

FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO

ALESSANDRA LUZIA DA GAMA COTTA

**MAPEAMENTO DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS DOS IDOSOS  
ACOMPANHADOS PELO CREAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE  
KENNEDY/ES**

SÃO MATEUS  
2020

ALESSANDRA LUZIA DA GAMA COTTA

**MAPEAMENTO DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS DOS IDOSOS  
ACOMPANHADOS PELO CREAS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE  
KENNEDY/ES**

Dissertação apresentada à Faculdade  
Vale do Cricaré para obtenção do título de  
Mestre em Ciência, Tecnologia e  
Educação.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Teles  
Moura

SÃO MATEUS  
2020

COTTA, Alessandra Luzia da Gama. **Mapeamento das violações de direitos dos idosos acompanhados pelo CREAS no município de Presidente Kennedy/ES.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Saúde) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2020.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof.Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Ao final desta jornada, é importante agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização deste sonho.

Primeiramente agradeço aos meus pais, Claudette da Gama Cotta (*in memoriam*) e José Augusto de Almeida Cotta, os primeiros mestres da minha vida, por terem me ensinado o mais importante: amor, dedicação e persistência e por acreditarem em mim, nunca medindo esforços para a concretização dos meus sonhos. Sem vocês, nada seria possível!

A Deus, por me proteger e me dar forças para superar todos os obstáculos ao longo da minha vida.

Aos meus irmãos, José Augusto de Almeida Cotta Jr., Patrícia Vivyanne da Gama Cotta e Silva e Marcos Roberto da Gama Cotta, que não mediram esforços para que eu pudesse me tornar mestre, sempre me apoiando em todos os momentos.

Ao meu marido, Fabrício da Rocha Curty e ao meu filho, Fabrício Cotta Curty, pelo apoio e compreensão por serem privados, em muitos momentos, da minha companhia e atenção. Obrigada por me desejarem sempre o melhor e pelo apoio nos momentos difíceis.

Ao Professor Doutor Marcus Nunes, coordenador do curso de mestrado, por sua capacidade de empatia, disponibilidade e apoio em momentos importantes para minha obtenção do título de Mestre.

A minha orientadora Professora Doutora Luciana Teles Moura, por sua disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos, me apoiar e orientar, o fazendo sempre com sua doçura característica.

## RESUMO

COTTA, Alessandra Luzia da Gama. **Mapeamento das violações de direitos dos idosos acompanhados pelo CREAS no município de Presidente Kennedy/ES.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Saúde) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2020.

Este estudo investigou as violações de direitos da população idosa atendida pelo CREAS de Presidente Kennedy/ES, visando contribuir com o aprimoramento de Políticas Públicas Municipais voltadas para essa população, por meio da divulgação dos resultados para o uso social, científico e estratégico. A metodologia utilizada foi o estudo de caso, de natureza quali-quantitativa, desenvolvido por meio de pesquisa exploratória e descritiva, com análise documental dos prontuários. Os resultados demonstraram que, no ano de 2018, 36 idosos estavam em acompanhamento devido a violação de direitos, tendo como local de residência as zonas urbana e rural, sendo esta última mais frequente. Uma característica comum em todos os prontuários analisados foi a vulnerabilidade econômica dos idosos e suas famílias, com baixos salários ou até mesmo sem qualquer renda e que dependem de programas assistenciais para a sua sobrevivência. Assim, acredita-se que os agressores são financeiramente dependentes de suas vítimas, inclusive em relação à moradia. Conclui-se que, somente através de um trabalho conjunto e colaborativo tanto no setor público quanto no privado, será possível ações de prevenção eficazes, sendo compromisso de todos os profissionais que atuam junto aos idosos continuar a pesquisar e a se informar, unindo forças com outros grupos que compartilham interesses semelhantes na crença de que este trabalho será um fator determinante na melhoria da qualidade de vida da população deste planeta que envelhece.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Idoso. Violência. Assistência Social. CREAS.

## ABSTRACT

COTTA, Alessandra Luzia da Gama. **Mapeamento das violações de direitos dos idosos acompanhados pelo CREAS no município de Presidente Kennedy/ES.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Saúde) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2020.

This study investigated the violations of the rights of the elderly population served by CREAS in Presidente Kennedy / ES, aiming to contribute to the improvement of Municipal Public Policies aimed at this population, through the dissemination of the results for social, scientific and strategic use. The methodology used was the case study, of qualitative and quantitative nature, developed through exploratory and descriptive research, with documentary analysis of the medical records. The results showed that, in 2018, 36 elderly people were being monitored due to violation of rights, with urban and rural areas as their place of residence, the latter being more frequent. A common characteristic in all the medical records analyzed was the economic vulnerability of the elderly and their families, with low wages or even without any income and who depend on assistance programs for their survival. Thus, it is believed that aggressors are financially dependent on their victims, including in relation to housing. It is concluded that, only through a joint and collaborative work in both the public and private sectors, effective prevention actions will be possible, with the commitment of all professionals working with the elderly to continue to research and inform themselves, joining forces with other groups that share similar interests in the belief that this work will be a determining factor in improving the quality of life of the population of this aging planet.

**Keywords:** Aging. Elderly. Violence. Social assistance. CREAS.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da população brasileira por grupo de idade – 2017.....	17
Figura 2 – Mapa do estado do Espírito Santo, com destaque para o município de Presidente Kennedy.....	45
Figura 3 – Pirâmide etária do município de Presidente Kennedy.....	46
Figura 4 – Sexo da amostra.....	49
Figura 5 – Faixa etária da amostra.....	50
Figura 6 – Etnia dos idosos.....	51
Figura 7 – Estado civil.....	52
Figura 8 – Nível de escolaridade.....	53
Figura 9 – Local de residência.....	54
Figura 10 – Condição de moradia.....	54
Figura 11 – Situação familiar.....	55
Figura 12 – Fonte de renda.....	56
Figura 13 – Renda mensal.....	56
Figura 14 – Participação econômica.....	57
Figura 15 – Necessidade de ajuda em atividades da vida diária.....	59
Figura 16 – Pessoa com deficiência, sofrimento psíquico e/ou doenças crônicas ...	60
Figura 17 – Existência de cuidador .....	60
Figura 18 – Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas .....	62
Figura 19 – Principais vulnerabilidades.....	63
Figura 20 – Acesso a benefícios socioassistenciais municipais.....	65
Figura 21 – Vulnerabilidades Sociais .....	67
Figura 22 – Principais vulnerabilidades da família .....	68
Figura 23 – Situação dos vínculos familiares .....	69
Figura 24 – Autor da violação.....	70
Figura 25 – Perfil do violador.....	70
Figura 26 – Gênero do violador.....	71
Figura 27 – Coabitação com o idoso.....	72
Figura 28 – Tipologia das violações de direitos.....	74
Figura 29 – Informante da violação de direitos.....	75

## LISTA DE SIGLAS

CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção Social Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa de Apoio Integral à Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
PSE	Proteção Social Especial
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	17
2.2 A VELHICE E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	20
2.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FIGURA DO IDOSO .....	21
2.4 A VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS .....	25
<b>2.4.1 A violência contra a pessoa idosa e seu enfrentamento</b> .....	29
2.5 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: DA CARIDADE AO DIREITO.....	31
2.6 POLÍTICAS DE DIREITOS HUMANOS E PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO .....	35
<b>2.6.1 Os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS)</b> .....	38
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	42
3.1 DELINEAMENTO .....	42
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	43
3.3 COLETA DE DADOS .....	46
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO .....	50
4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE .....	59
4.3 VULNERABILIDADES SOCIAIS .....	63
4.4 PERFIL DOS VIOLADORES.....	70
4.5 TIPOLOGIA DAS VIOLAÇÕES .....	74
<b>CONCLUSÃO</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
<b>APÊNDICE A – MAPEAMENTO DO ABUSO E VIOLÊNCIA</b> .....	90

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o ser humano tem realizado importantes conquistas sociais e científicas. O avanço da medicina, as novas tecnologias, o processo de urbanização, a reestruturação no saneamento básico das cidades, a preocupação com um estilo de vida cada vez mais saudável, envolvendo uma boa alimentação e a prática de atividades físicas, têm possibilitado aos indivíduos um aumento na longevidade, diminuindo assim os índices de mortalidade (MINAYO, 2012).

Os avanços científicos no campo da medicina e a melhoria das condições de higiene do meio ambiente, junto com o desenvolvimento econômico e social, melhoraram as condições de vida em muitos países e geraram um aumento significativo da esperança de vida. Embora a longevidade potencial tenha sofrido poucas variações, o número de pessoas que atingem idades avançadas aumentou notavelmente, graças ao aumento da expectativa de vida ao nascer (CERQUEIRA et al., 2006).

Os dados atuais demonstram que, no Brasil, a população com mais de 60 anos é de cerca de 15 milhões de pessoas. As mulheres compõem cerca de 8,9 milhões, com idade média de 69 anos de idade (IBGE, 2019).

Outro aspecto que se deve considerar é que o grupo populacional com idade média entre 15 e 64 anos está diminuindo. Isso implica na possibilidade de que, no futuro, a população tenha uma proporção menor de pessoas profissionalmente ativas. Este efeito de diminuição da população jovem é um dos principais desafios que os países terão de enfrentar no futuro a médio e longo prazo, para as economias se tornarem competitivas e continuarem a desenvolver-se num ambiente de crescimento populacional (CIVINSKI et al., 2011).

O envelhecimento é um processo que dura toda a vida. Constitui um fenômeno que se refere às mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida das pessoas, que são condicionadas pelas questões sociais, econômicas e culturais em que vivem. Ou seja, cada pessoa se desenvolve dentro de um contexto socioeconômico e cultural que sofre modificações ao longo do tempo, o que dá novos significados a seu modo de ser. A velhice é, neste sentido, uma construção social, pois cada sociedade atribui um lugar, particularidades a ela em suas representações e fornece ou nega espaços sociais (NERI, 2007).

Cada indivíduo vive sua própria velhice de acordo com o que viveu ao longo de sua vida. A partir disso, considera-se relevante levar em consideração as profundas transformações nas últimas décadas, a fim de pensar e repensar novas estratégias que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos e como impactam e afetam a vida das pessoas mais velhas, tanto nas possibilidades de acesso a uma "vida boa" como na participação familiar, relacionadas ao seu suporte emocional, social e econômico (FARINATTI, 2008).

