

Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa

É POSSÍVEL PREVENIR. É NECESSÁRIO SUPERAR.



Dilma Rousseff

Presidenta da República Federativa do Brasil

Michel Temer

Vice-Presidente da República Federativa do Brasil

Ideli Salvatti

Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

Claudinei do Nascimento

Secretária Executiva da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

Patrícia Barcelos

Secretário Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

Marco Antônio Juliatto

Diretor de Promoção dos Direitos Humanos

Neusa Pivatto Muller

Coordenadora Geral dos Direitos do Idoso

Organização

Maria Cecília de Souza Minayo

Neusa Pivatto Müller

Revisão

Luiza Pimenta Gualhano

Diagramação

Ilustrarte Design e Produção Editorial

Normalização

Danúzia da Rocha de Paula

Elaboradora Consultora PNUD

Maria Cecília de Souza Minayo

© copyright 2014 — Secretaria de Direitos

Humanos da Presidência da República — SDH/PR

Tiragem: 5.000 exemplares

Impresso no Brasil

Distribuição Gratuita

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, se citado a fonte e sítio da Internet onde pode ser encontrado o original (www.sdh.gov.br).

Secretaria de Direitos Humanos

da Presidência da República

Setor Comercial Sul — B. Quadra 9. Lote C.

Edifício Parque da Cidade Corporate. Torre “A”.

10º andar

CEP: 70308-200. Brasília — DF — Brasil

Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento — PNUD — Brasil

Setor de Embaixadas Norte, Quadra 802,

Conj. C, Lote 17

CEP 70800-400 — Brasília-DF

e-mail faleconosco@undp.org

Catálogo na fonte

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
Núcleo de Informação e Documentação Cecília Minayo (NID)

M663 Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

90p.

ISBN: 978-85-60877-47-8

1. Violência contra o idoso. 2. Idosos. 3. Direitos humanos. I. Minayo, Maria Cecília de Souza. II. Título

CDD 305.26

Sumário

Apresentação		7
Introdução		9
PRIMEIRA PARTE: Contexto sociodemográfico, cultural e de saúde		15
CAPÍTULO 1	Cresce velozmente, envelhece e se diversifica a população idosa brasileira	17
CAPÍTULO 2	Como a população brasileira vê a revolução da pessoa idosa	23
CAPÍTULO 3	A população idosa saudável e a que precisa de apoio	29
SEGUNDA PARTE: As situações de violência		35
CAPÍTULO 4	Definições de violência contra a pessoa idosa	37
CAPÍTULO 5	As violências que as estatísticas mostram	45
CAPÍTULO 6	Causas violentas que levam as pessoas idosas aos hospitais	57
CAPÍTULO 7	A violência difusa, permanente e insidiosa	59
TERCEIRA PARTE: Estratégias de ação		67
ESTRATÉGIA 1	Investir numa sociedade para todas as idades	69
ESTRATÉGIA 2	Segundo todas as convenções internacionais, os governos devem priorizar os direitos da pessoa idosa	71
ESTRATÉGIA 3	Contar com a pessoa idosa: “nada sobre nós sem nós”	74
ESTRATÉGIA 4	Apoiar as famílias que abrigam pessoas idosas em sua casa	75
ESTRATÉGIA 5	Criar espaços sociais seguros e amigáveis fora de casa	77
ESTRATÉGIA 6	Formar profissionais de saúde, assistência e cuidadores profissionais	78
ESTRATÉGIA 7	Prevenir dependências	81
Referências bibliográficas		83



Apresentação

A violência contra a pessoa idosa, em suas diversas manifestações, recebe aqui uma atenção especial por constituir um dos maiores obstáculos para a plena realização de um estado democrático: possibilitar a igualdade de direitos.

A conscientização social sobre esse fenômeno é unânime ao qualificar essa violência como um atentado contra os direitos humanos. Compreender as razões que estão por trás da violência contra a pessoa idosa, supõe um aprofundamento sobre essas relações sociais, e sobre o contexto onde essas relações são produzidas.

Definida como um fenômeno social abrangente, às vezes difuso e às vezes muito concreto que consiste em preconceitos, maus tratos e abusos que ocorrem nas brechas das leis. **Este manual fala, portanto, do lado contrário do direito**, ou seja, da sua violação sob as mais diferentes expressões visíveis e invisíveis.

Nessa empreitada, nossos parceiros principais são as pessoas idosas e a sociedade como um todo com quem vamos juntos: “nada sobre nós sem nós!” dizem eles, esse grupo social de mais de 24.800.000 de pessoas, em sua maioria, ativa, positiva, saudável e que não abre mão de sua contribuição para o desenvolvimento social, cultural, econômico e político do país. Esse grupo social que está empenhado em vencer os preconceitos e as discriminações que corroem seus direitos e sua dignidade.

O intuito deste trabalho é alcançar um público amplo de pessoas que, por lei, por dever ou por amor devem respeitá-la, protegê-la e cuidá-la: gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e de assistência social, operadores do direito, agentes de segurança e familiares.

Julgamos fundamental falar sobre a violência contra as pessoas idosas Primeiramente, porque a violência é violação de direito humano fundamental e essa grande parcela da população do nosso país, merece ser tratada com dignidade e respeito; em segundo lugar, porque os vários tipos e expressões de violência constituem práticas sociais de violação de direitos a que esse grupo social faz jus e que estão consagrados na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto do Idoso; em terceiro lugar, porque as várias expressões de violência podem ser prevenidas e reduzidas; e por fim, porque as ações que levam à superação da

violência e contribuem para que as pessoas idosas usufruam de seus direitos estão de acordo com a ideia de “uma sociedade para todas as idades” conforme ressaltam importantes documentos da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o Envelhecimento.

No caso brasileiro, as violências contra a geração acima de 60 anos se expressam sob as mais diferentes formas. No âmbito das instituições de assistência social e saúde são frequentes as denúncias de impessoalidade, maus tratos e negligências. E, nas famílias, abusos e negligências, discriminações e preconceitos, choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras, costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como ‘decadência’ do ser humano.

Assim, a violência contra a pessoa idosa aqui será tratada a partir de três parâmetros: aspectos sociodemográficos que esclarecem o que o crescimento populacional significa em termos de conquista e de desafios para que a população acima de 60 anos seja incluída, no desenvolvimento nacional; aspectos socioantropológicos que apontam a diversidade de situação desse grupo, assim como os preconceitos que prejudicam o envelhecimento positivo e saudável da população brasileira; aspectos socioepidemiológicos que evidenciam a dimensão da morbimortalidade por violência deste grupo populacional e discutem também as formas visíveis e invisíveis de violência que insidiosamente corrompem a confiança e a energia das pessoas idosas do nosso país.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) chama atenção para a urgência de ações integradas que possibilitem melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Os conceitos de envelhecimento ativo, positivo e saudável enfatizam o processo de otimização das oportunidades para sua saúde, sua participação social e sua segurança.

Como país membro da ONU, o Brasil possui hoje um conjunto de leis e dispositivos excelentes que se baseiam nas Convenções Internacionais e que são da maior importância para fundamentar o envelhecimento saudável. No entanto, a prática está longe da teoria da mesma forma que a intenção está longe do gesto.

Este trabalho é mais um dentre tantos aportes, para pensarmos as questões pertinentes ao tema. Por isso, esperamos que este manual sirva de instigação, de provocação e de incentivo para que toda população complete com sua experiência e sabedoria.

**Secretaria de Direitos Humanos
da Presidência da República**

Introdução

As potencialidades das pessoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, permitindo que a sociedade conte cada vez mais com suas competências, experiência e sabedoria

(Declaração de Madrid, II Assembleia da ONU sobre o Envelhecimento, 2002).

O envelhecimento humano é um fato social inegável. Igualmente é indiscutível que a maioria das culturas tende a relegar os velhos, a favor da juventude e da população adulta. É um mito pensar que num passado distante e idílico as pessoas idosas foram muito melhor acolhidas e tratadas. O abandono social e familiar dos velhos e velhas, sobretudo dos pobres e doentes, historicamente, pode ser contado nas histórias dos “asilos de São Vicente de Paulo” que faz muitos séculos os acolhem por caridade, embora hoje o façam com um escopo atualizado.

A questão da velhice passou a fazer parte das pautas políticas dos países muito recentemente. A Organização das Nações Unidas a colocou na agenda a partir de 1956, sem lhe dar grande atenção. E em 1982 promoveu a “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento” na cidade de Viena. Foi um fórum global intergovernamental que marcou a discussão internacional de políticas públicas a favor da população idosa. Nesse evento foi definido: (1) o marco de 60 anos para se considerar uma pessoa como idosa nos países em desenvolvimento e de 65 anos, nos países desenvolvidos; (2) e um plano de ação que garantisse segurança econômica e social e identificasse oportunidades para a integração dos idosos no processo de desenvolvimento dos países. É preciso ressaltar que o foco da I Assembleia foi a inexorabilidade do envelhecimento dos países desenvolvidos.

Na década de 1990, houve várias iniciativas da ONU sobre o Envelhecimento Humano. Em 1992 foi aprovada a “Proclamação sobre o Envelhecimento” e 1999 foi escolhido como Ano Internacional dos Idosos com o *slogan* “**Uma sociedade para todas as idades**”. O conceito expresso no slogan invocou a interdependência do ciclo de vida e focalizou o envelhecimento saudável em quatro dimensões: situação diferenciada da população idosa; seu desenvolvimento individual continuado; relações multigeracionais e inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social. Nessa mesma década, o tema passou a ser tratado em outros Fóruns das Nações Unidas, substituindo gradualmente a visão desse grupo social como vulnerável e dependente e ressaltando-o como uma população ativa e atuante na construção de suas sociedades.

Em 2002, em Madrid ocorreu a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Essa teve um escopo e uma abrangência muito maiores do que a primeira que aconteceu 20

anos atrás: contou com a participação de aproximadamente 700 instituições não governamentais e com a presença de representantes governamentais de 160 países. Nela foi revisto o Plano de Ação de Viena (1982), pois se constatou que a população idosa estava crescendo num ritmo muito mais acelerado inclusive nos países em desenvolvimento.

Essa Assembleia aprovou dois documentos finais — uma Declaração Política e um Plano de Ação Internacional — que obrigavam os governos a agir face ao desafio desse fenômeno sociodemográfico. Tais documentos apresentaram um conjunto de recomendações concretas em três esferas prioritárias: engajamento das pessoas idosas no desenvolvimento; promoção de sua saúde e bem-estar; e garantia de ambiente propício e favorável para envelhecer. Em relação aos países em desenvolvimento, foi ressaltado o contexto das extremas desigualdades sociais, e a II Assembleia reconheceu **a importância da inserção do envelhecimento no contexto das estratégias para a erradicação da pobreza.**

Os textos da reunião de Madrid são de fácil acesso na internet e ressaltam que: (www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf) (1) o envelhecimento não é simplesmente uma questão de segurança social, mas deve ser tratado no contexto das políticas de desenvolvimento; (2) o envelhecimento precisa ser abordado de forma positiva, superando os estereótipos que lhes estão associados; (3) os governos devem se comprometer em assegurar a plena proteção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais dos velhos, (4) e reconhecer que, quando envelhecem, as pessoas devem ter oportunidades de realização pessoal, de levar uma existência saudável, segura e de participar ativamente na vida econômica, social, cultural e política de seu país.

O Plano de Ação da II Assembleia ressaltou que as pessoas idosas devem ser protagonistas nas ações governamentais e sociais que lhes dizem respeito e estar presentes no desenvolvimento de seus países e nas transformações sociais necessárias. Porém, colocou nas mãos dos governos, a liderança dos meios para que os cidadãos tenham um envelhecimento ativo: (1) promoção de estilos de vida saudáveis; (2) acesso aos serviços sociais e de proteção dos direitos; (3) possibilidade de continuar trabalhando, se a pessoa idosa assim o desejar; (4) acesso à habitação, educação e lazer; (5) promoção da solidariedade intergeracional; (6) cuidados especiais com as pessoas idosas em situações de dependência física, mental e social.

O chamado “Plano de Madrid” passou a orientar políticas e programas dirigidos à população idosa em todo o mundo, consolidando o conceito de “**Uma sociedade para todas as idades**”. Na América Latina e Caribe, várias reuniões e seminários têm sido realizados e houve, desde então, duas Conferências Regionais, uma no Chile e uma no Brasil.

A incorporação das questões referentes ao envelhecimento populacional nas políticas brasileiras, historicamente têm sido inspiradas em dispositivos internacionais como os citados, por pressão da sociedade civil. Alguns destaques serão dados de forma muito resumida:

- A criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que em 1961 já tinha entre seus objetivos “*estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia*”.

- O SESC, que desde 1963, tinha atividades destinadas a diminuir o desamparo e a solidão dos comerciários aposentados e, a partir de então, revolucionou o trabalho de assistência social de atenção à pessoa idosa. Sua atuação se estendeu ao envelhecimento ativo numa época em que, no Brasil, os cuidados privilegiavam o atendimento asilar.
- Nos anos 1970, o Governo Federal criou dois tipos de benefícios não contributivos que privilegiaram a população idosa: as aposentadorias para os trabalhadores rurais em 1971; e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais que não apresentassem condições de subsistência por não receberem benefício da Previdência e tivessem mais de 70 anos. Esse último foi extinto pela Constituição Federal de 1988, embora haja ainda no país cerca de 60.000 pessoas idosas que o recebem.
- Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), resultante de vários arranjos anteriores, com a responsabilidade de elaboração e execução das políticas de previdência, assistência médica e social. Em 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — SINPAS, pelo qual cada função do sistema passou a ser exercida por órgão específico. Assim, coube ao INPS exclusivamente a concessão e manutenção de benefícios; a prestação de assistência médica ficou com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e a gestão administrativa, financeira e patrimonial do sistema ficou a cargo do Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social — IAPAS.
- Em 1976, o MPAS elaborou um documento denominado Política Nacional para a Terceira Idade que traçava diretrizes para uma política social voltada à velhice, fruto de conclusões de seminários regionais que tiveram forte influência dos profissionais dos SESC.
- A partir da década de 1980, as políticas destinadas à população idosa no Brasil se centraram na garantia de renda e de assistência social para as pessoas em risco social. As pessoas idosas intensificaram suas organizações, fazendo surgir suas primeiras associações. Igualmente, nesse período, a comunidade acadêmica passou a intensificar estudos de geriatria e gerontologia e, a partir de seminários e congressos, sensibilizar os governos e a sociedade para a questão do envelhecimento.
- Em 1998, a Constituição Federal incluiu a pessoa idosa no capítulo da seguridade social, expandindo a rede de proteção social para toda a população idosa. E no capítulo VII, Artigo 230 do cap. VII está escrito que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (grifo nosso).
- A Constituição de 1988 incluiu a pessoa idosa no capítulo da seguridade social, expandindo a rede de proteção social para toda essa população.

- Em seguida à Constituição, nos anos 1990, foi formulada a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742) (LOAS) que no seu Artigo 2 passou a garantir “um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. Denominado “Benefício de Prestação Continuada” ele se destina aos que têm 65 anos ou mais. Sabemos que esse benefício e a aposentadoria rural têm hoje um papel fundamental nas famílias intergeracionais de baixa renda, pois complementam os ganhos ou, muitas vezes, são as únicas entradas financeiras dos domicílios.
- Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842/94 que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de assegurar a essa população seus direitos e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A PNI reconhece a questão da velhice como prioritária e estabelece condições para promover a longevidade com qualidade de vida. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram movimentos de pessoas idosas, aposentados/as, professores/as universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias outras entidades representativas. Entretanto, essa legislação não foi bem aplicada. Isso se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo.
- Em 1999, o Ministério da Saúde também elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da portaria nº 1.395/GM, que possui dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico.
- Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso — Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 — que tem o propósito de assegurar os direitos consagrados pelas políticas públicas voltadas à pessoa idosa, dentro de uma visão compreensiva da sua diversidade e de longo prazo. O Estatuto possui 118 artigos que priorizam o atendimento das necessidades básicas e a manutenção da autonomia como conquista dos direitos sociais. O atendimento é considerado como direito e prioridade nos serviços de atenção à saúde e assistência social, na concessão de benefícios permanentes e eventuais, nos programas educacionais para o envelhecimento. A manutenção da autonomia contempla a participação do idoso em todos os âmbitos da sociedade.

Em vários momentos, particularmente nos art. 2 e 3, o Estatuto define e resalta a violação de direitos como violência contra a pessoa idosa e determina sanções aos transgressores.

É na brecha entre o que é reconhecido como direito e as práticas de abuso e negligências que viceja a violência. Ela é, portanto, **o avesso do direito**. E precisa ser enfrentada seriamente, para que as idosas e os idosos brasileiros possam ter uma velhice segura, respeitada e valorizada.

Falar de lado “avesso” dos direitos da pessoa idosa é o objeto deste manual, apresentado sob quatro parâmetros: (1) os aspectos sociodemográficos que esclarecem o que o crescimento populacional significa tanto em termos de conquista como de desafios para que a população acima de 60 anos seja incluída (e não excluída) no desenvolvimento nacional; (2) os aspectos socioantropológicos que possam mostrar a diversidade de situação desse grupo enorme de mais de 24.800.000 pessoas, sendo 13.840.000 mulheres e 11.010.000 homens, segundo a contagem da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio de 2012 (publicada em 2013), assim como os preconceitos que prejudicam o envelhecimento positivo e saudável dos brasileiros e das brasileiras; (3) e os aspectos socioepidemiológicos que evidenciam tanto os problemas de saúde, dependência e autonomia como a dimensão da morbimortalidade por violência neste grupo populacional e as formas visíveis e invisíveis que insidiosamente corrompem a confiança e a força das pessoas idosas de nosso país. (4) Por fim, serão sugeridas algumas estratégias para superação das principais expressões de violência, algumas a serem implementadas pelo Estado, outras por empresas, pela sociedade, e instituições, dentre as quais destacamos a área de saúde, de assistência social e as famílias. Em todas essas propostas de ação, deve estar representada a população idosa: “nada sobre nós, sem nós”!



PRIMEIRA PARTE

Contexto
sociodemográfico,
cultural e de saúde



Capítulo 1

Cresce velozmente, envelhece e se diversifica a população idosa brasileira

Uma das consequências do crescimento acelerado da população de idosos em nosso país é que, enquanto os países europeus e o Japão tiveram muito tempo para elaborar políticas de atenção específica para seus cidadãos acima de 60 anos, nós temos pouco tempo para agir. Como diz o povo: “temos que trocar os pneus com o carro andando”.

No Brasil são consideradas pessoas idosas, segundo o marco legal estabelecido na Política Nacional do Idoso (1994) e no Estatuto do Idoso (2003), os indivíduos de 60 anos ou mais. Esse marco legal abrange uma população que tem pela frente um intervalo vital maior do que 30 anos. Por exemplo, no último censo, o IBGE constatou que já temos quase 30.000 pessoas com mais de 100 anos no país, sendo 2/3 delas mulheres.

A população idosa constitui um grupo enorme e heterogêneo de brasileiros/as que primeiro se distingue do ponto de vista subjetivo: cada um envelhece a seu modo. Mas, socialmente a diversidade também é muito grande: viver nas cidades ou nas regiões rurais, pertencer à determinada classe social, ser do gênero feminino ou masculino, possuir ou não um bom nível educacional, ser autônomo ou depender de outras pessoas financeiramente, por problemas de saúde ou por outras deficiências são algumas das mais importantes diferenças.

Mudanças impressionantes na demografia brasileira e mundial — Segundo o Censo de 2010, a população de pessoas idosas é a que mais cresce no Brasil, configurando um fenômeno novo e desafiador para a sociedade, para as famílias e para os governos. A fim de termos uma ideia da dimensão das mudanças que estamos vivendo, no início do século XX, a esperança de vida do brasileiro não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50 na metade desse mesmo século. Em 2011, o nível de idade chegou a 74,08 anos sendo que as mulheres estão vivendo sete anos a mais do que os homens.

O Brasil acelerou tanto as mudanças demográficas que a população idosa alcançou, em 2011, 23,5 milhões, o que estava previsto para ser alcançado apenas em 2020. Desta forma, as elevadas proporções de pessoas idosas em relação à população geral foram atingidas em cerca de 50 anos, situação que os países europeus demoraram 140 anos para alcançar. O número de pessoas acima de 60 anos hoje no Brasil supera a população de velhos/as de vários países europeus, entre os quais, a França, a Inglaterra, a Itália e a Espanha.

A demografia brasileira neste momento é esplêndida. Vivemos uma onda jovem, uma onda de adultos e uma onda de velhos. Pois, tanto a população de pessoas acima de 60 anos que é de 24.800.000, segundo a PNAD/2012 publicada em 2013, como a população jovem (42 milhões na faixa de 0 a 25 anos) são a maior de toda a nossa história, segundo o Censo de 2010. Temos hoje também a maior parcela de jovens adultos em idade ativa: um em cada cinco brasileiros está na faixa de 20 a 29 anos de idade. Porém, o grupo de crianças está diminuindo: o de 0 a 4 anos caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões em 2011, ficando muito abaixo do número de pessoas idosas, como já referido.

Embora exista um crescimento vertiginoso de pessoas idosas no Brasil, elas e as crianças (grupos considerados dependentes daqueles que trabalham) representam percentuais menores em relação aos jovens e adultos. O fato de possuir um grupo menor de pessoas consideradas “dependentes” do que de pessoas em idade ativa é visto de modo muito positivo pelos demógrafos, economistas e planejadores. É como se tivéssemos, neste momento histórico, uma ampla janela aberta de oportunidades, um momento privilegiado em que algumas nações que se tornaram ricas e evoluídas socialmente aproveitaram para aprofundar seu desenvolvimento.

