

Violência contra idosos

O avesso do respeito à experiência e à sabedoria

Maria Cecília de Souza Minayo¹

Violência contra a pessoa idosa: problema sério e quase desconhecido

Os profissionais e os militantes da área do direito, da assistência social e da saúde encontrarão neste guia a discussão de um assunto muito pouco tratado, que fere fundo a alma do país: os maus tratos, as agressões, as várias formas de violência contra os idosos. Mas esses fatos e comportamentos negativos não são fenômenos que ocorrem só com os idosos e só no Brasil: fazem parte da violência social em geral e são universais. Em muitas sociedades, diversas expressões dessa violência, freqüentemente, são tratadas como uma forma de agir “normal” e “naturalizada” ficando ocultas nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas. Tanto no Brasil como no mundo, a violência contra os mais velhos se expressa nas formas como se organizam as relações entre os ricos e os pobres, entre os gêneros, as raças e os grupos de idade nas várias esferas de poder político, institucional e familiar.

Neste guia busca-se tirar o véu desse mal que está presente na sociedade e nos indivíduos, pretendendo-se, com isso, estar contribuindo para o crescimento do respeito nas relações entre as gerações, a favor da cidadania e da democratização do Brasil. Entende-se que tratar o problema da violência contra os idosos significa tratar também o seu contexto. Ou seja, e preciso compreender as relações entre as várias etapas do ciclo de vida e o papel do Estado na organização desses ciclos, os preconceitos sociais contra o envelhecimento e a

¹ Professora e pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz; pesquisadora de carreira do CNPQ. Coordenadora Científica do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves/Fiocruz); Editora Científica da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

função das instituições na repetição desses preconceitos ou nas mudanças positivas que possam ocorrer.

Quando se olha mais profundamente o problema social da violência contra os idosos, observam-se duas dimensões muito fortes que convivem. Uma coletiva e que conforma o imaginário popular, constituindo uma visão negativa do envelhecimento. A sociedade mantém e reproduz a idéia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e quase sempre, ganhando uma pequena aposentadoria, podem ser descartados: são considerados *inúteis* ou *peso morto*. A segunda dimensão, aquela que vem da convivência com as pessoas idosas e do conhecimento de sua história considera que há idosos e idosos, distintos em suas características e em suas necessidades.

Embora a sociedade adulta seja a grande responsável pelo imaginário sobre a velhice, também os próprios velhos estão imbricados na produção da ideologia que sobre eles é produzida. Muitos não se conformam com a perda de poder, outros que só viveram para o trabalho, sentem-se perdendo a identidade quando se retiram das atividades profissionais, outros, ainda, se isolam do mundo da vida, enclausurando-se numa solidão desnecessária.

“A fragilidade dos velhos é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil: o isolamento tácito dos velhos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a quem eram afeiçãoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo o que lhes dava sentido e segurança” (Norbert Elias, 2002, 8)

A importância deste guia é seu propósito de colaborar para que se construa “*um Brasil mais sábio e mais experiente*” como escreveram José Sarney e João Paulo Cunha, respectivamente presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, na apresentação do *Estatuto do Idoso* que se tornou a Lei no. 10.741 de 2003. Este guia, porém, vai em busca das lacunas na consciência social brasileira e do avesso do “direito” que se expressam nas várias formas de violência, trazendo dados, informações científicas e análises sobre o assunto. Ao fazê-lo, lança luz sobre a dinâmica de desrespeito, de preconceitos e de crueldades que precisam ser superadas. Também evidencia que é possível prevenir, que é importante mudar e, para isso, é imperativo ampliar e aprofundar as ações afirmativas e positivas que já estão sendo realizadas.

Este pequeno livro se organiza em três sentidos: (1) apresenta uma análise descritiva sobre os dados de morbidade e de mortalidade por violências e acidentes nesse grupo populacional (2) discute e analisa estudos nacionais e internacionais e várias fontes de denúncias, visando a aumentar a compreensão do problema; (3) propõe algumas ações. Pretende oferecer uma visão ampliada das principais questões relacionadas ao assunto. Algumas são consideradas universais, pois, os estudos existentes mostram que elas ocorrem na maior parte do mundo. Outras são específicas da realidade brasileira, ou, pelo menos, não são pontuadas pela literatura internacional. As violências contra pessoas idosas serão tratadas neste guia a partir de alguns aspectos que ajudam a contextualizar o envelhecimento na sociedade brasileira: mudanças demográficas, sentidos sócio-antropológicos e informações epidemiológicas.

Tendo em vista as diferentes interpretações sobre quando se começa a considerar uma pessoa como velha, neste guia considera-se como idosa, a população brasileira com 60 anos ou mais. Entende-se que o limite de idade é uma decisão quase sempre estabelecida pelo Estado quando normatiza sobre aposentadorias,

pensões e concessão de benefícios, ou por organizações internacionais que estabelecem comparações de indicadores de desenvolvimento. O parâmetro aqui adotado é usado por vários outros órgãos nacionais e internacionais.

A população idosa cresce aceleradamente no Brasil

O Brasil apresenta hoje um acelerado crescimento nas proporções de idosos. Isso ocorre também no mundo inteiro, com pequenas exceções. Tal fenômeno coloca vários dilemas para todas as sociedades e para seus governos. Entre eles, ressalta-se a necessidade de se rever:

- as divisões entre os ciclos de vida tradicionalmente usados²;
- o período adotado até hoje para definir a inserção das pessoas nas atividades produtivas;
- os limites de idade para aposentadoria;
- a organização dos serviços de saúde para que passe a contemplar em seu planejamento e práticas, as necessidades específicas deste grupo;
- a formação de pessoas para lidar com as necessidades próprias desta população;
- a organização dos espaços, dos equipamentos e dos materiais dentro das moradias familiares, nas instituições sociais e nas ruas, para que os idosos possam viver protegidos, minimizando-se os riscos evitáveis de quedas e de outros agravos.
- mudanças culturais relativas à visão do envelhecimento e a inclusão dos idosos como atores sociais.

² Antropologicamente se sabe que os ciclos de vida – infância, adolescência, juventude, adultez e velhice, com a respectiva divisão de idade para cada uma dessas etapas - são uma construção social e uma construção política: têm a ver com o poder e a distribuição do poder. Em todas as sociedades, mesmo nas mais primitivas, existe um grupo de idade que manda e decide. Na sociedade ocidental são os adultos. Crianças e jovens são considerados seres em preparação para assumir o comando econômico, social e político. Os velhos, implícita ou explicitamente, são convocados a ceder o lugar. Só que, com o aumento da expectativa de vida, tornar-se-ão mais ampliados os intervalos de tempo hoje vigentes: o da infância? O da adolescência e da juventude? O da vida adulta? São temas que o país tem que enfrentar desde já.

Esses são alguns pontos de uma agenda nova que as transformações na expectativa de vida vão colocando para a sociedade brasileira. Eles não podem ser tratados de forma desleixada e irresponsável, pois no momento atual, a presença indiscutível dos idosos nos mais diferentes espaços sociais repercute nas formas de interação de todos os outros grupos de idade e nas expressões de suas necessidades (Organização das Nações Unidas, 2003).

O fenômeno do envelhecimento no Brasil é impressionante. A esperança de vida ao nascer mais que dobrou do início (33 anos) ao final do século XX (quase 70 anos). De 1991 a 2000, a população brasileira com mais de 60 anos aumentou duas vezes e meia a mais (35%) do que a população mais jovem que cresceu 14% (LIMA-COSTA et al, 2002). A *Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE* (2003) assinala que havia 16.022.231 pessoas com 60 anos ou mais no país em 2002, representando 9,3% do total dos habitantes. Na região Sudeste e Sul, a proporção de idosos em relação à população geral já passa de 10%. No ano 2020 espera-se que o número de pessoas acima de 60 anos atinja 25 milhões e represente 11,4% do total dos brasileiros. Ou seja, o país está num caminho sem volta, embora seja ainda jovem, como lembra Veras em seu livro: *País jovem de cabelos brancos* (1994). Hoje há pelo menos uma pessoa idosa em 26% dos lares brasileiros e há mais de 130 mil pessoas com mais de 100 anos no país.

Comparando os dados do Brasil com outras regiões, constata-se que o envelhecimento populacional aqui ocorre numa velocidade muito maior que a dos países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. No entanto, há grandes diferenças do Brasil em relação à realidade européia: lá o grupo que mais cresce tem mais de 80 anos. Aqui, a faixa de 60 a 69 anos é a que aumenta mais rapidamente. Na Europa, a longevidade é atribuída às confortáveis condições de vida e de bem estar social e de saúde. No Brasil, elas têm a ver também com as melhorias nas condições sanitárias e de vida, mas, se devem principalmente à queda também acelerada nas taxas de fecundidade e de

natalidade. Infelizmente o país não tem conseguido dar uma velhice tranqüila a seus cidadãos: boa parte dos idosos sofre muitos e profundos problemas sociais, como evidenciam os indicadores sociais do IBGE (2003) para 2002: 43% dos que têm 60 anos ou mais têm renda *per capita* abaixo de um salário mínimo. E 4.870.336 deles (30,4%) continuam a trabalhar, seja para se manter seja para auxiliar a subsistência de sua família.

Portanto, internacionalmente e também no Brasil, a população idosa não é homogênea nem do ponto de vista da distribuição de renda e nem por faixas etárias. Apenas 25% das pessoas acima de 60 anos ganham 3 salários mínimos ou mais. Ou seja, cerca de 75% é pobre, existindo uma boa parcela na faixa de miserabilidade (43%), necessitando de assistência dos serviços públicos. É importante assinalar que as desigualdades sociais também indicam riscos diferenciados de sofrer violência e os mais pobres são especialmente vulneráveis.

Atualmente, em todo os países em que a população idosa é parte significativa da população geral estabelece-se uma classificação interna ao próprio grupo, visando à atuação das políticas sociais. O grupo dos que têm de 60 a 69 configura o que tradicionalmente se denomina terceira idade: nele há menos pessoas física e mentalmente dependentes, grande parte delas trabalha e está ativa. Geralmente, é desse segmento até 75 anos que surgem as denúncias de maus tratos e violências, uma vez que o grupo dispõe de mais autonomia e de condições para buscar ajuda. Acima dessa faixa os velhos sentem muito mais dificuldades de reagir a agressões físicas, econômicas e psicológicas. O segmento dos idosos de 70 a 80 anos é chamado da quarta idade e já se usa a classificação quinta idade para a população acima de 80 anos (PEIXOTO, 2000). O crescimento de todos esses segmentos, principalmente os de quarta e de quinta idade, exige uma preparação cuidadosa, principalmente das áreas de saúde e de assistência social. É fundamental ter pessoas preparadas, equipamentos e recursos, dentro de uma concepção de promoção, de prevenção e de assistência.

