida. Esta definição também foi abraçada pela INPEA (2002) (International Network for the Prevention of Elder Abuse).

No que concerne à natureza desse tipo de violência, esta pode assumir diversas formas e ocorrer em diversas situações, sendo subdiagnosticada e subnotificada (MINAYO, 2014). O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2007), assim define os tipos de violência mais praticados contra o idoso:

A violência psicológica, abuso psicológico ou ainda os maus-tratos psicológicos são as agressões verbais ou gestuais direcionadas ao idoso, objetivando aterrorizá-lo, humilhá-lo, limitar sua liberdade e até mesmo restringi-lo do convívio social.

A violência física, como também o abuso físico e os maus-tratos constituem-se como uso de força física contra a pessoa idosa com vistas a forçá-la a fazer aquilo que não deseja, assim como para feri-la, causar-lhe dor, incapacidade ou morte.

O abandono é uma forma de violência que tem como característica principal a ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou da família na prestação de ajuda ao idoso que careça de proteção e assistência.

A negligência, por sua vez, ocorre quando os responsáveis governamentais, institucionais ou familiares não oferecem os devidos cuidados de prestação de socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência.

Por fim, a violência financeira ou econômica compreende o ato de exploração imprópria ou ilegal e, ainda, o uso não consentido pelo idoso de seus recursos financeiros e patrimoniais e ocorre principalmente no ambiente familiar. Esta é, para grande parte da população, o tipo mais recorrente de violência.

De um modo geral, a violência pode causar o adoecimento físico e psicológico (BARCELOS; MADUREIRA, 2013) e está associada a um maior risco de mortalidade entre os mais velhos (YAN; CHAN; TIWARI, 2014). Os idosos do sexo feminino são considerados mais vulneráveis a violência do que os do sexo masculino, principalmente no interior dos lares (STRASSER et al., 2013; PAIVAL; TAVARES, 2015).

De acordo com o artigo 3º do Estatuto do Idoso, lei número 10.741/2003 de 1º de outubro de 2003, é dever de todos zelar pela dignidade do idoso buscando salva-lo de qualquer ato desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Segundo o artigo 9º, é obrigação do Estado garantir ao idoso a proteção à vida e a saúde, por meio de políticas sociais públicas que promovam um envelhecimento saudável e digno (BRASIL, 2003).

A discussão acerca da violência contra os idosos negros, especialmente os que residem em comunidade quilombola, chega a ser ainda mais atual, apesar da violência contra o negro ser um fato histórico, pois se faz presente desde a escravidão. A literatura aponta que apesar de todo sofrimento, os negros também se opuseram às condições de vida, de trabalho e a violência sofrida, por meio da “resistência negra”, ou seja, pela insubmissão às condições de trabalho, pelas revoltas, fugas e a formação de quilombos (SILVA; SILVA, 2014).

O quilombo é uma forma de resistência e luta ao sistema opressor que cercava os africanos e seus descendentes, cuja origem deve-se a situação de confronto e conflito existente. É, pois, símbolo de libertação e reação ao sistema de trabalho forçado (FURTADO; SUCUPIRA; ALVES, 2014).

Conforme a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007), após a oficialização da abolição da escravatura no Brasil muitos foram os anos de luta e denúncias à fragilidade do modelo de democracia racial do país. As primeiras modificações neste cenário só ocorrem a partir de 1931 com a fundação da Frente Negra Brasileira, quando a perpetuação da violência sofrida por esses povos invadiu a arena política ganhando força, robustecida, a posteriori, pelo Movimento Social Negro que atua, organizadamente, desde a década de 1970 (BRASIL, 2007).

### **1.3 Comunidades Remanescentes de Quilombos**

A portaria nº 98 de 26 de novembro de 2007 institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2007). O cadastro geral diz respeito ao registro da declaração de auto definição de identidade étnica, segundo uma origem comum, prevista no artigo 2º do Decreto nº 4.887/03, de 20 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Através deste decreto o Governo Federal regulamentou o reconhecimento e titulação das terras de remanescentes de quilombos e atribuiu ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) a responsabilidade por identificar, reconhecer, delimitar, demarcar e titular as terras ocupadas pelos mesmos (BRASIL, 2003).

De acordo com o artigo 2º da portaria nº 98 de 26 de novembro de 2007, remanescentes das comunidades dos quilombos são grupos étnicos raciais, segundo critérios de auto atribuição, que tem a sua própria trajetória histórica e relações territoriais específicas. Além disso, presumem ancestralidade negra marcada pela resistência a opressão a que foram submetidos (BRASIL, 2007).

Conforme dados da Associação de Apoio às Comunidades Afrodescendentes em estudo realizado em 2012, foram identificadas 38 comunidades quilombolas na Paraíba, com um total de 2.693 famílias e, aproximadamente, 12.000 pessoas. De acordo com esse estudo muitas comunidades estão localizadas em zonas de difícil acesso em decorrência do seu posicionamento geográfico: no cume de morros e serras e no fundo de vales (AACADE, 2012).