É importante saber também que o envelhecimento populacional não é só um fenômeno brasileiro. Globalmente isso também está acontecendo: há uma estimativa das Nações Unidas de que, no momento presente, cerca de um milhão de pessoas cruza a barreira dos 60 anos de idade a cada mês no mundo. Na América Latina, entre 1980 e 2025, o aumento o que deverá ser de 217%. Mas nós brasileiros ganhamos dos nossos coirmãos, pois se comparamos os anos 1980 com 2025, o aumento será, no mínimo, da ordem de 412%, quando então o país deverá ter a 6ª maior população idosa do planeta, em termos absolutos. Por ano, mais 600.000 pessoas acima de 60 anos passam a fazer parte desse contingente. Por isso, o total aqui apresentado de 24.800 milhões que correspondia aos dados de 2012 já deve ter aumentado muito mais.

Em resumo: neste momento histórico nacional, o país tem **dois bônus sociodemográficos** importantíssimos: a maior população de jovens e adultos que já existiu, riqueza que a maioria dos países desenvolvidos utilizou para se desenvolver social, cultural e economicamente e para se capacitar cada vez melhor em ciência, tecnologia e inovação; e a maior população de idosos da história, que por si só, ressalta todos os avanços conseguidos pelo Brasil na melhoria das condições de vida, saúde e trabalho, o que tende a continuar e a se acelerar, segundo projeções do IBGE.

É importante ter em mente que o envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida. E isso decorre dos avanços que o país teve no campo da saúde, sobretudo com a diminuição da mortalidade infantil, com os programas de prevenção de epidemias e de doenças infecciosas; com as campanhas de vacinação; com a progressiva universalização da atenção básica em saúde; com a melhoria na educação; com o aumento da infraestrutura de saneamento básico e com o aumento da renda e do consumo. Em decorrência desses avanços, a taxa bruta de mortalidade das pessoas idosas — que representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população — caiu de 6,6 mortes por mil habitantes em 1997, para 6,0 mortes por mil habitantes em 2010. Ou seja, a população idosa está vivendo mais.

O crescimento da esperança de vida ocorreu também pela redução da taxa de natalidade, o que se deve a muitos fatores sociais e culturais dentre os quais destacamos o desenvolvimento científico e tecnológico e as mudanças na estrutura produtiva do país. A mulher passou a ocupar um lugar muito mais proeminente na sociedade, atingindo já 45% da força de trabalho. As tendências populacionais previam que apenas em 2020 a proporção de filhos por mulher no Brasil seria de 1,8. No entanto, essa relação já foi alcançada desde 2008.

O fenômeno mais relevante do envelhecimento do país, entretanto, é o aumento das pessoas com mais de 80 anos. Enquanto nos últimos 10 anos a população brasileira de 60 a 69 anos cresceu 21,6%, a de 80 anos ou mais cresceu 47,8% (sendo que em alguns lugares do Sul essa elevação chegou a 65%). Isso evidencia uma verdadeira revolução demográfica, pois há duas décadas, a população idosa brasileira se concentrava na faixa entre 60 e 69 anos — os chamados jovens velhos, levando o pesquisador Renato Veras (1995) a cunhar uma expressão conhecida por todos nós: “Brasil, país jovem de cabelos brancos”.

Quando comparamos as regiões do país, em quatro delas — Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste — o percentual de pessoas idosas já superou o de crianças. A exceção fica com a região Norte que está cada vez mais jovem em termos relativos. De acordo com estudos da PNAD, 57,6% dos nortistas tinham menos de 30 anos em 2011. As mulheres idosas continuam sendo a maioria (51,2%) em todas as regiões, com exceção também do Norte, onde a divisão por sexo é igual.

Olhando a distribuição da população idosa por estados, São Paulo tem o maior número: 5,4 milhões. Em seguida, vem Minas Gerais com 2,6 milhões e Rio de Janeiro com 2,4 milhões. O Rio de Janeiro é a unidade da federação em que o grupo da terceira idade é mais expressivo em relação à população total: representa 14,9% dos residentes, bem acima da média nacional que é de 12%. A seguir vem o Rio Grande do Sul com 14,7%. Os estados com os menores percentuais de pessoas idosas na população geral são Amapá (5,9%) e Roraima, (4,9%).

Alguns aspectos importantes que apontam para a diversidade desse grupo social.

- Aumento do número de pessoas idosas vivendo sozinhas (mais de 6,7 milhões), sendo que desse conjunto, 40% são mulheres.
- Feminização do envelhecimento. O processo social de envelhecer tem um forte componente de gênero. As mulheres idosas estão vivendo mais que os homens.

Elas têm probabilidade maior de enviuvar-se e ficar em situação socioeconômica desvantajosa, pois a maioria nunca fez trabalho remunerado durante sua vida adulta. Além disso, embora vivam mais que os homens, as idosas passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles. Por outro lado, elas participam mais que os homens, de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos, estudam, viajam e muitas fazem trabalho remunerado temporário. É grande o percentual de idosas que, nessa etapa vida, assume o papel de chefes de família e de provedoras (Camarano, 2004; 2013).

- Contribuição da renda das pessoas idosas para compor a renda total familiar em pelo menos 53% dos domicílios. Ou seja, muito mais que pessoas dependentes, boa parte da população idosa brasileira no momento atual está totalmente engajada na sobrevivência de suas famílias e no dinamismo da economia do país.
- Mais pessoas idosas vivendo nas cidades: dos 24,8 milhões com 60 anos ou mais, cerca de 21 milhões moram em áreas urbanas e uma média de 3,8 milhões na área rural. Metade do total da população idosa das áreas rurais vive na Região Nordeste (cerca de 1,6 milhão).
- Diminuição da parcela da população idosa vivendo em pobreza extrema (hoje são cerca de 6% do total dessa faixa etária). Eles têm se beneficiado da melhoria das condições de vida de toda a população e contribuído para isso. Nesse sentido, tem sido muito relevante o aporte da aposentadoria rural e do benefício de prestação continuada. As menores proporções de pessoas idosas pobres se encontram na Região Sul. Em números absolutos, a maioria dos idosos pobres está no estado da Bahia, em Minas Gerais e em São Paulo.
- Incremento de famílias intergeracionais. Esse fenômeno é decorrente do aumento da esperança de vida, mas também das novas configurações do mundo produtivo contemporâneo. Muitos jovens desempregados, subempregados, ganham pouco, casam com mais idade e saem de casa num período tardio da juventude. Essas mudanças possibilitam hoje a convivência de três ou até quatro gerações num mesmo domicílio. Excluindo-se os lares de um só morador e os que têm apenas um casal sem filhos, chega-se a cerca de 10 milhões de domicílios e 38 milhões de moradores de várias gerações numa mesma casa. Dentre esses, aproximadamente 30,2% são crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos); 36,2% pessoas com 25 a 59 anos; 29,1% com 60 a 79 anos; e 4,6% com 80 anos ou mais anos de idade em 2003 (Camarano, 2004), o que foi intensificado a partir de então. Regionalmente, no Norte e no Nordeste se localizam as famílias com maior número médio de filhos, mais elevadas proporções de crianças e jovens de 0 a 24 anos (41% e 36%) e, portanto, com convivência intergeracional mais intensa. Hoje há cerca de 27% dos lares que têm a presença de pessoas idosas na composição das famílias.
- Chefes ou responsáveis pelas famílias: em 53% dos domicílios as pessoas idosas respondem por mais da metade da renda familiar, sendo essa situação mais expressiva no Nordeste (63,5%).

- Aumento da proporção de pessoas idosas que recebe benefícios, tanto no campo como na cidade — em 2010, 84,4% da população idosa com 65 anos ou mais recebiam aposentadoria ou pensão. A proporção dos que recebem aposentadoria, pensão ou outro tipo de benefício é maior em áreas rurais (88,0%) que urbanas (83,6%).
- A maioria da população é ativa. A proporção de brasileiros com 65 anos ou mais que continuam trabalhando, de forma declarada chega a 23%, sendo que a grande maioria desse conjunto (74,7%) o faz mesmo sendo aposentada. Na área rural, estes percentuais são de 84,9% e na área urbana de 70%.
- Maior número de idosas do que de idosos nas cidades — o Censo de 2010 confirmou que o número de mulheres idosas é superior ao de homens tanto no total do País quanto nas áreas urbanas (75 mulheres para 100 homens). A Região Sul possui a maior diferença entre os sexos. Nela há 67 homens idosos para cada 100 mulheres, o que é seguido de perto pelo Sudeste (69 homens para cada 100 mulheres).
- O número de homens idosos nas áreas urbanas do país vai diminuindo com o aumento da idade: 79 homens para cada 100 mulheres de 60 a 65 anos; 76 para 100 no grupo de 65 a 70 anos; 72 para 100 na faixa de 70 anos ou mais.
- Nas áreas rurais há mais homens que mulheres — 107 homens para cada 100 mulheres, ao contrário do que ocorre nas cidades.
- Elevado percentual de pessoas idosas analfabetas, sobretudo no campo. Mais da metade dos que moram em áreas rurais não tem instrução ou só completou um ano de escolaridade. A proporção da população idosa de 60 anos ou mais sem instrução ou com menos de um ano de estudo, em 2010, era de 32,2% no país. Do total, 2/3 residiam em áreas rurais. Mais da metade da população idosa analfabeta (52,2%) mora no Nordeste. O Piauí, com 58,2%, é a unidade da federação com maior percentual de pessoas idosas sem instrução ou com menos de um ano de escolaridade. No Rio de Janeiro (15,9%), está o menor percentual de pessoas idosas analfabetas.



Capítulo 2

Como a população brasileira vê a revolução da pessoa idosa

Sobre a velhice uma coisa é clara: ela é a última fronteira antes da morte. Essa certeza é sentida na deterioração biológica. Ainda que nossos corpos não envelheçam da mesma forma, a crença na eterna juventude é um equívoco.

Antropologicamente, a velhice faz parte do ciclo da vida: somos crianças, adolescentes, jovens, adultos e velhos. A concepção da vida como um ciclo não tem apenas uma explicação biológica. Essa divisão constitui também uma questão cultural, que organiza o papel e o lugar de cada um no sistema social, político, econômico e jurídico de cada país. A separação por idade regula as obrigações, os direitos e os deveres da criança, do adolescente, do jovem, do adulto e do velho.

Como toda classificação, a de “idoso” simplifica a diversidade que existe nesse segmento da sociedade e, por isso, está sujeita a problemas. Por exemplo, quando é proposta uma política pública, ao generalizar por faixa etária, ela inclui indivíduos que não necessitam de determinados dispositivos de proteção e também corre o risco de deixar de fora pessoas que deles mais necessitam. A grande vantagem do critério de idade para a definição do público-alvo de determinada forma de proteção reside na facilidade de sua verificação.

Uma das maneiras de compreender o lugar reservado aos velhos/as em determinada cultura é perguntar-nos o que a sociedade pensa sobre eles. Nessa busca de entendimento, encontramos uma grande variedade de opiniões. Algumas são positivas. Mas a maioria é negativa e contém terríveis preconceitos que podem ser considerados como expressões cruéis de **violência social difusa e ao mesmo tempo generalizada**.

O abuso contra a pessoa idosa é um problema que remonta a tempos passados e sempre esteve presente em todos os tipos de sociedade. E é uma ilusão pensar que as sociedades de qualquer tempo tratavam bem essa população, pois a história não mostra isso na maioria dos casos. **Preconceito e discriminação** são as formas mais antigas, comuns e frequentes de violência contra os velhos/as. Os jovens e adultos, nos mais diferentes contextos históricos, tendem a desvalorizá-los/as e a tratá-los/as como descartáveis, inúteis e sem função social. Esse comportamento estimula neles a depressão, o isolamento e, em muitos, o desejo de morte.

Discriminação e preconceito são formas de violência difusa e generalizada — Em 2005, uma enquete realizada pelo Portal do Envelhecimento (www.portaldoenvelhecimento.net) concentrou-se na seguinte pergunta: “qual é a imagem de velho que a sociedade brasileira está criando?” Essa pesquisa, dentre outros resultados, obteve o seguinte retorno: 45% dos internautas disseram que o velho é um ser com experiência acumulada; 36% responderam que ele é um peso a ser carregado; 12% o consideraram improdutivo; e para 7%, velho é sinônimo de doente.

Outro estudo fundamentado em 1980 notícias sobre a velhice, publicadas em quatro jornais importantes e de grande circulação em São Paulo, mostrou que 16% dessas matérias tratavam de aposentadoria e previdência, ressaltando: as longas filas de pessoas idosas nos postos do INSS e a marginalização, as carências e o descaso público. Número expressivo de notícias tinha outro tom: ressaltava os excessivos gastos públicos com a população idosa e comentava que tais recursos poderiam ser muito melhor utilizados em prol dos jovens (Corte; Mercadante; Gomes, 2006).

Os dois exemplos citados acima nos mostram que o acelerado processo de mudança demográfica está repercutindo em todos os planos da vida social e, em muitos casos, provocando reações negativas de cidadãos e dos governos. Essas reações refletem as dificuldades que uma sociedade acostumada a valorizar prioritariamente crianças e jovens na definição de recursos, tem de se organizar e de formar profissionais competentes para lidar com seus velhos. Igualmente, os governantes não colocam como prioridade criar equipamentos específicos para atender a suas necessidades. No entanto, nas circunstâncias em que essa fatia da população cresce mais que a infantil, o olhar da sociedade para ela se torna imperativo e precisa vencer preconceitos e mitos.

O primeiro mito a ser vencido é o da generalização. De um lado, “velho/a” não constitui uma categoria homogênea de pessoas; por outro lado, “ser velho” não significa ser totalmente diferente da população em geral. As pessoas idosas são nossos contemporâneos que vivem a síntese de toda uma longa história. Portanto, algumas características desse grupo coincidem com as da população em geral e outras são específicas da idade. Desta forma, é preciso repetir, não é só a idade que conta: é totalmente diferente envelhecer no campo ou na cidade; fazer parte de uma família rica ou pobre; ser mulher ou homem; ter tido emprego e receber uma aposentadoria ou ter vivido apenas de tarefas domésticas e estar dependente dos outros ou, por vezes até da caridade pública (pois há também idosos, particularmente homens, que vivem nas ruas); ter ou não ter companheiro ou companheira com quem compartilhar essa etapa da existência. Sobre vários desses pontos já chamamos atenção no capítulo sociodemográfico. É preciso ressaltar, como um diferencial muito forte da população brasileira, o fato de ser rico ou pobre.

A população idosa mais pobre costuma ter mais problemas de saúde, maior dependência econômica da família ou do Estado e maiores cotas de sofrimento por abandono, negligências, maus tratos e internação em instituições de longa permanência.

Embora as condições socioeconômicas sejam um foco de distinção cultural importante para os idosos, é fundamental ressaltar também que, na maioria das vezes, a diferença fundamental quem faz é a própria pessoa, com seu caráter e seu modo de levar a vida. Cada um de nós, na velhice, retoma permanentemente os fios da própria história e os reconstrói com os materiais do presente: o momento do envelhecimento é também o momento da síntese da vida: vivemos muitas experiências e as que são mais significativas do ponto de vista positivo ou negativo ficam gravadas em nossa memória e em cada sulco de nosso rosto.

Frequentemente, comportamentos negativos que a pessoa teve na vida adulta — por exemplo, ter abandonado a família, ter tratado mal os filhos ou abusado das filhas — se voltam contra ela em momentos nos quais mais precisa de ajuda.

Assim, reconhecer a importância da singularidade de cada existência — independente de a pessoa idosa ser rica ou pobre, letrada ou analfabeta, saudável ou dependente — é aceitar que cada um, nessa etapa da vida tem responsabilidade pelo que *foi*, pelo que *é* e pelo que *pode ser*. Sempre é tempo, porém, de acreditar em si como sujeito, de ser ativo na construção de uma velhice digna, compartilhando com os adultos e os jovens a construção de uma sociedade melhor para todos. Para isso, as pessoas idosas também precisam contribuir para a desconstrução dos preconceitos que cercam o envelhecimento.

Os três principais preconceitos sobre a velhice — Reduzir a velhice ao processo orgânico ou doença; considerá-la como a decadência do ser humano; e interpretá-la como problema. Na verdade esses três mitos negativos estão imbricados e potencializam a violência.

Em relação ao primeiro preconceito, podemos concordar com os jovens que há sim um desgaste do corpo no envelhecer. Nossas fotos do passado mostram isso e a voz popular costuma lembrar às pessoas idosas que a “força da gravidade puxa tudo para baixo”. Mas há uma distorção da realidade quando tratamos o envelhecimento como doença. Uma vez que ele pode ser vivido de forma saudável — como tem acontecido com a maioria das pessoas idosas brasileiras.

Algumas culturas separam os velhos/as e os segrega e, real ou simbolicamente, decretam a sua morte. Em sociedades como a brasileira, esse desejo social de morte dos velhos/as se expressa numa visão estereotipada de “descarte” levando a conflitos intergeracionais, maus tratos e negligências em cuidá-los.

A visão da pessoa idosa como descartável reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz. Portanto, quando se aposenta ou sai do sistema produtivo formal é considerada inútil. Como muito bem foi explicitado nas pesquisas citadas acima, o preconceito se manifesta em expressões como: “eles são um peso”, “eles são improdutivos”; “eles são doentes”; “eles gastam muito”; “os recursos para suas aposentadorias seriam mais bem utilizados se fossem destinados aos jovens”.

Nem a discriminação pela idade — numa sociedade que elegeu o jovem como ideal de beleza e de vida — nem o preconceito do “descarte” condizem com o que a realidade brasileira nos apresenta hoje, como mostrado na primeira parte deste texto: a maioria da população idosa brasileira é saudável, ativa, trabalha, chefia família ou contribui para sua manutenção e participa intensamente da vida social, econômica, cultural e política.

Quando ouvimos pessoas idosas brasileiras contemporâneas falarem de si, sua mensagem se contrapõe aos preconceitos que existem sobre elas. A maioria está otimista com a vida (Lima-Costa et al, 2012), e mesmo as que sofrem dependência e perdem parte de sua autonomia — quando têm o conforto de pessoas que cuidam deles e o mínimo necessário para pagar sua alimentação e seus remédios, consideram-se saudáveis (Minayo; Coimbra Jr, 2004; Motta, 2004; Uchoa, 2004). Nesse sentido, é relevante ouvir a síntese dos resultados de uma pesquisa muito antiga realizada pelo antropólogo Leo Simmons (1945) sobre a expectativa dos velhos de 71 sociedades indígenas. Em suas falas, a população idosa pedia que suas comunidades lhes permitissem:

- Viver o máximo possível.
- Terminar a vida de forma digna e sem sofrimento.
- Encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição de suas capacidades.
- Continuar a participar das decisões da comunidade.
- E prolongar ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito.

É importante saber que muitas pessoas idosas internalizam o imaginário negativo que a sociedade projeta sobre elas e incontáveis números delas vivem atormentadas pela sensação de que não há mais lugar para eles no mundo. Um não se conformam com as rugas que lhes mostram claramente que já não são jovens; outras estão marcadas pelas debilidades físicas e mudanças do corpo; outras ainda não aceitam largar o poder para as novas gerações, se deprimem e se isolam enclausurando-se numa solidão desnecessária. Essa situação tem levado uma parcela considerável — sobretudo de homens — a pensar em antecipar seu fim, por meio de ideações, tentativas e suicídios consumados (Minayo e Cavalcante, 2010; Cavalcante; Minayo, 2012).

O terceiro preconceito mais comum é considerar a pessoa idosa como um problema. Essa ideia negativa atravessa todas as classes sociais e tem três focos principais: a família, a instituição médica e os governos.

A família, embora seja o espaço de aconchego e onde hoje estão morando mais de 90% das pessoas idosas, vive uma situação contraditória. A elevada expectativa de vida às vezes junta num mesmo lar até quatro gerações. Falta espaço físico e, na maioria das vezes, os membros da família têm compromissos fora de casa: trabalho, estudos, lazer. Além das dificuldades cotidianas, há ainda conflitos de valores, de mentalidades e de comportamentos. Mesmo, morando na mesma casa com muitas pessoas, inúmeros velhos e velhas se queixam de abandono e solidão.

Quando a pessoa idosa está doente ou tem múltiplas dependências, a situação piora muito na administração familiar, sobretudo se a família é pobre. Frequentemente os cuidadores — ou melhor, cuidadoras, pois, a maioria responsável pelo cuidado são mulheres — não têm a quem recorrer para aliviar seu trabalho. Faltam equipamentos sociais e ações concretas para apoiar os familiares, num país que reconhece todos os direitos da pessoa idosa dependente, mas ainda não criou instrumentos eficazes para assegurá-los.

A área de medicina e de saúde pública também costuma ver a pessoa idosa como problema. Apesar de ter havido uma sensível redução na proporção das que poderiam ser consideradas vulneráveis física, mental ou socialmente (sem autonomia para desempenhar as atividades básicas cotidianas ou sem rendimentos para se manter), (Camarano 2004; Lima-Costa et al, 2012), os planejadores e gestores se preocupam com a sustentabilidade do sistema de saúde. O custo social da população idosa é três vezes mais elevado do que o da população em geral, por causa do aumento e em muitos casos da simultaneidade de doenças crônicas, infecciosas, respiratórias, osteomusculares e mentais (Veras, 2007). Como todos sabemos, o peso maior fica para a família e, na situação atual, encontramos inclusive muitas pessoas com 60, 70 anos ou mais cuidando de pais e parentes com 80, 90 e até 100 anos.