Vive-se em uma sociedade heterogênea, onde a magnitude das mudanças ocorridas em relação à visão da pessoa idosa tem um impacto significativo na saúde, educação, integração e proteção social dos idosos. Nesse contexto, Bosi (2009) afirma que é necessário visualizar como as relações sociais vêm mudando. Isso está intimamente ligado às redes de apoio das pessoas mais velhas, pois podem satisfazer grande parte de suas necessidades, não só econômicas, mas também emocionais.

Por outro lado, a pessoa não pode ser separada de seu ambiente cultural. Então, ao pensar sobre a diversidade das pessoas mais velhas, deve-se levar em consideração não só o lugar onde vivem, mas também a interação entre as diferentes culturas coexistentes e o respeito pelas particularidades de cada uma (BOSI, 2009).

Conhecer e levar em consideração as condições do ambiente econômico, social e cultural dos idosos permite construir oportunidades para que possam desenvolver suas capacidades e potencialidades sustentadas no paradigma dos direitos. No caso da família, embora tradicionalmente seu papel fosse considerado o principal suporte de cuidado e a atenção ao idoso, as transformações sociais das últimas décadas produziram uma diminuição da rede de apoio sociofamiliar (NASCIMENTO, 2006).

Tais mudanças foram ocasionadas pelas mudanças demográficas que hoje implicam na passagem de uma família patriarcal a outra do tipo nuclear, com menos possibilidades de atenção aos seus membros. Por outro lado, Peixoto (2007) ressalta que o número de filhos por família diminuiu, o que causa não só a reestruturação familiar, mas também uma diminuição nas possibilidades de cuidado em relação ao idoso. Também é um fator importante a plena incorporação das mulheres ao mundo do trabalho, que implica uma readequação das funções de

cuidado entre homens e mulheres. Diante dessa situação emergente, surge a necessidade de gerar e promover novas redes sociais que prestem apoio a idosos.

Durante o processo de envelhecimento, ocorre uma série de mudanças que afetam os aspectos biológicos e psicológicos. Além disso, há também uma importante transformação no papel social que até então essa pessoa desenvolveu. Sem dúvida, as mudanças que aparecem mais cedo durante o envelhecimento são as físicas, que são, na verdade, uma continuação do declínio que começa quando a maturidade física é atingida, aproximadamente aos 18 ou 22 anos. Nessa idade, o estágio de crescimento termina e se inicia a involução física (BERTOLDO, 2010).

Mas nem todas as mudanças ocorrem ao mesmo tempo e com o mesmo ritmo. Segundo Nardi (2007), ainda não é possível distinguir quais mudanças são realmente um resultado do envelhecimento e que derivam de doenças ou diferentes fatores ambientais e genéticos. A este respeito, as diferenças individuais são tão notáveis que tornam difícil tirar conclusões sobre o assunto.

O envelhecimento como um processo representa as mudanças biológicas universais que ocorrem com a idade e não são afetadas pela influência de doenças ou do meio ambiente. Portanto, nem todas as mudanças relacionadas à idade têm consequências clínicas negativas. O ritmo dessas mudanças ocorre nos diferentes órgãos do mesmo indivíduo ou em diferentes indivíduos de forma desigual. O ponto de corte para definir envelhecimento, para fins estatísticos, é a idade de 60 anos, mas para fins biológicos, este ponto é marcado pelo declínio das atividades somáticas e mentais (BERTOLDO, 2010).

A razão pela qual o idoso é considerado fisicamente vulnerável é porque leva mais tempo para o seu corpo se recuperar de qualquer processo que afete a sua normalidade. Entretanto, ao mesmo tempo que essas vulnerabilidades aparecem, ocorre o desenvolvimento de uma série de mecanismos adaptativos e estratégias que compensam as lacunas, permitindo que alguns indivíduos levem suas vidas diárias com relativa autonomia e qualidade de vida (OKUMA, 2012).

A qualidade de vida na velhice é comumente associada à dependência e à autonomia, sendo as dependências resultantes de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) e de mudanças nas exigências sociais (desvantagens). Segundo Souza et al. (2003), frequentemente as exigências sociais determinam as alterações biológicas.

De acordo com Baltes e Silvenberg (2009, p. 78), existem três tipos de dependência:

Estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego).  
 Física, incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária.  
 Comportamental, com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.

Uma boa qualidade de vida da população idosa deve ser entendida como um empreendimento sociocultural, não devendo ser considerada apenas um atributo do indivíduo biológico, social ou psicológico, mas o resultado da interação destes indivíduos na sociedade. Assim, esta deve ser avaliada levando em conta a multiplicidade de critérios e indicadores que possui, apesar de não haver sido estabelecido com clareza o grau de importância que cada um possui. Segundo Lorenzini (2016, p. 14), “o que se sabe é que as diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice podem ter diferentes impactos sobre o bem-estar subjetivo”.

De Domenico (2011) ressalta que as necessidades e expectativas da qualidade de vida na população idosa se organizam em torno de quatro pontos: o desejo de autonomia e de independência, especialmente no que se refere aos filhos, e a chance de continuar a viver em sua própria casa, se deslocar com facilidade e decidir livremente a forma como quer viver. O desejo de assistência, com adaptações dos espaços às suas capacidades físicas e sensoriais; maior acompanhamento médico e social, implantação de dispositivos de emergência, ou de proteção contra agressões. O desejo de normalidade, vivendo junto ao seu meio social, podendo participar da vida pública e associativa, tendo a certeza de que é digno de afeição e amor.

O desejo de especificidade, sendo respeitado e reconhecido em seu saber e experiência, sendo foco de atenção e bem representado na sociedade, sem ostracismo, rejeição ou desprezo, não tendo sua participação em atividades sociais e de lazer negligenciada, não se isolando socialmente.

É necessário que os profissionais que atendem a essa população unam esforços, objetivando o desenvolvimento de programas e projetos que visem a

garantia de melhores condições de vida e dignidade na velhice, rompendo com a ideia de que envelhecer saudavelmente seja apenas questão de mudança de hábitos, o que descaracteriza o papel das políticas públicas para idosos, ainda pouco implementadas em nosso país (LOBATO, 2016).

A Política Nacional do Idoso (PNS) tem como foco a promoção de um envelhecimento saudável e ativo, levando em conta as experiências positivas e as oportunidades que o indivíduo teve ao longo dos tempos, o que só é possível quando este mantém sua capacidade funcional, sendo valorizada, portanto, sua autonomia e preservada sua independência física e mental (BRASIL, 1996).

A longevidade humana com qualidade de vida só ocorre quando os idosos estão livres de ameaças que restringem sua autonomia e independência, geralmente causadas pela deterioração da saúde e empobrecimento da vida social (DUARTE; DIOGO, 2015).

Além da falta ou deficiência dos cuidados médicos, o idoso também enfrenta outras violações aos seus direitos, como negligência e maus tratos, seja na própria família ou em instituições. O Relatório Mundial de Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) expõe que o abuso à pessoa idosa só surge na literatura em meados do século passado, através dos relatos de violência doméstica. Maus tratos ao idoso são considerados problemas de saúde pública e compreendem as violências praticadas por pessoas da família, conhecidos, cuidadores ou instituições de acolhimento. As violações de direitos à pessoa idosa podem ser definidas como ação ou omissão/negligência, de forma deliberada ou não, englobando as agressões físicas, psíquicas ou materiais (OMS, 2002).

A violência é considerada um problema de Saúde Pública, que está presente em diferentes áreas do desenvolvimento humano, sendo mesmo percebida como parte da condição humana. Seus custos são assumidos pelas sociedades e um percentual relevante deles, devido às consequências nefastas dos maus-tratos sobre a saúde das vítimas, acaba sendo assumido pelas instituições de saúde.

O abuso viola direitos e dignidade, em consequência do abuso de poder para com uma pessoa que se encontra em situação de desvantagem e inferioridade devido às suas limitações, seja por idade, sexo ou perda de capacidades.

As vítimas de violência são encontradas em todas as faixas etárias, os maus-tratos a mulheres, crianças e idosos. A violência inclui agressões psicológicas, físicas e sexuais, abandono e, especialmente em idosos, abusos econômicos ou

patrimoniais por parentes ou outras pessoas fora da família. A vulnerabilidade biológica, psicológica e social do idoso, bem como o fato de ele nem sempre ser autossuficiente e, portanto, depender do cuidado de outrem, de sua família ou de terceiros, favorecem os maus-tratos.

As atuais condições de aumento da esperança de vida, em que já se fala de uma quarta idade, de falta de tempo, exacerbam este problema. Dessa forma, o idoso passa a ser um fardo a ser carregado, um estorvo para a família, o que resulta na externalização do problema, muitas vezes com a transferência do cuidado para uma instituição.

Inicialmente vista como uma questão de bem-estar social e, posteriormente, um problema do envelhecimento, o abuso a idosos, como outras formas de violência, evoluiu para uma preocupação com a saúde pública e a justiça, sendo um fenômeno universal que vem sendo cada vez mais observado e feito parte das preocupações dos gestores de políticas públicas, refletindo a crescente preocupação mundial com os direitos humanos (KRUG et al., 2012).

É geralmente aceito que o abuso à pessoas idosas se constitui em um ato de comissão ou de omissão (caso em que é geralmente descrito como negligência), podendo ser intencional ou não intencional. O abuso pode ser de natureza física, psicológica (envolvendo agressão emocional ou verbal) ou pode envolver recursos financeiros. Independentemente do tipo de abuso, este resulta em sofrimento, lesão ou dor, a perda ou violação de direitos humanos e uma diminuição da qualidade de vida do idoso (JACKSON; MALLORY, 2009).

O comportamento é denominado abusivo, negligente ou explorador de acordo com a frequência com que os maus tratos ocorre, sua duração, severidade e consequências. O abuso é entendido como ato, ou falta de ação apropriada, ocorrendo dentro qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa (SANTOS et al., 2018).