Violência contra os idosos é uma questão nova para a consciência nacional

Do ponto de vista antropológico e cultural, a violência contra os velhos é um problema que vem junto com a elevação da consciência de direitos. É a partir dos vários momentos e movimentos em que se proclamam e se reafirmam os direitos individuais, sociais, coletivos, políticos e de grupos específicos que a questão da cidadania se coloca, independentemente de idade, de sexo, de raça ou etnia ou de condição social. Nessa dinâmica de crescimento da consciência social, a idade cronológica, em suas diferentes etapas, passa a ser ressignificada como um princípio norteador de novos direitos e deveres, sobretudo no caso de grupos mais vulneráveis. Isso ocorreu primeiro com as mulheres, em seguida com as crianças e com os adolescentes (Promulgação do ECA, 1990) e, agora, com os idosos (Estatuto do Idoso, 2003).

Embora no imaginário social, a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice costumam ser pensadas apenas como etapas biológicas da vida, na verdade, isso não é o que ocorre em nenhuma sociedade. Pelo contrário, como se pode ler neste encaixe:

“O processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social” (Minayo & Coimbra Jr, 2002, 14).

Geralmente, nos diferentes contextos históricos das sociedades, há uma atribuição de poderes para cada ciclo da vida e em quase todas, observa-se um “desinvestimento” político e social na pessoa do idoso. A maioria das culturas

tende a separar os velhos e a segregá-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte.

Não é verdadeira a crença, freqüentemente veiculada, de que os antigos tratavam de forma melhor seus idosos, cultuando sua presença na comunidade. Isso pode ter ocorrido em alguma cultura específica, assim como hoje acontece também, em relação a alguns idosos.

A idéia de um passado idílico em relação à velhice não encontra respaldo em nenhum estudo científico comparativo. Uma pesquisa antropológica realizada por Riffiotis (2000) sobre diferentes etnias africanas mostra como, nessas tribos onde impera uma rígida divisão de funções entre os grupos de idade, a intenção de aniquilamento político dos velhos é real e ritualizada. Numa determinada fase da vida, os socialmente considerados velhos são levados para morrer em cavernas distantes dos seus povoados. Obedecendo a seus costumes, os adultos assumem o comando da sociedade. E quando esses não conseguem gerenciar bem os problemas, as necessidades e os conflitos em suas tribos, os novos chefes acabam por buscar a ajuda de algum idoso que havia sido descartado, trazendo-o de volta ao convívio da comunidade. Porém, não existe um reconhecimento da sabedoria de todos e nem todos são convocados a retornar para cumprir um papel político importante nas suas aldeias.

A decisão política de universalizar direitos e proteger a todos os idosos é uma atitude nova, própria deste momento histórico da consciência nacional. É um avanço do pensamento que precisa ser concretizado na prática.

Nas sociedades ocidentais, o desejo social de morte dos idosos se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, nas várias formas de violência física e emocional e nas negligências de cuidados. As manifestações culturais e simbólicas desse desejo de se liberar dos mais velhos se diferenciam no tempo, por classes, por etnias e por gênero. No caso brasileiro, os maus-tratos e abusos são os mais variados. Cometidos em grande maioria pelas famílias, eles vão desde os castigos em cárcere privado, abandono material, apropriação indébita de bens, pertences e objetos, tomada de suas residências, coações, ameaças e mortes. Das instituições públicas e privadas de proteção e da sociedade em geral, os idosos se queixam de maus tratos, desrespeito e negligências. Muitos abusos contra esse segmento da população, na conjuntura atual, são agravados pela situação de desemprego, levando a que o grupo familiar se apodere dos poucos benefícios da aposentadoria do idoso, relegando-o a uma vida de pobreza, de dependência ou de internação em asilos para indigentes. Nos asilos, freqüentemente, eles padecem de isolamento social, problemas de saúde não atendidos e de desnutrição (Guerra et al, 2000).

Os estudos do passado e do presente mostram, no entanto que, mesmo quando as sociedades os destinam ao esquecimento, ao isolamento, à perda de influência, ao perceberem isso os velhos não se conformam, buscando restabelecer seu lugar na divisão de poder e de prestígio social. Tais expectativas também são universais e se tornam evidentes quando os mais velhos têm oportunidade de se expressar, como revela o clássico estudo do antropólogo Leo Simmons (1945). Esse autor fez uma vasta pesquisa com velhos em 71 sociedades indígenas, buscando levantar o que esperavam das suas tribos de origem. Tal investigação, ainda não replicada, mostra que em todos os grupos pesquisados, os seguintes desejos foram encontrados:

- viver o máximo possível;
- terminar a vida de forma digna e sem sofrimento;
- encontrar ajuda e proteção para a sua progressiva diminuição de capacidades;

- continuar a participar das decisões da comunidade;
- prolongar, ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito.

Hoje, em todo o mundo e também no Brasil, cada vez mais os idosos continuam a mostrar seus anseios de viver saudavelmente, de contribuir com a sociedade, de participar ativamente nas esferas políticas, econômicas, culturais e de defender seus direitos, exigindo reconhecimento, proteção e espaço de atuação (Uchoa et al, 2002; Motta, 2002; Lins e Barros, 2000; Minayo & Coimbra Jr, 2002; 2002a; Minayo & Souza, 2003). No Brasil, movimentos de aposentados e de idosos vão se organizando, dando visibilidade aos problemas que lhes dizem respeito e buscando espaço de protagonismo, ação e atenção. Esse fenômeno de mobilização crescente sinaliza para a sociedade brasileira que os idosos não querem ser apenas “objeto” de políticas, querem poder pensar, dizer o que pensam, ter seus direitos respeitados e contribuir com a força de sua experiência e de sua sabedoria acumulada.

Definição dos termos referentes à violência contra os idosos

Nos estudos epidemiológicos, o conceito no qual as violências se incluem é “*causas externas*”. No entanto, as duas expressões (causas externas e violência) não se equivalem. “*Causas externas*” é uma categoria estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, dos traumas e das lesões. “*Violência*” é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais. Segundo a Rede Internacional para a Prevenção dos Maus Tratos contra o Idoso que adotou a definição elaborada em 1995 na Inglaterra:

“O maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”. O sentido desta definição será tratado a seguir.

O termo *maltrato* que também é considerado sinônimo de *abuso*, será usado neste texto para designar as várias formas de violência contra idosos, embora vários estudos teóricos procedam a distinções relativas a cada um deles.

As violências e os maus tratos contra os idosos se referem a abusos físicos, psicológicos e sexuais; a abandono, negligências, abusos financeiros e auto-negligências.

A partir da literatura internacional se sabe que a violência contra a população idosa é também problema universal. Estudos de diferentes culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas de todos os *status* sócio-econômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus tratos que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira. Frequentemente, uma pessoa de idade sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus tratos, mostram Wolf (1994); Chavez (2002) e Menezes (1999) Bernal & Gutierrez (2004). Todos os pesquisadores que têm analisado arquivos de Emergências Hospitalares e de Institutos Médico-Legais comprovam, historicamente, a existência de ações violentas contra idosos, como bases de lesões e traumas físicos, mentais e emocionais. (Chavez, 2002; Pavlik et al. 2001; Menezes, 1999; Ministério da Saúde, 2001) dentre outros.

Assim como em muitos países do mundo, no caso brasileiro, as violências contra a geração idosa se manifestam em maneiras de tratá-la e representá-la, cujo

sentido se pode resumir nos termos 'descartável' e 'peso social'. Essa discriminação tem vários focos de expressão e de reprodução.

A natureza das violências que a população idosa sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e introjeta na sua cultura.

As violências contra idosos se manifestam de forma: (a) estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal nas formas de comunicação e de interação cotidiana e (c) institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação.

Na cotidianidade, as marcas estruturais são a base naturalizada de atualização das várias formas de violência que se expressam entre e intraclasses e segmentos sociais e, sobretudo, nas relações familiares e intergeracionais. Nas instituições, as burocracias que se investem da cultura do poder sob a forma da impessoalidade, reproduzem e atualizam, nos atos e nas relações, as discriminações e os estereótipos que mantêm a violência. Existem idosos violentos e, nas delegacias especializadas para atendê-los, os servidores constatarem que há, também, queixas e denúncias contra eles. Porém suas reações, em muito menor proporção do que os agravos que sofrem, se devem à sua fragilidade frente ao poder dos adultos que comandam a sociedade. A vulnerabilidade própria da idade e do lugar social que ocupam torna os pobres e miseráveis as maiores vítimas da violência.

Internacionalmente se estabeleceram algumas categorias e tipologias para designar as várias formas de violências mais praticadas contra a população idosa:

- Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
- Abuso sexual, violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- Abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
- Negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, freqüentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
- Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
- Auto-negligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

A classificação e a conceituação aqui descritas estão oficializadas no documento de *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências* do Ministério da Saúde (2001).

Dados epidemiológicos sobre violência contra idosos: a ponta do iceberg

A epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema de saúde mede a magnitude das violências que ocorrem no cotidiano da vida privada, no espaço público e no interior das instituições e que se transformam em informações quantificáveis. Ou seja, sua reflexão parte dos dados sobre lesões, traumas e mortes que chegam a ser notificados pelo Sistema de Saúde. Seus limites são dados por vários fatores. O primeiro é a disposição ou a consciência de tornar públicos os abusos e maus tratos de forma que sejam relatados às autoridades de saúde ou de segurança pelas vítimas, pelos agressores ou por terceiros. Outro problema é a capacidade e a sensibilidade dos operadores de notificação e de cuidados para notificarem as causas básicas dos traumas, lesões e mortes e não apenas os sinais visíveis da vitimização. Por depender dessas circunstâncias cruciais, as informações epidemiológicas precisam ser sempre relativizadas, sobretudo quando se referem à magnitude de um problema tão complexo.

A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização desse grupo social, no entanto, é um problema cultural de raízes seculares e suas manifestações são facilmente reconhecidas desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas. Neste momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece um clima de publicização e de politização das informações sobre maus tratos de que são vítimas tornando este problema uma prioridade na pauta de questões sociais. Pela primeira vez, em 1975, os abusos de idosos foram descritos em revistas científicas britânicas como “*espancamento de avós*” (Baker, 1975). No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade na década de 90 (Machado et al 1997; 2001; Machado, 2002; Souza et al, 1998; Menezes, 1999; Souza et al, 2002; Minayo & Souza, 2003) bem depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira (Veras, 1994).