A ideologia da velhice como decadência, doença ou problema, no caso brasileiro, está repleta de contradições. Ela não corresponde ao imenso e crescente espaço ocupado pelas pessoas idosas na família, na economia e em outras instâncias, ainda que isso não fique claro no reconhecimento que a sociedade lhes deve. A contribuição da renda da população idosa na composição da renda nacional já constituía a expressiva cifra de 30% em 2003 (Camarano, 2004) sendo que os homens aportavam 65,2% para o rendimento das famílias e as mulheres, 59,6%. Segundo a mesma pesquisa, 53,5% das pessoas idosas chefiavam famílias. Embora esses dados estejam um pouco defasados, eles sempre poderiam ser estimados para cima, uma vez que os estudiosos estão mostrando uma tendência de melhoria na situação e na qualidade de vida desse grupo populacional no país.

Assim, a bem da verdade dos fatos, a sociedade brasileira, em lugar de considerá-los como inúteis e decadentes, no momento histórico atual precisa dos seus velhos/as para viver melhor, para compartilhar suas moradias e para contar com seu apoio financeiro e social. Desta forma, os preconceitos precisam ser desmascarados e removidos, pois eles constituem formas de violência social e provocam sofrimento.

Em torno do reconhecimento dos direitos e do protagonismo da população idosa, movimentos de aposentados, conselhos e outras organizações vão se formando e dando-lhes visibilidade. A mobilização para se organizar em grupos e fóruns ou em solidariedade com os outros movimentos sociais brasileiros sinaliza para a sociedade que eles/elas não querem ser apenas “objeto” de políticas, mas ser “sujeitos” e contribuir para a riqueza cultural do país com a força de sua sabedoria e experiência.

Não menos importante, retirando a pecha do velho/a como problema, o fenômeno do envelhecimento constitui hoje uma oportunidade de negócio, o que já foi constatado por muitos bancos, empresas e serviços. Debert e Simões (1998) falam da formação de um mercado voltado para a velhice, onde observamos o surgimento de inúmeras empresas de previdência privada ligadas aos bancos, de saúde, de reabilitação, de rejuvenescimento, de lazer e turismo e de educação (universidades da terceira idade), todas elas especializadas em serviços destinados à essa população, principalmente àqueles que têm maior poder aquisitivo, que além de disporem de maior tempo livre, têm maior potencial de consumo que as pessoas idosas de classe baixa.

Atualmente, as pessoas nessa faixa etária já movimentam mensalmente cerca de R\$ 28,5 bilhões, segundo o IBGE (2011). Esse mercado será cada vez mais promissor, considerando-se que até 2030 essa população representará 20% dos brasileiros.

Capítulo 3

A população idosa saudável e a que precisa de apoio

Como já dissemos, não existe um ser abstrato chamado “idoso”. Além do caráter e da personalidade de cada pessoa, há outras formas de ver essa população de 24.800 milhões ou mais de pessoas. Aqui trataremos dos que não precisam e dos que precisam de cuidados especiais sociais e de saúde. Mas deixamos claro que todos devem merecer do Estado e da Sociedade uma atenção particular pela contribuição que prestaram e ainda prestam ao país.

Na área dos estudos do envelhecimento, foram criadas algumas expressões para definir a qualidade de vida e de saúde das pessoas idosas. A mais importante delas é o termo “autonomia” que significa a capacidade que a pessoa tem de se cuidar, de realizar tarefas domésticas e de participar da vida social. Ao contrário, o termo “perda de autonomia” ou “dependência funcional” são expressões empregadas para dizer que uma pessoa já não pode agir sozinha ou por si mesma.

Os estudos atuais de gerontologia na Europa procuram distinguir as pessoas idosas quanto à sua saúde em dois grupos. O grupo da chamada “terceira idade” que vai dos 60 até aos 79 anos, hoje considerados “idosos jovens”; e o do “quarta idade” que classifica os que estão acima dos 80 anos.

Os estudiosos alemães Baltes e Smith (2006), baseados na revisão de pesquisas importantes sobre o envelhecimento da população europeia, mostram alguns achados que podem muito nos servir. Na chamada terceira idade, tanto os gerontólogos como os próprios velhos/as reconhecem uma série de ganhos: substancial aumento das competências físicas e mentais; evidência de um acúmulo de inteligência emocional e de sabedoria; número muito maior de pessoas envelhecendo bem; sensação de elevados níveis de bem-estar emocional e pessoal; e estratégias inteligentes e plasticidade de comportamentos para lidar com as perdas e ganhos da velhice.

Esses estudos revelam ainda uma notável capacidade para se adaptarem aos impactos subjetivos provocados pelos problemas de saúde, o que constatamos também em relação à população idosa brasileira. Tanto na Europa como no Brasil (Debert, 1999; Minayo; Coimbra, 2004; Motta, 2004; Uchoa, 2004) existe uma grande diferença entre as avaliações médicas

e o julgamento que as pessoas idosas fazem de sua situação. Elas tendem a avaliar sua saúde como sendo muito melhor do que realmente se apresenta em termos clínicos. O que significa, dizem Baltes e Smith (2006), que os idosos têm poder de ampliar e de reestruturar suas capacidades.

Sobre as pessoas muito velhas, os citados autores comentam que esse ganho em longevidade está testando os limites da capacidade de adaptação do ser humano, pois hoje, pesquisadores do envelhecimento consideram o prolongamento da existência até 120 anos. Atualmente existe um consenso médico de que viver uma longa vida tem custos médicos, psicológicos, sociais e econômicos e as muitas pesquisas nos países desenvolvidos estão voltadas para atuar preventivamente, buscando que os jovens e adultos cheguem à velhice avançada com saúde (Baltes & Smith, 2006).

No caso brasileiro, poderíamos pensar em dividir a população acima de 60 anos em pelo menos três grupos: (a) o dos saudáveis e autônomos; (b) o dos que embora sofram algum tipo ou mesmo vários tipos de doença, continuam a dar conta das tarefas da vida cotidiana, inclusive, trabalham; e (c) o dos que são dependentes por terem enfermidades físicas e mentais incapacitantes e, sobretudo, por sofrerem essas enfermidades num contexto de pobreza pessoal e familiar.

A situação de classe penaliza muito os pobres, pois eles conjugam mais problemas de saúde e mais carências sociais. Os estudos da última Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) sobre as pessoas idosas mostram que entre 1998 e 2008 diminuiu a disparidade entre idosos ricos e pobres no acesso a consultas médicas, por exemplo, o que se deve à ampliação da oferta de serviços de atenção primária. Entretanto, apesar desse resultado favorável, não houve repercussão na autoavaliação da saúde e da capacidade funcional por parte da população idosa nesse período (Lima-Costa et al, 2012).

Centrando na situação de saúde, o primeiro e mais amplo grupo no Brasil é o das pessoas autônomas, independentes, que trabalham, atuam socialmente, têm influência política e familiar, ajudam a manter famílias e não precisam dos serviços do Estado — a não ser das aposentadorias e pensões a que fazem jus — ou da ajuda de terceiros para sobreviver (Kalache, 2008). Esse grupo inclui mais de 85% do total de idosos brasileiros, independentemente de sua classe social.

Camargo et al (2013) e de Lima-Costa et al (2012) vêm acompanhando as pesquisas do IBGE sobre a saúde da população idosa desde 1988. Essas autoras mostram que houve expressiva melhora da qualidade de vida e saúde nas três faixas etárias de pessoas idosas (60-69; 70-79; 80 anos ou mais) e diminuíram as hospitalizações, o que é um grande feito para o Brasil. Em geral, quando comparados os dados de 1998 e 2008, a população de idosos brasileiros de todos os estratos de renda e idade está muito mais otimista em relação à sua vida e à sua saúde.

É claro que as pessoas idosas mais abastadas têm melhores condições de se cuidar e mais meios de prolongar a saúde de suas faculdades físicas e mentais. Mas entre os que conservam sua autonomia há ricos e pobres, trabalhadores e empresários, homens e mulheres e pessoas de 60 e poucos anos até os que já alcançam 100 anos. Uma observação que os pesquisadores têm feito sobre os mais longevos, sobretudo os que já ultrapassaram 100 anos é que a maioria continua ativa, trabalhando em algo que lhes dá prazer. Velhos e velhas de todas as idades esperam da sociedade o reconhecimento de seu papel social e de ser beneficiada com políticas públicas de incentivo à sua participação na produção e no consumo das artes, da cultura, do lazer, do turismo, dos espaços para se exercitar e do apoio do SUS e do sistema complementar para realizarem exames periódicos sobre o estado de sua saúde e manterem-se saudáveis e prevenir dependências.

Meta prioritária de qualquer sociedade deveria ser a de ampliar cada vez mais o grupo de pessoas idosas saudáveis, ativas e positivas, retardando o mais possível qualquer perda de sua autonomia. Custa muito menos preservar a saúde do que cuidar dos doentes.

O segundo grupo, intermediário, é formado pelas pessoas que têm alguns problemas de saúde sem que isso as impeça de terem vida ativa. É importante ressaltar que a PNAD de 2008 encontrou 48,9% das pessoas acima de 60 anos com mais de uma doença crônica e que necessitam de medicação (Lima-Costa et al, 2012). Isso não quer dizer que elas tenham perdido sua autonomia, mas precisam se tratar. Certamente, no primeiro grupo de pessoas idosas que se reconhecem como saudáveis há muitas que consomem medicamentos para as enfermidades mais comuns, dentre as quais destacamos a **hipertensão** e a **diabetes** que atingem 50% dessa população. No entanto, essas duas doenças e várias outras que acometem com mais frequência a população idosa têm tratamento. Mais que nunca, esse grupo requer investimentos pessoais, sociais e públicos em programas preventivos e de orientação, particularmente, quanto a mudanças no estilo de vida, de alimentação e de prática de exercícios físicos adequados.

Nesse sentido, é preocupante que a última pesquisa do IBGE sobre a população idosa tenha encontrado 32,5% das pessoas desse grupo com doenças crônicas sem cadastro na Estratégia de Saúde da Família (projeto do governo federal de acompanhamento médico e preventivo) ou sem plano de saúde particular. Essa preocupação cresce quando a mesma pesquisa mostra que 90% das pessoas idosas brasileiras dependem exclusivamente do SUS, tanto para consultas como para o acesso aos medicamentos que tratam suas doenças mais frequentes (Lima-Costa et al, 2012).

Já o terceiro grupo, consideramos que deveria ser prioritário na agenda dos gestores públicos e das famílias, pois necessita de cuidados especiais por causa das limitações em sua capacidade funcional e em suas condições socioeconômicas. A capacidade funcional geralmente é medida por graus de dificuldades para exercer as tarefas do dia a dia.

O primeiro grau de “capacidade funcional” avalia se a pessoa idosa consegue realizar atividades da vida diária como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o toalete, levantar-se, transferir-se da cama para uma cadeira e, às vezes, caminhar de um cômodo para outro no mesmo andar. O segundo grau mede sua capacidade de administrar o próprio dinheiro, fazer compras, usar transporte e cuidar da casa, entre outras tarefas.

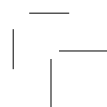
Com perdas representadas nos dois graus de autonomia se incluem os dependentes físicos, mentais, financeiros e os que têm sérios problemas de saúde, frequentemente acumulando várias doenças. Nessa parcela, os mais pobres e os que moram em famílias pobres constituem os que acumulam mais carências: de alimentação, de medicamentos, de administração dos remédios, de acomodações adequadas, de cuidados e de cuidadores.

Dentre as pessoas idosas, as mulheres são as que sofrem mais dependências sociais e físicas: 20% delas vivem sob o mando de parentes, 18,5% não têm renda alguma, 17,5% não são capazes de realizar as mais simples atividades cotidianas e 8,3% não enxergam. Entre os homens é menor o percentual de idosos sem autonomia (13,3%) e desses 7,4% não enxergam. A prevalência da incapacidade para realizar atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro) no país atinge, segundo a pesquisa do IBGE, 6.9% das pessoas idosas (Lima-Costa et al, 2012)

O contingente dos que perdem a capacidade funcional e vive em situação de pobreza é o que mais preocupa os gestores públicos, provoca sofrimento pessoal e familiar, aumenta a demanda por serviços médicos e dos custos correspondentes. O tratamento de uma pessoa idosa dependente requer o triplo de recursos financeiros e de cuidados humanos — de familiares, de assistência social e de saúde — quando comparados aos outros grupos de idade (Veras, 2007). São os que pertencem a este terceiro grupo também os que mais sofrem violência interpessoal e institucional e, por isso, necessitam de mais cuidados e de maior apoio.

A população idosa pobre e dependente tem contra si três terríveis formas de violência: a violência estrutural que trata as pessoas segundo os bens e a riqueza material que possuem e naturaliza a pobreza como se ela fosse uma culpa pessoal; a violência da discriminação que considera as pessoas idosas pobres como um peso e um ser descartado; e a violência da negligência, pois geralmente é para esse grupo que os serviços de saúde, de assistência e de apoio mais falham.

Por fim, um ponto importante que precisa ser também tratado quando falamos da situação da pessoa idosa e de seu estado de saúde é seu direito a “uma morte digna”, o que tem amparo em várias tradições morais, particularmente na tradição cristã que ressalta o princípio da dignidade humana (Pessini, 2001; Dinis & Costa, 2004; Dreher, 2009). Embora as técnicas médicas cada vez mais sejam capazes de prolongar a vida de uma pessoa, por vezes, os tratamentos altamente tecnologizados apenas aumentam e prolongam seu sofrimento e de seus parentes. Existe hoje um longo debate sobre a “morte digna” mostrando que a questão não é simples, mas poderia ser resumida na decisão de não medicalizar a morte. Muitas pesquisas mostram que quando estão conscientes, as pessoas idosas costumam manifestar que não temem diretamente a morte, mas o sofrimento físico e mental das enfermidades de caráter terminal, os tratamentos prolongados em hospitais e o exagero das tecnologias médicas. A família junto com a equipe de saúde — no caso da pessoa idosa não ter condições mentais e físicas de fazê-lo — pode tomar a decisão de evitar o uso de meios fúteis que adiam desnecessariamente sua sobrevivência, sem qualquer consideração com seu bem-estar ou com suas preferências individuais manifestadas quando estava consciente.



SEGUNDA PARTE

As situações de violência



Capítulo 4

Definições de violência contra a pessoa idosa

As violências contra a pessoa idosa podem ser visíveis ou invisíveis: as visíveis são as mortes e lesões; as invisíveis são aquelas que ocorrem sem machucar o corpo, mas provocam sofrimento, desesperança, depressão e medo. A maioria dessas últimas é incontável.

Maus-tratos contra pessoas idosas foram descritos pela primeira vez em 1975 como “espancamento de avós” por dois pesquisadores ingleses (Baker, 1975; Burston, 1975) e desde então têm sido tema de pesquisas científicas que fundamentam ações governamentais e das organizações internacionais em todo mundo.

No Brasil, começamos a tratar do assunto apenas nas duas últimas décadas, de um lado por causa do aumento do número da população idosa no país que tornou irreversível a sua presença em todos os âmbitos da sociedade. De outro, essa visibilidade não é uma inércia decorrente do aumento numérico. Ela se deve, principalmente, ao protagonismo dos movimentos realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas, seja em associações de aposentados, nos conselhos específicos e em movimentos políticos, sociais e de direitos. Essas ações repercutiram tanto na promulgação da Política Nacional do Idoso em 1994 como no Estatuto do Idoso em 2003. Em ambos os documentos estão declarados que os maus-tratos contra esse grupo de brasileiros constituem violações de seus direitos.

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações. Por diferentes motivos, entretanto, é impossível dimensioná-la em toda a sua abrangência: ela é subdiagnosticada e subnotificada. A Lei 12.461 de 26 de julho de 2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003) ressaltou a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas, às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, bem como a sua comunicação aos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso. Falamos, pois, de violências visíveis e invisíveis.

Começamos a discussão com algumas definições que poderão nos ajudar na compreensão do que no mundo inteiro é tratado como “maus-tratos ou violência contra a

pessoa idosa”. Para isso utilizamos conceitos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotados no Brasil e pelo Estatuto do Idoso (2003).

A Organização Mundial de Saúde define assim a violência contra a pessoa idosa:

São ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral.

No mesmo sentido o Estatuto do Idoso declara que:

Violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Estatuto do Idoso, cap.IV, art.19, §1).

Os casos de suspeita ou confirmação de violência, praticados contra idosos, serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso (art.19 do Estatuto do Idoso).

O Estatuto define que a **violência é o contrário dos direitos**, o que vem mencionado em todo o texto, mas particularmente no Capítulo II, art. 10, § 2 e § 3:

O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (§ 2). É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (§ 3).

A OMS quando analisa o impacto da violência sobre a vida e o adoecimento das pessoas, em geral, também utiliza outro conceito operacional que é o de “causas externas”, cuja definição está incorporada nos capítulos 19 e 20 da Classificação Internacional de Doenças (CID) e que resumimos a seguir.

Por causas externas entendemos agressões físicas, psicológicas, acidentes e maus-tratos que provocam adoecimento ou levam à morte de uma pessoa. Essa definição para distinguir os efeitos das ações humanas que causam lesões e mortes daquilo que o sistema de saúde está mais acostumado a tratar: as enfermidades de origem biológica e mental. Tal definição inclui a mortalidade por homicídios, suicídios e acidentes; e as lesões e traumas por agressões, quedas, tentativas de suicídio, acidentes de transporte, afogamentos, sufocamentos e envenenamentos.

É preciso ficar claro que o termo “causas externas” não é sinônimo de violência. Ele é um recurso para classificar os vários tipos de violência que causam mortes e adoecimento. Já “violência” é a ação de um ser humano contra o outro provocada pelo abuso da força e do poder, ou a omissão de socorro quando esse outro pede ou precisa dele. Apesar dessa distinção, os estudos sobre as causas externas ajudam muito a entender os resultados das várias expressões de violência. E, no caso das pessoas idosas, auxilia a compreensão dos grupos que estão em situação de maior risco e vulnerabilidade. Por isso, nós também utilizaremos esse conceito neste texto.

Embora nenhuma definição dentre as que aqui colocamos consiga abranger todas as expressões de maus-tratos e abuso de direitos que presenciamos no cotidiano em relação à pessoa idosa, elas permitem entender as violações mais frequentes e tomar consciência da gravidade das situações. Em resumo, todas elas têm um foco em comum:

O reconhecimento de que o abuso da força física e emocional provoca lesões visíveis e invisíveis, causa traumas e pode levar à morte. E que a negligência individual, familiar, social ou institucional em relação às necessidades da pessoa idosa constitui uma forma cruel de violência. Portanto, quando alguém agride ou omite amparo a uma senhora ou a um senhor idoso que precisa de ajuda, fere direitos fundamentais e personalíssimos desse grupo social.

A natureza da violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de várias formas, aqui resumidas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abusos financeiros e autonegligência. Todos esses tipos de ação ou omissão podem provocar lesões graves físicas, emocionais e morte. Neste texto, usaremos como sinônimos os termos *maus-tratos*, *abusos* e *violências* embora, existam muitas discussões teóricas sobre o uso e o sentido de cada um deles.

Os abusos físicos constituem a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios mais letais como agressões

com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo. O lugar onde há mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua família, vindo a seguir, as ruas e as instituições de prestação de serviços como as de saúde, de assistência social e residências de longa permanência. Às vezes, o abuso físico resulta em lesões e traumas que levam à internação hospitalar ou produzem como resultado a morte da pessoa. Outras vezes ele é constante, não deixa marcas e é quase invisível, sendo reconhecido apenas por pessoas que têm um olhar sensível e atento e por profissionais acostumados a diagnosticá-lo.

Frequentemente a pessoa idosa se cala sobre os abusos físicos que sofre e se isola para que outros não tomem conhecimento desse tipo de violência, prejudicando assim sua saúde mental e sua qualidade de vida. As estatísticas mostram que, por ano, cerca de 10% dos idosos brasileiros morrem por homicídio como veremos a seguir. E a incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física visível ou invisível e que pode ou não provocar a morte. Das denúncias recebidas pelo “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” as agressões físicas correspondem a 34% do total das queixas, vindo em quarto lugar, depois das negligências, dos maus tratos psicológicos e dos abusos econômico, financeiros e patrimoniais (SDH, 2013)

O abuso psicológico corresponde a todas as formas de menosprezo, de desprezo e de preconceito e discriminação que trazem como consequência tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente, depressão. Já falamos em parte desse problema no capítulo em que discutimos as discriminações e os preconceitos contra esse grupo social. Por exemplo, ele ocorre quando dizemos à pessoa idosa, expressões como estas: “você já não serve para nada”; “você já deveria ter morrido mesmo”; “você já é uma bananeira que já deu cacho”; “você só dá trabalho” ou coisas semelhantes. Muitas vezes, as pessoas nem dizem, mas o idoso ou a idosa sente! Por isso há muitas formas de manifestação do abuso psicológico: ele pode ocorrer por palavras ou por meio de atitudes e atos.

Estudos mostram que o sofrimento mental provocado por esse tipo de maltrato contribui para processos depressivos e autodestrutivos, por vezes levando à ideação, tentativas de suicídio ou mesmo ao suicídio consumado (Minayo & Cavalcante, 2010). É importante ressaltar, em relação a abusos psicológicos, que os muito pobres e os que têm dependência financeira, física e mental em grau elevado são os que mais sofrem. Isso ocorre, no caso dos doentes, porque eles não podem dominar seu corpo ou sua mente; e no caso dos muito pobres, porque não têm dinheiro para se sustentar, sendo considerados como um peso para muitas famílias ou instituições. Vários estudos realizados em municípios específicos como o de Melo et al (2006) ocorrido em Camaragibe, têm encontrado um percentual mais elevado de pessoas idosas que se queixam mais de violência psicológica (62,5%) do que de violência física (32%). Em geral, a população idosa considera que a comunidade não se importa com o que acontece com ela. No “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, de 2010 a 2012 a segunda causa de violência mais denunciada foi o abuso psicológico (59,3%) vindo depois apenas das negligências (69,7%) (SDH, 2013).