A comunidade quilombola Caiana dos Crioulos foi reconhecida como área remanescente de quilombo pela Fundação Cultural Palmares em 2005. Seu nome deriva de uma cana de açúcar chamada cana-caiana e do fato de se tratar de uma comunidade negra (SILVA, 2007). Encontra-se a 10 km da cidade de Alagoa Grande (PB), e a 120 km da capital do estado, João Pessoa. Uma pesquisa realizada pela Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidades Afro-Descendentes (AACADE, 2012) constatou aproximadamente 1.300 habitantes distribuídos em 140 famílias. Em 2007, o estudo de Silva encontrou que sua população era formada, principalmente, por crianças, adolescentes e jovens (54,70%), seguido dos adultos (32,95%) e dos idosos (12,36%). A grande maioria dos habitantes dedicava-se à agricultura de subsistência e da venda dos excedentes (SILVA, 2007).

A comunidade de Pedra D'água, por sua vez, esta localizada no município de Ingá (PB) e possui área de aproximadamente 36,3 hectares. Um levantamento feito em 1992 pelo IBGE constatou 410 habitantes, sendo 190 do sexo masculino e 220 do sexo feminino (LIMA, 2007). A comunidade vive basicamente da agricultura, em especial, do cultivo de milho e feijão. Seus roçados são cultivados através da técnica de arrendamento (MEDEIROS, 2012).

Ainda hoje, em todo o Brasil, a maior parte das comunidades remanescentes de quilombos se encontra em áreas rurais isoladas geograficamente, com elevados graus de desigualdades sociais e de saúde e sofrem com a falta de infraestrutura (FURTADO; SUCUPIRA; ALVES, 2014). Outros problemas também são apontados por Torales (2013), como a grilagem de terra, a falta de apoio do governo e a escassez de condições de trabalho, saúde, educação, lazer e esporte.

Em suma, a violência contra os mais velhos é um grave problema de saúde pública, no entanto, ainda é escassa a produção científica referente à temática, principalmente no Brasil (OLIVEIRA et al., 2013). Deste modo, esta pesquisa se propôs a analisar a prevalência e o risco de violência contra idosos quilombolas da Paraíba.

## **2 MÉTODO**

### **2.1 Tipo de Pesquisa**

Em termos metodológicos, esta pesquisa corresponde a um estudo de corte transversal, de caráter exploratório e com abordagem quantitativa.

### **2.2 Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada em duas comunidades de remanescentes de quilombolas localizadas no Estado da Paraíba: Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos (localizadas no Agreste Paraibano).

### **2.3 Participantes**

Fizeram parte da pesquisa 69 idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, residentes nas comunidades quilombolas de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, PB. A amostra foi de tipo não-probabilística, realizada através de critérios de conveniência e acessibilidade.

### **2.4 Critérios de inclusão e exclusão**

#### **2.4.1 Inclusão**

Foram incluídos no estudo os idosos moradores das comunidades pesquisadas que aceitaram participar livremente da pesquisa.

#### **2.4.2 Exclusão**

Foram excluídos da pesquisa idosos com déficit cognitivo grave; os portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico; os portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável; os portadores de graves déficits de audição ou de visão; e os idosos em estágio terminal.

## **2.5 Instrumentos de Coleta de Dados**

Foi utilizado um questionário estruturado sobre condições demográficas, composto por 26 questões. O instrumento possui itens relacionados à idade, gênero, estado civil, escolaridade, arranjo de moradia, moradia, renda mensal familiar, trabalho e aposentadoria.

O Conflict Tactics Scales - Form R (CTS-1), adaptado para o Brasil por Hasselmann e Reichenheim (2003), foi o instrumento utilizado para investigar a violência contra o idoso. Este instrumento permite mensurar como os idosos resolvem seus desentendimentos e, de forma indireta, detectar situações conflituosas e violentas, a partir de 19 itens no processo de pontuação que abrange três escalas: argumentação, agressão verbal e agressão física.

A escala de argumentação subdivide-se em três itens e refere-se ao uso de expressões moderadas para resolução de desentendimentos. A escala de agressão verbal corresponde a violência psicológica, é composta por seis itens e refere-se ao uso de insultos e ameaças na tentativa de ofender e agredir o outro da situação conflituosa. A escala de agressão física subdivide-se em nove itens e diz respeito ao uso da agressão física como alternativa para resolução de conflitos. Esta possui ainda duas subescalas com a finalidade de aferir a violência física menor e a violência física grave, empregadas (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003).

Este estudo tem como referência metodológica parte da estratégia utilizada por Reichenheim et al. (2006) e por Anacleto et al. (2007) quando, na ocasião de suas pesquisas realizadas no Brasil, investigavam a frequência do uso de violência entre parceiros a partir do CTS-1 e, por questões operacionais, entrevistaram apenas as mulheres e não o casal, sendo que estas informaram suas próprias atitudes e as atitudes dos seus companheiros, em situações de conflito por ventura, existentes. De modo semelhante, neste estudo, foram entrevistados apenas os idosos, no entanto, os mesmos não responderam acerca de suas atitudes, mas apenas sobre as atitudes de seus cuidadores quando da resolução de desentendimentos com eles. Para estimativa da violência contra o idoso, foi considerado evento positivo quando a resposta foi afirmativa para, ao menos, um item da escala com um dos membros. O período de recordatório foram os 12 meses anteriores à pesquisa.

O CTS-1 possui limitações importantes, pois explora apenas a violência física e psicológica (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006). Embora seja frequentemente utilizado, foram encontrados poucos estudos que o tenham usado especificamente em idosos (PODINEKS, 1992). Também não existem, ainda, estudos de validade e confiabilidade nessa população (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006).

O Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/ EAST), Teste de Rastreamento de Abuso Contra Idosos de Hawlek-Sengstock, foi o segundo instrumento utilizado nesta pesquisa. Criado nos Estados Unidos em 1986 (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006), é considerado um instrumento breve, com apenas 15 itens e avalia 4 tipos de violência contra a pessoa idosa: violência física; psicológica; financeira; e, a negligência. Entretanto, não avalia a autonegligência, o abandono e a violência sexual, reconhecidas pelo Ministério da Saúde no Brasil (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006).

O HS-EAST foca na pergunta direta dirigida apenas à pessoa idosa e todas as respostas e perguntas sobre sinais de abuso e fatores de risco recebem a mesma pontuação não ponderada, exceto os itens 1, 6, 12 e 14. Pode ser utilizado ainda para identificar serviços necessitados, tais como: transportes, cuidados pessoais, entre outros (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006).

## **2.6 Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta foi realizada entre os meses de março a julho de 2015. O lócus de pesquisa foi visitado pelos responsáveis pela pesquisa. A partir de um primeiro contato com os líderes ou representantes comunitários, foi feito o convite aos idosos para participação no estudo. As lideranças comunitárias foram um apoio para a entrada e reconhecimento das áreas. A coleta foi realizada nas associações, escolas e nas residências dos idosos.

Fez parte do processo de coleta dos dados, estudantes do curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), devidamente treinados com os instrumentos de coleta, como também no trato com a pessoa idosa. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e lhes foram garantidos o anonimato e o sigilo das informações. Estes também foram assegurados sobre a possibilidade de livre desistência a qualquer momento, sem prejuízos.

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi realizada após aceitação dos idosos e a assinatura/impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



(TCLE), elaborado em duas vias: uma para o participante ou representante legal e outra para o pesquisador.

O questionário estruturado sobre condições demográficas, o Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/ EAST) e o Conflict Tactics Scales - Form R (CTS-1) foram aplicados individualmente e realizados em local reservado.

## 2.7 Processamento e Análise dos Dados

No que diz respeito à realização das análises, os dados coletados através da aplicação dos instrumentos foram digitados no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (versão 18) e devidamente revisados. Em seguida foram realizadas contagens de frequências simples e percentuais, redução de escalas em fatores e realização de análises de correlação.

## 2.8 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, conforme as diretrizes estabelecidas para pesquisa com seres humanos, previstas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) e aprovada pelo número de protocolo 35669414.2.0000.5187.

## 3 RESULTADOS

Entre os 69 idosos participantes, 60,9% são mulheres e a média de idade apresentada foi de 69,62 anos (DP= 6,871). 65,2% dos idosos declararam estar casados ou viver com companheiro, seguida de viúvos (24,6%). 59,5% nunca foram à escola, 97,1% são aposentados e 55,1% trabalham atualmente.

**Tabela 1:** Distribuição dos participantes segundo as características sociodemográficas. Comunidades remanescentes de quilombos de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, PB, 2014, N=69.

Variáveis	N	%
-----------	---	---

<b>Sexo</b>		
Masculino	27	39,1
Feminino	42	60,9
<b>Distribuição etária</b>		
60-69	40	58
70-79	21	30,4
80 ou mais	8	11,6
<b>Estado Civil</b>		
Casado ou vive com companheiro	45	65,2
Solteiro	5	7,2
Divorciado ou separado	2	2,9
Viúvo	17	24,6
<b>Escolaridade</b>		
Nunca foi à escola	41	59,4
Curso de Alfabetização	10	14,5
Ensino fundamental do 6º ao 9º ano	18	26
<b>Arranjo de moradia</b>		
Mora companheiro(a)	49	71
Mora com filho(s)	36	52,2
Mora com neto(s)	16	23,2
Outros parentes	14	20,3
Sozinho(a)	7	10,1
<b>Moradia</b>		
Residência própria	64	92,8
Residência alugada	5	7,2
<b>Renda mensal</b>		
≤ 1 salário mínimo	18	26
> 1 salário mínimo	51	74
<b>Aposentado</b>		
Sim	67	97,1
Não	2	2,9
<b>Trabalha atualmente</b>		
Sim	38	55,1
Não	31	44,9
Total	80	100

\*Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A análise do CTS-1 evidenciou ocorrência de agressão verbal ou violência psicológica cometida contra os idosos pesquisados (98,6%). A agressão física grave (18,8%) foi mais recorrente que a menor (13%).

Tabela 2: Tipos de violência sofridos segundo relato dos idosos. Comunidades remanescentes de quilombos de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, PB, 2014, N=69.

<b>Tipo de violência</b>	<b>Homem N(%)</b>	<b>MulherN(%)</b>
Violência psicológica	27 (100)	41 (97,6)
Agressão física menor	3 (11,1)	6 (14,3)
Agressão física grave	7 (25,9)	6 (14,3)

\*Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A tabela 3 descreve a ocorrência de violência contra os idosos, segundo os itens do CTS-1. Observa-se que insultos e ameaças foram empregados, principalmente contra idosos do sexo feminino. Idosos de ambos os sexos sofreram violência física menor, como empurrões, tapas e bofetadas. Foram relatados casos de agressão física grave como espancamento, ameaças com faca e o uso de armas.