Essa contextualização do avanço da consciência social é fundamental por vários motivos, dentre os quais, relativizar a crença de que os abusos e os maus tratos estão aumentando.

A idéia, freqüentemente transmitida pela mídia e reproduzida pelo senso comum de que a violência contra idosos está aumentando não encontra respaldo científico, pois não há dados consolidados que permitam fazer séries históricas e produzir comparações. As tentativas de sistematização, realizadas nos últimos anos, permitem apenas apontar algumas tendências, assim mesmo nos casos de morte, das lesões e dos traumas que exigiram internações.

Por isso, ainda que as informações quantitativas e circunstanciadas se avolumem a partir de agora, por causa da obrigatoriedade da notificação de maus tratos prevista a partir do Estatuto do Idoso (Lei no. 10.741 de 1º de outubro de 2003), recentemente aprovado, o que se poderá comprovar é que a magnitude de tal fenômeno é muito mais extensa do que se previa. E se crescerem muito os dados estatísticos, ainda assim, há que perguntar se aumentou a violência ou se melhorou o processo de notificação.

Os dados quantitativos sobre a mortalidade e a morbidade da população idosa brasileira, aqui referidos, dizem respeito ao período de 1991 a 2000 e tiveram como fonte os bancos do *Sistema de Informação de Mortalidade* (SIM), do Ministério da Saúde que reúnem as informações sobre mortes que ocorrem no país ano a ano. E o *Sistema de Informações Hospitalares* (SIH-SUS) a partir do documento denominado "*Autorização de Internação Hospitalar*" que registra a situação em que a pessoa se internou num hospital do SUS e o tratamento oferecido para as doenças, lesões e agravos que apresenta.

A causa básica das mortes foi avaliada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), documento oficial da Organização Mundial de Saúde. Nela, a categoria “*causas externas*” recobre códigos para a informação de homicídios, os suicídios e óbitos por acidentes em geral. As lesões e os traumas provocados pelas violências, pelos acidentes e pelos envenenamentos também são contemplados na CID, permitindo comparações entre a maior parte dos países do mundo. Dentro desses parâmetros nacionais e internacionais apresentam-se os dados a seguir.

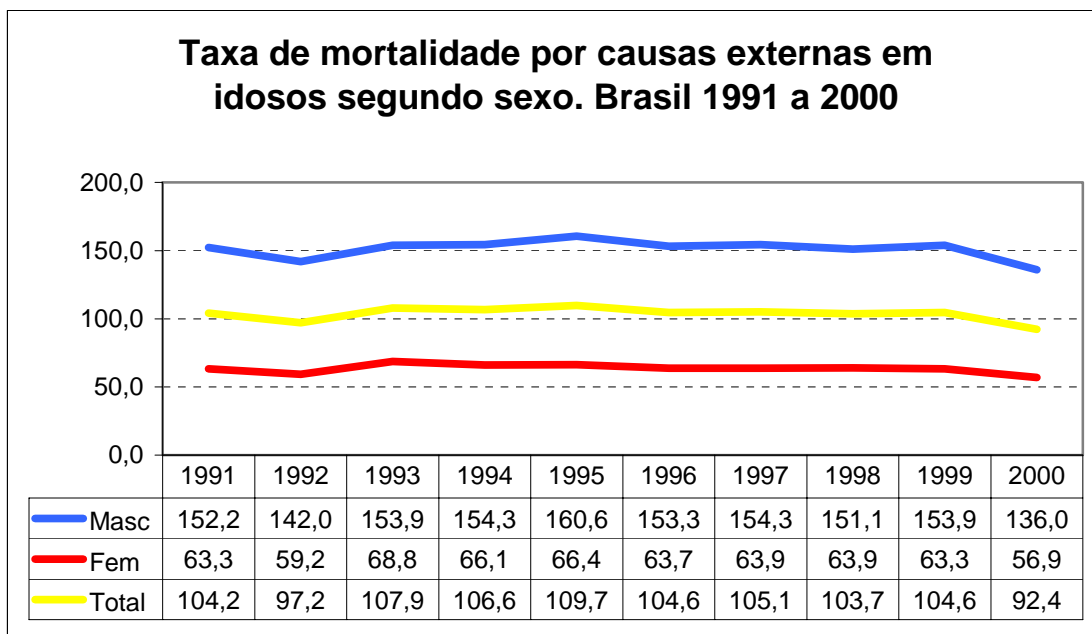
Neste texto as informações são olhadas de várias formas. **Por taxas:** calculam-se quantas pessoas morreram por 100.000 nos mesmos grupos de idade, por determinada causa. **Em proporção:** as proporções são olhadas no total da mortalidade dos idosos (por exemplo, em relação aos óbitos por doenças cardiovasculares, por câncer, por doenças respiratórias) e entre cada uma das causas específicas, por exemplo, os acidentes de trânsito, as quedas, os homicídios, os suicídios. Essas informações são tratadas em **três faixas de idade:** de 60 a 69; de 70 a 79 e de 80 anos e mais; **por sexo** e de forma bem sintética, **por distribuição em todas as capitais do país.**

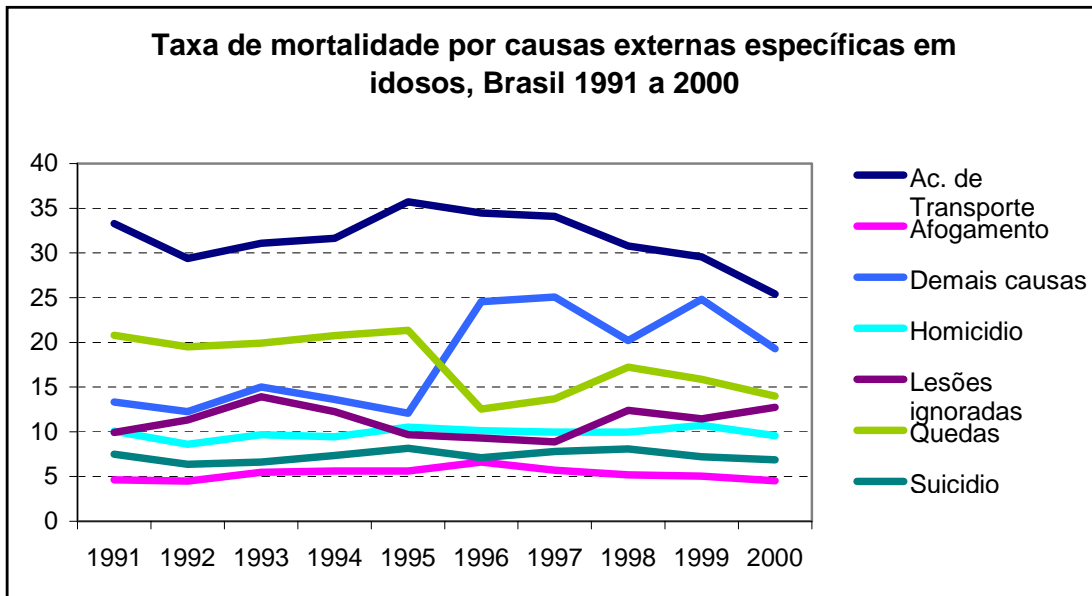
De que causas violentas morrem os idosos brasileiros?

Olhando-se todas as causas de óbito de idosos no Brasil, no período de 1991 a 1998, as violências e os acidentes representaram 3,5% da mortalidade geral. Os dados indicam, felizmente, uma tendência de queda, pois em 2000, constituíram 2,8% do total (MINAYO & SOUZA, 2003) quando se comparam todas as causas de doenças ou outros agravos responsáveis pelas mortes da população de 60 anos ou mais. As violências e acidentes ocupam atualmente o sexto lugar nessa mortalidade geral. No conjunto dos óbitos, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as enfermidades respiratórias, as digestivas e as endócrinas ocupam

os cinco primeiros lugares. Em 2000, morreram 13.436 idosos por acidentes e violências no país, significando, por dia, cerca de 37 óbitos, dos quais 8884 (66,12%) foram de homens e 4552 (33,87%) de mulheres. O gráfico abaixo mostra uma pequena tendência de queda.

As taxas de mortalidade por acidentes e violências que vitimaram os idosos caíram de 104,2/100.000 em 1991 para 92,4/100.000 em 2000. Nesse último ano corresponderam a 136/100.000 óbitos de homens e 56,9/100.000 de mulheres, confirmando um padrão brasileiro e internacional que evidencia maior risco de mortalidade por causas violentas para as pessoas do sexo masculino em todas as idades e também na velhice. Os fatores considerados acidentais são os que mais têm pesado nesse quadro, embora apresentem tendência a diminuir também. Os acidentes de transportes e as quedas, em 1991, somavam 54,6% e, em 2000, 39,40% de todas as mortes.





Essas duas causas (acidentes de trânsito e quedas) fazem um ponto de confluência entre violências e acidentes, pois, as quedas podem ser atribuídas a vários fatores: fragilidade física, uso de medicamentos que costumam provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão, ou estão associadas à presença de enfermidades como osteoporose. Mas costumam também ser fruto da omissão e de negligências dos que deveriam prestar assistência nas casas, nas instituições e nas comunidades em que vivem.

Nas residências, onde hoje vivem mais de 95% dos idosos, para se evitar quedas é preciso que as famílias cuidem de colocar dispositivos em banheiros, nos pisos e ao lado do leito,

tenham a preocupação de melhorar a iluminação desses ambientes, retirem tapetes ou os mantenham de forma segura. Essas simples medidas poderiam evitar ou reduzir boa parte das ocorrências de quedas.

Nas instituições de internação por motivos de saúde e nas instituições de longa permanência, negligências como as apontadas acima também são freqüentes e é preciso levar em conta que a maioria das lesões e trauma é evitável. Nas ruas, sobretudo nas travessias, o risco de atropelamentos e quedas é muito grande, exigindo-se compreensão e respeito de motoristas e transeuntes em relação às limitações que muitos idosos têm. Seu apoio é fundamental para que possam gozar do direito de ir e vir em segurança.

No trânsito, os idosos no Brasil passam por uma combinação de desvantagens: dificuldades de movimentos, próprias da idade, se somam a muita falta de respeito e mesmo a violências impingidas por motoristas e a negligências do poder público.