Violência sexual diz respeito ao ato no jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas

eróticas e pornográficas impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Vítimas de abuso sexual costumam sofrer também violência física, psicológica e negligências. Tendem a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima e a pensar mais em cometer suicídio que pessoas que não passaram por essa cruel experiência. Uma forma pouco comentada é a violência dos filhos contra seus pais e mães idosos para que eles não namorem ou não tenham relações sexuais. Esse tipo de violência ocorre também em instituições de longa permanência. Há uma ideia muito comum na população de que os velhos são ou deveriam ser assexuados, o que é comprovado preconceito social e abuso de poder. Muitas vezes, atitudes repressivas dos filhos impedem seus pais de terem uma vida afetiva saudável na velhice.

Já a violência sexual tal qual definida acima ocorre, segundo estudos internacionais (Teaster et al 2003; Roberto e Teaster, 2005) e nacionais (Melo et al 2006), com menos de 1% das pessoas idosas. Desse total, um décimo ocorre em casa e os abusos são cometidos por pessoas da família e o restante em residências geriátricas. A maioria (cerca de 95%) envolve mulheres com problemas em pelo menos dois de três domínios cognitivos, (tempo, espaço, e nível pessoal), que vivem em instituições de longa permanência e, são agredidas, com mais frequência, por outros residentes. As mulheres com maior dificuldade de andar são ainda mais vulneráveis. Os principais tipos de abuso cometidos são beijos forçados, atos sexuais não consentidos e bulinação do corpo da mulher.

O abandono é uma das maneiras mais perversas de violência contra a pessoa idosa e apresenta várias facetas. As mais comuns que vêm sendo constatadas por cuidadores e órgãos públicos que notificam as queixas são: retirá-la da sua casa contra sua vontade; trocar seu lugar na residência a favor dos mais jovens, como por exemplo, colocá-la num quartinho nos fundos da casa privando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a uma instituição de longa permanência contra a sua vontade, para se livrar da sua presença na casa, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, sua vontade, sua saúde e seu direito de ir e vir; deixá-la sem assistência quando dela necessita, permitindo que passe fome, se desidrate e seja privada de medicamentos e outras necessidades básicas, antecipando sua imobilidade, aniquilando sua personalidade ou promovendo seu lento adoecimento e morte.

Negligência é outra categoria importante para explicar as várias formas de menosprezo e de abandono de pessoas idosas. Poderíamos começar pelas que os serviços públicos cometem. Por exemplo, na área da saúde, o desleixo e a inoperância dos órgãos de vigilância sanitária em relação aos abrigos e clínicas. Embora hoje haja normas e padrões da Vigilância Sanitária para seu funcionamento, não há fiscalização suficiente, permitindo que situações de violência institucional se instalem e se perpetuem.

Os casos mais comuns são de inadequação das instalações, do isolamento das pessoas idosas em seus aposentos, da falta ou precariedade de assistência à sua saúde. Se não houvesse tanta omissão dos que são responsáveis, tragédias como a que aconteceu no Rio de Janeiro, na Casa de Saúde Santa Genoveva e acabou virando símbolo da sinergia de vários tipos de negligência poderiam ser evitadas. Embora este caso tenha ocorrido em 1996, ele

continua atual como exemplo dos órgãos públicos que não fiscalizam como deveriam; das instituições que fazem desse serviço um negócio; e de muitas famílias para quem é muito cômodo acreditar que tudo ficará bem com seu idoso quando o entrega num desses locais. No citado caso, depois do acontecido, pesquisadores e fiscais verificaram que aquela situação vinha se repetindo há quase 10 anos e só se tornou escândalo quando foram constatadas mortes de mais de 100 velhos e velhas num curto espaço de tempo. Os que sobreviveram ofereceram à sociedade um espetáculo triste e cruel de desnutrição, magreza, tristeza, solidão e abandono por parte dos familiares.

Além de exemplos cruéis e radicais como o mencionado, há ainda vários tipos de negligências que ocorrem cotidianamente no atendimento dos serviços de saúde. É o caso das longas filas de espera para consultas e exames, marcados com intervalos de meses, quando o estado de saúde da pessoa idosa vai piorando e se degradando pela falta de atenção devida. O campeão das reclamações da população idosa é o INSS, seja pela demora na concessão dos benefícios seja pelo descaso e indiferença com que é tratada nos postos. As várias formas de negligência dos serviços públicos têm por base a impessoalidade no trato na prestação de serviços.

Também em muitas instituições de longa permanência, principalmente as pessoas idosas dependentes são afetadas por falhas no tratamento pessoal, na administração de medicamentos, nos cuidados com o asseio corporal e na exigência de que realizem ações para as quais não sentem desejo ou aptidão. Nas famílias — em pelo menos 27% dos lares brasileiros hoje residem pessoas idosas — chama atenção a inadequação das casas às suas necessidades, como, por exemplo, a existência de pisos escorregadios, de escadas sem corrimão, de banheiros sem proteção para que possam se sentar e se levantar com segurança. Muitos outros exemplos poderiam ser acrescentados aos que aqui foram mencionados, porque são conhecidos dos dedicados familiares, profissionais de saúde, de assistência e pelos operadores de direito que levam a sério o cuidado com a pessoa idosa. Apenas como exemplo, no “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos”, da Secretaria de Direitos Humanos, entre 2010 a 2012, a denúncia principal foi de negligência (68,7%) em particular, as ocorridas no âmbito das famílias e dos serviços públicos (SDH, 2013).

O termo abuso econômico-financeiro e patrimonial se refere, principalmente, às disputas de familiares pela posse dos bens ou a ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. Pesquisas mostram que no mundo inteiro são vítimas de abusos financeiros. No Brasil, diferentes estudos mostram que mais de 60% das queixas desse grupo às delegacias de polícia ou ao Ministério Público tiveram essa causa. O “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100 Direitos Humanos” mostra que entre 2010 a 2012 esse tipo de violência foi responsável por 40,1% das denúncias, vindo atrás apenas das negligências e dos abusos psicológicos (SDH). Esse tipo de agressão é cometida, particularmente, por familiares em tentativas de forçar procurações para tutelar a pessoa idosa, para retirar seu acesso aos bens patrimoniais e para vender seus bens e imóveis sem o seu consentimento.

Há ainda outras formas menos brutais, porém não menos abusivas utilizadas pelos familiares: a retirada da pessoa idosa do espaço físico e social no qual viveu até então; seu confinamento

em algum aposento mínimo na residência que por direito lhe pertence depois que fica viúva, dentre outras formas de coação. Além dos familiares, há casos em que até vizinhos se apossam, por exemplo, do cartão de benefício da pessoa idosa que tem algum tipo de senilidade ou dependência, sobretudo quando ela vive sozinha, deixando-a à míngua e passando necessidades.

Geralmente, as queixas de abuso econômico e financeiro se associam com várias formas de maus-tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Mas não são apenas familiares que cometem abusos econômicos e financeiros. Acontecem, frequentemente, nos trâmites de aposentadorias e pensões e, sobretudo, nas demoras de concessão ou correção de benefícios devidos pelo INSS, mesmo quando, desde 1994, a Lei 8.842 lhes garante prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados e em instituições prestadoras de serviços. Nas delegacias de atenção e proteção e nos núcleos de atendimento do Ministério Público, uma das solicitações mais recorrentes é que esses agentes colaborem na solução de problemas com aposentadorias e pensões.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus-tratos são praticados também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. E os campeões das queixas são os planos de saúde que aplicam aumentos abusivos e frequentemente se recusam a bancar determinados serviços essenciais à saúde das pessoas idosas. Atualmente os planos descobriram uma fórmula de prejudicá-las. Como a Agência de Saúde Suplementar proibiu aumentos abusivos para os clientes após os 60 anos ou mais, quando alguém completa 59 anos, recebe de presente um aumento que chega, por vezes, antecipando assim o que os Planos consideram gastos excessivos da pessoa idosa.

Os velhos/as são vítimas ainda de estelionatários e de várias modalidades de abusos financeiros cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e mental, impingindo-lhes créditos consignados (com o conluio de parentes) ou são vítimas de roubos e furtos nas agências bancárias, nos caixas eletrônicas, nas lojas, nas ruas, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção à pessoa idosa assinalam a frequência de suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de valor, de forma violenta ou sorrateira.

Violência autoinfligida e autonegligência — A violência pode conduzir à morte lenta de uma pessoa idosa em casos em que ela própria se autonegligencia, ou manifestar-se como ideações, tentativas de suicídio e suicídio consumado. Ou seja, nesses casos, não é o “outro” que abusa, é a própria pessoa que maltrata a si mesma. Um dos primeiros sinais de autonegligência é a atitude de se isolar, de não sair de casa e de se recusar a tomar banho, de

não se alimentar direito e de não tomar os medicamentos, manifestando clara ou indiretamente a vontade de morrer. Vários trabalhos (Minayo & Cavalcante, 2010; Menehgel et al 2012; Cavalcante e Minayo, 2012) ressaltam que, frequentemente atitudes de autodestruição estão associadas a processos de desvalorização que a pessoa idosa sofre e a negligências, abandono e maus-tratos de que é vítima.

Estudos que vimos realizando mostram aumento de suicídios particularmente entre homens idosos; e de tentativas de suicídio e ideações em pessoas de ambos os sexos. Embora as taxas sejam relativamente baixas, observamos um crescimento persistente desse fenômeno nas faixas etárias acima de 60 anos. Os índices de ocorrência já são o dobro da média nacional e se associam ao abandono familiar, à solidão, ao sofrimento insuportável provocando doenças degenerativas, ao medo de tornar-se dependente, à perda do gosto pela vida, a processos depressivos de maior ou menor gravidade. Essas situações se manifestam frequentemente de forma combinada. A depressão nessa faixa de idade deve ser considerada uma enfermidade mental que tem vários níveis de gravidade e que, portanto, deve ser diagnosticada por um especialista (Cavalcante et al, 2013).

Em resumo, as expressões de violência contra a pessoa idosa quase sempre se manifestam de modo cumulativo e devem ser objeto de atenção. Se algumas formas, como é o caso da discriminação por idade, ocorrem em relação a todas as classes sociais, há outros tipos que afetam, sobretudo, os mais frágeis e dependentes, frequentemente combinando abusos físicos, psicológicos, econômico-financeiros, negligências e autonegligências. Chama atenção como um sintoma social de elevada gravidade que a maioria das denúncias ao “Módulo Disque Idoso” do Disque 100, sejam as negligências cometidas pelas famílias e pelos órgãos públicos de prestação de serviços.

Capítulo 5

As violências que as estatísticas mostram

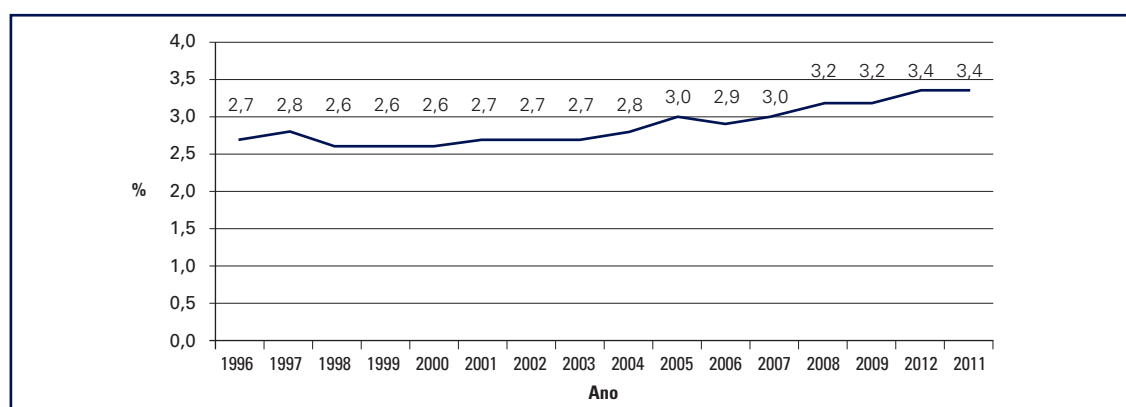
Começamos a refletir primeiro sobre as violências que tiram a vida da pessoa idosa ou que, por serem graves, podem levá-la a recorrer às emergências, aos prontos-socorros ou aos hospitais.

Entre as pessoas acima de 60 anos, as seis primeiras causas gerais de morte hoje no Brasil são: em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (35,6%); em segundo lugar, as neoplasias ou tumores cancerosos (16,7%); em terceiro, as enfermidades respiratórias (14,0%); em quarto, as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, particularmente as diabetes (7,9%); em quinto, as enfermidades do aparelho digestivo (4,7%) e em sexto, as causas externas (3,4%).

Em 2011, morreram 24.669 pessoas idosas por acidentes e violências no país, significando por dia 68 óbitos. Os homens foram 15.342 (62,2%) e as mulheres 9.325 (37,8%). As “causas externas” — cujo conceito já foi explicado acima — que estão em sexto lugar, vêm aumentando levemente, conforme podemos observar na curva crescente da série histórica que vai de 1996 até 2011, segundo o gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1

Proporções de óbitos por causas externas relativa ao óbito geral, 2011. Brasil.

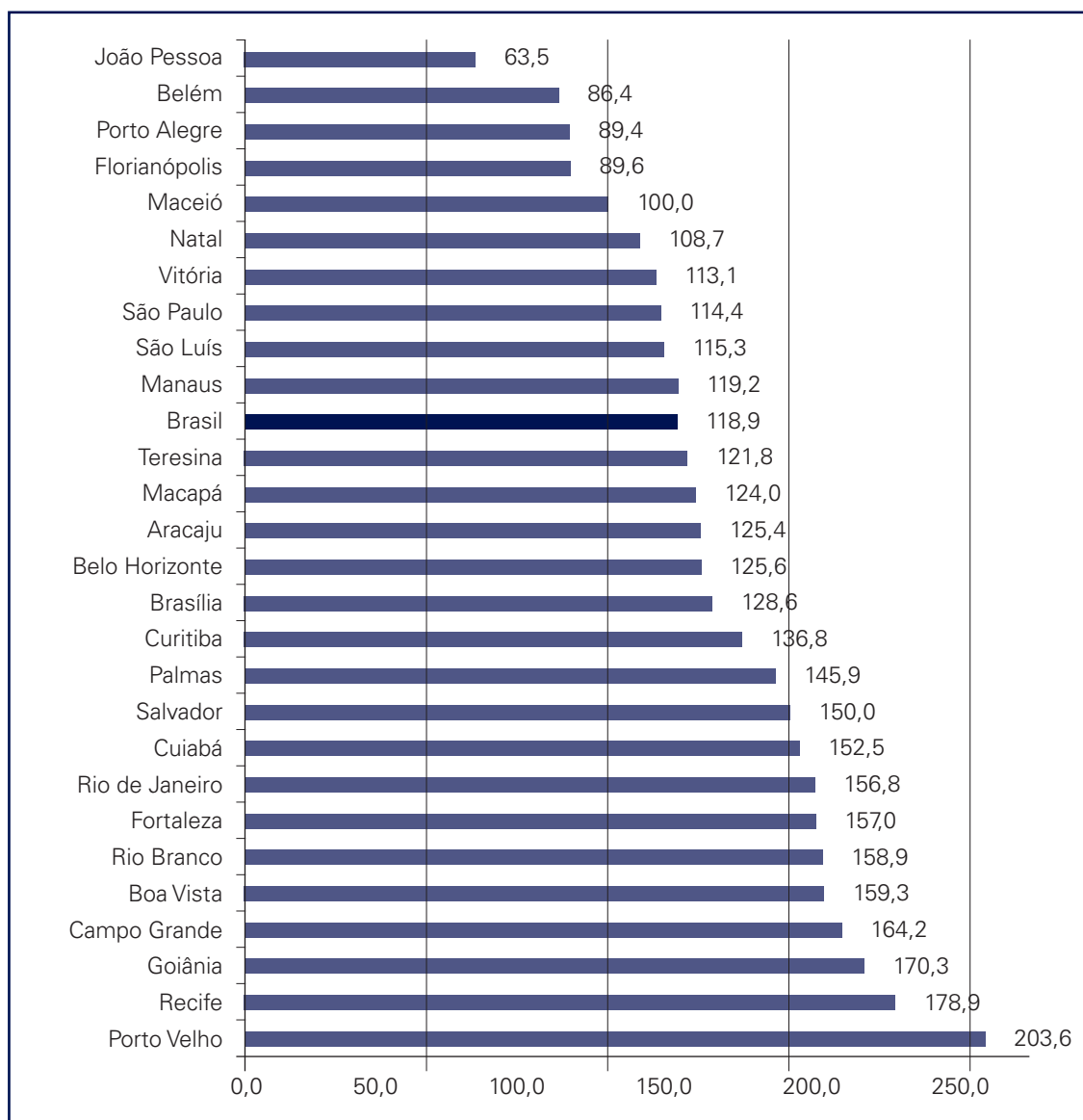


Fonte: SIM/MS.

As mortes violentas das pessoas idosas se distribuem de forma diferenciada pelo país, o que pode ser exemplificado no gráfico 2 que mostra as taxas desses óbitos nas capitais brasileiras. É importante lembrar que o termo “taxa” significa o cálculo de quantas pessoas idosas em 100.000 morreram por violência.

Gráfico 2

Taxas de mortalidade por causas externas em idosos. Capitais, 2011.



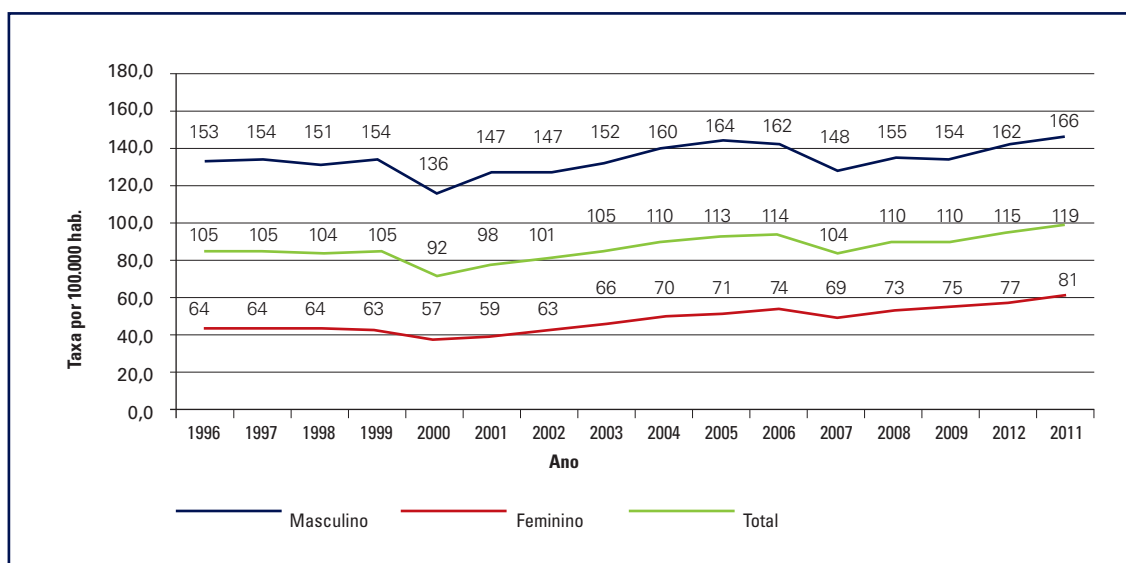
Fonte: SIM/MS.

Não temos pesquisas específicas de cada uma dessas capitais para dizer porque, quando e onde ocorrem esses óbitos. Este é um estudo que precisamos fazer, pois só assim, em cada localidade podemos dizer que medidas são as mais cabíveis e necessárias. No entanto, temos uma hipótese de que em todas elas, são principalmente as mortes no trânsito e as quedas as causas que mais vitimam a população idosa como veremos no decorrer deste texto.

O gráfico 3, ressalta a predominância das mortes violentas entre os homens. Podemos constatar esse fato em todo o período histórico estudado.

Gráfico 3

Taxa de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Brasil 1996 a 2011.



Fonte: SIM/MS.

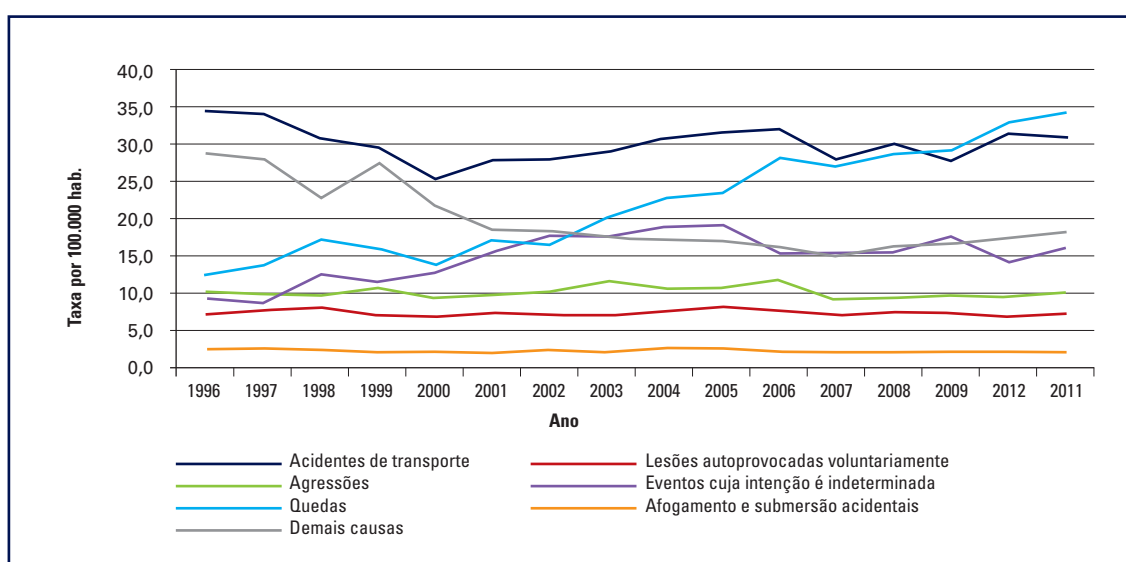
A curva em azul mostra que essa preponderância masculina tem crescido, embora de forma um pouco oscilante. Em 2011, a taxa de morte por causas externas em homens foi de 166 por 100.000. Entre as mulheres houve também um ligeiro movimento ascendente em todo o período estudado. Em 2011, os óbitos violentos no grupo feminino corresponderam a 81/100.000, menos da metade do que no masculino. Para os dois sexos em conjunto a taxa média de mortes por causas externas foi de 119 por 100.000 pessoas idosas, no referido ano.