Esse tipo de abuso é geralmente dividido nas seguintes categorias: físico, quando infringe dor, lesão, coerção ou restrição física ou medicamentosa; psicológico ou emocional, quando provoca aflição e angústia mental; financeiro ou material, quando explora ou utiliza de forma imprópria fundos ou recursos da pessoa idosa; sexual, com contato sexual não consensual de qualquer tipo com a pessoa mais velha; negligência, que é a recusa ou falha em cumprir com a obrigação de

cuidar. O abuso se constitui em um triângulo de violência, que inclui uma vítima, um perpetrador e outros que, direta ou indiretamente, observam e não tomam nenhuma medida para evitá-lo (SANTOS et al., 2018).

A assistência ao idoso no Brasil, até meados da década de 1940, era baseada no molde assistencialista e filantrópico, vinculada a instituições religiosas. A política social não era uma preocupação do Estado até aquele momento. A caridade e o asilamento eram comuns aos grupos marginais, como idosos e os expostos. Contudo, diferentes movimentos na área da saúde, saúde mental e dos direitos sociais contribuíram para o início do rompimento com o modelo assistencialista. O marco legal brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988, insere diferentes grupos sociais, incluindo os idosos, na categoria de sujeitos de direitos. Isso significa dizer que educação, saúde, assistência e segurança social se tornaram um direito de todos os brasileiros, providos pelo Estado e assegurado pelas políticas públicas destinadas a cada grupo (BRASIL, 1988).

Outra importante conquista para os direitos sociais foi a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993, que especifica não só a proteção à pessoa idosa, como os serviços de atendimento. Nos anos seguintes, de forma complementar, o Governo Federal criou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 1998, e as Normas Operacionais Básicas de 1997 e 1998. Esses documentos são as referências e fundamentos para a proteção social brasileira.

Nesse contexto, este estudo busca responder a seguinte questão-problema: Como o mapeamento tipológico das diferentes formas de violência contra idosos em Presidente Kennedy/ES pode contribuir para a Política Municipal de Assistência Social?

Nesse contexto, o objetivo geral do estudo é mapear as formas de violações de direitos dos idosos acompanhados pelo CREAS de Presidente Kennedy/ES, visando contribuir com o aprimoramento de Políticas Públicas Municipais voltadas para essa população, por meio da divulgação dos resultados para o uso social, científico e estratégico. Como objetivos específicos, buscou-se descrever o perfil da população idosa atendida pelo CREAS; identificar quais os tipos mais recorrentes de violação de direitos dos idosos registrados pelo CREAS; e produzir um documento com dados e informações sobre o mapeamento realizado, que contribua para o planejamento e execução de ações pelos serviços da Política Municipal de Assistência Social nas atenções Básica e Especial de Média e Alta Complexidade.

A velhice é considerada uma fase vulnerável da vida por vários motivos: a identidade sofre uma crise que exigirá a busca de novas opções, novos valores e novos objetivos de vida. Assim, a violência contra uma pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade viola seus direitos e o exercício ativo da cidadania.

Nos últimos anos, várias estratégias têm sido implementadas para prevenir o abuso de idosos, como campanhas de conscientização pública, de detecção ou intervenções de apoio para essa população. No entanto, há poucas evidências da eficácia dessas intervenções e muito pouco se sabe sobre a extensão deste grave problema e como evitá-lo. Por isso, é tão importante promover visibilidade e pesquisas contínuas para tentar erradicar a violência aos idosos na sociedade.

Embora haja pouca informação sobre a magnitude do problema de violência e abusos na velhice, devido ao medo de relatar essas situações, estima-se que muitos idosos sofrem ou sofreram algum tipo de abuso. Os dados relativos a residências e outras instituições são ainda mais escassos.

Para os idosos, a vulnerabilidade não é considerada apenas a partir de suas deficiências (recursos materiais) e limitações, mas também pela falta de capacidade e organização necessária para fortalecer suas redes sociais. Em uma pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade, seus direitos e o exercício ativo da cidadania são ainda mais violados.

O prolongamento da vida humana é uma realidade em todos os países, ricos ou pobres, desenvolvidos ou não. Esta extensão deve ser acompanhada por algumas ações para que todas essas pessoas tenham uma vida com dignidade e possibilidades de viver com qualidade, evitando a marginalização e mantendo um lugar ativo na sociedade. A qualidade de vida dos idosos está altamente relacionada à sua capacidade funcional e com o conjunto de condições que lhe permitem cuidar de si e participar da vida familiar e social.

É extremamente imprescindível, neste sentido, conseguir alcançar uma mudança de paradigma onde os idosos sejam vistos como um sujeito de direitos, com possibilidades e capacidades de viver dignamente, entendendo que envelhecer com direitos implica serem atores sociais completos, sem perder seus atributos legais por serem velhos ou pobres ou doentes.

De acordo com Salimene (2003), torna-se de fundamental importância o estudos sobre o envelhecimento, pois somente desta forma, o país pode se preparar

para os desafios vindouros, criando programas de atendimento e políticas públicas para atenderem às demandas dos idosos.

A partir da questão norteadora para este trabalho, qual seja, o mapeamento tipológico das violações de direitos cometidas contra idosos assistidos pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Presidente Kennedy/ES, espera-se ser possível traçar um panorama geral sobre essa problemática fundamental para o desenvolvimento de Políticas de Assistência Social do Município. Sabe-se que as bases de atuação nos serviços de referências ao idoso são elaboradas pelo governo federal, contudo, conhecer as peculiaridades de um grupo, especialmente vulnerável, pode contribuir para melhorias no atendimento e personalização do trabalho.

O estudo tratou, no seu referencial teórico, o processo de envelhecimento da população brasileira, descrevendo o processo de envelhecimento, a construção social da figura do idoso, bem como os fatores associados à violência sofrida por essa população. Também se descreveu a política de assistência social do país e a proteção dos idosos na perspectiva dos direitos humanos, ressaltando a função dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social como garantidos desses direitos.

Em seguida a metodologia da pesquisa foi descrita, apresentando seu delineamento, local do estudo, como foram realizadas a coleta e análise dos dados e seus aspectos éticos. Ainda na metodologia, foi apresentado o produto final desta dissertação.

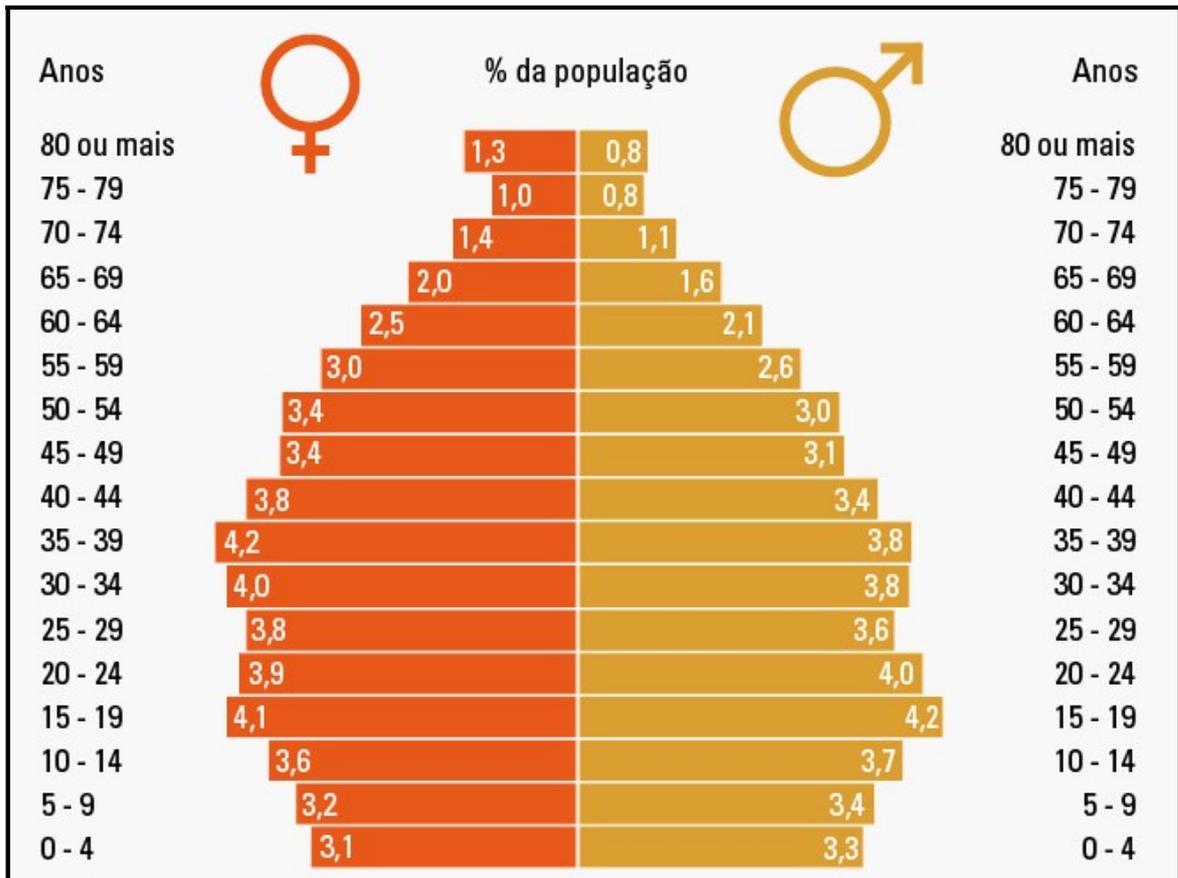
No capítulo seguinte, foram apresentados e discutidos os resultados obtidos, que foram separados em temas, onde primeiramente se apresentou o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos assistidos. Em seguida, foram descritas suas condições de saúde, especificando comorbidades e necessidade de cuidadores. Posteriormente, apresentou-se as vulnerabilidades sociais das vítimas, o perfil dos agressores e, por fim, a tipologia das violações sofridas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A população de idosos no Brasil compreende um contingente de aproximadamente 29 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, tendo apresentado um crescimento de 18% de 2012 a 2016, apresentando, no ano de 2017, um percentual significativo, como pode ser observada na Figura 1. Estima-se que o segmento da população que mais crescerá é dos indivíduos com mais de oitenta anos (IBGE, 2019).