Uma das grandes queixas dos idosos se refere às longas esperas nos pontos de ônibus e aos arranques desferidos por motoristas que não os esperam se acomodar em assentos. Estudo qualitativo realizado por Machado (2002) mostra que uma das formas de violência social e relacional da qual as pessoas mais velhas mais se ressentem no Rio de Janeiro, por exemplo, é a forma como são tratadas nas travessias e nos transportes públicos, tornando o privilégio da “gratuidade do passe”, a que têm direito por lei nos meios de transporte, em humilhação e discriminação.

As mortes, as lesões e os traumas provocados pelos meios de transporte e pelas quedas, dificilmente podem ser atribuídos apenas a causas acidentais. Pelo contrário, precisam ser incluídos em qualquer política pública que busque superar as violências cometidas contra idosos.

Acidentes de trânsito: dentre as violências a que mais mata as pessoas idosas no Brasil. Há algumas diferenciações importantes por frações de idade e por sexo nessa vitimização. Tomando como exemplo o ano 2000, no grupo de **60-69** morreram mais mulheres (37,2%) que homens (31,8%). A partir dos 70 anos o quadro se inverte. Os homens de **70 a 79** anos corresponderam a 31% e as mulheres, a 27,1%. A partir de **80 e mais** anos, 22,3% dos óbitos foram de homens e 9,8% de mulheres.

A segunda grande causa de morte violenta são as quedas. Em 2000 elas corresponderam a 8,9% dessas mortes. As mulheres são as principais vítimas e ficam sempre em desvantagem com o passar da idade: em 2000 elas corresponderam a 33,6% das mortes de mulheres com 80 anos ou mais.

Os homicídios também têm alta significância na vitimização dos idosos, vindo a seguir dos acidentes de transporte e das quedas. No ano de 1991, essas três causas juntas representaram 62,30% do total dos óbitos por violências e acidentes de homens e 69% das mortes de mulheres idosas. Mostrando uma tendência de queda, mas sendo ainda muito representativas, no ano 2000 elas somaram 54,84% e 49,30% respectivamente. A diminuição progressiva dos percentuais devidos a esses três fatores no total das mortes por violências e acidentes em idosos no ano de 2000 precisa ser olhada, no entanto, tendo em vista a má qualidade das informações. Em relação a 1991, aumentaram as mortes classificadas como “*demais causas*”: passaram de 14,5% para 20,19% nas estatísticas. E as “*lesões ignoradas*” de 9,1% chegaram a 12,38% do início para o

final da década de 90. Os problemas de informação prejudicam muito uma visão mais apurada dos problemas, embora os indicadores existentes permitam confirmar quais são as **principais causas de morte de idosos por violência: acidentes de trânsito, quedas e homicídios.**

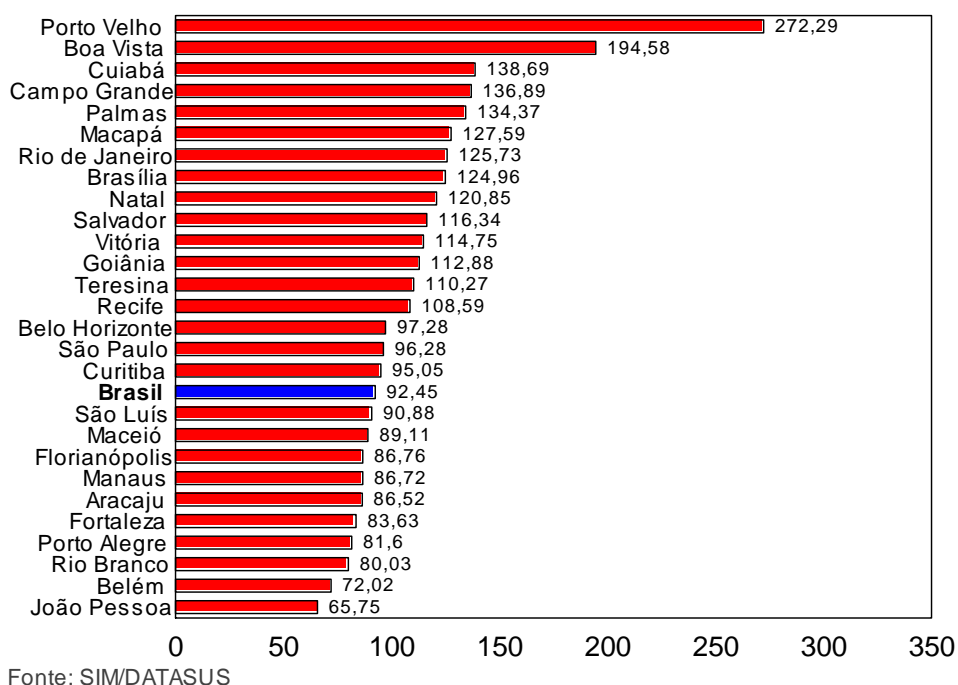
A ocorrência de vitimização por *homicídios* em idosos segue o padrão brasileiro dos outros grupos de idade, quando observado a partir da perspectiva de gênero: morrem mais homens que mulheres. Há também diferenciações por estratos de idade: 18,0/100.000 homens para 7,0/100.000 mulheres na faixa de 60 a 69 anos. No ano 2000, nas faixas de 70 a 79, as taxas foram 10,2/100.000 homens e 4,9/100.000 mulheres e, respectivamente, nos grupos de 80 anos ou mais, 6,2/100.000 homens e 2,0/100.000.

Também são elevadas as taxas de suicídio de idosos: muito mais significativas do que a média para a população brasileira. Enquanto para o Brasil em todas as idades as taxas foram de 3,5/100.000 em 1991 e de 4,00/100.000 em 2000, para o grupo acima de 60 anos, elas são de 6,87/100.000 em 1991 e sobem para 7,49/100.000 em 2000. Como nos homicídios, os homens se suicidam mais, embora haja diferenciações de comportamento nos estratos de idade. No conjunto das causas externas em 2000, as proporções dos suicídios foram de 9,7% para homens e 7,6% para mulheres nas faixas de 60 a 69 anos; de 10,0% para 4,5%, respectivamente, no grupo de 70 a 79 anos e de 6,4% para 1,0% na faixa de 80 anos e mais.

Analisando-se de forma desagregada por capitais brasileiras, as dez nas quais foram mais elevadas as taxas de mortes violentas de idosos no ano 2000 foram, pela ordem: Porto Velho com 272,29 por 100.000 habitantes; Boa Vista, 194,58/100.000; Cuiabá, 138,69/100.000; Campo Grande, 136,89/100.000; Palmas, 134,37/100.000; Macapá, 127,79/100.000; Rio de Janeiro, 125,73/100.000; Brasília, 124,96/100.000; Natal, 120,85/100.000; Salvador, 116,34/100.000.

Entre as 10 que apresentaram menos mortes violentas, no mesmo ano, estão João Pessoa, com 65,75 mortes por 100.000 habitantes; Belém, com 72,02/100.000; Rio Branco, com 80,03/100.000; Porto Alegre, com 81,60/100.000; Aracajú, com 86,52/100.000; Manaus, com 86,72/100.000; Florianópolis, 86,76/100.000; Maceió, com 89,11/100.000; São Luiz, com 90,88/100.000; Curitiba, com 95,05/100.000. As outras capitais estão em posição intermediária.

Taxas de mortalidade por causas externas em idosos. Capitais, 2000



Vale a pena comentar algumas **informações positivas** sobre várias capitais, tomando por base o ano 2000. Em Florianópolis e em Natal não foi notificado nenhum **homicídio** de idosos. Em algumas delas as taxas estão muito abaixo da média nacional: Salvador, 1,82/100.000; Belém, 3,8/100.000; João Pessoa, 4,11/100.000 e Curitiba, 5,99/100.000. Outras apresentam taxas de **acidentes de transporte** também bastante baixas comparativamente: Salvador, 9,09/100.000; São Paulo, 11,52/100.000; Natal, 14,22/100.000 e São Luiz, 16,16/100.000. Não foi notificada nenhuma morte por **queda** em Palmas; e proporcionalmente as taxas

são baixas em Fortaleza, 4,99/100.000; em Rio Branco, 7,28/100.000; em São Paulo, 8,08/100.000; em João Pessoa, 8,22/100.000 e em Natal, 8,89/100.000. As taxas de **suicídio** estão bastante abaixo da média nacional em Boa Vista, Belém, Macapá, Palmas, Natal, João Pessoa, Maceió, Salvador, Vitória e Cuiabá, todas com taxas de 0,6/100.000.

Ressaltam-se também algumas informações **negativas** que se destacam dos dados. Foram muito elevadas as taxas de mortes de idosos por **acidentes de transporte** no ano 2000 em Porto Velho, 136,15/100.000; em Boa Vista, 80,80/100.000 e em Palmas, 80,62/100.000. No mesmo ano, as taxas de **homicídios** se apresentaram muito mais altas que a média do país para essa faixa de idade em Cuiabá, 54,75/100.000, em Porto Velho, 34,04/100.000; em Palmas, 26,87/100.000; em Boa Vista, 25,94/100.000 e em Macapá, 25,52/100.000. Nos óbitos por **quedas**, destacaram-se Vitória com taxas de 61,20/100.000; Porto Velho com 54,46/100.000 e Rio de Janeiro com 40,71/100.000. Em relação aos **suicídios**, em 2000 foram mais elevadas as taxas em Teresina (18,0/100.000); Campo Grande (14,5/100.000); Porto Alegre (12,5/100.000), em Florianópolis (10,4/100.000) e em Belém (13,0/100.000). Em todos os subgrupos de causas externas, menos em suicídios, evidencia-se a situação de Porto Velho como a capital mais violenta para os idosos, fato que merece especial atenção dos gestores públicos.

Que causas violentas levam os idosos a se internarem em hospitais do SUS?

No Brasil, as informações sobre doenças, lesões e traumas provocadas por causas violentas em idosos ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta uma elevada subnotificação em todo o mundo.

É preciso ressaltar que as únicas informações que, no momento

presente, permitem obter estatísticas e construir indicadores de doenças, lesões e traumas provocadas por violências contra idosos, em nível nacional, são os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Eles são insuficientes para dimensionar o problema.

Esse é, também, um problema internacional citado por alguns autores como Chavez (2002) que, realizando investigações com trabalho de campo e busca ativa, estimou que cerca de 70% das lesões e traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas. Considerando essa limitação, entende-se que as notificações existentes não permitem informações conclusivas sobre a magnitude dos agravos por violência. Apenas ajudam a perceber a gravidade dos problemas e observar onde devem ser realizados investimentos de prevenção e de cuidados, por parte do sistema de saúde e das políticas sociais de proteção.