As causas violentas pelas quais a população idosa mais morre podem ser visualizadas nas linhas do gráfico 4. Neste gráfico trabalhamos com proporções e não com taxas. Ou seja, podemos observar o percentual de cada causa específica no conjunto das mortes violentas das pessoas idosas. Chama-nos atenção, que as duas principais formas de vitimização são, atualmente, **as quedas** (o que pode ser observado na linha azul clara) e **os acidentes de**

transporte (ver a linha azul mais escura). É importante também assinalar que quando começamos a elaborar a série histórica das mortes violentas de pessoas idosas, os acidentes de transporte ocupavam o primeiro lugar na sua vitimização. Porém, a partir de 2009, os óbitos por quedas (35% em 2011) passaram a ser as mais proeminentes. Apesar dessa concorrência entre as duas, ambas denunciam formas de violência na vida social que atingem de forma muito particular a população mais velha.

Gráfico 4

Taxa de mortalidade por causas externas específicas em idosos, Brasil 1996 a 2011.



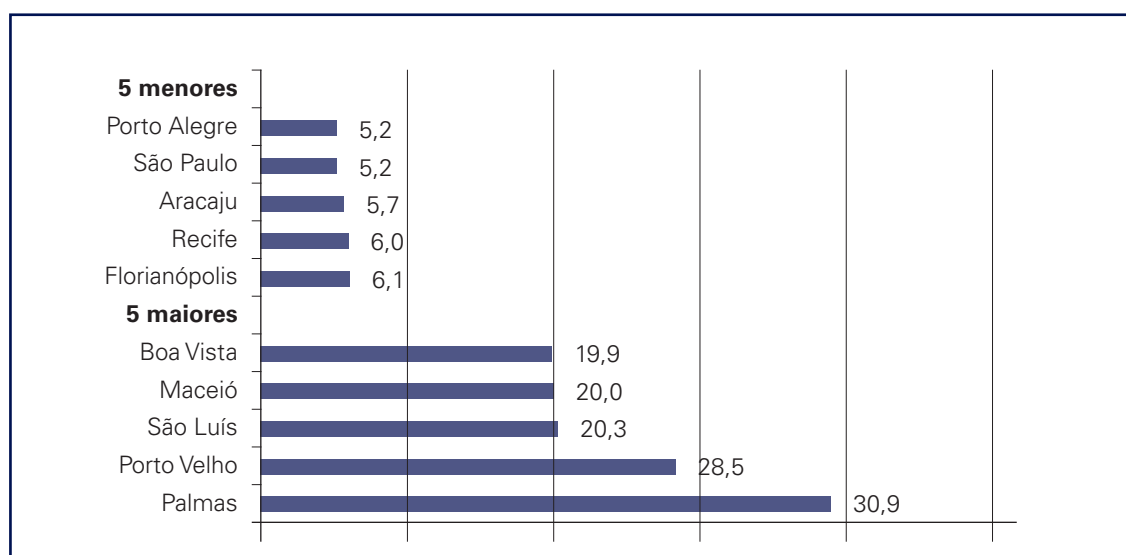
Fonte: SIM/MS.

O gráfico 4 mostra que houve um leve decréscimo das **mortes por agressões** e ao longo da série histórica estudada. Em 1996, elas representavam 9,7% dos óbitos por causas externas nesse grupo e em 2011 passaram a significar 8,4% (ver a linha verde do gráfico). As tentativas de homicídio que exigiram internação de pessoas idosas corresponderam a cerca de 6,0% das causas externas. Da mesma maneira que as outras causas violentas de morte e lesões que exigem hospitalização, as agressões também são mais significativas entre os homens do que entre as mulheres o que pode ser observado nos dados para 2011. O percentual de homicídios em homens na faixa de 60 a 69 anos foi 16,7%, o que é muito significativo. Já o percentual de homicídios de mulheres na mesma faixa etária foi de 7,4% (o que também é bastante expressivo). No grupo de homens de 70 a 79, a proporção foi de 9,4% e no de mulheres de 4,1%. Mesmo na última etapa da vida, ou seja, dos 80 anos ou mais, o percentual de homens que morreram por agressões foi de 4,4%, ou seja, quase quatro vezes o de mulheres (1,2%).

A título de exemplo, no gráfico 5 vemos como os homicídios de pessoas idosas se distribuem por algumas capitais do país. Mostramos os cinco casos em que as taxas são as mais baixas do país e os cinco em que são as mais elevadas.

Gráfico 5

Taxas de mortalidade por agressões em idosos. Capitais, 2011.



Fonte: SIM/MS.

Ainda não temos estudos qualitativos que possam esclarecer melhor nem as informações gerais nem as por localidades. Não sabemos, por exemplo, se as pessoas idosas morrem mais por se envolverem em agressões ou se são vítimas de outros grupos sociais. E também ignoramos porque em certos lugares os dados são tão altos, inclusive mais elevados do que a média de homicídios da população brasileira que é de 22,5 por 100.000 habitantes, como é caso de Porto Velho (28,2/100.000) e Palmas (38,9/100.000). **A realização de estudos locais é primordial para fundamentar propostas e ações de prevenção.**

As autoagressões (suicídios) que representam mais de 8% do total das mortes violentas mostram leve tendência de crescimento ao longo do tempo. No ano de 2011, as mortes por lesões autoprovocadas também apresentaram uma sobremortalidade masculina. Nas faixas de 60 a 69, os suicídios de homens corresponderam a 9,2% do total dos óbitos por causas externas e para as mulheres o percentual foi de 7,8%. Na faixa de 70 a 79 anos essa diferença fica mais acentuada, alcançando nos homens o valor de 8,7% e nas mulheres 3,7%. De qualquer forma, é importante observar que entre 60 a 79 anos a população idosa está mais vulnerável a tirar sua própria vida. Em 2011, no grupo de 80 e mais anos, os homens que se autoinfligiram a morte representaram 4,9% dos que morreram por causas externas e as mulheres somente 0,7%.

Ocorre um fato curioso quando estudamos as tentativas de suicídio. Em geral, os familiares das pessoas idosas que se suicidaram contam que elas haviam tentado se matar várias vezes antes do ato fatal (Cavalcante et al, 2012; Meneghel et al, 2012). No entanto, há uma subnotificação desse fato nas fichas de internação em hospital, pois segundo dados do Ministério da Saúde, as tentativas de suicídio responderam apenas por 0,3% das internações por causas externas em 2012. E em estudos nacionais e internacionais existe um cálculo de que entre pessoas idosas existem pelo menos quatro tentativas para cada suicídio consumado. Como a morte autoinfligida é sempre uma escolha de alguém frente a um sofrimento que lhe parece insuportável, mais que pensar em estatísticas é importante saber que a morte autoinfligida de pessoas idosas acaba sendo um indicador de falta de qualidade de vida. Isolamento das pessoas, negligências com sua situação social ou de saúde, doenças graves, deficiências e transtornos mentais juntos formam as principais causas, seguidas de depressão, conflitos familiares e conjugais. Estudos que fizemos mostram que o fator de risco de maior frequência tanto para homens (32,1%) como para mulheres (31,7%) é o isolamento social. Mas há várias diferenças entre os sexos.

Para os homens, pesam muito a saída do emprego e a falta de perspectiva depois da aposentadoria; questões de honra; doenças que afetam sua sexualidade; deficiências que levam à invalidez; interrupção do trabalho ou limitação da capacidade funcional; perdas de familiares de referência e, sobretudo a viuvez; e sobrecargas financeiras por endividamento pessoal ou de membros da família.

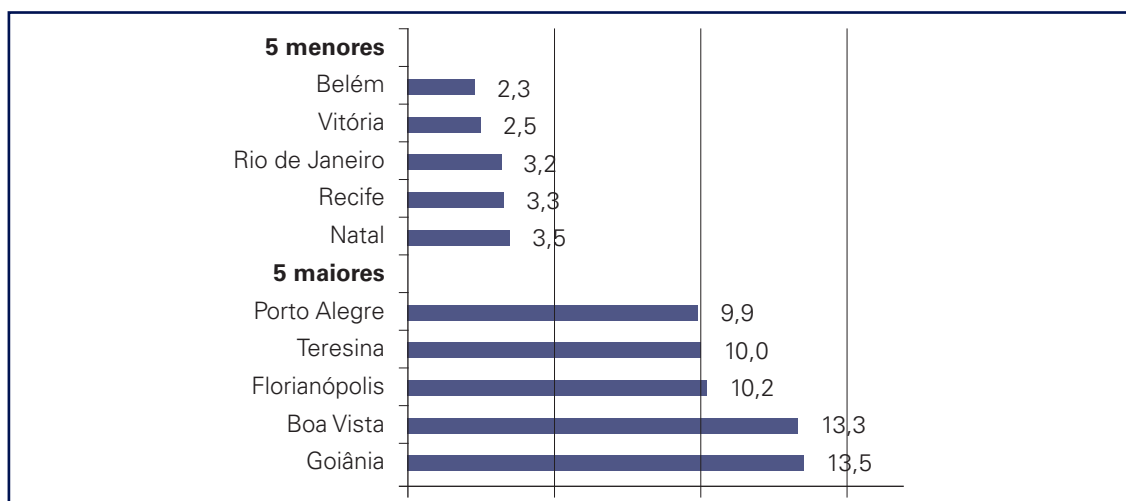
Entre as mulheres, depois do isolamento que é o fator que mais pesa, está o sentimento de perda de função social uma vez que elas cuidaram dos filhos que já saíram de casa e dos esposos que na maioria das vezes, já morreram; ocorrência de outros casos de suicídio na família; as doenças e deficiências como transtornos físicos ou mentais incapacitantes; impacto de perdas ou doenças na família; e violências sofridas, sobretudo as conjugais.

Os fatores que mais protegem as pessoas idosas contra o suicídio, tanto homens como mulheres são: estar ativo, ampliar seus relacionamentos; ter apoio familiar e de amigos, envolvendo elos afetivos, amparo social, encontros de sociabilidade e lazer. As pessoas idosas devem ser incentivadas a experimentar novas atividades e habilidades e a expandir os seus limites.

Os suicídios também se distribuem de forma diferenciada em todo o país como pode ser constatado no gráfico a seguir que mostra as taxas em algumas capitais.

Gráfico 6

Taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas em idosos. Capitais, 2011.



Fonte: SIM/MS.

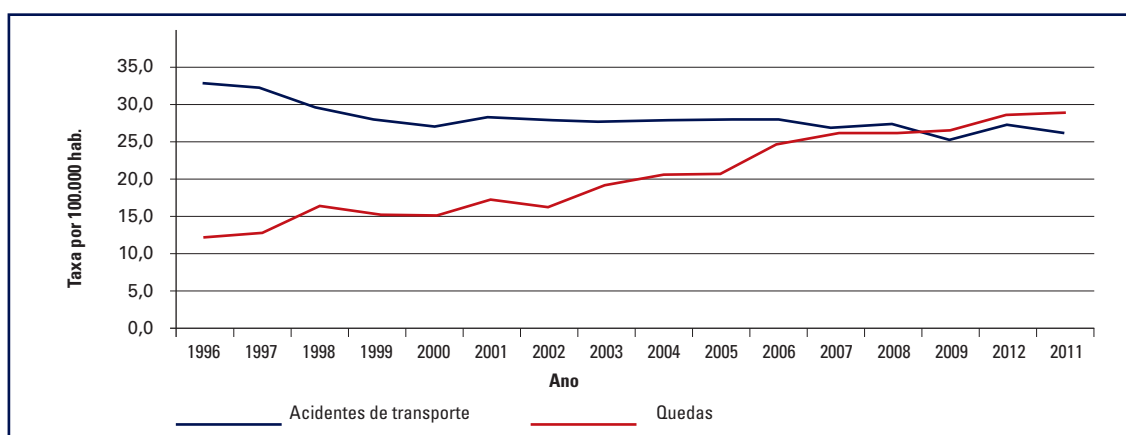
Igualmente são necessários estudos mais aprofundados nas localidades onde as pessoas idosas mais se suicidam. Das cinco Capitais que têm mais elevadas taxas, Porto Alegre e Teresina estão aprofundando estudos sobre esta questão tão significativa. Outros estudos visando à prevenção começam também a ser realizados.

As outras duas linhas do gráfico 4 juntam várias causas externas que dizem respeito a problemas notificados de forma incompleta ou que não permitem uma aferição mais apurada.

Pela sua grande significância na vitimização de pessoas idosas é importante determos nos acidentes de transporte e nas quedas, que estão apresentados no gráfico 7. Tanto as mortes como a incidência de lesões causadas por esses dois problemas aumentam a partir dos 60 anos.

Gráfico 7

Percentual de óbitos por acidentes de transporte e quedas em idosos. Brasil, 1996 a 2011.



Fonte: SIM/MS.

Até o ano de 2009, os acidentes e violências no trânsito eram responsáveis pelo maior número de mortes de pessoas idosas. A partir de então, as quedas assumiram a primazia dos óbitos. Mas também essas duas causas respondem pelas principais internações de pessoas acima de 60 anos. Em 2012, por exemplo, houve 169.673 hospitalizações por causas externas, sendo que 50,9% delas se deveram a quedas e 9,2% a acidentes de trânsito.

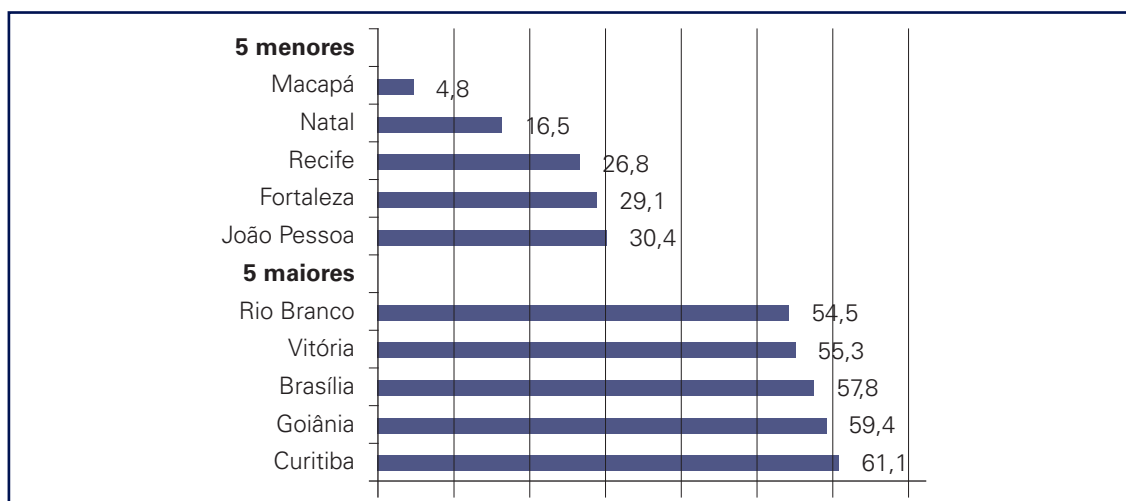
Essas duas causas — acidentes e trânsito e quedas — fazem uma confluência com várias formas de violências, pois as quedas podem ser atribuídas a vários fatores e juntas são responsáveis por 65% do total das causas violentas que provocam óbitos das pessoas idosas.

As **quedas** constituem ao mesmo tempo consequências de agravos à saúde, de negligências, de descasos e de descuidos. Elas devem ser consideradas um grave problema que leva à morte ou provoca lesões muitas vezes irreversíveis em pessoas idosas. Independente das faixas etárias, as mulheres são quem mais morre por esse agravo. Nos grupos acima de 80 anos, o percentual de óbitos por quedas chega a 50,6% do total das causas violentas que os vitimam. Sua ocorrência costuma juntar-se a situações desfavoráveis do ir e vir nas ruas, no trânsito e dentro de casa. A queda por escorregamento, por exemplo, tem elevada prevalência tanto em casa como nas ruas.

Como podemos constatar, o gráfico 8 exemplifica os locais onde as taxas de mortalidade por quedas são maiores e menores.

Gráfico 8

Taxas de mortalidade por quedas em idosos. Capitais, 2011.



Fonte: SIM/MS.

Da mesma forma que outros agravos, em cada local é preciso buscar as causas que promovem ou aumentam as quedas que vitimam essa população. Estudos revisados por Minayo, Souza & Paula (2010) mostram os fatores de risco para queda que, geralmente, são múltiplos e combinados: idade avançada, demência, déficits visuais, osteoporose, perda de equilíbrio, hipertensão arterial, tonturas recorrentes associadas a problemas auditivos, fraqueza nos membros inferiores, incontinência urinária, uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, diagnóstico de comorbidades e comprometimento anterior da marcha e da mobilidade. No caso do uso de medicamentos, a mais significativa associação com quedas foi encontrada no uso de drogas para alguns tratamentos cardíacos, em medicamentos psicoativos (remédios que agem no sistema nervoso, alteram a função do cérebro e temporariamente mudam a percepção das coisas, o humor, o comportamento e a consciência do que está se passando) e benzodiazepínicos (tranquilizantes que fazem diminuir a ansiedade, a tensão, o medo e ajudam a dormir).

Ainda que aconteça também nos transportes e nas ruas, o local de ocorrência mais comum das quedas é a casa, nos horários da manhã e da noite. Quanto ao tipo, as quedas da própria altura apresentam maior incidência e os traumatismos cranioencefálicos chegam a 15,1%.

Apesar de mais de 27% dos lares brasileiros abrigarem pessoas idosas — a maioria convivendo em famílias intergeracionais — não há ainda uma sensibilidade social sobre suas necessidades e nem existe consciência sobre o perigo das quedas, particularmente, quanto aos riscos que correm ao cair. Também as pessoas idosas que moram sozinhas têm elevada probabilidade de sofrerem queda e não terem ajuda imediata. Por exemplo, Ribeiro et al. (2008) mostram num estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro que uma elevada proporção (20,8%) dos idosos e idosas que haviam sofrido queda vivia sozinha.

Dentre as principais causas ambientais das quedas que acontecem em casa estão pisos e tapetes escorregadios e os locais mais comuns para os acidentes estão: a beirada da cama, a cozinha e o banheiro. Há também muitas quedas que ocorrem porque a pessoa idosa tentar acessar objetos em armários inacessíveis à sua altura e também pela ausência de iluminação noturna no trajeto para qualquer parte da casa.

Num estudo de caso realizado por Ferrer et al (2004) com 87 idosos e idosas que haviam sofrido queda — estudo esse que incluiu visita às casas de 53 deles — os pesquisadores não encontram nenhuma residência segura e livre de riscos.

É importante assinalar o elevado impacto desse problema na qualidade de vida da população idosa e a quantidade de cuidados que exige, depois das ocorrências, nas áreas clínica, de saúde pública, enfermagem, a psiquiatria, a fisioterapia, a ortopedia e a otorri-

nolaringologia. Alguns estudos ressaltam a depressão e a perda da independência também como problemas associados.

Quanto às consequências das quedas para as próprias pessoas idosas, o aspecto mais assinalado é o medo de cair outra vez seguido pela modificação dos hábitos de vida; a tendência à repetição do cair pelo enfraquecimento muscular provocado pela imobilização; a restrição das atividades costumeiras; e a diminuição do equilíbrio e da qualidade de vida em geral. Vários estudos mostram que mais de 20% das pessoas idosas sofreram queda, morrem no primeiro ano depois do ocorrido e nos casos da fratura de fêmur essa fração sobe para 1/3. Uma pessoa idosa imobilizada e acamada por queda está muito mais suscetível, sobretudo, a enfermidades respiratórias.

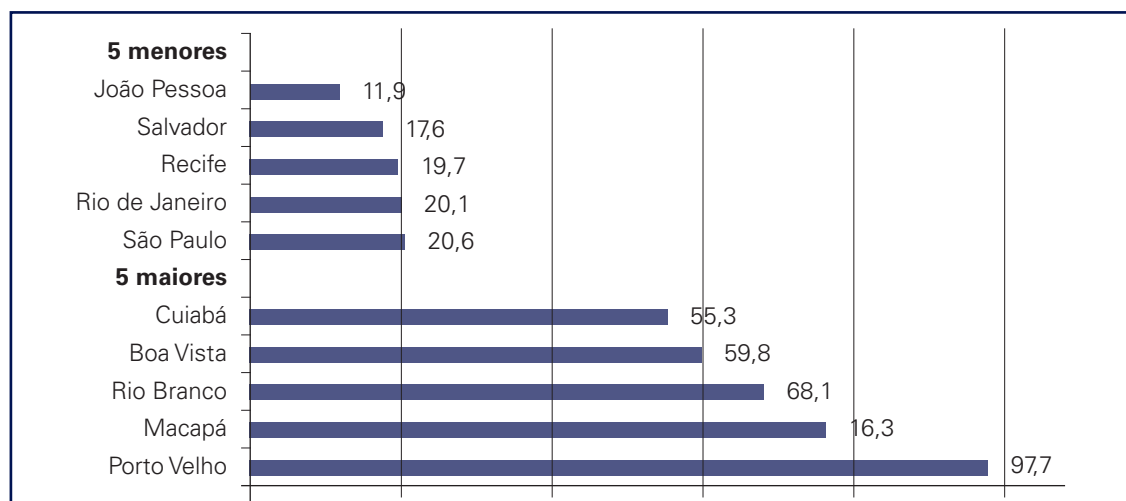
Os **acidentes de transporte** constituem a segunda causa de mortes violentas e os índices desse tipo de agravo têm aumentado significativamente no grupo de pessoas idosas em todo o mundo, principalmente entre os pedestres. Dada sua fragilidade e vulnerabilidade no trânsito, tem aumentado também o tempo de recuperação de sua saúde e diminuído a possibilidade de sua sobrevivência.