Figura 1 – Distribuição da população brasileira por grupo de idade - 2017



Fonte: IBGE (2018)

O século XX foi caracterizado pelo fenômeno conhecido como explosão demográfica. Durante a maior parte da história humana, a população cresceu muito lentamente. Segundo Lopes (2007), estima-se que a população mundial atingiu o primeiro bilhão em torno do ano de 1810, demorando mais 120 anos para adicionar

outro bilhão, de modo que, em 1930, ultrapassou 2 bilhões. Trinta anos depois, por volta de 1960, a população da terra ultrapassou 3 bilhões e, em 1975, 4 bilhões. Doze anos depois, em 1987, atingiu 5 bilhões e em outro período semelhante, em 2000, atingiu 6 bilhões. Devido à redução na taxa de crescimento, estima-se que a população mundial atingirá, após 2050, uma população aproximada de 9 bilhões.

Entretanto, além de mudanças em sua magnitude, a população mundial está gradualmente avançando em direção ao envelhecimento em sua estrutura. A diminuição nos grupos mais jovens da população, como ressalta Pascoal et al. (2006), especialmente entre menores de 15 anos, e o aumento da população em idade produtiva e de adultos mais velhos é evidente nas pirâmides. Devido à maior expectativa de vida das mulheres, seu número e o peso relativo em idades avançadas será maior.

Estas diferenças já eram observadas em 2000, mas, segundo Wrublevski e Peixe (2008), foram se tornando cada vez mais acentuadas ao longo dos anos e os aumentos absolutos no número de adultos mais velhos estão ficando maiores. Enquanto na década de 1950-1960 ingressou na faixa etária de 60 anos mais de quatro milhões de pessoas por ano, na primeira década deste século este número aumentou para mais de quinze milhões, atingindo um valor máximo de 32,6 milhões anuais até 2030. A taxa de crescimento anual deste grupo atualmente é de 2,2% e se tornou 3% na segunda década do século XXI.

De acordo com Koch Filho et al. (2010), Bucareste, em 1974, a cidade do México, em 1984 e Cairo, em 1994, testemunharam importantes debates mundiais organizados pelas Nações Unidas sobre questões populacionais, para enfrentar os novos desafios sociais, materiais e éticos que surgem desta nova situação mundial.

A explosão demográfica do século XX abriu caminho, no novo século, para a implosão geriátrica, tornando pertinente falar de uma espécie de globalização do envelhecimento, consequência do avançado processo de transição demográfica e epidemiológica que se vive, a ritmos diferentes, mas na mesma direção, em todas as regiões do globo. Nas sociedades de hoje existem dois fatos que chamam a atenção para a questão do envelhecimento: as pessoas vivem em média mais do que antes e existe um crescimento significativo do número de pessoas em idades avançadas. Estes dois aspectos constituem conceitos diferentes, mas relacionados. O primeiro é o prolongamento da vida dos indivíduos e o segundo corresponde ao envelhecimento das populações (FEIJÓ; MEDEIROS, 2011).

Dados mostram que a revolução demográfica brasileira constitui uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade. É crucial investir na promoção da autonomia e da vida saudável desse grupo social, assim como prover atenção adequada às suas necessidades. Esse novo tempo dos velhos requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos 2050 (MINAYO, 2012, p. 208).

Exceto para a maioria dos países africanos, onde a transição demográfica está atualmente em um processo incipiente, os demais países enfrentarão um envelhecimento avançado de sua população. Este processo, geralmente visto como um fenômeno negativo, possui alguns aspectos que podem ser considerados positivos, pelo menos nos períodos iniciais da transição demográfica. Assim, por exemplo, a diminuição da proporção de crianças menores de 15 anos e, eventualmente, do seu número absoluto, reduz as pressões que este grupo, que ainda não contribui para a atividade produtiva, exerce sobre os recursos destinados à educação e aos cuidados de saúde das crianças. Assim, a formação de capital humano neste grupo é menos onerosa do que teria sido na ausência da transição demográfica (BARBIERI, 2012).

Outro ponto diz respeito a que, na prática, o aumento da população entre os 15 e os 64 anos traz consigo o crescimento do desemprego, que nas economias parece ter um caráter estrutural. Pode-se, então, afirmar que, nas condições do país, o processo de envelhecimento demográfico desse grupo tem consequências bastante negativas. Além do efeito sobre o desemprego, o aumento da proporção e do número de pessoas nessa faixa etária implica um envelhecimento da população economicamente ativa.

O grupo que mais suscita a preocupação geral no processo de envelhecimento da população é o grupo de 65 anos ou mais, que ao longo do tempo tem recebido várias denominações, sendo a última a de "idosos", proposta e adotada pelas Nações Unidas, sendo natural que exista essa preocupação porque se trata de um grupo que, em geral, deixou de ser produtivo e que, na maior parte, por falta de renda, passou a depender da sociedade, por meio de planos de seguridade social ou de suas famílias, quando não estão protegidos por planos ou seus benefícios são insuficientes (OMS, 2002).

Não se pode perder de vista que a falta de atividades remuneradas é agravada pelo fato de que, com o avançar da idade, os idosos passam cada vez mais a apresentar quadros de doenças crônicas, algumas delas incapacitantes que, apesar dos avanços na geriatria e gerontologia, são irreversíveis e podem levar à morte. Em geral, as sociedades não parecem ter percebido a magnitude e a gravidade dos problemas que o processo de envelhecimento demográfico representa para o aumento crescente dos idosos.

## 2.2 A VELHICE E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A velhice é considerada a fase do ciclo vital que começa por volta dos 65 anos e termina com a morte. O envelhecimento segundo Neri (2007), pode ser definido como o acúmulo progressivo de mudanças ao longo do tempo, responsáveis por aumentar a probabilidade de o indivíduo adoecer e morrer.

Para Farinatti (2008), quatro características qualificam o conceito: é universal para todos os indivíduos de uma determinada espécie; mudanças endógenas ocorrem; é um fenômeno intrínseco, não causado por agentes externos; é um fenômeno progressivo; é um fenômeno deletério que produz alterações no corpo.

Segundo Fachine e Trompieri (2012), em qualquer organismo em que o envelhecimento seja estudado, pode-se dizer que as quatro características vitais descritas acima estão presentes e que estas ocorrem em três níveis: na estrutura, por meio de alterações anatômicas, altura, posição do corpo, opacidade dos ossos, etc.; na função, através de mudanças na atividade do organismo e mudanças no comportamento; e no substrato, com as alterações moleculares.

Com o passar dos anos, há uma deterioração na capacidade do corpo de regenerar células. As mudanças que ocorrem no corpo devido ao envelhecimento são semelhantes às lesões provocadas por patologias. A rede de tecidos e as células do organismo, devido a fatores exógenos como agentes físicos, químicos e biológicos e, por outro lado, fatores endógenos, como neoplasias, autoimunidade e doenças genéticas produzem uma resposta insuficiente da célula a tal situação, gerando, em qualquer caso, a vulnerabilidade do organismo (MINAYO, 2006).

Por outro lado, tem-se a apoptose, morte celular programada. Durante o desenvolvimento celular existe um equilíbrio entre a proliferação celular e a apoptose, é um processo seletivo, onde as células são geneticamente programadas

para desaparecerem seletivamente. Entretanto, durante o envelhecimento, a apoptose se intensifica, resultando em um déficit celular (OKUMA, 2012).

Segundo Augusto (2015), o sistema nervoso é um sistema de comunicação e tem a mesma estrutura de qualquer sistema de comunicação, sendo composto por um transmissor, um receptor (proteínas), um painel que transmite o sinal e como resultado é produzida uma resposta. Com o envelhecimento ocorre perda neuronal, diminuição do volume cerebral e da substância branca, do córtex cerebral frontal, tudo isso devido à morte e/ou atrofia celular.

Em relação aos aspectos físicos, com o passar dos anos, o envelhecimento ocorre no corpo, o que acarreta alterações morfológicas cardiovasculares, patológicas estruturais do aparelho respiratório, muscular, ósseo, digestivo, genito-urinário, na boca e dentes, nos órgãos sensoriais, como diminuição da acuidade visual e perda auditiva, a pele denota vermelhidão, sendo frequentemente acompanhada por uma capacidade psicomotora mais lenta e uma diminuição dos mecanismos termorregulatórios do idoso. Tudo isto pode representar um risco para a saúde do indivíduo (AUGUSTO, 2015).

Com o passar dos anos, também ocorre um envelhecimento das capacidades intelectuais, que se inicia após os 30 anos e acelera com a idade. Na velhice há uma perda da capacidade de resolver problemas, acompanhada por uma falta de espontaneidade nos processos de pensamento. As habilidades de linguagem e expressão são frequentemente prejudicadas. A criatividade e a capacidade imaginativa são preservadas. Existem alterações de memória e muitas vezes sofrem de amnésia centrada no tempo. De acordo com Bertoldo (2010, o caráter e a personalidade geralmente não são alterados, a menos que ocorram problemas patológicos. A capacidade de adaptação geralmente é diminuída pelo medo de situações desconhecidas.

### 2.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FIGURA DO IDOSO

Na velhice, há uma mudança de papel individual, que se apresenta ou se eleva a partir de três dimensões: o idoso como indivíduo, como membro do grupo familiar e como pessoa. Os indivíduos, em seu último estágio de vida, estão cientes de que a morte está próxima. A atitude em relação à morte muda com a idade, sendo um dos aspectos do desenvolvimento a aceitação da realidade da morte. Isso

é vivido pelo idoso como uma libertação, como o fim de uma vida de lutas, preocupações e problemas e, para outros, é uma alternativa mais aceita do que uma possível deterioração ou doença. Outros idosos rejeitam o fato de morrer e geralmente estão cercados de medo e angústia (BEAUVOIR, 2018).

As relações dos idosos com a família mudam, pois tendem a morar com os netos e filhos. As etapas do relacionamento com os filhos e netos passam por diferentes fases. Na primeira, quando é independente e ajuda os filhos, atuando como uma ajuda no grupo familiar; na segunda fase, quando surgem os problemas de saúde, as relações se invertem, e a família passa a ser a cuidadora ou considera a admissão do idoso em uma residência permanente (BOSI, 2009).