A análise do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revela que no ano 2000 foram realizadas 92.796 internações por violências e acidentes, sendo que 52,1% se deveram a quedas; 19,1%, a acidentes de trânsito, sobretudo a atropelamentos; 3,0%, a agressões e 0,8% a lesões auto-provocadas. Desse conjunto, 63,2% causaram fraturas; 19,7% provocaram lesões traumáticas; 6,3% ferimentos; 3,5%, luxações; e 3,1%, amputações.

Numa classificação por sexo, mais mulheres (50.013) utilizaram os serviços por motivos de saúde provocados por violências e acidentes, do que os homens (42.783). Nas internações femininas pesa o grande número de **quedas**. A procura dos serviços hospitalares foi maior entre os homens com 60 a 69 anos (52,28%), que são logo ultrapassados pelas mulheres a partir de 70 anos. Eles configuraram 43,58% da demanda na faixa de 70 a 79 anos e 34,55%, no grupo de 80 anos ou mais, quando comparados com as mulheres.

O custo médio pago pelo SUS pelas internações hospitalares de idosos por causas relacionadas a acidentes e violências em 2000 foi de C\$ 706,04 por pessoa (setecentos e seis reais e quatro centavos). E o tempo médio de internação foi de seis a sete dias. As cifras e a média de dias de hospitalização estão muito acima do que o SUS gasta com os tratamentos de seqüelas de acidentes e violências da população em geral: C\$ 516,45 (quinhentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos) e 5 dias de internação. A mortalidade dos velhos que se internam em consequência de acidentes e violências também é muito mais elevada (5,29/100.000) do que na população em geral, (2,6/100.000).

Além dos dados hospitalares, os registros policiais dos diferentes estados brasileiros mostram que pessoas idosas são vítimas de seqüestros, roubos, assaltos, invasão de domicílio, roubo de propriedade e de veículos, em proporção menor, mas da mesma forma que outros grupos populacionais (Souza et al, 2001).

Estudos nacionais e internacionais (Payne et al, 1992; Souza et al 1998; Souza et al, 2001) referem que, enquanto **os acidentes de trânsito** e de transporte são a primeira causa externa específica de mortes de idosos, as **quedas** são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo pelo qual os velhos procuram os serviços de emergência. Frequentemente, as lesões e os traumas provocados por **quedas** em pessoas idosas, ocorrem em casa, entre o quarto e o banheiro; ou nas vias públicas, nas travessias das ruas; ao subir nos ônibus ou ao se locomoverem dentro deles. Associam-se, na maioria das vezes, a enfermidades como a osteoporose, à instabilidade visual e postural típicas da idade e a negligências de que são vítimas (Souza et al, 1998; 2001; MINAYO, 2003). Esses autores ressaltam a existência de uma razão de 03 (três) quedas não fatais para cada queda fatal. E observam

que a elevada relação entre mortes e lesões também costuma ser uma expressão de vários tipos concomitantes de maus tratos por parte dos familiares ou dos cuidadores, dentro dos lares ou nas instituições de abrigo.

Um terço do grupo de idosos acima de 60 anos que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização e metade dos idosos que sofrem esse tipo de lesão, falece dentro de um ano. Grande parte dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Isso representa altos custos financeiros e sociais (Sijawade,1995; Kleinschmidt,1997).

A violência que não chega às estatísticas

Por mais que impressione a magnitude dos números relativos aos 13.436 idosos mortos por violências e acidentes (cerca de 37 pessoas por dia!) em 2000 e os 92.796 (cerca de 255 por dia!) que foram internados por lesões e envenenamentos no mesmo período, a violência contra os idosos é muito mais intensa, muito mais disseminada e muito mais presente na sociedade brasileira que os referidos números revelam. Pois, como já foi dito, os registros de morte e de morbidade se referem, exclusivamente, aos casos de lesões, traumas ou fatalidades que chegam aos serviços de saúde ou de segurança pública. Por isso, os dados estatísticos se constituem na ponta do *iceberg* de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais, de negligências familiares e institucionais.

Freqüentemente, a *violência estrutural*, a *violência institucional* e a *violência familiar*, das quais os velhos são vítimas, ocorrem simultaneamente, pois assim como as crianças e os adolescentes, os idosos constituem um grupo muito vulnerável, sobretudo nos casos de múltiplas dependências e incapacidades (Ramos, 2002). Eis alguns tipos de abuso mais comuns:

Pela ordem de relevância, é importante assinalar que os abusos econômicos e financeiros, hoje no país, não só expressam e sintetizam a simultaneidade das várias formas de violência. Quem os comete consciente ou inconscientemente decreta a morte e a exclusão social do idoso.

(1) **Abusos financeiros e econômicos** - Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de São Paulo comprova que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia se referem a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção (IBCCRIM, 2004). A mesma relevância foi observada por Costa e Chaves no estudo das denúncias na Delegacia de Belo Horizonte que também atende aos idosos.

Os abusos analisados pelo IBCCRIM (2004) geralmente foram cometidos por familiares, em tentativas de forçar procurações que lhes dêem acesso a bens patrimoniais dos velhos; na realização de vendas de bens e imóveis sem o seu consentimento; por meio da expulsão deles do seu tradicional espaço físico e social do lar ou por seu confinamento em algum aposento mínimo em residências que por direito lhes pertencem, dentre outras formas de coação. Tais atos e atitudes dos filhos e de outros parentes visam, quase sempre, à toma de bens, objetos e rendas, sem o consentimento dos idosos (Silva, 2004). As queixas de abuso econômico e financeiro se associam a várias formas de maus tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Mas não é apenas a partir das famílias que os abusos econômicos e financeiros contra idosos se realizam. Eles estão presentes também nas relações do próprio estado frustrando expectativa de direitos ou se omitindo na garantia dos mesmos. Ocorre, freqüentemente nos trâmites de aposentadorias e pensões e, sobretudo, nas demoras de concessão ou correção de benefícios devidos, mesmo quando desde 1994, a Lei 8.8.42 lhe garanta prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados, dos prestadores de serviços e nas necessidades assistenciais. Nas delegacias de atenção e proteção ao idoso e nos núcleos de atendimento do Ministério Público, uma das solicitações mais recorrentes é que os agentes colaborem na solução de problemas com aposentadorias e pensões.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus tratos, são praticadas também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. E os campeões das queixas dos idosos e de seus familiares são os planos de saúde por aumentos abusivos e por negativas de financiamento de determinados serviços essenciais. Os velhos são vítimas também de estelionatários e de várias modalidades de abuso financeiro cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e econômica em agências bancárias, caixas eletrônicas, nas lojas, na rua, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção ao idoso assinalam a freqüência de suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos, de forma violenta ou sorrateira.

(2) A violência estrutural reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas. No Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria deles é pobre e miserável, fazendo parte de famílias pobres e miseráveis. Embora a questão social seja um problema muito mais amplo do que o que aflige os mais velhos, eles são o grupo mais vulnerável (junto com as crianças) por causa das limitações

impostas pela idade, pelas injunções das histórias de perdas e por problemas de saúde e de dependência, situações que na velhice são extremamente agravadas.

Estudos de Lima-Costa et al (2002) analisam essa questão evidenciando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e os problemas de desnutrição, e Silva (2004) se refere, particularmente, ao desamparo e ao abandono que vivenciam em asilos e nas ruas. Silva (2004) lembra que há centenas de idosos dormindo nas calçadas e debaixo dos viadutos: “*A oferta de vagas em albergues é muito inferior à demanda*” (2004: 2). É bem verdade que há um esforço governamental para criar uma institucionalização do Estatuto do Idoso e oferecer condições mínimas de sobrevivência para os mais desvalidos. Contudo, a maioria das leis e das políticas formuladas ainda está no terreno das palavras.

(3) A violência institucional que, em geral, também ocorre em todo o mundo, no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Ela se realiza como uma agressão política, cometida pelo estado, em nível macro-social. E de maneira mais particular, é atualizada e reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas entidades públicas e privadas de longa permanência.

O aparato do Estado é um grande regulador do curso da vida. E, no caso brasileiro, a posição oficial dos governos em relação aos velhos é aberta e avançada. Existem muitas leis a favor deles. Numa recente publicação que abrange informações sobre atos legislativos de 1917 a 2001, Barroso (2001) compilou 53 Leis, Decretos, Resoluções e Portarias, dispositivos nos quais os idosos são mencionados como sujeito de direitos e de proteção social. Atualmente está em elaboração um *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra os Idosos*. No entanto, falta ainda muito a fazer, no plano da implementação concreta de dispositivos que assegurem os direitos desse grupo social.

No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde, assistência e previdência social (as que pela Constituição configuram os instrumentos da seguridade social) são campeãs de queixas e reclamações, nas delegacias de proteção aos idosos. Os serviços são exercidos por uma burocracia impessoal, que reproduz a cultura de discriminação por classe, de gênero e de idade, causando imenso sofrimento à maioria dos idosos, sobretudo aos pobres que não têm condições de optarem por outros serviços. Muitos idosos verbalizam a idéia de que ser aposentado significa ser maltratado pelo sistema social de assistência pública. As longas filas de que são vítimas, a falta de comunicação ou a comunicação confusa e a ausência de uma relação pessoal compreensiva por quem precisa dos cuidados, constituem uma forma de violência das quais os idosos mais se queixam. Apesar dos êxitos localizados que vêm ocorrendo no Programa Saúde da Família é ainda imenso o fosso entre a lei e a prática social. Numa nota técnica para a Câmara dos Deputados Malagutti assim se refere: *O serviço de saúde pública é o principal pesadelo desse contingente, que também é o mais penalizado pelos preços absurdos dos planos de saúde (2003: 3).*

Uma terceira forma de expressão relevante da violência institucional ocorre nas relações e formas de tratamento que as entidades (asilos e clínicas) de longa permanência mantêm com os idosos. Ali, freqüentemente se perpetraram e se reproduzem abusos, maus tratos e negligências que chegam a produzir mortes, incapacitações e a acirrar processos mentais de depressão e demência. Orientado para fiscalizar casas de repouso, o Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público de São Paulo fechou 48 desses estabelecimentos entre 1994 a 1997 e Silva ressalta que existem muitos idosos abandonados em hospitais e asilo *“quanto mais renda tem o idoso, mais a família tem pressa em colocá-lo em algum asilo para dispor de seus bens” (2004,3).*

Hoje, há no país cerca de 2% da população idosa internada em asilos e clínicas. Um caso que chama atenção para a sinergia que acontece entre a violência estrutural, institucional e familiar no Brasil e serve como referência do que ocorre

de forma menos noticiada é o da Clínica Santa Genoveva no Rio de Janeiro. Nela morreram 156 pacientes em 1996, em consequência de problemas nutricionais e de falhas na assistência médica.