Tabela 3: Questões de violência avaliadas pelo CTS-1. Comunidades remanescentes de quilombos de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, PB, 2014, N=69.

	Homem N(%)	Mulher N(%)
<b>Violência psicológica</b>		
Discutiu o problema calmamente	23 (85,2)	33 (78,6)
Procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar	18 (66,7)	27 (64,3)
Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	12 (44,4)	8 (19)
Xingou ou insultou	9 (33,3)	17 (40,5)
Ficou emburrado. Não falou mais no assunto	13 (48,1)	17 (40,5)
Retirou-se do quarto, da casa ou da área	10 (37)	15 (35,7)
Fez ou disse coisas só para irritar	11 (40,7)	18 (42,9)
Ameaçou bater ou jogar coisas em você	3 (11,1)	6 (14,3)
Destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos	1 (3,7)	6 (14,3)
<b>Agressão física menor</b>		
Jogou coisas sobre você	1 (3,7)	0 (00)
Empurrou ou agarrou você	3 (11,1)	6 (14,3)
Deu tapa ou bofetada em você	1 (3,7)	5 (11,9)
<b>Agressão física maior</b>		
Chutou, mordeu ou deu murro em você	0 (00)	2 (4,8)
Bateu ou tentou bater em você com objetos	1 (3,7)	2 (4,8)
Espancou você	3 (11,1)	2 (4,8)
Queimou, estrangulou ou sufocou você	0 (00)	1 (2,4)
Ameaçou você com faca ou arma	4 (14,8)	2 (4,8)
Usou faca ou arma contra você	2 (7,4)	0 (00)

\*Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O HS-EAST revelou que 69,6% dos idosos possui risco aumentado para a ocorrência de casos de violência do tipo física, psicológica, financeira e/ou negligência.

Tabela 4: Avaliação do risco de ocorrência de violência segundo o HS-EAST. Comunidades remanescentes de quilombos de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, PB, 2014, N=69.

Risco para a ocorrência de violência	Homem N(%)	Mulher N(%)
Sem risco aumentado	8 (29,6)	13 (31)
Com risco aumentado	19 (70,4)	29 (69)

\*Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a variável sexo e a presença de risco aumentado para a ocorrência de violência nos idosos pesquisados ( $X^2$  0,14= 0,907).

A tabela 5 apresenta a frequência dos fatores que predispõem risco de violência conforme avaliação do HS-EAST. Entre esses fatores observa-se o fato dos idosos se sentirem desconfortáveis com alguém da sua família, terem sentimentos de tristeza e solidão e sustentarem alguém. O risco também foi mais frequente para o fato de um familiar ingerir bebida alcoólica.

Tabela 5: Avaliação do risco para ocorrência de violência segundo itens do HS-EAST. Comunidades remanescentes de quilombos de Pedra D'Água e Caiana dos Crioulos, PB, 2014, N=69.

	<b>Homens(N%)</b>	<b>Mulheres(N%)</b>
Você tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ir ao médico?	21(77,8)	38 (90,5)
Você está ajudando a sustentar alguém?	19(70,4)	21 (50)
Você muitas vezes se sente triste ou só?	14(51,9)	29 (69)
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como você deve viver ou onde deve morar?	6 (22,2)	16 (38,1)
Você se sente desconfortável com alguém da sua família?	10 (37)	16 (38,1)
Você é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	25(92,6)	32 (76,2)
Você sente que ninguém quer você por perto?	4 (14,8)	6 (14,3)
Alguém da sua família bebe muito?	18(66,7)	27 (64,3)
Alguém da sua família obriga você a ficar na cama ou lhe diz que você está doente quando você sabe que não está?	2 (7,4)	1 (2,4)
Alguém já obrigou você a fazer coisas que você não queria fazer?	3 (11,1)	5 (11,9)
Alguém já pegou coisas que pertencem a você sem o seu consentimento?	9 (33,3)	9 (21,4)
Você confia na maioria das pessoas da sua família?	23(85,2)	35 (83,3)
Alguém lhe diz que você causa muitos problemas?	4 (14,8)	8 (19)
Em casa, você tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?	26(96,3)	40 (95,2)
Alguém próximo a você tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	6 (22,2)	10 (23,8)

\*Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

## 4 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a média de idade dos idosos foi de 69,62 anos (DP= 6,871). Foi encontrada presença majoritária de mulheres (60,9%; n= 42). Este dado resulta da feminização da velhice entendida como um aumento significativo do número de idosas em relação ao de idosos (MENESES, 2015). Como reflexo, em 2000, havia 81 idosos para cada cem idosas no Brasil. Estima-se que em 2050, haverá 76 idosos do sexo masculino para cada cem do sexo feminino. Com relação ao grupo acima de 80 anos, para 2050 espera-se que tenhamos duas idosas para cada idoso (IBGE, 2010). A feminização aponta para a necessidade de formulações de ações que visem melhorar a qualidade de vida da mulher idosa, em especial, as mais suscetíveis à vulnerabilidade (MENESES, 2015).