De acordo com Dias (2005), a velhice é uma fase caracterizada por perdas (físicas, mentais, econômicas, de função, faculdades afetivas, etc.). As perdas afetivas, caracterizadas pela morte de um cônjuge ou amigo, são acompanhadas por grande tensão emocional e um sentimento de solidão difícil de superar.

Segundo Beauvoir (2018), a sociedade valoriza apenas o homem ativo, aquele que é capaz de trabalhar e gerar riqueza. O idoso geralmente é aposentado e não é ativo, mas tem mais possibilidades de contribuir com seus conhecimentos e realizar novas tarefas comunitárias. A grande mudança é a aposentadoria do indivíduo, mas o idoso deve buscar alternativas para evitar ao máximo suas consequências negativas. Aposentadoria é a situação de quem, depois de atingir uma determinada idade e de ter exercido uma atividade laboral durante um número considerável de anos, deixa de trabalhar e tem direito a uma pensão.

A mudança de hábitos de trabalho que vem com a aposentadoria tem suas consequências, a adaptação é difícil porque a vida e seus valores estão orientados ao trabalho e à atividade. As relações sociais diminuem ao sair do ambiente de trabalho, bem como os recursos econômicos (FELIPE; SOUSA, 2014).

O idoso precisa se comunicar e se relacionar com o ambiente verbal e não verbal, expressar desejos e opiniões e pertencer a um grupo, manter mobilidade suficiente para permitir as relações sociais, ter uma imagem de si que corresponda à realidade e expressar sua sexualidade sem medo. Os seguintes fatores influenciam essa independência de que o idoso necessita: o estado físico, com a manutenção das capacidades sensoriais e do sistema nervoso (ser capaz de ver, cheirar, tocar e sentir), integridade das cordas vocais (ser capaz de falar), funcionamento orgânico que permita sua sexualidade (GUIMARÃES; ALMEIDA, 2008).

Para Horn (2013), o estado psíquico, nível de inteligência que permite a comunicação, o equilíbrio emocional influencia a qualidade da comunicação, a vivência de comunicações ineficazes condiciona novos relacionamentos; a situação social, onde as características do ambiente influenciam a boa comunicação, o ambiente social e cultural em que o idoso se desenvolve, a disponibilidade econômica facilita a comunicação, os meios de comunicação comunitários que favorecem ou dificultam o relacionamento, as mudanças rápidas no A comunicação em massa às vezes é a causa de problemas de comunicação dos idosos.

É importante reconhecer as manifestações de dependência que podem ocorrer no idoso, como isolamento por perdas sensoriais, problemas do sistema nervoso, depressão e solidão, bem como os distúrbios orgânicos (acidentes cerebrovasculares, cataratas, imobilização, traumas, uso de hipnóticos e antidepressivos, ansiedade, estresse e culpa) que podem dificultar a comunicação (MEIRELES, 2006).

Idosos vivenciam, muitas vezes, um isolamento social, que pode agravar problemas crônicos, como a depressão, ansiedade e outros. É comum o relato do afastamento da família e uma inversão de papéis entre pais e filhos. Assim, o processo do envelhecimento, muitas vezes leva o idoso a ficar cada vez mais dependente de seus filhos (PENNA; SANTO, 2006).

Ressalta-se o estigma social de que o idoso não possui mais habilidades e não é produtivo como um adulto jovem, podendo acarretar nesse grupo, sentimentos de incapacidade frente à vida, baixa autoestima e uma relativa angústia pela aproximação com fim da vida (GOFFMAN, 2008).

Cabe ressaltar que ainda vigora, culturalmente, o estereótipo de incapacidade para o idoso. Contudo, estudos contemporâneos têm apresentado que não há correlação entre envelhecimento e inabilidades, já que não há mais o conceito de idoso "típico". A velhice, e como consequência seu repertório social, físico e emocional, são frutos de uma construção ao longo da vida. Importante esclarecer que a dependência, conceito recorrente na temática da terceira idade, não está diretamente atrelada à velhice, já que muitos adultos e idosos apresentam um estilo de vida mais saudável e, portanto, com mais qualidade (OMS, 2015).

Cícero (43 a.C/2011, p.5) corrobora com essa visão trazendo uma metáfora ilustrativa a respeito do idoso no contexto social:

Os que negam à velhice a capacidade de tomar parte dos assuntos públicos não provam nada, portanto. É como se dissessem que, num barco, o piloto repousa, tranquilamente sentado na popa, apoiado ao timão, enquanto os outros escalam os mastros, se ocupam sobre o convés ou esvaziam a latrina. Em verdade, se a velhice não está incumbida das mesmas tarefas que a juventude, seguramente ela faz mais e melhor. Não são nem a força, nem a agilidade física, nem a rapidez que autorizam as grandes façanhas; são outras qualidades, como a sabedoria, a clarividência, o discernimento. Qualidades das quais a velhice não só não está privada, mas, ao contrário, pode muito especialmente se valer (CÍCERO, 43 a.C/2011, p. 5).

Sousa (2011) faz uma retomada do conceito de velhice ao longo da história nas diferentes culturas. Curiosamente, cada sociedade tem seu modo peculiar de reconhecer o envelhecimento de seus membros, conferindo estatutos diferenciados a eles. O autor aponta que envelhecimento era um conceito que remontava à pessoas de classes sociais mais elevadas, já que a pobreza era um condicionante para a mortalidade precoce. Idosos em sociedade de esquimós, por exemplo, cometiam suicídio, pois se consideravam improdutivos e incapazes para a vida em comunidade. Entre os índios brasileiros Caiapós, os mais velhos são vistos como sábios e responsáveis pelas regras do grupo.

Esse aspecto também foi abordado por Sanches et al. (2009, p. 92):

Confúcio, filósofo da Antiga China, já dizia da importância do elemento mais idoso nas famílias, valorizando sua experiência e sabedoria, pois em algumas sociedades tradicionais do passado, a harmonia em família era reforçada pela tradição. Na sociedade chinesa a *"reverência era incutida por um sistema de valores que ressaltava a piedade filial"*, sendo desconhecidos atos de violência contra os idosos naquela época. Já entre os japoneses, o idoso fazia parte de um grupo superior, pelo bem estar de que todos deveriam ser sacrificados. Nos dias atuais, no entanto, essa situação não é mais verdadeira. Atualmente, até a sociedade japonesa não mais vê seus idosos dessa forma, tendo sucumbido aos atos de violência contra os mesmos.

Como em todas as etapas do ciclo vital, a velhice é marcada por importantes alterações biopsicossociais. Corporalmente, esses indivíduos experimentam significativas perdas que implicam em comprometimentos das células, tecidos e músculos. Esse fato os torna mais suscetíveis a diversas doenças. Socialmente, somada à redução da atividade laboral, há uma inversão de papéis na família e na sociedade e profundas perdas de pessoas do seu convívio íntimo. Contudo, o mesmo Relatório traz uma nova perspectiva acerca da terceira idade, pois há também uma tendência a gerirem melhor o seu tempo, envolvendo-se em atividades que tragam mais sentido para suas vidas e a compensarem possíveis limitações por

meio de outras estratégias, que caracterizam um constante aprimoramento psíquico. Assim, “essas mudanças psicossociais podem explicar por que em muitos cenários, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo maior” (OMS, 2015).

Essas visões ainda perduram no imaginário social atual. E, especialmente, no que se refere às práticas de violência sofridas por essa camada da população, sabe-se que o público formado pela terceira idade se insere no grupo dos mais vulneráveis socialmente. O próximo tópico abordará um pouco mais sobre a violência e suas diferentes facetas no cenário brasileiro.

## 2.4 A VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

O fenômeno da violência é conhecido desde a Antiguidade, sendo considerado um fenômeno social comum em todas as sociedades, mas que, a partir das últimas décadas vem ganhando cada vez maior visibilidade, preocupando não apenas a população, mas também o poder público e a comunidade científica (NEVES et al., 2010).

Segundo Chauí (2017), a violência pode ser definida como o uso da força física e da coação psíquica para obrigar alguém a fazer algo contrário a si, aos seus interesses e desejos, ao seu corpo e à sua consciência, podendo causar danos consideráveis e irreparáveis, como a loucura, a auto-agressão, a agressão aos outros e até a morte.

Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um sério problema de saúde pública, a violência é conceituada como:

O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

O combate à violência vem se mostrando como um grande desafio, afligindo toda a humanidade, em diferentes cenários e formas, ocasionando a mortalidade de milhões de pessoas, além das vítimas não fatais, que sofrem com as conseqüências desses atos. Neste contexto, a violência contra crianças e adolescentes são as maiores vítimas, causando graves danos à saúde física e psicológica desse grupo, mais frágil e vulnerável (MASCARENHAS et al., 2010).

O ser humano produz e reproduz as relações que vive em sociedade, sendo a violência uma dessas facetas. Assim, no Brasil, a violência praticada contra crianças e adolescentes tem como gênese as relações de poder vivenciadas na sociedade, onde o dominador coage a vítima a fim de obter vantagens sobre ela (FALEIROS; FALEIROS, 2008).

A violência ainda é pouco notificada, não sendo possível definir sua prevalência de forma real, pois diversos fatores contribuem para que o problema fique restrito à família. Segundo Silva (2009, p. 33), dentre as dificuldades existentes para que se possa dimensionar este problema, podem ser citados:

O fato de ocorrer na maioria das vezes dentro de casa, de não ser acreditada por questões culturais, onde o poder centrado no adulto e o machismo determinam relações abusivas e socialmente aceitas; o sigilo profissional; a falta de consenso na definição e o próprio entendimento do problema; o medo; a vergonha; o descrédito das instituições de proteção e de garantia dos direitos; o despreparo dos profissionais que lidam diretamente com o problema; sanções criminais; a situação da vítima de dependência e pouca idade, além de todas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em alimentar um sistema de informação, quando existente.

Segundo Barros (2009), participam da violência as vítimas, os agressores e também as testemunhas que, ao se calarem, contribuem para a perpetuação dessa prática. A violência pode se apresentar sob diversas formas, sendo tipificada por Barbosa (2008), como física, psicológica, negligência e sexual.

A violência física ocorre quando se utiliza a força física de forma intencional, não-acidental, podendo deixar ou não marcas evidentes e, em casos extremos, causar a morte (BARBOSA, 2008).