A análise dos dados de internação hospitalar nessa Clínica, realizada por Guerra et al (2000), revelou que o excesso de mortalidade verificada em 1996 já vinha ocorrendo desde 1993 e poderia ter sido detectado e talvez até prevenido, se as informações houvessem sido devidamente avaliadas pelas instâncias públicas de fiscalização. Nesse caso paradigmático, a violência institucional da clínica que pode ser qualificada como negligência e abandono se aliou à negligência e à leniência do poder público e ao abandono e ao descaso das famílias para com seus parentes idosos doentes e indefesos. Nas crônicas que se seguiram à denúncia do excesso de mortos, evidenciou-se que a maioria dos velhos não recebia visitas de parentes e alguns que compareciam à Clínica de vez em quando não tinham coragem de denunciar os maus tratos e as negligências que presenciavam por medo de ter que levar seu familiar de volta para a casa (Souza et al, 2002).

Em muitos asilos e clínicas, mesmo nos estabelecimentos públicos ou conveniados com o Estado, freqüentemente, as pessoas são maltratadas, despersonalizadas, destituídas de qualquer poder e vontade, faltando-lhes alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. Idosos são vistos, em muitos casos, como ocupantes de um leito. Infelizmente, embora seja um problema público e notório, os desmandos das clínicas e asilos não estão devidamente dimensionados, pois faltam investigações sobre a magnitude e a complexidade do fenômeno. E principalmente, quase inexistente a necessária vigilância e fiscalização desses estabelecimentos, como observam Guerra et al (2000), a não ser quando ocorre um escândalo ou alguma denúncia intensamente alardeada pela imprensa (Souza et al, 2002).

(4) Violência familiar - Embora a família deva ser classificada como *instituição* e, portanto, o correto seria tratar a violência que ocorre na sua dinâmica como institucional, pela relevância do seu espaço no tema aqui tratado, ela será analisada separadamente.

A violência *familiar* contra idosos é um problema nacional e internacional. Pesquisas feitas em várias partes do mundo revelam que cerca de 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges (Reay & Browne, 2001; Williamson & Schaffer, 2001). São particularmente relevantes os abusos e negligências que se perpetuam por choque de gerações, por problemas de espaço físico e por dificuldades financeiras que costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como 'decadência' e os idosos como "passado" e "descartáveis" (Minayo & Coimbra Jr, 2002; Debert, 1999). Todos os estudos existentes ressaltam a relevância de tocar nesse tema, pelo fato de que os cuidados com a pessoa idosa continuam a ser, na maioria das sociedades, responsabilidade das famílias. No Brasil, mais de 95% das pessoas acima de 60 anos estão morando com seus parentes ou vivem em suas próprias casas.

A *violência familiar* é enfatizada nos estudos internacionais como a mais freqüente forma de abuso contra os idosos. Chavez (2002) e Kleinschmidt (1997) mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares. Para o Brasil essa afirmação seria prematura, pois as pesquisas existentes não permitem explicitar a proporção em que incidem os abusos dos parentes próximos, os que ocorrem fora dos lares e dentro das instituições.

No entanto, ainda que não haja pesquisas sobre a magnitude nacional do problema, estudos focalizados comprovam a gravidade da violência familiar contra idosos no país. É possível dizer que as agressões e negligências estão presentes e configuram um sério problema social. Na consolidação de dados da Delegacia de Proteção ao Idoso em São Paulo, o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais,

tendo como base 1.500 notificações feitas no período de 1991 a 1998, comprovou que 40% das queixas dos velhos são contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. Cerca de 13% das denúncias são de agressão física e mais de 60% de abusos econômicos ou de recusa dos familiares em dar-lhes proteção como já foi mencionado acima (IBCCRIM, 2004).

Outra sistematização de dados importante, que evidencia os mesmos problemas, foi realizada por Costa e Chaves (2003) a partir da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte. Foram analisados 1388 casos registrados nos "*Termos Circunstanciados de Ocorrência*" (TCO) relativos aos idosos, vítimas de violência, no período de 1998 a 2001. Do total, 1007 (72,5%) das vítimas que deram queixa, eram mulheres e 381 (27,5%) eram homens, reafirmando-se a tese de que, no Brasil e em muitas outras sociedades, elas são mais vitimizadas que seus companheiros. Dos agressores, os filhos correspondem a 45,3% do total, vindo a seguir, companheiros e cônjuges, 15,4% e noras e genros, 8,2%.

Nos três anos analisados, constata-se, também, elevado percentual de denúncias de violências praticadas por vizinhos (12,2%), sobretudo, relacionadas a questões econômicas como pagamento de aluguel. Das várias formas de abuso, as principais, correspondendo a cerca de 40%, são queixas sobre ameaças e perturbações da tranquilidade. As ameaças estão relacionadas, principalmente, a violência sexual e a abusos econômicos. Nesse último caso, concordando com o que foi descrito a respeito da situação de São Paulo, as denúncias se referem a tentativas de apropriação dos bens do idoso ou a abandono material cometido contra ele. Os autores evidenciam que a maioria das violências físicas cometidas pelos filhos está associada a alcoolismo: deles próprios ou dos pais idosos (Costa & Chaves, 2003). Wolf (1995), em sua revisão de várias pesquisas canadenses, ressaltou que, em seu país, os abusos mais frequentes são também os de origem financeira (12,5%); as agressões verbais (1,4%) e as agressões físicas (0,5%).

Apesar de escassos, estudos nacionais (Menezes, 1999) e internacionais (Anetzberger et al. 1994; Ortmann et al. 2001; Wolf, 1995) ressaltam que existe um perfil do abusador familiar: por ordem de frequência costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas; em segundo lugar, as noras e os genros e, em terceiro, o cônjuge. Sanmartin et al. (2001), numa amostra de 307 idosos espanhóis maltratados e acima de 70 anos, encontraram o mesmo perfil de agressores: 57% eram filhos e filhas; 23% eram genros e noras; 8%, um dos cônjuges. Anetzberger et al (1994) também evidenciaram como principais agressores, filhos homens em 56,5% das ocorrências e filhos homens solteiros com idade menor que 49 anos, em 78,3% dos casos, num estudo qualitativo realizado com abusadores e não-abusadores, nos Estados Unidos.

A caracterização do *agressor* foi mais aprofundada por alguns investigadores brasileiros e estrangeiros que se perguntaram pelas situações de risco que os idosos vivenciam nos lares. Os pesquisadores Menezes (1999), Ortmann et al. (2001), Wolf (1995); Sanmartin et al (2001), Costa & Chaves (2002), Reay & Browne (2001), Williamson & Schaffer (2001), Lachs et al (1998), Anetzberger et al (1994) encontraram os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco:

- o agressor viver na mesma casa que a vítima;
- o fato de filhos serem dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada;
- os idosos dependerem da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência;
- o abuso de álcool e drogas pelos filhos, por outros adultos da casa ou pelo próprio idoso;
- os vínculos afetivos entre os familiares serem frouxos e pouco comunicativos;
- o isolamento social dos familiares ou da pessoa de idade avançada;
- o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares;

- haver história de violência na família;
- os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, padecerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico.

Dentre todos os fatores de vulnerabilidade dos idosos à violência familiar, a grande maioria dos estudiosos ressalta a forte associação entre maus tratos e dependência química. Segundo Anetzberger et al (1994), 50% dos abusadores entrevistados por seu grupo tinham problemas com bebidas alcoólicas. Esses autores e Chavez (2002) assinalam que os agressores físicos e emocionais dos idosos usam álcool e drogas numa proporção três vezes mais elevada que os não-abusadores. Isso foi também assinalado no estudo de Chaves e Costa (2003).

Alguns pesquisadores vêm desmistificando a idéia de que os cuidadores familiares (entendendo-se aqui que nem todos os familiares ocupam o lugar de cuidador) seriam os mais previsíveis agressores e que as situações de maus tratos e negligências por parte deles tenderiam a piorar com a multiplicidade de dependências do idoso e com o tempo exigido de atenção e dedicação.

Estudos de Kleinschmidt (1997) e Reay & Browne (2001) constataram que o cuidador só se transforma em maltratante e abusador em determinadas circunstâncias:

- quando se isola socialmente;
- quando sofre depressão ou problemas psiquiátricos;
- quando são frouxos os laços afetivos que o unem ao idoso;

- ou quando foi vítima de violência praticada pela pessoa que agora depende de seus cuidados.

Dizem Williamson & Schaffer (2001), usando análises multivariadas e reafirmando o que foi referido anteriormente, que a qualidade da relação pré-enfermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso é o principal fator que determina a forma positiva ou negativa com que é tratado pelo cuidador. Ou seja, nos casos de relações violentas e muito conflituosas anteriores, a tarefa de cuidar pode se tornar um castigo e preditiva de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. Mas, ao contrário e apesar de ser estressante, o cuidado pode ser considerado um ato de dedicação amorosa quando no decorrer da vida houve uma interação afetuosa e respeitosa entre o idoso e seu familiar.

Em relação aos cuidadores, é muito ilustrativo o trabalho de Caldas (2002). Ela os ouviu e interpretou, buscando compreender o impacto em suas pessoas e em suas famílias da convivência com idosos em processo de demência senil. A autora mostra um movimento de adaptação dos cuidadores à situação de estresse emocional e físico, num processo de muito sofrimento e de dedicação. Caldas chama atenção para a necessidade de que o cuidador seja cuidado, a fim de que não sucumba aos desgastes inevitáveis, mesmo quando a relação entre ele e a pessoa a quem se dedica seja muito amorosa.

No que concerne à especificidade de gênero, todas as investigações mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens; e ao invés, na rua, eles são as vítimas preferenciais.

Em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência,

dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária.

Em consequência dos maus tratos muitos idosos passam a sentir depressão, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações que os vitimam e a viver em desesperança (Menezes, 1999; Minayo, 2002; 2003; Wolf, 1995).

Conclusões

Toda a reflexão colocada neste texto visou a mostrar o avesso dos direitos. E a intenção não foi enfatizar fatos, atitudes e sentimentos negativos. Buscou-se mostrar que é preciso investir, e muito, na efetivação da consciência social que valoriza a experiência e a sabedoria dos mais de 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos hoje vivendo no país. Ninguém duvida que o *Estatuto do Idoso* é um excelente dispositivo legal, por meio do qual, a sociedade dá um passo decisivo no reconhecimento da cidadania desse grupo social, do seu protagonismo e de sua contribuição passada e atual.