Referente ao status civil, grande parte dos participantes declarou-se casada ou viver com companheiro (n=45, 65,2%), seguida de viúvos (n=17, 24,6%). Quanto à prevalência de idosos casados, isto pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida responsável por muitas modificações sociais como, por exemplo, o prolongamento do tempo de duração das uniões conjugais (DOLL, 2013). A viuvez, por sua vez, consiste em um dos acontecimentos de mais difícil adaptação neste momento da vida. (MCGOLDRICK; SHIBUSAWA, 2016). Somada ao próprio processo de envelhecimento, afeta diretamente a saúde do idoso sendo, por isso, um fenômeno bastante complexo (WALSH, 2016).

No que diz respeito à escolaridade, 59,4% dos idosos nunca foi à escola e os demais possuem poucos anos de estudo, o que converge com os dados do IBGE (2010), acerca do baixo nível de instrução formal dos idosos brasileiros. A baixa escolaridade pode ser explicada pela maior importância atribuída a agricultura em detrimento da escola, especialmente no quilombo, visto que a identidade do povo quilombola está diretamente associada à agricultura, pois os membros criam laços afetivos com suas terras e sentem orgulho em trabalhar em suas roças (SANTOS, 2017). Além disso, segundo o autor supracitado, no passado, a relação de aprendizado se dava conforme as crianças cresciam e adquiriam capacidade para ajudar os pais tornando-se, no futuro, idosos com pouca ou nenhuma instrução formal.

Com relação a renda dos participantes do estudo, 97,1% dos idosos são aposentados e , 55,1% afirmou que trabalha atualmente. As comunidades quilombolas na Paraíba são frutos do processo de produção e ocupação do espaço agrário e por isso são majoritariamente camponesas. A lógica moral, hierárquica e simbólica intrínseca a reprodução social se fundamenta na autoridade paterna, através de valores estabelecidos na relação interdependente

entre terra, trabalho e família (MONTEIRO, 2013). Para Lopes, Dias e Mansur (2008), o trabalho é encarado como forma de conquistar subsistência mesmo para os quilombolas que recebem algum tipo de benefício. A extensão da idade produtiva também pode ser compreendida pelo valor que, socialmente, é atribuído ao exercício de um trabalho, ao padrão de vida que pode ser alcançado pelo idoso ativo e a interação social encontrada no ambiente laboral (GIBBS; SILVA; BATISTA, 2015).

Monteiro (2013) enfatiza a divisão sexual do trabalho nessas comunidades. O homem quilombola se encarrega de todo o processo produtivo, da comercialização, organização e divisão do trabalho e também dos arranjos domiciliares. As mulheres quilombolas, por sua vez, geralmente, estão envoltas pela subordinação ao trabalho do homem, ficando encarregadas de cuidar dos filhos, lavar e cozinhar. Seu trabalho carrega um significado inferior ao trabalho exercido pelo homem, independente da tarefa ou força física empregada (MONTEIRO, 2013).

A análise do CTS-1 evidenciou ocorrência de violência cometida contra os idosos quilombolas participantes desta pesquisa. Este resultado vai de encontro ao Estatuto do Idoso que assegura em seu artigo 4º que nenhum idoso será vítima de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (BRASIL, 2003). A violência pode acarretar adoecimento físico e psicológico do idoso, como: distúrbios emocionais, isolamento, sentimento de culpa, negação e traumas físicos, podendo culminar em morte (BARCELOS; MADUREIRA, 2013).

O estudo constatou ocorrência de agressão verbal ou violência psicológica (98,6%), agressão física grave (18,8%) e agressão física menor (13%,). A prevalência da violência psicológica em comparação com a violência física também foi obtida em pesquisa conduzida por Paiva e Tavares (2015). Conforme Souza e Cassab (2010), a violência psicológica é uma das formas mais perversas de abuso ocorridas no espaço doméstico, em decorrência das marcas irremediáveis que costuma deixar nas vítimas, marcas estas que podem durar muitos anos ou até uma vida inteira.

Em seu artigo 19, o Estatuto define que nos casos de suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa idosa, as instituições policiais, Ministério Público e os Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde. Garante ainda, em seus artigos 94 e 95, que será punido qualquer ataque aos direitos da pessoa idosa, seja este configurado por ação ou por omissão, com pena máxima privativa de liberdade de até quatro anos (BRASIL, 2003).

Nesta pesquisa, insultos e ameaças foram empregados, principalmente, contra os idosos do sexo feminino. Achados nacionais e internacionais sobre a violência contra os mais



velhos também mostraram que, no interior da casa, as mulheres são mais abusadas que os homens (PAIVA; TAVARES, 2015; STRASSER et al., 2013). A violência contra a mulher pode ocorrer desde a infância até a velhice (BRASIL, 2016). De acordo com levantamento baseado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), entre os anos de 1980 a 2013, houve um aumento de 111,1% no número de homicídios de mulheres no Brasil (WAISELFISZ, 2015). Este também é um grave problema de saúde pública, visto que quando não tem suas vidas perdidas, muitas mulheres vítimas de violência tornam-se incapacitadas física e psicologicamente (GOMES et al., 2015; STÖCKL et al., 2013; WHO, 2013). A agressão impacta, ainda, a vida social e econômica das vítimas (VIEIRA et al., 2015).