Esta violência se manifesta por meio de socos, tapas, surras, agressões com diversos tipos de objetos escolhidos para causar dano, além de ações de tortura, privação de comida, confinamento, chegando até o homicídio, sendo, na maioria das vezes, praticado dentro do próprio lar (BARROS, 2009).

A violência psicológica se manifesta por meio de atitudes, palavras e comportamentos repetitivos e deliberados, levando as vítimas a apresentarem prejuízos afetivos, sociais e psicológicos. Geralmente, este tipo de violência é acompanhado de outros tipos, como o físico (MELLO, 2008).

A negligência diz respeito à omissão dos responsáveis em oferecer o básico necessário para que o indivíduo sobreviva, podendo gerar o abandono (BARBOSA, 2008).

A violência sexual pode ser conceituada como toda relação onde o agressor possui força ou desenvolvimento psicológico superior, utilizando-a a fim de se satisfazer sexualmente (MELLO, 2008).

Barros (2009) enumera ainda a violência estrutural, resultado das desigualdades sociais que existem no país, que deixam vulneráveis a população pobre, que sofre situações cotidianas de desrespeito.

No Brasil, a partir da década de 1980, a violência alcançou o segundo lugar como determinante nas mortes em geral. O problema da violência assumiu proporções descontroladas levando a população a conviver em estado de apreensão e temor constante. Desde então, estudos sobre o tema passaram a fazer parte do cotidiano acadêmico, sendo progressivamente reconhecida como objeto da intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra.

Em 2001, o Ministério da Saúde implantou, através da Portaria GM/MS N° 737 de 16/05/01, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, onde apresenta a definição dos conceitos dos diferentes tipos de violência, o diagnóstico da situação nacional, as diretrizes e as estratégias de ação intersectorial, ressaltando a responsabilidade do setor da saúde (BRASIL, 2001).

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS (2002), dados internacionais foram apresentados sobre os índices de violência e seu impacto na qualidade de vida e na morbidade/mortalidade das populações. Esse relatório considera que lesões físicas, psíquicas e morais acarretam exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, bem como estima os custos sociais e econômicos implicados.

Conforme o Atlas da Violência, publicado em 2018, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o país registrou 62.517 mortes por homicídio, o que é um dado histórico para o Brasil. Isso quer dizer que há “30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, que corresponde a 30 vezes a taxa da Europa. Apenas nos últimos dez anos, 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional no Brasil” (IPEA, 2018, p. 3). Esse registro expõe não só o preocupante quadro brasileiro, mas um aspecto que traduz este fenômeno social como natural. O documento destaca os obstáculos que este tema impõe nas diferentes esferas de governo do país,

colocando o problema na agenda da segurança pública, justiça, empresas e toda a sociedade. Ademais, a violência provoca impactos não só na saúde dos indivíduos, mas na economia e no desenvolvimento da sociedade (IPEA, 2018).

A violência, que pode ser lida e vista todos os dias na mídia, tem levado a sociedade a se perguntar sobre as razões de tal barbárie, geralmente praticada por pessoas jovens, mesmo que maiores de idade. O aparente cinismo com que agressores falam dos atos cometidos indica um desejo que têm de se orgulhar de seus feitos, ostentando-os como se fossem medalhas conquistadas em uma guerra.

Sabe-se que a violência é a principal causa de morte no mundo para a população entre 15 e 44 anos. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas (MINAYO, 1998).

Os custos mundiais provocados pela violência ultrapassam um bilhão de dólares americanos em termos de despesas de cuidados de saúde e vários outros bilhões de dólares em custos indiretos, como dias perdidos de trabalho, adaptação de leis e perda de investimentos (OMS, 2002).

O parâmetro mortalidade revela que o Brasil se situa entre os países que pagam um dos maiores tributos à violência e isto na ausência de um conflito armado declarado. Os custos do país, gastos com cuidados de saúde para as vítimas da violência em 1997, representaram 1.9% do PIB daquele ano (MINAYO, 2006). No entanto, o sofrimento psíquico não pode ser calculado em termos financeiros e essa é apenas uma das dimensões “invisíveis” ligadas à violência. A violência doméstica, intergrupala, nas comunidades, na escola, no trabalho, entre outras instituições, permanece muitas vezes de difícil acesso à avaliação, contribuindo para o retardo do desenvolvimento do país, além de ser fonte de sofrimento extremo no nível individual, das famílias e da coletividade.

Onde a violência existir, a saúde se encontrará sempre seriamente comprometida, em particular a saúde mental, que pode ser definida como sendo um estado de bem-estar emocional e psicológico no qual o indivíduo é capaz de usar suas capacidades cognitivas e emocionais, funcionar na sociedade e satisfazer as solicitações da vida de todo dia (CLOUTIER, 1977).

A partir dessa definição, compreende-se que as diversas formas de violência são capazes de alterar a percepção individual do bem-estar emocional e psicológico e de reduzir a capacidade do indivíduo para funcionar de forma independente e

autônoma no seio da sociedade. Além disto, ela é um fator de estresse maior e contribui ao aparecimento de transtornos do comportamento, muitas vezes em comorbidades com transtornos mentais, elevando significativamente os índices de morbidade. Finalmente, ela dificulta o acesso aos cuidados necessários e indispensáveis para suas vítimas (OMS, 2002).

Uma abordagem multidisciplinar e multisetorial dos problemas de saúde têm trazido respostas mais eficazes do que ações isoladas. O envolvimento de profissionais das áreas da saúde, justiça, assistência social e educação em ações coordenadas e agindo nas comunidades tendo o foco na atenção básica e na promoção da saúde, aumentam as possibilidades de compreensão da concepção popular da violência, em geral, e no tratamento de suas consequências. Importante se faz dar visibilidade e voz à população vitimada/vitimadora, quebrando o silêncio sobre suas condições de existência e minimizando as consequências sobre a saúde pública.

#### 2.4.1 A violência contra a pessoa idosa e seu enfrentamento

Conforme levantamento apontado pelo IPEA (2018), 1,5% dos homicídios registrados no ano de 2016 no Brasil, foi contra pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos. Usando os descritores: “idoso” e “violência” na base de dados Periódicos Capes, encontraram-se 118 artigos na revisão por pares, só nos últimos cinco anos. É um número considerável, que expressa o quanto este tema vem sendo discutido academicamente na atualidade. Como já exposto, a violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública e carece de maior atenção das políticas sociais que visem sua proteção e assistência.

Estudo realizado por Castro et al. (2018) constatou que a violência é a sexta causa de internação hospitalar e a terceira causa de mortalidade de idosos no Brasil. As internações decorrentes de agressões físicas respondem por 10,6%, atingindo com maior frequência o sexo masculino e a faixa etária de idosos mais jovens (60 a 69 anos), enquanto a proporção de internações por negligência e abandono entre as internações por agressão é mais recorrente no sexo feminino e nos idosos acima de 80 anos.

Segundo Castro et al. (2018, p. 835):

Acredita-se que a violência física se reproduz principalmente por dificuldades financeiras, por choque de gerações e problemas em espaços físicos, daí a associação entre esse tipo de agressão e as internações de idosos mais jovens. Já o abandono e a negligência, embora também tenham associação direta com tais fatores, o predomínio de ocorrência encontra-se com o grau de dependência do idoso e, por isso, associa-se às internações de idosos mais velhos. Este resultado corrobora com pesquisa sobre negligência, realizada com idosos de um programa de assistência domiciliar, cuja média etária encontrava-se em 84,8 anos.

Um grave problema dentro desse espectro é a impossibilidade de se quantificar de modo real os registros de maus-tratos contra idosos brasileiros, já que se sabe que eles são pouco notificados ou analisados, apesar de ser determinado por lei (BRASIL, 2003), que os profissionais de saúde ou outras instituições públicas notifiquem a observação de violências contra pessoas idosas. A OMS define violência contra o idoso como:

(...) 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 (BRASIL, 2013, p. 38).

Os idosos são expostos, em sua maioria, dentro do convívio familiar ou institucional, a abusos de naturezas múltiplas. Até pela facilidade de exposição e manifestação, as agressões físicas são as mais notadas no cotidiano. Normalmente são observadas sob a forma “de empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios mais letais como agressões com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo” (BRASIL, 2013, p. 38-39).

Outra forma comum de violência contra o idoso é a psicológica, que compreende “todas as formas de menosprezo, de desprezo e de preconceito e discriminação que trazem como consequência tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente, depressão” (BRASIL, 2013, p. 39).

Importante atentar que idosos submetidos a violência sexual, seja pelo ato ou pelo aliciamento, são mais propensos também a desenvolverem baixa autoestima, depressão e ideação suicida. Estudos apontam que a limitação física expõe esse grupo a maiores vulnerabilidades. Nesse cenário, encontram-se também a violência econômica, muito comum nos casos de roubo e desvio de benefício; e o abandono, negligência ou omissão, inclusive a praticada por instituições públicas.

Uma estatística alarmante aponta para a dupla violência a que as mulheres idosas estão submetidas:

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 (BRASIL, 2013, p.64).

Finalmente, como estratégias de enfrentamento o relatório apresenta duas soluções: fazer valer as leis e políticas de proteção ao idoso e promover uma sociedade mais igualitária.

Nesse contexto, os idosos, da mesma forma que crianças e adolescentes, não possuem meios de defesa, estando dependentes da proteção de outros, sendo constantemente vítimas dos variados tipos de violência, cometidas em grande parte das vezes por pessoas que com elas convivem, ou seja, pessoas que deveriam zelar pela sua proteção, garantindo-lhe segurança e cuidados (IWAMOTO et al., 2010).

## 2.5 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: DA CARIDADE AO DIREITO

Historicamente, o Brasil se dividiu entre o assistencialismo e a assistência. Do século XVIII até a Independência, haviam poucas instituições dedicadas a proteger os desvalidos. É importante destacar que os valores morais da época, a saber, o patriarcalismo e a prevalência da hierarquia social, tinham um peso significativo junto ao problema da proteção social. Os marcos legais da Constituição Federal e da LOAS contribuíram para a quebra no paradigma emergencial, provido pela caridade, transitando para a política dos direitos sociais, mediada pelo Estado.