Ao aprovar o Estatuto do Idoso, os brasileiros redefiniram o lugar das pessoas acima de 60 anos no ciclo da vida comunitária, chamando-as a se integrarem na esfera política, no mundo do trabalho, na produção da cultura e da vida social.

Ou seja, o Brasil deu passos importantíssimos para que nova mentalidade e novas práticas venham a se estabelecer nas famílias, nas instituições e na sociedade em geral. A atual legislação garante: **o envelhecimento é um direito**

personalíssimo (Brasil, 2003). Como pessoa humana e sujeito de direitos, aos velhos brasileiros são assegurados respeito, liberdade e dignidade.

O *Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa* aprofunda e focaliza as diretrizes para atuação do poder público nos casos de abusos, maus-tratos e negligências, responsáveis por provocar-lhes mortes, lesões, traumas e muito sofrimento físico e emocional. O documento da *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências* do Ministério da Saúde (2001) também prevê ações concretas do setor para a proteção e prevenção dos abusos contra os idosos no país. Ou seja, existem hoje suficientes dispositivos legais e normativos para o enfrentamento da violência contra o idoso. Esses dois textos, junto com o *Estatuto do Idoso* mostram a visão positiva de um país que, nos próximos anos, terá uma das maiores populações acima de 60 anos no mundo.

Existem, também, algumas estratégias de proteção aos idosos, vítimas de violências, sendo implantadas: os Conselhos Nacionais e Locais de Direitos dos Idosos, os SOS-Idoso; os Ligue-Idoso muitos outros. Essas são iniciativas práticas e pontuais que poderiam ser, dentro das condições de cada lugar, replicadas. Por exemplo, têm cumprido um papel importante as Delegacias Especializadas de Atendimento e Proteção aos Idosos (as denominações dessas unidades variam) como as implantadas em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e, mais recentemente, em João Pessoa. Tem sido importante a criação de setores específicos nas Delegacias comuns de Brasília. Os núcleos de atendimento do Ministério Público e das Defensorias Públicas como os de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo e Distrito Federal (Brasília) também vêm cumprindo um papel de defesa de direitos desse grupo social, sobretudo, para os estratos de baixa renda, para a população de rua e miseráveis e em relação aos desmandos de asilos e clínicas.

Em São Paulo, desde o início de 2004, tornou-se obrigatória a notificação pelos profissionais de saúde ao Conselho Municipal do Idoso dos casos de violência,

incluindo-se dados sobre a gravidade da lesão, a idade do agressor e do idoso, a relação existente entre os dois e dados sobre a condição social da pessoa. Todas essas iniciativas implantadas em vários estados do país evidenciam uma ampliação da consciência social a esse respeito e a necessidade de garantir direitos e proteção aos idosos brasileiros.

No entanto, existe uma imensa distância entre as leis e portarias e sua implementação, no Brasil. E como dizem os humanistas, *“nós somos nossos próprios atos”*.

O Estatuto que prevê um país generoso com os seus velhos tem problemas com a prática: na destinação de recursos, na disponibilização de equipamentos e na construção de instrumentos concretos de atuação. Isso dificulta a responsabilização dos diferentes atores no enfrentamento das violências estruturais, institucionais e sociais de que eles são vítimas.

É bem verdade que muitas transformações previstas pelo Estatuto do Idoso e pelos documentos citados são do âmbito dos hábitos, dos usos e dos costumes. Remetem a mudanças culturais que ocorrem lentamente. No entanto, mesmo essas necessitam da intervenção política e gerencial para que se acelerem. Mas, lembra o próprio Estatuto, elas só acontecerão com a garantia de participação dos atores sociais interessados, os próprios idosos.

Citam-se aqui algumas urgências para as quais os gestores públicos e a sociedade deveriam estar atentos, levando-se em conta os diferentes espaços de vitimização: âmbito familiar, instituições públicas de prestação de serviços,

instituições de longa permanência, clínicas e outros contextos comunitários e sociais.

- Do ponto de vista governamental é muito importante que se promova ampla divulgação do *Estatuto do Idoso* que consagra o reconhecimento de seus direitos, de seu protagonismo e de sua importância. **O maior antídoto da violência é a ampliação da inclusão na cidadania.**
- É fundamental que se promova a implantação de serviços específicos de denúncia contra violência como as diversas formas de SOS, assim como os mecanismos de encaminhamento e de solução dos problemas, que permitam lhes dar proteção e punam os agressores. De nada adiantaria acumular denúncias que, no máximo, dariam visibilidade ao problema, sem implantar serviços que possam responder aos apelos e às necessidades de proteção. Portanto, é fundamental garantir que todos os movimentos de sensibilização e de conscientização sejam associados a medidas de coibição de abusos e maus tratos.
- Ainda no âmbito governamental, merece ser destacada a necessidade de implantação de um sistema de acreditação e de fiscalização das instituições de longa permanência (de convivência ou clínicas), tendo em vista que cerca de 2% brasileiros hoje vivem nessas instituições. Embora esse número seja relativamente pequeno em relação aos que estão nos lares, seus problemas, qualitativamente são muito prementes e graves.
- É preciso superar a negligência do poder público que, na maioria das vezes, financia e não sabe nem a qualidade dos serviços prestados, nem a magnitude e a profundidade dos problemas que ocorrem e dos quais os mais pobres, dependentes e abandonados por suas famílias são vítimas nas instituições de longa permanência.
- Sendo os *acidentes e violências no trânsito* a primeira causa externa específica de morte nesse grupo etário, é preciso ter em conta a alta relevância de preparar melhor os dispositivos e sinais nas ruas e nas travessias nas cidades. É de extrema importância, promover campanhas educativas, colocar conteúdos sobre os direitos dos idosos nas escolas de

formação de motoristas, mobilizar os empresários do setor e punir os agressores, institucionais e individuais que os desrespeitam e os penalizam nos transportes públicos. Diminuir as mortes de idosos provocadas por violências no trânsito é uma meta que certamente pode ser cumprida sem grande dispêndio de recursos financeiros, se houver vontade política e determinação dos gestores em assumi-la.

- As *quedas* são a primeira causa externa específica de internação de idosos. Em 2000 elas corresponderam a 51,2% de todas as formas de acidentes e violências responsáveis pela internação dessas pessoas, como já foi descrito. Nas circunstâncias que causam lesões e traumas vários fatores provêm das fragilidades e enfermidades físicas associadas à idade. Mas outros são devidos a negligências e abusos. Na sociedade em geral e nos espaços das ruas em particular, há necessidade de educar e sensibilizar motoristas e pedestres para as dificuldades que os idosos apresentam nas travessias, por causa de seus movimentos mais lentos, de seus problemas visuais e de audição, dentre outros. Assim como é preciso exigir de condutores e cobradores que respeitem e protejam os que precisam e têm direito de usar os transportes públicos.
- Tendo em vista que a maioria das *quedas* ocorre nos lares no trajeto da cama para o banheiro, e em menores proporções nas outras dependências, o ambiente familiar deve ser um foco de atenção. Existem materiais e dispositivos específicos que as famílias precisam conhecer e que as indústrias de construção civil, a partir de agora, terão que levar em conta. Das exigências simples e pouco dispendiosas fazem parte a colocação de pisos antiderrapantes, retirada de tapetes ou colocação de meios que os fixem ao assoalho, iluminação adequada, dispositivos de apoio nos banheiros e em outros locais das casas onde os mais velhos circulam. Essa é uma iniciativa que poderia compor campanhas de sensibilização da população em geral. Embora campanhas publicitárias tenham efeito duvidoso quando realizadas isoladamente, elas produzem efeitos positivos quando combinadas com outras estratégias de informação nos meios de

comunicação de massa. Caso contrário, como lembra Ecléa Bosi “*a velhice desgastada, ao retrain suas mãos cheias de dons, torna-se uma ferida no grupo*” (Bosi,1983,41).

- É importante criar no setor saúde a consciência da urgência que um idoso requer na prestação de serviços. Seja na atenção primária seja nas emergências, nas áreas de tratamento e de reabilitação, a lei da prioridade precisa ser respeitada. É uma violência inconcebível o uso da lógica burocrática e impessoal da marcação de atendimento para intervalos de espera de três, seis meses ou mais para pessoas cujos problemas de sofrimento físico ou mental afligem a elas e suas famílias, em situações em que, na maioria das vezes, esses cidadãos não têm condições financeiras de optar por outras alternativas.
- É preciso estabelecer estratégias que promovam a transformação da atuação dos serviços de saúde e de previdência que atendem aos idosos. É necessária uma revolução na maneira tradicional e impessoal de tratá-los. Exemplos múltiplos de insensibilidade e de desrespeito vêm sendo notificados aos órgãos que recebem denúncias, evidenciando-se que os serviços públicos de saúde (junto com os planos de saúde) e de previdência são os que provocam maiores sofrimentos aos idosos, pela forma com que os atendem ou negligenciam atenção.
- No caso dos atendimentos do setor saúde aos agravos produzidos pelos acidentes e pelas violências que afetam os idosos é preciso mais envolvimento dos profissionais no sentido de irem além dos problemas físicos que apresentam nas demandas aos serviços. A lógica que define o não-envolvimento costumeiro vem da consideração dos maus tratos como problema do âmbito privado da família ou, quando muito, da segurança pública, portanto, fora da competência da medicina. Um texto de Hirsch & Loewy (2001) escrito especialmente para médicos, alerta-os para a necessidade de melhorarem seu diagnóstico em casos de maus tratos, ensinando-lhes a reconhecerem alguns sinais. Dizem que é preciso prestar atenção à aparência do idoso; ao fato de que procure seguidamente seus

cuidados para o mesmo diagnóstico; a suas repetidas ausências às consultas agendadas; aos sinais físicos suspeitos; e às explicações improváveis de familiares para determinadas lesões e traumas. E concluem, instruindo os médicos para, no caso de observarem a ocorrência de abusos ou negligências, providenciarem um monitoramento mais cuidadoso. Recomendam visitas domiciliares periódicas dos serviços do hospital nos casos de suspeita e, se for o caso, que os profissionais ou a direção do estabelecimento de saúde denunciem às autoridades competentes, a existência dos maus tratos, para que se tomem providências relativas à proteção da pessoa e à penalização dos abusadores. A *Política de Redução de Acidentes e Violências* busca comprometer os profissionais de saúde com a notificação da causa básica e com a denúncia de maus tratos. Atingir a meta do engajamento ativo dos estabelecimentos e dos profissionais em todos os níveis dos serviços com a prevenção da violência e proteção dos mais velhos deve fazer parte de um plano de sensibilização e de ação do setor.