Estes dados revelam a relação de gênero e a naturalização da diferença sexual, responsáveis por muitas desigualdades e violência contra a mulher. Segundo Costa, Lopes e Soares (2015), a mulher rural permanece na relação de serviço, subordinação e obediência ao homem, restrita a criação dos filhos e o cuidado do lar. São isentas do direito de expressar seus sentimentos, destituídas de autonomia e até mesmo do direito de decidir sobre o próprio corpo, vivendo em uma verdadeira condição de objeto. O sofrimento de muitas mulheres ainda é marcado pela invisibilidade, devido ao fato da violência, geralmente, ocorrer no âmbito privado da própria família, acarretando a não realização ou prosseguimento das queixas, seja pela vergonha de expor a violência sofrida pelo cônjuge ou pelas promessas de que não serão agredidas novamente (GARCIA et al., 2016).

Conforme o artigo 3º da Lei Maria da Penha, cabe ao Poder Público garantir o direito de todas as mulheres idosas em suas relações domésticas e familiares e impedir toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2006). No entanto, Costa, Lopes e Soares (2015), constatam que, na prática, a violência contra mulheres no espaço rural ainda não é objeto de ação do Poder Público e não conta com intervenção institucional em saúde específica e efetiva.

O HS-EAST revelou risco aumentado para a ocorrência de casos de violência física, psicológica, financeira e/ou negligência em 69,6% dos idosos do estudo. Conforme literatura científica, os principais fatores de risco para a violência estão associados ao fato de ser do sexo feminino, na faixa etária entre 60 a 80 anos de idade e estar casado ou morar com companheiro (STRASSER et al., 2013). Estes achados relacionam-se com o perfil dos idosos dessa amostra que obteve presença majoritária de mulheres (60,9%), com média de idade de 69,62 anos, estando 65,2% casados ou vivendo com companheiro.

Acerca dos fatores que predisõem risco, conforme avaliação do HS-EAST, os idosos afirmaram sentimentos de tristeza e solidão e desconforto com alguém da sua família.

Pesquisas apontam que a violência contra idosos pode acarretar distúrbios emocionais, isolamento e sentimento de culpa (BARCELOS; MADUREIRA, 2013). Estes sentimentos se tornam ainda mais fortes quando envolvem a família, podendo resultar na própria vivência do luto pelos envolvidos.

Segundo Oliveira et al. (2013), sentimentos, tais como: medo da morte, inutilidade, solidão, desprezo, entre outros, podem perpassar as emoções do sujeito idoso, sendo causados pelos próprios mitos do envelhecimento, preconceitos e pela cobrança pela eterna juventude, configurando a violência simbólica contra o idoso. Além destes, outros sentimentos, tais como: temor da retaliação ou represália principalmente pelos familiares; a culpa de gerar um conflito; a vergonha da violência sofrida; e o medo de ser internado em um asilo, também podem fazer parte do cotidiano dos mais velhos (OLIVEIRA et al., 2013).

A presença dos familiares não significa, necessariamente, que o idoso será amparado em seu lar, pois algumas famílias não estão preparadas para assumir o papel de cuidadoras (CAMARANO; BARBOSA, 2016). O ambiente domiciliar pode tornar-se espaço para manifestação, aprendizagem e reprodução de atitudes violentas, caracterizando-se como perpetuador de violência intergeracional (ISLAM et al., 2014). Além de afetar a saúde do idoso, a vivência com os agressores contribui para que a vítima não realize a denúncia (OLIVEIRA et al., 2013).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), violência intrafamiliar é “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”. Independe de ser realizada dentro ou fora de casa por algum familiar, e inclui aqueles que assumem a função parental sem laços sanguíneos e em relação de poder a vítima.

O fato dos idosos da pesquisa sustentarem alguém aparece como fator de risco para a ocorrência de violência. Segundo Melo e Silva (2015), no contexto rural, a violência patrimonial tem sido diretamente relacionada a outras formas de violência, como a física e a psicológica, indo de encontro ao envelhecimento digno e saudável, na medida em que o idoso não consegue satisfazer suas necessidades básicas por meio da sua própria renda. A violência no campo é, entre outros, fruto da situação de pobreza e da vulnerabilidade social que, historicamente, tem marcado a população rural no Brasil. Nesse contexto, a violência permeia a aposentadoria que, na maioria das vezes, é a única ou principal fonte de renda. Isso ocorre quando o desfrute deste benefício é contestado pelos diferentes membros da família, podendo gerar uma situação de agressão (MELO; SILVA, 2015).

O risco para a ocorrência de violência também foi mais frequente para o fato de um familiar ingerir bebida alcoólica. Outras pesquisas têm encontrado o aumento do risco de maus-tratos contra a pessoa idosa quando quem reside com ela sofre de alcoolismo (FALEIROS, 2013; WANDERBROOKE; OCAMPO MORÉ, 2013). A relação entre violência e consumo de bebida alcoólica pode ser explicada devido aos efeitos farmacológicos da mesma que diminuem a inibição comportamental e aumentam a excitabilidade psicológica. Todavia, aspectos psicossociais e neurobiológicos, como a predisposição e outros fatores de risco situacionais, também devem ser considerados nessa relação (BALTIERI; CORTEZ, 2009).