Nesse período, a Igreja Católica também buscava fazer caridade por meio do oferecimento de esmolas, abrigo, alimentação, enfermagem, apoio espiritual e doação de caixões a pessoas livres e escravas. Em São Paulo, por exemplo, foram fundados, com propósitos como esses, o Convento de São Bento (1598), a Venerável Ordem de Nossa Senhora do Carmo (1594), a Ordem dos Frades Menores Franciscanos (1640), o Recolhimento Santa Tereza (1685), entre outros (CORDEIRO et al., 2018, p. 64).

As políticas de assistência social se destinam àqueles que se encontram à margem das políticas básicas (saúde, educação, assistência e segurança social). Essa realidade, ou seja, a marginalidade coloca-os em situação de vulnerabilidade. E, como aponta Costa (1990), eles se tornam "subcidadãos" ou cidadãos de segunda classe, expostos à degradação pessoal ou social. Essa constatação possibilita vislumbrar a necessidade de articulação entre as demandas dos destinatários e as políticas sociais básicas.

Castel (1995) introduz o conceito de desafiliação para aqueles que vivenciam a ausência material e relacional em todos os níveis (familiar, comunitário, educacional e profissional), rompendo as possibilidades de inserção nas políticas sociais. Ele entende que o indivíduo vulnerável encontra-se em uma zona intermediária, portanto, instável. Essa se caracteriza por empregos precários (trabalhadores temporários, informais ou subempregados) e suportes comunitários frágeis (não inserção nas políticas sociais básicas de educação, esporte, lazer, saúde e etc.).

O conceito de desafiliação pressupõe dois eixos: o primeiro relacionado ao trabalho, ensino ou profissionalização; o segundo a rede sociofamiliar. Ao longo desses dois eixos, os sujeitos podem transitar em três zonas distintas: integração, vulnerabilidade e desafiliação. A precariedade financeira e a fragilidade dos vínculos são os polos extremos dessa condição, manifestando-se como privação e isolamento, respectivamente, levando a uma quarta zona que gera a necessidade da assistência total pelo Estado (mendigos, meninos de rua, doentes mentais e etc.). Ele propõe um modelo que não é estático, já que os indivíduos podem sair da zona da assistência, ou mesmo transitar entre os níveis de filiação/afiliação/desafiliação, em diferentes momentos da vida (CASTEL, 1995; 1998).

Segundo a contextualização histórica, formalmente as Câmaras Municipais delegavam às instituições diversas, por meio de convênios escritos e assinados pelo rei, os serviços de proteção aos desvalidos, como os firmados com as Santas Casas de Misericórdia, estabelecendo as Rodas e Casas dos Expostos. Os encargos financeiros da assistência aos expostos ficaram sob a responsabilidade das Câmaras Municipais até 1828, sendo transferidos para o Estado somente no período imperial. Adiante, outra prática tornou-se comum na história do país, a de se ter "filhos de criação", ou melhor, a prática de acolher e adotar crianças abandonadas pelos pais por outras famílias. Segundo Marcílio (2008, p.136):

No Brasil, o costume de criar um filho alheio nas famílias foi amplamente difundido, aceito e valorizado. Basta verificar que em Mariana [cidade do interior de Minas Gerais], em 57 anos (1779 a 1833), foram expostas em portas de casas de famílias 983 crianças. Dessas, somente 36 não ficaram com as famílias em cujas portas foram deixadas. (...) Seria o ato de recolher e de criar um recém nascido abandonado um ato de caridade, compaixão, de piedade cristã?

Portanto, interessante notar que tal costume não era realizado apenas pela via religiosa. O acolhimento de expostos por famílias trazia vantagens econômicas para o “criador”, tal como obter mão-de-obra gratuita, tendo como único ônus o gasto com a criação. Muitos recebiam auxílio da Câmara local por exposto ou “adotado”. Os adotados, a seu turno, tinham maiores oportunidades de se estabelecerem na fase adulta, sobretudo após casarem, deixando de reproduzir a prática de abandono de seus filhos. Esta forma de assistência aos “sem-família” foi a mais difundida em todo país por séculos. Entretanto, ela evidenciava uma ambiguidade que durou até 1979, ano da instituição legal da adoção plena: os filhos de criação, ora eram aceitos como membros da família, ora eram reconhecidos como criados ou serviçais da casa (MARCÍLIO, 2008).

No decorrer do século XIX e XX, a caridade e a filantropia começaram a dar lugar a outro modelo assistencial e as instituições mantidas pela Igreja perderam autonomia para os governos, que passaram a impor as diretrizes que deveriam ser adotadas a seguir. A fase filantrópica foi marcada por transformações sociais decisivas no cenário nacional. A mais importante foi a abolição da escravatura, em 1888. Porém, outros acontecimentos foram significativos, como: o fim da Monarquia; a separação entre Estado e Igreja; o fim da hegemonia religiosa na assistência social, dentre outras no campo socioassistencial (GOMES, 2010).

A presença de “notáveis” – principalmente mulheres – marcou, também, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942. Eram tempos de guerra e uma das primeiras funções da LBA foi prestar assistência às famílias dos pracinhas da Força Expedicionária Brasileira. Para isso, a então primeira-dama, Darcy Vargas – presidente da LBA –, mobilizou milhares de “senhoras da sociedade” e as convidou para atuar como voluntárias da recém-criada instituição. Quando a guerra chegou ao fim, os esforços da LBA se voltaram para a assistência da grande massa não previdenciária: crianças e mães em situação de pobreza, famílias atingidas por desastres naturais e calamidades etc. (CORDEIRO et al., 2018, p. 67).

Diante das transformações políticas e sociais emergentes no Brasil, a filantropia parecia ser a resposta para muitas questões sociais (MARCÍLIO, 2008). O Positivismo de Augusto Comte propunha o asilamento das crianças problemáticas

em instituições totais (GOFFMAN, 2008), a fim de “recuperá-las” para a sociedade. A medicina higienista e o direito se uniram para propor soluções para a assistência. A Ditadura Militar, mais especificamente, o “Milagre Econômico”, embora tenha favorecido o crescimento das cidades e regiões metropolitanas, trouxe à tona a pobreza e outros problemas sociais. A assistência, assim, ganhou um caráter multidisciplinar: assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e sociólogos. Após o período de exceção, imputado pela Ditadura Militar que governou o país de 1964-1985, o retorno do Estado de Direito trouxe a oportunidade de consolidação e aprimoramento das instituições (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Observa-se, portanto, que o Sistema de Proteção Social que vigorou no Brasil por quase todo o século XX, teve o início de sua organização durante as décadas de 1930 e 1940, acompanhando o processo de industrialização e urbanização da sociedade brasileira. Embora limitada, já que era subordinada ao aspecto econômico, a regulação da proteção social avançou nesse período, demonstrando uma maior preocupação do Estado no enfrentamento da questão social, que já não era tratada como caso de polícia (PEREIRA, 2007).

O Sistema de Proteção Social Brasileiro formou-se a partir de dois modelos distintos: o seguro social, direcionado aos beneficiários vinculados ao mercado de trabalho, condicionado, portanto, a uma contribuição prévia; e o modelo assistencial, destinado à população não atendida pelo seguro, por não possuir vínculo trabalhista, dividindo-se, respectivamente, entre previdência e assistência. Adotava-se, assim, medidas paliativas, para amenizar as tensões presentes na realidade social, mascarando a pobreza existente, através de programas de caráter filantrópico e assistencialista, que colocavam o usuário em posição de assistido, transformando o serviço ao qual o mesmo deveria ter direito, em benesse, distorcendo, com isso, a noção de direito social e cidadania, enfatizando a subordinação e dependência dos usuários que, nesta perspectiva, não são reconhecidos enquanto sujeito de direitos, ficando situados no campo do não direito, através de uma cidadania regulada. (SANTOS, 2007).

A partir de meados da década de 1970, verifica-se no Brasil, uma forte rearticulação da sociedade civil, a partir dos movimentos sociais que passam a reivindicar a ampliação dos direitos sociais e o alargamento da concepção de cidadania. Este processo de redemocratização da sociedade brasileira instaura-se

num momento de agudização da pobreza e da exclusão social, refletindo-se na Constituição de 1988, com a instituição do conceito de Seguridade Social, caracterizada pela universalização do acesso a bens e serviços públicos, contemplando Previdência, Saúde e também a Assistência. Neste sentido:

O processo de rearticulação da sociedade civil que marcou os anos 1980 colocou a luta política por direitos sociais básicos. Neste contexto de efervescência popular é destacada a questão da cidadania, cujo marco foi a ampliação dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988, que introduziu a noção de Seguridade Social. Ampliam-se assim os deveres do Estado com os cidadãos bem como se vivencia maior visibilidade política e acadêmica sobre as questões sociais (SILVA et al., 2006, p. 17-18).

A assistência passou a ser uma atribuição do Estado, por meio de convênios firmados com a beneficência privada. Porém, os limites dessa função ainda não estavam bem delimitados, pois em alguns momentos caridade, filantropia e Estado se misturavam. Somente com a inauguração do Estado de Bem-Estar do Social, no final da década de 1960, é que a responsabilidade do Estado com o social foi sendo equacionada.

A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco fundamental na história da política de assistência social brasileira, tendo em vista que esta adquiriu status de política pública, isto é, passou a ser direito do cidadão e dever do Estado. Conforme ressalta seu artigo 203: “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988).

## 2.6 POLÍTICAS DE DIREITOS HUMANOS E PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO

Os idosos são sujeitos de direito, socialmente ativos, com garantias e responsabilidades perante si, sua família e sociedade, com seu entorno imediato e com as gerações futuras. As pessoas envelhecem de várias maneiras, dependendo das experiências, eventos cruciais e transições enfrentadas ao longo de suas trajetórias de vida, ou seja, envolve processos de desenvolvimento e deterioração (SILVA et al. 2006).

Para Silva (2013), existe uma relação recíproca entre direitos humanos e políticas de proteção social voltada para os idosos. Por um lado, o discurso dos direitos humanos requer, para sua garantia e exequibilidade, contextos institucionais

que permitem o seu exercício. Por outro lado, as políticas baseiam-se em uma abordagem baseada em direitos, visando expandir e proteger os mesmos. De ambas as maneiras, os idosos se beneficiam do desenvolvimento, na sua qualidade de sujeitos de direito.