A ocorrência de mortes no trânsito difere conforme o aumento da idade e o sexo. No grupo de 60 a 69 anos no ano de 2011, morreram mais homens (37,2%) que mulheres (36,0%), ainda que os percentuais se aproximem. Na faixa de 70 aos 79, as diferenças entre idosos (32,3%) e idosas (24,0%) continuaram. Já no grupo de 80 anos ou mais, o percentual de mortes por essa causa, embora elevado, diminui muito entre os homens (18,3%) e mais ainda entre as mulheres 7,2%. Esses dados sugerem que os idosos e as idosas mais jovens se locomovem mais. Uma boa parcela deles dirige seus próprios veículos e está mais exposta à violência no trânsito. Já nas idades mais avançadas, as pessoas saem menos de casa ou vão para as ruas com acompanhantes que os protegem, por isso a ocorrência de traumas e mortes diminui.

As mortes no trânsito também se distribuem de forma diferente entre as capitais do país, evidenciando que em alguns locais os ambientes viários são mais amigáveis que em outros para as pessoas idosas. As informações que temos podem não representar os índices reais em razão de uma brutal sobnotificação. A seguir se encontram informações de mortalidade disponíveis para 2011, nas capitais com as maiores e menores taxas (ver gráfico 9).

Gráfico 9

Taxas de mortalidade por acidentes em transportes em idosos. Capitais, 2011.



Fonte: SIM/MS.

Dentre os fatores e variáveis relevantes que influenciam a maior fragilidade das pessoas idosas no ambiente externo, destacam-se os déficits visuais, auditivos, motores e cognitivos, além das condições psicológicas e sociais. Em muitos casos, a população idosa sofre várias doenças de forma combinada e tomam remédios que provocam efeitos colaterais indesejáveis e simultâneos. Embora essa vulnerabilidade esteja frequentemente associada a características típicas da faixa etária, aspectos relativos ao sistema de transportes são responsáveis pelo grau de segurança e pelo potencial de mobilidade dos quais essa população deveria desfrutar.

Quando falamos da relação da pessoa idosa com o trânsito, existe um trinômio que não pode ser separado: segurança, mobilidade e acessibilidade que lhe permita vivenciar um sentimento de independência, de dignidade ao se locomover para a rua. Ao contrário do que possa parecer, quando envelhece e se aposenta a população idosa pensa em desfrutar a vida fora de casa e a maioria continua a sair tanto quanto o fazia para ir aos locais de trabalho. A maioria gosta de andar a pé e utiliza o transporte público.

Várias pesquisas mostram que as pessoas idosas definem o ambiente viário como inseguro e hostil (Sant'Anna, 2013), particularmente quando falam de sua fragilidade como pedestres. A maioria relaciona a rua com outras formas de violência o que lhes provoca medo de sair de casa e considera o poder público como omissivo e incompetente para dar respostas que aumentem sua segurança. As pessoas idosas questionam, por exemplo, a existência de leis de trânsito que não são cumpridas. Pelos motivos descritos, embora a caminhada seja o meio de movimentar-se preferido dessa população, o prazer e a autonomia de ir e vir muitas vezes são tolhidos pelo medo de cair ou se acidentar nas calçadas esburacadas, de sofrer outras formas de violência e pelo receio de ser vítima da falta de civilidade ou imprudência dos que dirigem carro.

Quanto ao uso dos transportes públicos, desde 1998 por lei foi estabelecida a gratuidade do passe para maiores de 65 anos. No entanto, existem conflitos entre os governos e as operadoras sobre os custos e os aspectos legais dessa gratuidade. Diante desse impasse, os serviços não respondem devidamente às demandas específicas dessa população. Também quanto aos aspectos tecnológicos, em geral, os ônibus não atendem às necessidades ergonômicas dadas pelos limites físicos dessa população (Sant’Anna, 2013). Por exemplo, a altura dos degraus dificulta a subida e a descida das pessoas idosas. Em geral, os donos das empresas resistem a adquirir veículos mais apropriados, ou a adaptar os existentes, de acordo com o conceito de “desenho universal”, (Sant’Anna, 2013), por causa dos altos custos envolvidos.

Por isso, as pessoas idosas têm muitas queixas não apenas contra os perigos das ruas, mas também contra os transportes públicos. Elas consideram que além dos transportes serem incômodos, existe — com raras exceções — uma atitude desrespeitosa dos motoristas, o que acaba por acentuar os preconceitos sociais que sofrem. Reclamam principalmente contra: a longa espera pelos ônibus; o fato de os motoristas quando os veem não pararem nos pontos; os grosseiros arranques desferidos por condutores que não os esperam se acomodar em seus assentos; as dificuldades de acesso aos trens e metrô; as sinalizações inexistentes em travessias perigosas em que os carros avançam sobre os pedestres ou ainda, os sinais que se fecham muito rapidamente e não esperam que eles cheguem do outro lado das ruas e avenidas. Para a população idosa que vive no campo, os problemas são outros, particularmente a falta de transporte público e de socorro.

É importante lembrar que um sistema viário mais seguro e mais acessível e mais adequado para a pessoa idosa é, ao mesmo tempo, um sistema mais seguro para toda a população.

Capítulo 6

Causas violentas que levam as pessoas idosas aos hospitais

Em 2012, foram realizadas 169.673 internações de pessoas idosas por violências e acidentes, sendo que 50,9% se deveram a quedas; 19,2% a acidentes de trânsito; 6,5% a agressões e 0,3% a lesões autoprovocadas, além de outros agravos.

Segundo dados de 2012, mais mulheres (51.902) do que homens (34.517) usaram os serviços públicos por lesões e traumas provocados por violências e acidentes. Nas internações femininas, o fator mais importante foram as quedas, cujos percentuais foram maiores em todos os grupos de idade, quando comparados aos homens: nos de 60 a 69 anos os percentuais quase se assemelham (50,6% contra 49,4%) e a partir daí se distanciam: de 70 a 79 anos (56,0% contra 44,0%) e de 80 anos ou mais (63,4% contra 36,6%).

Observamos também que conforme aumenta a faixa de idade, maior é o percentual de internações por quedas no sexo feminino. Essa última afirmação se recobre de significância por dois motivos. Primeiro porque hoje precisamos de um olhar mais atento para as pessoas idosas acima de 80 anos, cuja saúde tende a se fragilizar; segundo, porque as mulheres estão vivendo muito mais tempo que os homens (a relação como já mencionado anteriormente é de 72 pessoas do sexo masculino para 100 do sexo feminino, a partir de 80 anos).

Um ponto que os gestores de saúde ressaltam é o valor médio dos gastos com uma pessoa idosa: ele é três vezes mais do que o que é gasto com a população em geral. Igualmente a taxa média de morte da população que é internada por causas externas é de 2,48 por 100.000 habitantes, enquanto no caso das pessoas idosas essa taxa é mais do que o dobro 5,5/100.000.



Capítulo 7

A violência difusa, permanente e insidiosa

Estudos vêm mostrando que na velhice, a pessoa vitimada por maus-tratos apresenta uma taxa de mortalidade muito mais alta do que os que não sofreram abuso. Por isso, é difícil separar a violência visível e que deixa marcas da que é invisível. No entanto, falar daquilo que fica oculto ajuda-nos a estar atentos tanto em relação à subnotificação quanto aos sinais ainda que leves do que a pessoa idosa pode estar sofrendo em instituições, nas famílias ou na solidão de suas residências.

Por mais que nos impressione saber a magnitude dos números — 24.669 idosos e idosas morreram em 2011 por violências e acidentes (o que corresponde a 68 pessoas por dia) e 169.673 deram entrada em hospital por quedas, traumas de trânsito, envenenamentos, agressões, sufocações, tentativas de suicídio em 2012 — a violência contra a pessoa idosa é muito mais intensa, disseminada e presente na sociedade brasileira do que as estatísticas conseguem registrar.

Como já dissemos anteriormente, os dados que temos se referem exclusivamente às mortes ou morbidades que foram registradas no sistema de saúde ou de segurança pública. Por isso, podemos dizer que os dados estatísticos constituem apenas a ponta do iceberg numa cultura cheia de conflitos geracionais e de dificuldades socioculturais, de saúde, assistência e segurança que a pessoa idosa tem que enfrentar.

A maioria das violências que não podem ser contadas já foi definida no capítulo anterior. Nesta parte buscaremos aprofundar três tipos que são os mais frequentes: a violência estrutural, a institucional e a violência familiar, que, quase sempre, ocorrem simultaneamente. Por isso, sofrem mais as pessoas idosas vulneráveis socialmente por causa das múltiplas dependências e incapacidades (Ramos, 2002).

A **violência estrutural** reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e das discriminações que os desprovidos de bens materiais mais sentem. A desigualdade não é privilégio da população idosa, pois em geral, os mais pobres o foram durante a vida toda. Mas nessa etapa da vida, a indigência ou a falta de recursos materiais castiga mais.

Embora o Brasil tenha reduzido a pobreza da população idosa (segundo dados do IBGE, apenas 6% dela hoje vive abaixo da linha de pobreza), apenas 25% dos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria é pobre. Quando uma pessoa idosa começa a viver no limite da pobreza tem muito menos possibilidade de escapar dessa situação do que qualquer outra das várias faixas etárias. Mesmo os que se aposentaram com rendimentos que correspondiam a vários salários até o máximo permitido, veem seus rendimentos diminuir ao longo dos anos. A pobreza na idade avançada tende a aumentar a dependência produzida por condições físicas e psicológicas. Assim, a relação entre dependência, pobreza e velhice adquire maior importância em relação à distribuição de recursos econômicos individuais e à disponibilidade de serviços sociais.

Desta forma, as condições de vida devem ser consideradas violentas quando elas se constituem em fator de risco, causa de conflito ou de isolamento para a pessoa idosa. Assinalamos particularmente a aglomeração e a falta de privacidade que vivenciam nas famílias intergeracionais de baixa renda. É importante assinalar também que, mesmo considerando que a violência contra a pessoa idosa possa ocorrer quando a vítima e o agressor vivem separadamente, o risco é maior quando o perpetrador vive com ela na própria casa. Igualmente, o isolamento dela pode acontecer mesmo quando ela vive rodeada de pessoas da família, se não é percebida, não é ouvida e sua vontade não consta no contexto das relações. Ou seja, a solidão não é apenas um fato físico, é, principalmente, uma situação psicológica e emocional. A solidão é um fator de negligência e abandono, podendo se apresentar como causa ou como consequência de abusos.

As diferenças de gênero tornam a situação da violência estrutural mais crítica. As pesquisas gerontológicas mostram que as mulheres de idade avançada (e não os homens) estão mais expostas à pobreza, à solidão e à viuvez, tem mais problemas de saúde e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida. Portanto, elas constituem o grupo mais vulnerável entre os pobres e entre as pessoas idosas pobres, por causa das limitações da idade, por causa das perdas e porque têm mais problemas de saúde e dependências.

Mas a violência estrutural pesa sobre as idosas, sobretudo pelas seguintes razões: nunca no país houve compensação, reconhecimento ou direito à aposentadoria a mulheres cujo trabalho tenha sido primordialmente doméstico; a grande maioria dessa geração de mulheres idosas dedicou toda sua vida a ser dona de casa e a cuidar dos maridos e dos filhos; existe discriminação sexual no mercado de trabalho formal onde as mulheres (ainda hoje imagine no passado!) ganham menos e, por esse motivo, suas aposentadorias são mais baixas; caso decidam voltar a trabalhar, poucas são admitidas em empregos formais por falta de experiência recente ou pela idade; muitas não têm direito à pensão de seus maridos. Portanto, a maioria vive em situação de desvantagem econômica.

Também são as idosas, em maioria, que configuram a população cativa das instituições de longa permanência (ILPI) e dependente do poder público ou da caridade cristã. Muitas são abandonadas nas ILPI porque possuem pouco ou nenhum recurso financeiro, porque são solteiras ou viúvas e porque são mais abandonadas pelos filhos que os homens velhos.

Sobre elas, de forma muito cruel, incidem os efeitos da violência estrutural combinada com a violência simbólica, por serem destituídas de suas casas, de seus pertences, das relações familiares, das amizades, da vizinhança e de suas próprias histórias, vivendo como anônimas.

Para acentuar o doloroso processo de despersonalização de muitas senhoras que moram nas ILPI, existe uma prática muito comum nessas instituições de infantilizá-las, levando-as a omitir sua voz e seus desejos e a obedecer às regras que os funcionários/as esperam que elas acatem. Felizmente, muitas delas reinterpretem essas instituições como seus próprios lares, numa atitude de superação que mostra sua força e sua resiliência frente a condições tão adversas.

É importante lembrar que em relação à vitimização mais frequente e intensa das mulheres idosas, além do Estatuto do Idoso existe a Lei 11.340/2006, popularmente denominada “lei Maria da Penha” que visa a coibir todos os tipos de agressão, dando especial atenção à violência doméstica e familiar.

Abusos econômico-financeiros e patrimoniais — Já definimos essa forma muito comum de violência que hoje é das mais relevantes em todo o país. Como já dissemos, ela apareceu no elevado percentual de 40,1% das denúncias recebidas pelo “Módulo Disque Idoso” do “Disque 100” da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência de República (SDH/PR, 2013) entre 2010 e 2012.

Estudos de Souza et al (2008) realizados numa delegacia especializada do Rio de Janeiro em 2008 mostraram que, depois dos maus-tratos (48,5%), foram o constrangimento ilegal (11,1%), a apropriação indébita (10%) e as ameaças (9,4%) as queixas principais das pessoas idosas. Esses mesmos autores, pesquisando os dados do Núcleo de Estudos e Apoio à Pessoa Idosa também do estado do Rio de Janeiro, depois da violência física (47,4%), a apropriação indébita de bens e pertences (24,0%) e abandono (21%) constituíram as principais queixas. Desta forma, temos que reforçar o que vimos repetindo ao longo do texto: violências físicas se misturam às econômico-financeiras e patrimoniais e àquelas que ninguém vê, mas a pessoa idosa sente.

Todos os estudos que existem no país sobre o assunto mostram que os abusos financeiros, econômicos e patrimoniais são cometidos predominantemente por familiares, em tentativas de forçar procurações que destituam os velhos/as de seu poder sobre seus bens; na realização de vendas de bens e imóveis sem seu consentimento; por meio da expulsão deles de seus lugares tradicionais no espaço físico do lar quando ficam viúvos; por seu confinamento em aposentos pequenos ou no fundo das casas, forçando-os a deixar seu quarto para os casais mais novos, entre outras formas de coação.

Diferentes formas de violências e maus tratos financeiros e patrimoniais são praticados também por empresas, particularmente, por bancos e lojas. Os campeões de queixas por parte dos velhos são os planos de saúde com seus aumentos abusivos e por negação de socorro em momentos de elevada vulnerabilidade. São vítimas ainda, de estelionatários e das “facilidades” dos créditos consignados a favor de outras pessoas da família, o que lhes consome os parques, mas seguros, rendimentos.

A **violência institucional** constitui um capítulo muito especial no conjunto de maus-tratos às pessoas idosas, embora nossas leis escritas para protegê-las podem ser comparadas às melhores do mundo. Numa publicação de 2001, Barroso compilou 53 leis, decretos, resoluções e portarias, nos quais as pessoas idosas são mencionadas como sujeitos de direitos e objeto de proteção social. Ou seja, embora possamos encontrar contradições entre alguns dispositivos legais, não precisamos de mais amparo legal. Precisamos que a Constituição e as leis se cumpram para o que o próprio Estado não se torne um violador institucional.

No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde, de assistência e de previdência são as campeãs de reclamações nos órgãos de proteção como Defensoria, Ministério Público e Delegacias de Idosos. Num resumo das principais queixas poderíamos dizer que as pessoas idosas julgam que existe muito pouca consideração com elas, que os serviços são exercidos por uma burocracia impessoal que reproduz a discriminação por classe — atendendo mal aos mais pobres e necessitados de cuidados, causando imenso sofrimento aos que não têm condições de optar por outros serviços. Muitos verbalizam que se tivessem dinheiro e pudessem escolher não seriam tratados com tanto menosprezo: longas filas, falta de informação adequada, comunicação confusa e ausência de uma relação pessoal compreensiva sobre sua situação (Oliveira et al, 2007). Apesar do êxito que vem ocorrendo na Estratégia Saúde da Família, por exemplo, há muitas fragilidades entre as normas e a prática social. O serviço de saúde pública é o principal pesadelo desse contingente populacional, que também é o mais penalizado pelos preços abusivos dos planos de saúde.

Krueger e Patterson (1997) ressaltam que, internacionalmente se observam falhas na formação dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, que não estão preparados para diagnosticar e tratar a população idosa, particularmente a que é vítima de violência. Falta também, na maioria dos países, um sistema de referência para encaminhamento, seguimento e efetiva solução dos casos de abusos físicos, psicológicos e outros agravos que chegam aos serviços. Desta forma, além da ausência de cuidados com os idosos que sofrem maus-tratos e abusos, os próprios serviços sociais e de saúde acabam por ser autores de violência.

Como já mencionado, uma forma de violência institucional muito frequente se expressa nas relações e nas formas de tratamentos que as instituições de longa permanência (ILPI) dispensam às pessoas idosas que aí residem. Estudos de Porto et al (2008) em ILPI no estado Rio Grande do Sul relatam que as pessoas idosas entrevistadas se queixam de agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros e, em menor grau, de abusos físicos. Uma tese sobre o mesmo tema na cidade de Salvador (Freitas, 2009) mostrou, além dos problemas assinalados acima, os conflitos e desentendimentos familiares que levam as pessoas idosas a serem retiradas de casa e abandonadas nessas instituições de abrigo. E Berzins (2009) num estudo da mesma problemática na cidade de São Paulo usou termos muito concretos para se referir às violências que lhe foram relatadas pelas pessoas idosas que vivem nas ILPI: falta de escuta, frieza, rispidez, desatenção e negligências. Todas essas atitudes e comportamentos mostram desrespeito, menosprezo e abuso, na maioria das vezes, reforçados pela ausência das famílias que poderiam funcionar como uma vigilância informal das instituições.

Podemos assim concluir que seja por falta de formação, de estrutura, de uma visão abrangente, ética ou de compreensão do fenômeno do envelhecimento, em muitas ILPI acontecem e se reproduzem abusos, maus tratos e negligências que chegam a provocar mortes, incapacitações e aceleração de dependências e de doenças mentais como depressão. Em muitas instituições e até em locais que se apresentam como clínicas conveniadas, as pessoas são despersonalizadas, destituídas de qualquer poder e vontade e têm carência de alimentação, higiene e cuidados médicos.

Não se salvam nem muitas instituições para a classe média onde, por exemplo, com desculpa de proteger a privacidade, muitas pessoas idosas permanecem isoladas em seus quartos, têm pouca comunicação e relacionamentos, precipitando, dentre outros agravos, ideações suicidas. Mesmo depois de a Vigilância Sanitária, a partir de 2005 ter normatizado o funcionamento das ILPI e criado um instrumento para avaliação do funcionamento dessas casas, essa agência tem um corpo mínimo de fiscais, de forma que os problemas citados são descritos em todas as reuniões onde tratamos de violência contra a pessoa idosa, como se estivéssemos esperando um novo escândalo como o já referido da Clínica Santa Geneviva no Rio de Janeiro, ocorrido em 1996. De lá para cá avançamos muito pouco.

Mas aqui queremos nos referir também a outro tipo de ausência (negligência) do poder público: o número insignificante de equipamentos públicos de apoio social às famílias das pessoas idosas. As falhas que as ILPI apresentam não podem servir de desculpas para justificar o pequeno número das existentes frente às necessidades dessa população. Um Censo dessas instituições realizado por Camarano (2010) mostra que as ILPI atendem hoje 84.000 pessoas idosas, o que representa menos de 0,5% dessa população. As mulheres predominam (57,3%). Em média, elas são estabelecimentos pequenos com cerca de 30 residentes que estão funcionando com plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados no momento do Censo. Mesmo com o elevado montante de 24.800 milhões de pessoas idosas, o Brasil possui só 3.548 ILPI. Dessas, só 218 são públicas, a maioria é filantrópica e apenas 22% recebem contribuição pública. Em 2/3 dos municípios brasileiros não há nenhum tipo de abrigamento ou outro formato de apoio.

Violência intrafamiliar — A família é o maior porto seguro das pessoas idosas: mais de 90% delas moram com filhos, filhas, netos ou outros parentes. Como já dissemos, uma média de 27% dos lares brasileiros tem pelo menos uma pessoa idosa que, por sua vez, faz parte de famílias intergeracionais nas quais 29,1% têm 60 a 79 anos e 4,6%, 80 anos ou mais. Embora haja um aumento do número de pessoas idosas que vivem sozinhas (cerca de 6.7 milhões) — sendo que desse conjunto, 40% são mulheres — é na família que ocorre a maior parte das violências contra eles.