Oliveira et al. (2013) ressaltam a importância da prevenção para a problemática da violência, por meio da adoção de medidas de conscientização e capacitação da sociedade civil, principalmente da população mais jovem, medidas estas que colaborem para a ruptura de preconceitos e estimulem o respeito a dignidade do idoso. Os autores advertem ainda sobre a necessidade de que, a partir da perspectiva da dignidade da vida humana, o fenômeno da violência contra idosos não seja ignorado e resulte em um futuro lamentável para o envelhecimento. De acordo com Oliveira et al. (2013), também é necessário a maior participação dos profissionais de saúde no cuidado as vítimas, por meio da valorização do trabalho multidisciplinar com outros setores sociais, a fim de reverter os altos níveis de mortalidade decorrentes desse problema e suas consequências, como: medo, alienação, estresse pós-traumático, depressão etc.

## **5 CONCLUSÃO**

Neste estudo, os idosos evidenciaram a ocorrência de violência física, sendo a agressão física grave mais recorrente que a menor. Destaca-se a elevada prevalência da ocorrência da agressão verbal ou violência psicológica. Insultos e ameaças foram empregados, principalmente, contra os idosos do sexo feminino. Grande parte dos idosos possui risco aumentado para a ocorrência de casos de violência do tipo física, psicológica, financeira e/ou negligência. Muitos afirmaram sentimentos de tristeza, solidão e desconforto com alguém da sua família. O fato de sustentarem alguém e de um familiar ingerir bebida alcoólica também aparece como fator de risco.

Com base nestes dados e considerando a escassez de pesquisas, percebe-se que a violência contra a pessoa idosa quilombola é um dos grandes desafios para a saúde pública,

necessitando ser situado como prioridade na agenda de diagnósticos situacionais. O estudo aponta para necessidade de construção e efetivação de estratégias e políticas para garantia dos direitos dessa população, assim como à necessidade da efetivação de ações destinadas a transformação da cultura de violência no Brasil. Os resultados também mostram a necessidade de investimento do setor saúde em medidas de prevenção deste agravo à saúde. Recomenda-se a realização de outras pesquisas a fim de aprofundar conhecimentos sobre o tema.

## ABSTRACT

This article aims to present the occurrence and the risk of violence against elderly quilombolas. It is a cross-sectional, exploratory and quantitative study. Participants were 69 elderly people of both sexes, living in the communities remaining quilombos of Pedra D'Água and Caiana dos Crioulos, located in the State of Paraíba. The following instruments of data collection were used: structured questionnaire on socio-demographic and economic conditions; Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/ EAST); Conflict Tactics Scales - Form R (CTS-1). The mean age of the studied sample was 69.62 years (SD = 6.8) and 60.9% of women. 97.1% of the elderly said they are retired. There was evidence of verbal aggression or psychological violence against the elderly. Severe physical aggression was reported as more recurrent than the minor one. 69.6% of the elderly are at increased risk for the occurrence of violence. The risk for the occurrence of violence was more frequent for a family member drinking alcohol. Concluding, the culture of violence also affects the surveyed elderly, and it is necessary to have strategies that transforms the context of violence into non-violence, by appreciation and respect for life, as well as the need of investment of the health sector in measures of prevention of this aggravation to health.

Descriptors: aging; violence; rural areas.

## 6 REFERÊNCIAS

AACADE. Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidades Afro-Descendentes. **Estudo Censitário da População Quilombola 2012 – Perfil de 38 Comunidades Quilombolas no Estado da Paraíba**. João Pessoa: Governo do Estado da Paraíba/Projeto Cooperar, 2012.

ALEIXO, M. T. **Indígenas e quilombolas icamiabas em situação de violência: rompendo fronteiras em busca de direitos**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal do Pará - UFPA, Pará, 2015.

ALVES, J. E. D. O fim do bônus demográfico e o processo de envelhecimento no Brasil. **Revista Portal Divulgação**, v. 5. n. 45, p. 6-17, 2015.

ANACLETO, A. J.; NJAINEL, K.; LONGOI, G. Z.; BOINGI, A. F.; PERES, K. G. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009.

BALTIERI, D. A.; CORTEZ, F. C. P. **A violência e o consumo nocivo de álcool**. 2009.

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

BRASIL. **Decreto nº 4.887**, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741**, 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. In: Vade Mecum. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Casa Civil. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 737**, de 16 de junho de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2a ed. Brasília; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolos de atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 98**, de 26 de novembro de 2007. Institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares, 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014**. Brasília: Presidência da República, 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2007.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**, Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514.

CERQUEIRA, D. R. C.; MOURA, L. R. **Vidas perdidas e racismo no Brasil**. 2014.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M.; SOARES, J. S. F. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015.

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In FREITAS, E. V. et al. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1335-1349.

FALEIROS, V. P. **O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal**. Brasília, DF: MPDFT, 2013.

FURTADO, M. B.; SUCUPIRA, R. L.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 106-115, 2014.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. C.; FREITAS, L. R. S.; SILVA, G. D. M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2016.

GIBBS, C. C. M.; SILVA, L. A.; BATISTA, A. M. **O idoso e o mundo do trabalho na sociedade pós-capitalista**. 2015.

GOMES, V. L. O.; SILVA, C. D.; OLIVEIRA, D. C.; ACOSTA, D. F.; AMARRIJO, C. L. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 718-724, 2015.

GUERRERO, A. F. H.; SILVA, D. O.; TOLEDO, L. M. GUERRERO, J. C. H.; TEIXEIRA, P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém- Pará, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.103-110, 2007.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão para o português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 1083-93, 2003.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico: Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico: Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INPEA – International Network for the Prevention of Elderly Abuse. In: **WHO**. World Report on Violence and Health. Abuse of the Elderly. Chapter 5, 2002.