- Pelo fato da família ser, no Brasil e no mundo, o locus privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de todas as classes sociais, é preciso investir muito na sua competência para abrigá-los com respeito e dignidade, respeitá-los e protegê-los. Embora possa parecer óbvio à primeira vista, essa não é uma tarefa natural. Prova das dificuldades é o fato de que é nesse espaço que ocorre a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais. Todas as formas de abuso, principalmente os econômicos (os campeões das queixas), precisam ser coibidos e, para isso, as instâncias públicas necessitam se equipar e ter capacidade de dar respostas.
- Mas, não são apenas os aspectos negativos que devem ser focalizados. Na medida em que a maioria dos idosos brasileiros é pobre, vivendo em famílias pobres, a universalização dos auxílios pecuniários e a instituição de serviços sociais e de saúde que atinjam os domicílios precisam ser, desde já, tratadas como ações prioritárias dos governos. No caso das famílias

com idosos dependentes e enfermos, o setor saúde está devendo ao país uma ação eficiente e eficaz de formação e de apoio a cuidadores (KARSCH, 2003), para que esses, sobretudo os das famílias de baixa renda, não sucumbam ou cometam violências, pelo desespero da falta de recursos técnicos e financeiros que a prática do cuidado exige deles.

Como prevê o Estatuto, todas as formas de aumentar o respeito, todas as políticas públicas voltadas para sua proteção, cuidado e qualidade de vida precisam considerar a participação dos idosos, grupo social que desponta como ator fundamental na trama das organizações sociais do século XXI.

Ricos ou pobres, ativos ou com algum tipo de dependência, muitos idosos sustentam famílias, dirigem instituições e movimentam um grande mercado de serviços que vai do turismo, ao lazer, à cultura, aos produtos farmacêuticos ou estéticos e à assistência médica e social. Amar, respeitar e contar com os idosos é requisito imprescindível de uma sociedade inclusiva e saudável.

Bibliografia

- ANETZBERGER, G.J.; KORBIN, J.E & AUSTIN, C.,. Alcoholism and elder abuse. *Journal of interpersonal violence*, 9(2): 184-193, 1994.
- BAKER, A .A . Granny-battered. *Modern Geriatrics*, vol.5: 2024, 1975.
- BERNAL, A.M. & GUTIERREZ, J.B. *Malos tratos en personas mayores: marco ético*. Madrid, Imsalud, 2004.
- BARROSO, C.T.B. (compiladora e organizadora) *O Idoso no Direito Positivo Brasileiro*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.

- BOSI, E. *Memória e sociedade*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1983.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Lei no. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Brasília, Diário Oficial da União, edição no. 192 de 3/10/2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CALDAS, C.P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* Minayo, M.C.S. & Coimbra Jr., C.E. (orgs) pp. 51-72. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- CHAM, G.W. & SEOW E. The pattern of elderly abuse presenting to an emergency department. *Singapore Medical Journal*, 41(12): 567-568, 2000.
- CHAVEZ, N. *Violence against elderly*. <http://www.health.org/referrals/resguides.asp>. capturado na internet em 22/10/2002.
- COSTA, P.L. & CHAVES, P.G.S. *A vivência afetiva e a violência doméstica contra os idosos*. Belo Horizonte, 2003 (mimeo).
- DEBERT, G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo, EDUSP, 1999.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora, 2001.
- GUERRA, H.L.; BARRETO, S.M., UCHOA, E, FIRMO J.O.A.; LIMA E COSTA, M.F.F. A morte dos idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2): 545-551, 2000.
- HIRCH, C.H. & LOEWY, R. The management of elder mistreatment: the physicians's role. *Wien klin wochenschr*, 113(10): 384-392, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (IBCCRim). *O idoso em perigo*. Núcleo de Pesquisa, capturado na internet www.ibccrim.com.br/pesquisa, em 08/02/2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) *Síntese de Indicadores Sociais a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2000 e do Censo de 2000*. Rio de Janeiro, IBGE, 2003.

KARSCH, U. Dependend seniors: families and caregivers. *Cadernos de Saúde Pública*, 3, vol.19(3): 861-866, 2003.

KLEINSCHMIDT, K.C. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine*, 30(4): 463-472, 1997.

KOSBERG, J & GARCIA, J.L. *Elder abuse: International and Cross-Cultural Perspective*. New York: Haworth Press, 1995.

LASCHS, M.S, WILLIAMS, C.S, O'BRIEN, S, PILLEMER, K.A. & CHARLSON, M.E. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5): 428-432, 1998.

LIMA-COSTA; M.F; BARRETO, S; GIATTI, L. Is the health of older and younger adult in Brazil similarly affected by socioeconomic circumstances? A study using data from national household survey Pnad/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7(4):813-824, 2002.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M; GIATTI, L; UCHOA, E. Situação sócio-econômica e saúde entre brasileiros idosos em comparação aos mais jovens. I *Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil*. Pp. 49-69. Ouro Preto, CpRR, 2002.

LINS E BARROS, M.M. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

- MACHADO, L; QUEIROZ, Z; FIGUEIREDO, S; GUELMAN, C. Elder abuse: a new challenge in Brazil. *Abstract of the World Congress on Gerontology*, Adelaide, 1997.
- MACHADO, L; GOMES, R; XAVIER, O. Meninos do passado. *Inteligência*, 15: 37-52, 2001.
- MACHADO, L. Vozes Ignoradas: percepções sobre violência contra idosos. *I Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil*, p. 97-102. Ouro Preto: 2002
- MALAGUTTI, A. O. *Delegacia do Idoso no âmbito da segurança pública*. Nota técnica. Brasília, Câmara dos Deputados, 2003.
- MENEZES, M.R. *Da violência revelada à violência silenciada*. Tese de doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (USP), 1999.
- MINAYO, M.C.S. Prevenção de acidentes e violências contra idosos: uma meta necessária. *I Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil*. Pp.103-110. Ouro Preto, CpRR, 2002.
- MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos no Brasil: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*,19(3): 783-791, 2003.
- MINAYO, M.C.S. & COIMBRA JR.C.E. *Antropologia, Envelhecimento e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MINAYO, M.C.S. & COIMBRA JR.C.E. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo, M.C.S & Coimbra Junior, C.E. (orgs) *Antropologia, envelhecimento e saúde*. Pp. 11-24. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002 a.
- MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo, M.C.S & Souza, E.R. (orgs). *Violência sobre o olhar da*

- saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*. Pp.223-242. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MOTTA, A .B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo, M.C.S. & Coimbra Junior, C.E. (orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Pp. 37-50. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional para o envelhecimento*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- ORTMAMN, C; FECHNER G; BAJANOWSKI, T & BRINKMAN, B. Fatal neglect of the elderly. *Journal of Legal Medicine*, 114(3): 191-193, 2001.
- PAVLIK, V.N.; HYMAN, D.J.; FESTA, N.A.& BITONDO D. C. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of statewide database. *American Journal of Geriatric Society*, 49(1): 45-48, 2001.
- PAYNE, F.J.; SHARRET, C.S.; PORETZ, D.N.; ERON, L.J., STAGE, T.;FOROGBAR, R.; BOWMAN, C. & MILLER, R.K. Falls Among the Elderly: a Community Prevention Program”, *American Journal of Public Health*, 82 (6): 892-894, 1992.
- PEIXOTO, C. Entre os estigmas e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Lins de Barros, M.M. (org). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- RAMOS, L.R. Envelhecimento populacional: um desafio para o envelhecimento em saúde. I *Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil*. Pp.85-96. Ouro Preto, CpRR, 2002.
- REAY A .M. & BROWNE, K.D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Mental Health*, 5(1): 56-62, 2001.

- RIFFIOTIS, T. O ciclo vital contemplado: a dinâmica dos sistemas etários em sociedades negro-africanas. In: *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. (M.Lins e Barros, org), pp. 27-35. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- SANMARTIN, R; TORNER,A; MARTI,N, IZQUIERDO P; SOLÉ,C & TORRELAS, R. Violência doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención primaria*, 27(5): 331-334, 2001.
- SCHIAMBERG, L.B. & GANS, D. Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and Intergenerational character of quality life. *International Journal of Aging Human Development*, 50(4):329-359, 2000.
- SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Pessoa Idosa*. Brasília, 2004 (em elaboração).
- SILVA, J.E. Disputa por bens gera violência a idoso. *A Notícia*. Capturado da internet <http://an.uol.com.br/2000/set/12/0pai.htm> em 05/02/2004.
- SIJUWADE, P.O. Cross-cultural perspective on Elder abuse as a family dilemma. *Social Behavior and Personality*, 23(3): 247-251,1995.
- SIMMONS,L.W. *The role of the aged in primitive society*. New Heaven: Yale University Press,1945.
- SOUZA, E.R., FORTUNA, F.F.P., PEREIRA, M.C. & SILVA, C.M.F.P., Extremo da Vida sob a Mira da Violência: Mortalidade de Idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, 6(2):66-73,1998.
- SOUZA, E.R, MINAYO, M.C.S., SILVA, C.M. & REIS, A .C. *Mortalidade por Causas externas em idosos no Brasil, Estados e Regiões Metropolitanas*. Boletim CLAVES/CENEPI, 2001.

- SOUZA, E.R, MINAYO, M.C.S, XIMENES, L.F. & DESLANDES, S.F. O Idoso sob o olhar do outro. In: *Antropologia, saúde e envelhecimento*. (M.C.S. Minayo & C.E. Coimbra Jr. orgs) pp. 191-209. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- UCHOA,E; FIRMO, J.O.A; LIMA E COSTA, M.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo, M.C.S. & Coimbra Junior, C.E. (orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Pp.25-36. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- WILLIANSON, G.M. & SHAFFER, D. R., Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. The family relationship in late life project. *Psychology Aging*, 16(2): 217-226, 2001.
- WOLF, R.S. Maltrato en ancianos. In: Anzola Perez, E (org.) *Atención de los ancianos: un desafío para los noventa*. pp.35-42. Washington: OPAS, 1995.
- UCHIKAWA,G.K. & GOMES,V.P. Evolução do idoso, vítima de acidentes de causa externa, no âmbito hospitalar. *Gerontologia*, 7(1): 52-61,1999.
- VERAS, R.P. *País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1994.

Copyright: 2004 Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

Assessoria técnica: Jurilza Maria Barros de Mendonça

Texto: Maria Cecília de Souza Minayo

Colaboração: Marina Spinola e Valéria Tavares Rabelo

Normalização: Maria Amélia Elisabeth C. Veríssimo

Referência: Minayo, Maria Cecília de Souza. *Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.