No seio das famílias, a maioria das violências fica invisível e é de difícil diagnóstico. Principalmente porque os sentimentos de culpa e de vergonha da pessoa idosa que é maltratada costumam se ajuntar ao medo de retaliação ou de represália por parte dos agressores ou dos que os negligenciam. A maioria dos casos de violência contra esse grupo social — de forma particular, contra as pessoas mais velhas, dependentes e doentes — ocorre por negligência de cuidados e é perpetrada com mais frequência diretamente por familiares.

A violência familiar é enfatizada pelos estudos nacionais e internacionais como a mais frequente forma de abuso que as pessoas idosas sofrem. Pesquisas revelam que cerca de 2/3 dos agressores são filhos, parentes e cônjuges. São particularmente relevantes os abusos e negligências que se perpetuam por choque de gerações, por problemas de aglomeração de pessoas nas residências ou por falta condições e de disponibilidade para cuidá-los. A isso se soma, em muitas famílias, o peso do imaginário social preconceituoso que concebe as pessoas idosas como seres humanos decadentes e descartáveis (Minayo, 2005; Debert, 1999).

No Brasil, no período de 2000 a 2010 foram realizadas várias pesquisas de base populacional — embora sejam localizadas em determinados municípios — sobre a chamada “violência doméstica ou intrafamiliar” que atinge a pessoa idosa. Numa delas (Moraes et al, 2008), que consistiu num inquérito familiar em área de abrangência do programa Médicos de Família, em Niterói (RJ), foi constatado que existe maior prevalência de abusos físicos graves nas residências com pessoas idosas mais jovens, com maior número de indivíduos morando juntos e prevalência de morbidades e vulnerabilidades como depressão, incontinência urinária e fecal, diabetes e reumatismo e comorbidades. Outra pesquisa realizada com base nos dados do Programa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) do município de São Paulo (Sanchez et al, 2006) encontrou maior vulnerabilidade entre mulheres com idade avançada e baixa escolaridade; e homens e mulheres solteiros ou viúvos. Já uma investigação em Ribeirão Preto (SP) (Gaioli et al, 2008), contrariando a maioria das referências existentes, encontrou maior frequência de violência intrafamiliar contra homens (58,6%), sendo perpetradores os filhos, netos, genros e noras. Uma investigação (Wanderbroocke, 2012) que ouviu as próprias pessoas idosas sobre os maus-tratos que sofrem nos seus lares, ressaltou que eles se queixam do desrespeito dos familiares, do abandono em que são deixados, de abusos financeiros e patrimoniais e negligências. Todos esses assuntos já foram tratados aqui, inclusive teoricamente.

Desta forma, podemos concluir que muitas pessoas idosas são vítimas de maus-tratos nas suas famílias. Mas mulheres velhas são as mais abusadas, vindo a seguir homens e mulheres com dependências físicas, mentais ou econômicas, acamados, que sofrem depressão e outros problemas mentais e nervosos, que têm histórico de agredir os filhos ou outros familiares, que abusam do álcool ou de outras drogas, são cadeirantes e os que têm doenças incapacitantes.

Pesquisas mostram que existe uma sinergia entre os familiares agressores e as pessoas idosas agredidas, pois nesses casos estamos falando de um tipo de violência relacional. Estudos nacionais (Menezes, 1999; Brasil, 2001; Minayo 2005; Minayo, Souza & Paula, 2010) e internacionais (Anetzberger et al., 1994; Ortmann et al., 2001; Wolf, 1995; Wolf et al, 2002) evidenciam que existe um perfil do abusador familiar: por ordem de frequência, costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas; e a seguir, noras, genros e côn-

judes. Sanmartin et al. (2001) confirmam que as pessoas idosas acima de 70 são geralmente as mais agredidas. Como perfil dos agressores, esses autores apontaram: filhos e filhas (57%); genros e noras (23%); cônjuges 8%.

Quando aprofundamos a caracterização do agressor encontramos algumas situações assinaladas na maioria das pesquisas: agressor e vítima viverem na mesma casa; os filhos serem dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada; idosos e idosas dependentes da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência; o abuso de álcool e dependência química por parte dos filhos, outros adultos da casa ou pela própria pessoa idosa; haver, na família, um ambiente de vínculos afetivos frouxos; isolamento social dos familiares e da pessoa em idade avançada; o idoso ou idosa ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares; haver história de violência na família; e os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, padecerem de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico. Alguns estudos mostram que os homens que agredem física e emocionalmente as pessoas idosas em suas casas, costumam usar álcool e drogas em uma proporção três vezes mais elevada dos não abusadores.

Uma das questões mais comuns narradas por delegados, promotores de justiça, defensores públicos e assistentes sociais que atendem às pessoas idosas é que as vítimas tendem a minimizar a gravidade dos maus-tratos e a se mostrarem leais a seu agressor, negando-se a adotar medidas legais contra membros da família ou a discutir sobre esse assunto com terceiros. Elas preferem conviver com maus-tratos a abrir mão de um relacionamento pessoal e efetivo de toda a vida.

Na área da saúde também, estudos como o de Krueger e Patterson (1997) também ressaltam as dificuldades apontadas pelos médicos para detecção da violência, quando comparam aos consultórios porque eles tendem a ocultá-la. Entre os principais obstáculos que os profissionais enfrentam estão: a negação por parte da pessoa idosa de que na família existe o maltrato, embora haja sinais ou sintomas de abuso, e oposição por parte da vítima a que se faça algum tipo de intervenção no seu ambiente, uma vez identificado o maltrato.

A Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil criou o “Disque 100” para receber denúncia de qualquer cidadão sobre violação de direitos. Desde novembro de 2010 foi implantado o “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos” (SDH, 2013) e, a partir de então, vêm aumentando as chamadas a esse órgão que não apenas acolhe o pedido de socorro, como encaminha os casos para que sejam solucionados por instituições competentes. É claro que não podemos tomar as denúncias do “Módulo Idoso do Disque 100” como se fossem o conjunto das violências sociais, institucionais e familiares que as pessoas idosas sofrem. Mas são as que elas e ou outras pessoas estão tornando públicas. É preciso relativizá-las, porque a maior quantidade de denúncias tem ocorrido em estados da federação onde nem as taxas de morte nem as de morbidade por causas externas são as mais elevadas do país. Possivelmente nos locais onde as pessoas idosas mais acionam o “Módulo Idoso do Disque 100 Direitos Humanos” a consciência social sobre o problema é mais elevada. Por outro lado, é preciso valorizar essas informações que, mesmo com todas as ressalvas, estão mostrando a grave existência da violência social visível e difusa.

Nesse conjunto de dados ressaltam as denúncias de negligência (68,7%); seguidas pelos abusos psicológicos (59,3%); abusos financeiros, econômicos e violência patrimonial (40,1%). Os maus-tratos físicos vêm em último lugar (34%), dando-nos razão de que a violência contra a pessoa idosa é muito mais abrangente e difusa do que as que aparecem nas taxas de morte e de internações hospitalares. A soma dos percentuais do Disque Idoso também não dá 100, confirmando outra hipótese nossa de que os abusos se superpõem. Esse importante dispositivo da Secretaria de Direitos Humanos mostra ainda que de 2010 a 2012 houve um aumento de 199% no número de denúncias, o que revela maior universalização do sistema entre as pessoas acima de 60 anos, Conselhos de Direitos e outras instituições públicas e privadas voltadas para os cuidados desse grupo populacional.

Enquanto no nível nacional as negligências ocupam o primeiro lugar, estudos locais mostram situações diferentes. Pesquisa feita numa delegacia civil específica para o público idoso do Rio de Janeiro (Souza et al, 2008) revela que, dos 898 registros de atendimento/ano, os motivos mais frequentes de denúncias foram maus-tratos (48,5%), constrangimento ilegal (11,1%), apropriação indébita (10%) e ameaças (9,4%). No Núcleo de Estudos e Apoio à Pessoa Idosa também do estado do Rio de Janeiro, maus-tratos (47,4%), a apropriação indébita de bens e pertences (24,0%) e abandono (21%) constituíram as principais queixas das pessoas idosas (Souza et al, 2008). Ou seja, de um lado é importante observar que as violências físicas se misturam às econômico-financeiras e às que ninguém vê, mas a população idosa sente; de outro, é preciso fazer estudos locais para fundamentar as ações, pois em cada lugar a realidade é diferente.

Familiares cuidadores — Muitos estudos vêm desmistificando a ideia de que os cuidadores familiares seriam os maiores agressores das pessoas que assistem e que as situações de maus-tratos e negligências tenderiam a piorar, quanto mais a população idosa fosse dependente e mais tempo exigisse de atenção e dedicação. Pesquisadores como Kleinschmidt (1997) e Reay e Browne (2001) constataram que essa relação, sem dúvida estressante, só se transforma em violenta quando o cuidador se isola socialmente; quando sofre depressão ou problemas psiquiátricos; quando são frouxos os laços afetivos entre a pessoa idosa e ele; ou quando quem assiste à pessoa dependente foi vítima de violência por parte dela.

Williamson e Schaffer (2001) chegam a afirmar que é a qualidade da relação entre o familiar e seu cuidador antes de ele ficar em estado de dependência que determina a forma positiva ou negativa como este último percebe seu trabalho. Se o cuidador o considera castigo ou ato de dedicação amorosa, o que é preditivo também de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. É muito ilustrativo o trabalho de Caldas (2002), que, por meio de uma abordagem fenomenológica, ouviu e interpretou a ótica dos cuidadores sobre o impacto em suas pessoas e em suas famílias, da convivência com pessoas idosas em processo de demência. Em seu estudo, essa autora enaltece os cuidadores, mas também chama atenção para o processo de sofrimento daqueles que, “com toda a dificuldade e mesmo sem apoio, conseguem cuidar, fazendo adaptações que geram grandes custos materiais e comprometem sua saúde física e mental” (Caldas, 2002:70). Suas falas evidenciam uma urgente e profunda necessidade de suporte material, institucional e comunitário.

TERCEIRA PARTE

Estratégias de ação



Estratégia 1

Investir numa sociedade para todas as idades

A estratégia mais abrangente aqui sugerida se inspira no slogan da campanha da ONU para o Ano Internacional do Envelhecimento Saudável em 1999 e foi consagrada no texto final II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Madri em 2002, segundo o qual:

O grande desafio trazido pelo acelerado envelhecimento populacional no século XXI é promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades.

O conceito de uma sociedade para todas as idades pode ser desdobrado em dois princípios e duas conclusões:

- ao tomar uma decisão que beneficie a pessoa idosa, todos os outros grupos populacionais passam também a ser beneficiados por ela, gerando assim um ambiente social mais amigável, maior interação entre as gerações e uma vida com hábitos mais saudáveis para todos;
- a promoção e a proteção dos direitos humanos e liberdades fundamentais são essenciais para uma sociedade que inclua todas as idades, sem discriminação e em condições de igualdade.

A primeira conclusão é que uma sociedade para todas as idades não privilegia apenas as pessoas idosas, mas a partir delas, beneficia todas as gerações. A segunda conclusão é que: uma vez irreversível o aumento em quantidade e em número de anos da população idosa, investimentos que a focalizem se tornam imprescindíveis para o desenvolvimento dos países em todos os níveis e faixas etárias.

As orientações prioritárias “de uma sociedade para todas as idades” devem levar à realização de ações concretas de ajuste, de tal forma que o êxito de tal estratégia possa ser medido pela melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e pela sustentabilidade dos diversos sistemas que busquem o seu bem-estar.

Assim, em qualquer política de prevenção e atenção à violência contra as pessoas idosas, atualmente, precisamos considerar as diferentes formas de configuração do problema. Devem

ser objeto de especial atenção: políticas públicas que redefinam, de forma positiva, o lugar da população idosa na sociedade e privilegiem o cuidado, a proteção e sua subjetividade, tanto em suas famílias como nas instituições, tanto nos espaços públicos como no âmbito privado. Investir nas pessoas idosas é acreditar que elas podem contribuir na vida social, que elas são úteis e que elas têm um potencial incalculável de expandir seus próprios limites.

Estratégia 2

Segundo todas as convenções internacionais, os governos devem priorizar os direitos da pessoa idosa

Cabe aos governos a responsabilidade principal de liderar as ações que promovam os direitos da pessoa idosa. No caso brasileiro, já temos uma política de Estado para esse grupo populacional representada num conjunto de leis e dispositivos que asseguram aposentadorias, pensões, benefícios de prestação continuada de forma quase universal e várias prioridades nas mais diferentes esferas da vida social. Louváveis e importantes, esses dispositivos têm contribuído para uma velhice menos exposta à pobreza, ao desamparo e à discriminação.

A última louvável iniciativa do Governo Federal ocorreu em 30 de setembro de 2013 quando através do Decreto de nº 8.114, foi firmado o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, através do qual se instituiu a Comissão Interministerial, composta por representantes de 17 ministérios, para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos.

No entanto, faltam ações concretas, assumidas como ações do Estado para garantir os direitos conquistados. Nesse ponto, é preciso separar o nível federal que deve orientar e promover os meios, e o nível local, a quem cabe uma atuação direta e concreta.

- É preciso manter, aprofundar e universalizar cada vez mais os mecanismos de denúncias de violação de direitos humanos — o “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos”, utilizando os dados aí notificados para dar visibilidade aos problemas e priorizar o acompanhamento de ações contra a violência.
- É preciso também garantir campanhas e movimentos de sensibilização da sociedade sobre a questão do envelhecimento e sobre as violências mais comuns nessa etapa da vida. Mas também garantir que todas essas ações estejam associadas a mecanismos de coibição de abusos e de maus-tratos.
- É preciso investir na qualidade das ILPI. Como já dissemos anteriormente, só 280 delas são públicas no país, ou seja, a maioria dos municípios brasileiros não tem esse tipo de serviço para oferecer aos que dele necessita. Das 3.548 existentes que cuidam de 83.000 pessoas idosas, os tipos de arranjos que utilizam para se manter são vários. Embora seja uma vitória já termos um processo de regulação dessas instituições pela Vigilância Sanitária (ANVISA), é preciso que as normas estabelecidas sejam monitoradas por uma fiscalização rigorosa. Geralmente as pessoas idosas

que ali vivem têm muito pouco poder de vocalização de suas necessidades e problemas. Quando não há fiscalização, a violência institucional mais cruel se instaura, pois se somam à negligência do Estado, a ganância dos donos, a burocratização das relações por parte dos funcionários e o abandono das pessoas por suas famílias.

- É preciso também, incentivar outras formas de apoiar as famílias com equipamentos sociais como Centros de Convivência, Centros-Dia, Residências Coletivas e Serviços de Apoio aos Cuidadores Familiares. Não é possível que o Estado brasileiro deixe na conta das famílias uma série de problemas que o envelhecimento de seus membros pode trazer. Embora sejam os **governos locais** que acabem por se incumbir desses equipamentos, o governo federal precisa orientar o que e como fazê-lo.
- A responsabilidade do Estado precisa se refletir nos governos locais. Os gestores municipais, com apoio dos conselhos de direitos da pessoa idosa e de outras instituições devem ser pró-ativos:

É preciso que o município planeje e execute ações que promovam o envelhecimento ativo, positivo e saudável e, proteja as pessoas que sofrem dependências físicas, mentais e sociais. Como fazer isso? Realizando um levantamento de quantas pessoas acima de 60 anos há no município, quem são elas, onde estão, como vivem, que necessidades têm e que iniciativas devem ser tomadas para atendê-las. Esse diagnóstico situacional deve ser a base para priorizar ações de curto, médio e longo prazo e ir aos poucos avaliando a sua efetividade. O papel dos governos municipais não pode ser apenas de “apagar fogo” quando surgem ações emergenciais. No caso do envelhecimento, custa muito menos prevenir agravos e dependências do que tratá-los.

O planejamento de ações a favor da pessoa idosa no nível local deve orientar-se em três direções:

- Aumentar as chances dos que são ativos e autônomos de prolongarem essa situação por muitos anos, oferecendo-lhes programas sociais, culturais, de voluntariado, de turismo, de lazer e de participação nas várias instâncias de poder;
- Cuidar para que o espaço de circulação das pessoas seja mais seguro e amigável o que beneficiará a todas as gerações: calçadas, travessias, transportes públicos, parques e jardins, dentre outros. As pessoas idosas gostam de sair, fazer compras, passear, bater papo, estudar, participar de grupos e convenções e têm direito a ir e vir com segurança;
- Dar suporte aos familiares que precisam trabalhar e não têm com quem deixar seus familiares idosos, providenciando Centros-Dia e ou outras iniciativas;

- Oferecer apoio e assistência à saúde aos familiares que cuidam de pessoas idosas com dependências e necessidades especiais;
- Ajustar os serviços de assistência social, farmacêutica e de saúde física e mental às necessidades dos que são mais pobres e vulneráveis;
- Em casos em que as famílias não tenham como cuidá-los, providenciar instituições de longa permanência (ILPI) que possam acolher os mais necessitados; ou conveniar-se com organizações não governamentais que prestam esse serviço. Um sinal de alerta deve ser dado em relação às ILPI: uma vez mapeadas ou implantadas, é preciso exigir qualidade dos serviços prestados (assistência, alimentação, cuidados especiais) para evitar as graves violências, negligências e maus-tratos que costumam ocorrer nesses locais, onde as pessoas são mais dependentes e, na maioria das vezes, nem conseguem expressar ou ver acolhido seu sofrimento.

Estratégia 3

Contar com a pessoa idosa: “nada sobre nós sem nós”

Aqui temos um dilema. De um lado, queremos uma sociedade que ouça a voz da pessoa idosa quanto a suas necessidades e seus desejos. Também é isso que expressam politicamente os documentos nacionais e internacionais sobre o envelhecimento. De outro lado, a realidade mostra a ausência quase completa da própria população idosa nas propostas de ação que promovem a sua cidadania.

Quase sempre as ações que visam a prevenir as violências e a promover a inclusão das pessoas idosas em todas as esferas sociais têm sido delegadas a instituições importantes e que cumprem funções fundamentais, mas falam em nome delas.

Existem algumas que foram criadas por idosos/as, mas ainda são poucas e não conseguem se fazer ouvir na medida em que gostariam, como é o caso da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP) e o Fórum Nacional Permanente da Sociedade Civil pelos Direitos da Pessoa Idosa, criado em 2010 para reunir várias iniciativas que já existiam. Seu papel principal é o de controle social democrático.

Portanto, as pessoas idosas precisam exigir muito mais sua presença nos espaços sociais e políticos, nunca delegando sua voz a outros. Mas ao mesmo tempo precisam contar com instituições civis e acadêmicas para aumentar seu poder de vocalização. Torna-se estratégico, portanto:

Que as pessoas idosas, por meio de seus grupos representativos, fomentem o protagonismo exigindo estar presentes nas várias instâncias da sociedade. Ninguém pode fazer por elas, quando elas próprias não são capazes de defender seus interesses. Também é estratégico que os poderes públicos federais e locais, ouvindo os movimentos sociais que defendem esse grupo etário, incluam as pessoas idosas nos processos de organização e transformação social. É estratégico, por fim, que as organizações defensoras da população idosa não se contentem em reclamar sobre a violação de seus direitos, mas atuem a favor de todas as gerações.

Estratégia 4

Apoiar as famílias que abrigam pessoas idosas em sua casa

Sabemos que mais de 90% dos velhos residem com suas famílias e mais de 27% das casas brasileiras têm pelo menos uma pessoa idosa. Várias ações precisam ser realizadas para que os familiares entendam as questões típicas do envelhecimento e cuidem adequadamente de seus avós e bisavós. Apresentamos três ações principais: adaptação da casa, mudança de comportamento e apoio aos cuidadores.

Uma ação estratégica fundamental é adaptar a casa às necessidades da pessoa idosa, mesmo se ela é ativa e trabalha, prevenindo dependências provocadas por acidentes domésticos como quedas, queimaduras e as intoxicações.

A casa — Sendo a queda o principal acidente em casa e a principal causa de mortes e internações nesse grupo etário é preciso evitá-la desde a primeira vez. Como fazê-lo? Ter iluminação suficiente nos espaços frequentados pelas pessoas idosas; adaptar pisos antiderrapantes nos corredores, na cozinha e no banheiro; evitar tapetes ou colocar dispositivos antiderrapantes debaixo deles; colocar barras de apoio no banheiro; colocar corrimão nas escadas; e ter os objetos de uso comum em lugares acessíveis de forma que a pessoa idosa não tenha que usar escadas ou cadeiras para acessá-los. Um belo trabalho sobre os cuidados com a casa para evitar quedas, queimaduras e intoxicações está à disposição do público no site da Fundação Mapfre (www.fundacionmapfre.com.br), especializada na prevenção de acidentes domésticos nessa faixa etária.

O mais comum é que muitas famílias não tenham condições financeiras de arcar com os gastos de adaptação de suas residências. É aí que o apoio do governo federal e dos gestores locais precisa entrar fortemente. Um trabalho preventivo deste porte ajuda as pessoas idosas a continuarem independentes; as dependentes a terem mais conforto nas cadeiras de roda ou na locomoção ajudada por outra pessoa e diminui os custos sociais, médicos e de assistência dessa população.

Os comportamentos — É muito importante hoje no Brasil, que se produzam campanhas de sensibilização sobre o envelhecimento, voltadas para toda a sociedade, mas que

atinjam de forma particular as famílias. Sabemos que, quando há aglomeração de pessoas nos arranjos familiares, as pessoas idosas são os mais prejudicados. E aí os preconceitos sociais arraigados culturalmente ocorrem: elas são vistas como um peso, mesmo quando ajudam nos serviços domésticos e contribuem financeiramente. É claro que essa postura não é generalizada, mas todos os estudos mostram que é nas famílias que as pessoas idosas são mais desvalorizadas e onde ocorrem mais de 90% das violências físicas, psicológicas, econômicas e patrimoniais de que elas são vítimas.