ISLAM, T. M.; TAREQUE, M. I.; TIEDT, A. D.; HOQUE, N. The intergenerational transmission of intimate partner violence in Bangladesh. **Global Health Action**, Philadelphia, v. 7, Article 23591, 2014.

LIMA, E. C. A. Pedra D' água: uma comunidade quilombola. Seminário Nacional de Estudos de História e Cultura Afro-Brasileiras. **NEAB-Í**, 2007.

LOPES, D.; DIAS, A.; MANSUR, D. Trabalho e Quilombolas: As Relações de Trabalho dos Residentes no Quilombo São José da Serra - Valença/Rio de Janeiro. **Cadernos UniFOA**. Ed. 07, 2008.

MACHADO, W. C. A. **Tratado Cuidados de Enfermagem**. São Paulo: Roca, p. 2554-2558, 2012.

MCGOLDRICK, M.; SHIBUSAWA, T. O ciclo de vida familiar. In WALSH, F. (Ed.), **Processos normativos da família: Diversidade e complexidade**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 375-398.

MEDEIROS, S. P. **Eu sou quilombola!** Identidade, História e Memória no Quilombo Pedra D'Água (1989-2012). 2012. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, 2012.

MENESES, N. Mulheres envelhecem sós, os homens em companhia, 2015.

MELO, L. N. P.; SILVA, M. S. Redes e enredos da violência patrimonial contra os idosos rurais: uma contribuição ao debate. **Anais CIEH**. v. 2, n. 1, ISSN 2318-0854, 2015.

MINAYO, M. C. S. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Estudos sobre Envelhecimento**, v. 25, n. 60, 2014.

\_\_\_\_\_, M. C. S. **Violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Um manual para compreender e transformar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

MONTEIRO, K. S. **As mulheres quilombolas na Paraíba: Terra, trabalho e território**. João Pessoa. UFPB, 2013, 118 FLS. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2013.



OLIVEIRA, A. A. V.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; FERNANDES, M. G. M.; SILVA, A. O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-33, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, 2002.

PAIVAL, M. M.; TAVARESI, D. M. S. **Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados**, 2015.

PAIXÃO JUNIOR, C.M; REICHENHEIM, M.E. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1137-1149, 2006.

PEREIRA-LLANO, P.M.; SANTOS, F.; RODRIGUES, M.C.T.; LEMÕES, M.A.M.; LANGE, C.; SANTOS, S.S.C. A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. **Revista cuidado é fundamental**, v. 8, n. 3, p. 4717-24, 2016.

PODINEKS, E. National Survey on Abuse of the elderly in Canada. **Journal of elder abuse & neglect**, Nova Iorque, v.4, p.5-58, 1992.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L.; SZKLO, A.; HASSELMANMH, SOUZA, E.R.; LOZANA, J.A.; FIGUEIREDO, V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, p. 425-37, 2006,

SANTOS, G. S. **Mulheres Quilombolas: Território, pertencimento e identidade na Comunidade Negra Senhor do Bonfim – Areia – PB**, 2017.

SILVA, G. S.; SILVA, V. J. Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 7, n. 2, p. 191-200, 2014.

SILVA, J. A. N.. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos: uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.16, n.2, p.111-124, 2007

SOUZA, H. L.; CASSAB, L. A. Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**. Londrina: UEL, ISSN 2177-8248, 2010.

STÖCKL, H.; DEVRIES, K.; ROTSTEIN, A.; ABRAHAMS, N.; CAMPBELL, J.; WATTS, C.; MORENO, C. G. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **Lancet**, London, v. 382, no. 9895, p. 859–865, 2013.

STRASSER, S.M.; SMITH, M.; WEAVER, M.; ZHENG, S.; CAO, Y. Screening for elder abuse mistreatment among older adults seeking legal assistance services. **The Western Journal of Emergency Medicine**, v. 14, n. 4, p. 309-315, 2013

TORALES, A. P. B. **Qualidade de vida e autoestima de comunidades quilombolas no estado de Sergipe**. 2013. Dissertação (Mestrado Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes, Sergipe, 2013.

TRECCANNI, G. D. Terras de quilombo: caminhos e entraves do processo de titulação. Belém, 2006.

VIEIRA, L. B.; SOUZA, I. E. O.; TOCANTINS, F. R.; PINA-ROCHE, F. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 865–873, 2015.

VISENTIN, R.; DALLA MAN, C.; KUDVA, Y.C.; BASU, A.; COBELLI, C. Circadian variability of insulin sensitivity: Physiological input for in silico artificial pancreas. **Diabetes Technol Ther**, v. 1, p. 1-7, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**. Homicídio de mulheres no Brasil. 1. ed. Brasília, DF: FLACSO Brasil, 2015.

WALSH, F. Complexidade e diversidade nas famílias do século XXI. In WALSH, F. (Ed.), **Processos normativos da família**: Complexidade e diversidade Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 3-27.

WANDERBROOKE; A. C. N. S.; MORE, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. Rio de Janeiro (RJ): **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, 2013.

WHO. World Health Organization. **Violence against women**: a ‘global health problem of epidemic proportions’. Geneva: World Health Organization, 2013.

YAN, E.; CHAN, K.L.; TIWARI, A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 16, n. 2, p. 199-219, 2014.