Embora o abuso ocorra em todas as classes sociais, é importante levar em conta que a maioria da população idosa é pobre, vive em famílias pobres e com muito poucos recursos.

Portanto, uma atenção especial dos Serviços Sociais e da Estratégia Saúde da Família para os lares onde há pessoas idosas é fundamental para proteger sua saúde, seu bem-estar e prevenir a violência. Ações importantes como a que é realizada pela Pastoral da Pessoa Idosa, que colaboram fortemente para proteger os que ali estão cadastrados também precisam ser incentivadas dentro da ótica de parceria entre o poder público e as ONG. Esses serviços que não aguardam a demanda dentro de um escritório, mas prestam uma atenção pessoal e em casa, têm muito melhores condições de contribuir para os mais diferentes tipos de ajustes que as famílias precisam fazer em suas residências, em função das pessoas idosas.

Cuidadores Familiares — O desejo manifesto de qualquer pessoa idosa é ser cuidada no final de sua vida, pelo cônjuge, pelos filhos ou por parentes próximos. No caso das famílias pobres com pessoas idosas dependentes a situação familiar é muito mais complicada, pois falta a casa adaptada adequadamente, faltam recursos materiais para alguém parar de trabalhar e se dedicar, falta o dinheiro para os medicamentos e falta a formação necessária para administração dos cuidados. Em todas as classes sociais, geralmente, alguém, quase sempre uma mulher, “se sacrifica” para cuidar da pessoa idosa dependente, enquanto as outras se omitem.

Por esses motivos, os setores de saúde e de assistência social estão devendo às famílias uma ação muito mais efetiva e eficaz: elaboração de meios que ajudem o cuidador ou, quase sempre, a cuidadora. Geralmente, ele ou ela têm de deixar o trabalho para assistir a pessoa idosa. Por isso, precisam ser pensados — ou intensificados no caso de existirem — serviços públicos de assistência domiciliar; formação de cuidadores familiares e profissionais; orientação da pessoa cuidadora, oferecendo-lhe alternativas para que não sucumba à fadiga e cometa violências; um esquema de socorro eficaz; e um atendimento médico de tipo emergencial a tempo e a hora, segundo a necessidade. Não podemos permitir que os cuidadores familiares se transformem numa geração de estressados.

Estratégia 5

Criar espaços sociais seguros e amigáveis fora de casa

Todas as estratégias aqui tratadas são transversais. Já falamos em parte sobre a questão dos espaços públicos quando discutimos a atuação do poder local. Mas algumas estratégias precisam ser ainda ressaltadas, lembrando sempre que melhorar o ambiente em que vivemos é bom para todas as idades.

Se levarmos em conta que depois das quedas, os acidentes de trânsito são a principal causa violenta de morte da pessoa idosa é preciso que exista no país uma política de urbanismo que privilegie:

- Investimento em calçadas seguras e sem buracos para a população idosa ir e vir com segurança; iluminação nas ruas que a ajude a se orientar; praças e jardins onde possa passear, se divertir e descansar; equipamentos públicos para exercícios físicos que sejam compatíveis.
- Investimento na adaptação dos prédios com rampas e corrimãos que tornem a locomoção segura.
- Investimento na troca da velocidade pela segurança: tempo mais demorado dos semáforos para os pedestres; locais sinalizados para travessia, exigência que precisa ser devidamente obedecida.
- Investimento em transportes públicos que sejam mais seguros: com escadas mais baixas para que a pessoa idosa suba sem dificuldade; direção adequada; formação de motoristas e cobradores para que sejam parceiros e não agressores das pessoas idosas. Por exemplo, evitar freadas bruscas, ajudá-las a buscar locais adequados para que se sentem; esperar seu tempo mais lento para se movimentar nas descidas e ajudá-los a se locomoverem quando necessário. Também é importante que respeitem os pedestres — e pessoas idosas em particular — nas travessias.
- Por fim, o setor de construção civil precisa ser incluído nessa política de forma definitiva, sabendo-se que os lares brasileiros cada vez mais abrigarão pessoas idosas. É urgente ter em conta as necessidades da pessoa idosa de baixa renda. Por exemplo, é impossível que alguém com idade avançada suba três, quatro, cinco andares de escada, muitas vezes sem corrimão, pela falta de elevador, como ocorre nos conjuntos habitacionais para a população de baixa renda.

Estratégia 6

Formar profissionais de saúde, assistência e cuidadores profissionais

O campo da saúde e dos cuidados às pessoas idosas ativas ou dependentes ainda está muito aquém das necessidades que se apresentam.

É preciso investir na formação de geriatras. Temos hoje apenas 900 deles para uma população idosa que já chega a mais de 24.800 milhões. Dizem os médicos que as exigências para o título são muito duras e o que recebem por consultas é irrisório, pois os idosos/as lhes tomam muito o tempo. Isso não pode ser desculpa cabível e compete ao Ministério da Educação orientar os investimentos na carreira.

É preciso também investir na formação dos médicos de todas as especialidades e generalistas e dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde para que compreendam o fenômeno do envelhecimento e as possibilidades e limitações das pessoas idosas. Só assim entenderão e as atenderão adequadamente. Atenção especial precisa ser dada às que são vítimas de violência e que dificilmente contarão a esses profissionais os dramas que elas vivenciam, se não houver sensibilidade para ouvi-las. É preciso introduzir esse tema na formação acadêmica e na formação continuada desde a atenção primária, ao setor de emergência e até o nível hospitalar. Um olhar especial precisa ser treinado para a leitura da violência que ultrapassa e contextualiza os sinais deixados pelas lesões e traumas que chegam aos serviços ou levam a óbitos.

Vários estudos e depoimentos de familiares ressaltam o pouco envolvimento das equipes que, em geral, não vão além dos problemas físicos, mesmo quando em seu diagnóstico fica evidente a existência de violências como causa básica das ocorrências. A lógica que define esse não envolvimento costuma ser a consideração dos maus-tratos como questão de âmbito privado e fora da competência da medicina. O texto de Hirsch e Loewy (2001), escrito especialmente para médicos e profissionais de saúde, alerta-os para a necessidade de melhorarem seu diagnóstico em casos de maus-tratos e ensinando-lhes a reconhecer alguns sinais como resumimos a seguir.

É preciso prestar atenção à aparência desse cliente; 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 os autores concluem instruindo os médicos e outros profissionais de saúde a observarem a ocorrência de abusos ou negligências, providenciarem um monitoramento mais cuidadoso que inclua visitas domiciliares periódicas e, se for o caso, denunciarem às autoridades competentes a existência dos maus-tratos, para que se tomem providências relativas à proteção das pessoas idosas e à penalização dos abusadores.

É preciso formar gerontólogos que tenham visão interdisciplinar, abrangente e humanística, mas também habilidades técnicas específicas para atuar com a pessoa idosa, sua família e seu ambiente, evitando violências de todos os tipos, particularmente as negligências. É preciso avançar no desenvolvimento da Gerontologia. O número de profissionais é ainda insuficiente e não supre a falta de médicos clínicos de forma a somar esforços entre todos. Portanto, torna-se urgente um processo de indução, por parte dos órgãos competentes, visando a aumentar o número de profissionais que atuam com essa população e especializar a formação em várias áreas como a de psicologia, serviço social, educação física, fisioterapia, odontologia social e outras.

É preciso investir na formação de cuidadores profissionais. Esse item caminhou bastante no Brasil nos últimos anos, mas há ainda um longo caminho a percorrer. Atenção especial deve ser dada à formação de cuidadores que possam atender tanto nas instituições de saúde, nas ILPI como trabalhar nos domicílios e atuar, principalmente, com pessoas idosas dependentes.

Estudos (Barbosa et al, 2011) apontam a urgência de desenvolver programas de formação de cuidadores para lidar com pessoas idosas com problemas mentais e com suas famílias. Uma grande queixa dos familiares e dos profissionais que fazem encaminhamentos aos serviços de saúde é que hoje os CAPS não dão conta da demanda das pessoas idosas que acumulam problemas como demência, vários estágios de depressão e tentativas de suicídio. Nesse tipo de formação, os cuidadores precisam se especializar em conhecimentos e competências específicas, mas também, aprender estratégias de autocuidado, de gestão de estresse e da sobrecarga emocional que os acomete.

Igualmente, é preciso formar pessoas para reabilitar pessoas idosas com demência. Estudos como os de Christofolletti et al (2008) têm demonstrado resultados positivos, como diminuição dos comportamentos agitados e agressivos, melhoria da comunicação e humor dos doentes e interação entre os cuidadores formais e os pacientes, por meio de programas de reabilitação. Os autores assinalam que quando bem conduzidas, as atividades reduzem a sobrecarga desses cuidadores, estimulam a mobilidade, melhoram o equilíbrio e a cognição

e reduzem o número de quedas e o declínio funcional das pessoas idosas. Alguns aspectos desses programas podem e devem ser incluídos na formação dos cuidadores formais de forma integrada com as abordagens de atenção.

Profissionais bem preparados, sensíveis e atuantes promovem a prevenção de vários tipos de violência institucional. Sobretudo, interferem na dinâmica familiar onde ocorre grande parte dos maus-tratos, das negligências, dos abusos e dos abandonos. Para que isso ocorra, é preciso que tais profissionais reconheçam que sua atribuição tem escopo maior do que apenas a realização de uma intervenção técnica.

Estratégia

Prevenir dependências

Por fim, mas não menos importante é preciso investir na prevenção das situações que aumentam a probabilidade de a pessoa idosa se tornar dependente ou de acumular comorbidades. Como já dissemos, o idoso/a dependente é o que tem maiores probabilidades de sofrer violências institucionais, sociais, culturais e familiares.

Muitos desses cuidados já foram mencionados como é o caso prevenção das quedas, de acidentes domésticos, de acidentes no trânsito e nos transportes. Embora o número que hoje necessita de cuidados especiais seja relativamente pequeno em comparação com o número total da população brasileira acima de 60 anos, os custos sociais das famílias e dos serviços de saúde para uma pessoa idosa doente e dependente são muito elevados. Sabemos também que os equipamentos hospitalares e ambulatoriais não estão devidamente preparados para atendê-los.

Uma política bem delineada e intersetorial de inserção social, de atividade física e até laboral, de lazer, de participação social dentre outros elementos fará que o número de dependentes constitua uma razão cada vez menor da hoje existente. Porém, os estudos (Baltes & Smith, 2006) mostram que tendência de crescimento do número de idosos/as com 80 anos ou mais, em todo mundo, constitui hoje um desafio para as famílias e os sistemas de saúde e de proteção, pois é a partir de então que as várias limitações, comorbidades e dependências se instalam. Nunca podemos esquecer de que hoje é esse grupo de pessoas idosas o que mais cresce no país.

Simultaneamente, portanto, precisamos dar continuidade e aperfeiçoar o ambiente de segurança que vem com a aposentadoria e vários outros tipos de benefício social que funcionam no Brasil por meio de políticas sociais inclusivas — visando a uma velhice saudável, ativa e positiva, e cuidar daquelas pessoas que têm dependências, perderam sua autonomia e estão em situação de pobreza ou de adoecimento.



Referências bibliográficas

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC no. 283, 26 de setembro de 2005. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/normas-da-anvisa-para-ilpis>. Acesso em: 23 nov.2013.
- ANETZBERGER, G.J.; KORBIN, J.E.; AUSTIN, C. Alcoholism and elder abuse. *Journal of interpersonal violence*, 9(2):184-193, 1994.
- ANETZBERGER, G.J. Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, v.24, n.2, p. 46-51, 2000.
- BALTES, P.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*. v.17, n. 36, p.7-31, 2006.
- BARBOSA, A.L.; CRUZ, J.; FIGUEIREDO, D.; MARQUES, A.; SOUSA, L. Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psic., Saúde & Doenças*, v.12, n.1, p. 119-129, 2011.
- BAKER, A.A. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, v.5, p.20-24, 1975.
- BURSTON, G.R. Granny-battering. *British Medical Journal*, v. 3, p. 592, 1975.
- BARROSO, C.T.B. *O idoso no direito positivo brasileiro*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.
- BERZINS, M.V. *Violência institucional contra a pessoa idosa: a contradição de quem cuida*. Tese de doutorado defendida na Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo: USP, 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dezembro 1998.
- BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 janeiro 1994.

- BRASIL. Portaria nº 1395/GM de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* Brasília, DF, 13 dezembro 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias Relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 192, 3 outubro 2003.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Respeito. Direito da Pessoa Idosa. Responsabilidade de todos*. Brasília: SDH, 2013.
- CALDAS, C.P.O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, MCS ; COIMBRA Jr., C.E.A. (Orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 51-72.
- CAMARANO, A.A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. *Revista Coletiva*, n,5,p.1-5, 2011.
- CAMARANO, A.A. O novo paradigma demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.12, p. 3446-3447, 2013.
- CAMARANO, A.A. *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Brasília: IPEA, 2008.
- CAMARANO, A.A. *Estatuto do Idoso: avanços com contradições*. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para debate, n. 1840)
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.27, n.1, p.2232-2235, 2010.
- CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M.C.S.; MENEGHEL, S.N. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p. 2039-2052, 2012.
- CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M.C.S; MANGAS, R.M.N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.10, p.2985-2994, 2013.
- CORTE, B; MERCADANTE, E.; GOMES, M.R. Quais são as imagens dos idosos na mídia? In: CORTE, B. (Org.). *Velhices. Reflexões contemporâneas*. São Paulo: SESC/PUC, 2006.p. 25-46.

- CHRISTOFOLETTI,G.;OLIANI, M.M.;GOBBI, S.;STELLA, F. Effects of Motor Intervention in Elderly Patients With Dementia: An Analysis of Randomized Controlled Trials. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, v.23,n.2,p. 149-154, 2007.
- DEBERT, G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, 1999.
- DEBERT, G;SIMÕES, J.A. A aposentadoria e a invenção da ‘terceira idade’.In: DEBERT, G (Org.). *Antropologia e velhice: textos didáticos*, n.13, p. 29-44, 1998.
- DEBERT, G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 12, n. 34, 1997, p.39-56.
- DINIZ, D; COSTA, S. *Morrer com dignidade, um direito fundamental*. Brasília: Letras Livres, 2004. (Série Anis)
- DREHER, S. Sobre a dignidade humana no processo de morrer. *Revista Científica/FAP*, v.4, n.2, p.84-106,2009.
- FERRER L.P; PARRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas de idosos na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*,v. 8,n.2,p.149-154,2004.
- FREITAS, A.V.S. *Por trás dos muros: um estudo sobre a vida de idosos em instituição de longa permanência*. Tese de doutorado defendida no Instituto de Saúde Coletiva. Bahia: UFBA, 2009.
- FUNDACIÓN MAPFRE. *Guia de prevenção de riscos domésticos para os idosos*. 2013. São Paulo. Disponível em: <http://www.fundacionmapfre.com.br>. Acesso em: 23 nov.2013.
- GAIOLI, C; OLIVEIRA, C.L.; RODRIGUES, R.A.P. Partezani Occurrence of domestic elder abuse. *Revista Latino Americana de Enfermagem*,v. 16,n.3,p.:465-470, 2008.
- HIRSCH, C.; LOEWY, R. The management of elder mistreatment: The physician’s role. *Wien Klin Wochenschr*, v. 113, n.10,p.384-392,2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio — PNAD/Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos indicadores de 2010 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos indicadores de 2011 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos indicadores de 2012 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*,v. 13,n.4,p.1107-1111, 2008.
- KLEINSCHMIDT,K.C. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine*, v.30,n. 4, p.463-472, 1997.

- KRUEGER,P; PATTERSON,C. The Research Subcommittee of the Elder Abuse and Self-Neglect Task Force of Hamilton-Wentworth. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Canadian Medical Association Journal*,n.157,p. 1095-100,1997.
- LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L.M; SANTOS, A.M. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. *Rev Bras Geriatr Geront*, v.11,n.2,p.209-221,2008.
- LIMA-COSTA, M.F; MATOS, D.L.; CAMARGOS,V.P. ; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, p. 3689-3696, 2011.
- LIMA-COSTA, M.F; FACHINI, L.A.; MATOS,D.L.; MACINKO,J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev. Saúde Pública*, v.46, Supl.1, p.100-107,2012.
- MARTINEZ, L.B.A.E; GUILLAUMON, M.L.Elaboração de um roteiro para avaliação do ambiente e do mobiliário no domicílio de idosos. *Revista de Terapia Ocupacional*, v.24,n.1,p.18-27, 2013.
- MELO,V.L.;CUNHA,J.O.C.; FALBO NETO, G.H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, v.6, Supl.1, p. s43-s48,2006.
- MENEZES, M.R. *Da Violência Revelada à Violência Silenciada*. Tese de Doutorado apresentada na Escola de Enfermagem da USP. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1999.
- MENEGHEL, S.N;GUTIERREZ, D.M.D.; SILVA, R.M.; GRUBITS, S.;HESLER, L.Z.; CECCON, R.F.Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*,v. 17n.8,p.1983-1992,2012.
- MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr.C.E. *Antropologia, envelhecimento e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- MINAYO, M.C.S. *Violência contra Idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: SDH, 2005.
- MINAYO, M.C.S.Visão antropológica do envelhecimento humano. In: MINAYO, M.C.S. *Velhices: visão contemporânea*. São Paulo: PUC, SESC, 2006. p. 47-60.
- MINAYO, M.C.S;SOUZA, E.R.; PAULA, D.R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.6, p. 2709-2718, 2010.
- MINAYO, M.C.S;CAVALCANTE, F.G.Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*, 2010, vol.44, n.4,p. 750-757.
- MORAES, C;APRATTO JUNIOR, P.C.; REICHENHEIM, M.E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos

- em área de abrangência do Programa Médico de Família em Niterói. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24,n.10,p.2289-2300,2008.
- MOTTA, A.B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA Jr., C.E.(Orgs). *Antropologia, Envelhecimento e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 37-50.
- MOTTA, L.B; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI — UNATI/UERJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13,n.4,p. 1143-1151,2008.
- OLIVEIRA, J.B.A; LOPES, R.G.C.; FALEIROS, V.P. Idoso, indefeso e agredido: a necessidade da atenção médica. *Diagnóstico e Tratamento*, v.12,n.3,p.113-115,2007.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração de Madrid, II Assembleia da ONU sobre o Envelhecimento*. Madrid: ONU, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma contribuição para a II Assembleia Mundial para o Desenvolvimento*. Genebra: OMS, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO/INPEA, 2002.
- ORTMANN, C.; FECHNER, G.; BAJANOWISKI, T.; BRINKMAN, B. Fatal neglect of the elderly. *Journal of Legal Medicine*, v.114,n.3,p.191-193,2001.
- PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora São Camilo/Loyola, 2001.
- PORTO, P.R.; OLIVEIRA, L.; MARIA, J.; VOLCHAN, E.; FIGUEIRA, I.; VENTURA, P. Does cognitive behavioral therapy change the brain? A systematic review of neuroimaging in anxiety disorders. *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.*, v. 21, p. 114—125, 2009.
- RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.73-77.
- REAY, A.M.; BROWNE, K.D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Mental Health*, v. 5, p.56-62, 2001.
- RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; ATIE, S.; SOUZA, A.C.; SCHILITZ, A.O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13,n.4,p.1265-1273, 2008.
- RIBEIRO, M.T.F.; FERREIRA, R.C.; FERREIRA, E.F.; MAGALHÃES, C.S.; MOREIRA, A.N. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13,n.4,p.1285-1292, 2008.
- RIFFIOTIS, T. O ciclo vital contemplado: a dinâmica dos sistemas etários em sociedades negro-africanas. pp. 85-112. In: LINS, M.M.B. (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.
- SALGADO, C.D.S. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 4, p. 7-19,2002.

- SANCHES, A.P.R.A. *Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo: Estudo SABE, 2000*. Dissertação de mestrado defendida na Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.
- SANT'ANNA, R. M. *O ambiente viário na percepção de pedestres idosos*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE/PLANET-Núcleo de Planejamento Estratégico. Disponível em: http://www.cbtu.gov.br/estudos/pesquisa/anpet/PDF/4_168_AC.pdf. Acesso em: 13 nov. 2013.
- SANMARTIN, R.; TORNER, A.; MARTI, N.; IZQUIERDO, P.; SOLÉ, C.; TORRELAS, R. Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, v.27, p.331-334, 2001.
- SIMMONS, L. *The role of the age in primitive societies*. New Haven: Yale University Press, 1945.
- SOUZA, E.R.; RIBEIRO, A. P.; ATIE, S. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p. 1153-1163, 2008.
- ROBERTO, K.A; TEASTER, P.B. Sexual abuse of vulnerable young and old women: a comparative analysis of circumstances and outcomes. *Violence Against Women*, v. 11, n.4, p. 473-504, 2005.
- TEASTER, P.B; ROBERTO, K.A. Sexual abuse of older women living in nursing homes. *Journal of Gerontology and Social Work*, v.40, n.4, p. 105-37, 2003.
- UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.; LIMA-COSTA, M.F.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr, C.E.(Orgs). *Antropologia, Envelhecimento e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. P. 25-36.
- VERAS, R.P. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n.10, p. 2463-2466, 2007.
- VERAS, R.P. *Pais Jovem com Cabelos Brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- WANDERBROOCKE, A.C.N.S. *A Violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à saúde*. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2012.
- WILLIANSO, 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*, v.16, p.217-226, 2001.
- WOLF, R.S. Maltrato en ancianos. In: ANZOLA-PEREZ, E.; WOLF, R.S. (Org.). *Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1995, p. 35-42.
- WOLF, R.; DAICHMAN, L.; BENNETT, G. Abuso de idosos. In: WOLF, R.; DAICHMAN, L.; BENNETT, G. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS, 2002. p. 122-144.