Na doutrina dos direitos humanos, antes da década de 1990, a idade, em geral, era um assunto tratado sob o amplo conceito de "qualquer outra condição social", aludindo a extensão para diferenças de idade e geração, mas cujo tratamento nem sempre era feito de forma explícita. No Brasil, no final da década de 1980, foram tomadas medidas específicas em favor dos idosos na Constituição de 1988, estabelecendo as bases de atuação na atenção à velhice. Os avanços nacionais nas políticas de velhice, desde então, tiveram evolução crescente, com a concepção e/ou implementação de políticas expressamente dirigidas aos idosos, permitindo incorporar questões específicas relacionadas aos direitos dessa população (VERAS, 2003).

O artigo 229, da Constituição de 1988, ao estabelecer a obrigação dos filhos de ajudar e amparar os pais na velhice, quando os mesmos estão em situação de doença ou carência, bem como o artigo 230, ao estabelecer que é dever da sociedade, da família e do Estado ampará-los, foram decisivos nas garantias de direitos que surgiram posteriormente. De acordo com Rulli Neto (2003, p. 58):

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto, expressamente, direitos e garantias fundamentais, mas, apesar disso, há a necessidade de vontade política para o implemento da norma – direcionamento das políticas públicas para a proteção do ser humano, sempre que não for auto-aplicável o dispositivo constitucional ou no caso de depender de implementação de políticas públicas.

Os dispositivos constitucionais, regulamentados pela Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8.742, estabelecendo programas e projetos voltados à atenção e proteção dos idosos, criando, por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para os indivíduos com idade acima de 65 anos que vivam em necessidade (BRASIL, 1993).

- a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (BRASIL, 1994).

Observa-se, assim, que a PNI tem como meta promover o envelhecimento ativo e saudável, entendendo que a soma das experiências e oportunidades que cada um tem ao longo da vida influenciam na velhice e que para que esta tenha qualidade, é necessário manter sua capacidade funcional, valorizar sua autonomia e preservar sua independência física e mental (BRASIL, 1994).

Através da Portaria GM/MS nº 702/2002, a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso foi organizada, dividindo a responsabilidade da gestão e estabelecendo critérios para a realização dos cadastros nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, como estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2010).

A Lei nº 10741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, foi um marco significativo nas políticas públicas a essa população, tornando obrigação de todos, incluindo Estado e sociedade, garantir o direito à dignidade dessa população, através de ações de saúde, alimentação, educação, esporte e lazer e cultura (BRASIL, 2003). Através da Portaria nº 2528/2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituindo medidas para promover o envelhecimento ativo, com independência e autonomia, seguindo as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Por idosos autônomos ou ativos, entende-se aqueles que não se encontram em situação de dependência, não necessitando do auxílio de terceiros para a prática dos atos essenciais da vida, como vestir-se, comer, levantar-se, movimentar-se, etc. Pode ser aplicado o conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), que o define como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade da vida à medida que as pessoas envelhecem.

Isso se aplica a indivíduos e grupos populacionais. O envelhecimento ativo refere-se à participação contínua em questões sociais, econômicas, culturais e espirituais e não apenas a capacidade de ser fisicamente ativo ou participar da força de trabalho. As pessoas idosas que se aposentam, estão doentes ou deficientes

podem continuar a contribuir ativamente com suas famílias e comunidades. O termo saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social (OMS, 2015, p. 79).

Um aspecto central para o desenho de políticas públicas de qualidade é a consideração das características e particularidades dos territórios aos quais se dirigem. Portanto, é relevante chamar a atenção para os processos de implementação de políticas e sua interação com as particularidades territoriais. Dentre as várias perspectivas e enfoques para orientar esta análise, encontram-se aquelas que buscam identificar lacunas ou falhas de implementação, ou seja, as diferenças entre o que se projeta, o que é efetivamente executado e as possíveis explicações para isso (CORDEIRO, 2018).

Nesse sentido, Gutierrez et al. (2012) ressaltam que os atores e instituições desempenham um papel neste processo e/ou as várias interpretações ou traduções que a política tem em diferentes níveis de implementação. Em perspectivas vinculadas à gestão, as análises visam identificar nós e fatores críticos associados à efetividade desse processo, como a disponibilidade de recursos econômicos e humanos, a articulação e coordenação dos atores sociais e políticos, a comunicação e distribuição de informações, entre muitas outras.

Dentre as políticas instituídas, existem dois níveis de proteção da Política de Assistência Social brasileira: básica e especial. Ambas exigem um trabalho multidisciplinar (assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais, dentre outros). A proteção social básica é executada por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), a proteção social especial de média e alta complexidade através dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), através dos serviços de acolhimento e serviços de proteção em situação de calamidade pública e de emergências respectivamente.

### **2.6.1 Os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS)**

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e, em 2005, organizado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo criado o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com o objetivo de garantir o acesso à proteção social básica e especial a pessoas ou famílias em situações de vulnerabilidade (CARDOSO, 2009).

Ao incluir a assistência social como política pública, o Estado assumiu sua responsabilidade junto a grupos anteriormente excluídos do sistema de seguridade no enfrentamento da vulnerabilidade social, reconhecendo que a vulnerabilidade e a pobreza não são o resultado de trajetórias individuais, mas que foram historicamente construídas, sendo essencial sua intervenção, instaurando um sistema de proteção (RIZOTTI et al., 2010).

De acordo com a Norma Operacional Básica, NOB-SUAS/2005, a Proteção Social tem como meta a proteção básica e especial, sendo esta última de média e alta complexidade. A proteção social básica é voltada para ações de prevenção e de convivência com aquelas famílias vulneráveis, possuindo como espaço para a execução dos seus serviços, o Centro de Referência da Assistência Social, tendo como fim a promoção da convivência, acolhimento e socialização destes indivíduos. A proteção social especial se destina a situações onde os direitos são violados, existindo vínculos familiares rompidos ou fragilizados, sendo atendidas pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (RAMIRES; NERY, 2011).

No caso da proteção social especial, são considerados dois níveis de complexidade, a média e a alta, tendo como unidade pública de referência os CREAS. De acordo com documentos oficiais, ambas são direcionadas ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de direitos violados (BRASIL, 2005).

Segundo Souza (2011, p. 70), o CRAS atende famílias em regiões que possuem maior vulnerabilidade social, coordenando e articulando ações estratégicas, a fim de operacionalizar o Programa de Apoio Integral à Família (PAIF), valorizando sua heterogeneidade, peculiaridade e diversidade cultural do núcleo familiar, sem desconsiderar a diversidade de arranjos existentes, sempre levando em conta o que considera como funções básicas da família: “prover a proteção e a socialização de seus membros; constituir-se como referência moral e afetiva; ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições e com o Estado”, sendo este órgão a porta de entrada dos cidadãos nos programas, ações, benefícios e serviços da assistência social.

A Proteção Social Especial (PSE) tem como meta o atendimento de pessoas violadas em seus direitos, apresentando frágeis vínculos familiares, envolvendo situações que vão desde a garantia de sua sobrevivência até a inclusão em redes

sociais de atendimento, priorizando acolhimento e cuidado temporário, ou por longos períodos para aqueles que não podem mais contar com suas famílias, necessitando, por vezes, serem retirados do núcleo familiar, ou seja, que necessitam de proteção integral (SOUZA, 2011).

De acordo com a Lei nº 12.435/2011, que altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e dispõe sobre a Assistência Social, alterando a LOAS e estabelecendo legalmente o SUAS, o CREAS se constitui em uma:

Unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial (BRASIL, 2011, p. 6).

O CREAS tem como objetivo a construção coletiva de redes de atenção que garantam os direitos fundamentais de crianças, adolescentes, idosos e famílias, condições de acesso aos serviços de assistência social e o restabelecimento da convivência familiar (ROCHA et al., 2011).

Guimarães e Almeida (2008, p. 84) ressaltam que instituições como o CREAS, que enfrentam situações de violência, devem atuar como “operadores da lei, da interdição que falhou no contexto familiar”, sem deixar de observar que a atuação deve ser extensiva à família, a fim de evitar a reincidência de casos de violência.

O CREAS, como centro direcionado a pessoas ou famílias em situações de risco, encaminhando-as às redes de proteção social, recebe mulheres, crianças, adolescentes, idosos, dependentes químicos, vítimas de maus tratos, necessitando que lhes seja assegurada proteção, sendo necessário que os profissionais que ali atuam implementem ações voltadas às necessidades das famílias, fortalecendo-as para que possam exercer suas funções, além de lhes garantir sustentabilidade (PACHECO; MARQUES, 2009).

No atendimento do CREAS encontram-se serviços de apoio especializado e orientação a pessoas e/ou famílias vitimadas pela violência, visando um atendimento psicossocial que tem por fim proteger tanto a vítima como a sua família, por meio de um atendimento técnico que busca a prevenção da continuidade do problema, além de um serviço de enfrentamento a todas as formas de violência, abuso e exploração,

buscando garantir atendimento e proteção imediata às vítimas de violência e abuso (TONON; AGLIO, 2009).

Destaca-se neste serviço o trabalho de acolhimento, que busca criar um clima de confiança entre a vítima e os profissionais que a atendem, a fim de identificar a violência sofrida com a maior precisão possível, para que o atendimento seja de forma mais efetiva e eficaz, sendo realizado através de um conjunto de ações que visam um atendimento global, tanto da vítima quanto da família (LIRIO, 2011).

O sistema de proteção e garantia de direitos se apóia em três eixos: promoção de direitos, defesa e controle social. O sistema é composto por instituições tais como: conselhos estaduais e municipais de direitos, delegacias especializadas, defensoria pública, promotoria e outros serviços especializados. A orientação da referida resolução é de que essas instituições se articulem com aquelas executoras, ou que operacionalizam as políticas públicas nas áreas de atendimento à saúde, assistência social, entre outras (SANTOS, 2010, p. 49).

Busca-se, portanto, oferecer um atendimento especializado, que promova a proteção e o cuidado integral, onde as instituições façam parte de um sistema de proteção dos direitos humanos, voltados à defesa e controle social. Neste sentido, emerge aqui a ideia de rede de atendimento e enfrentamento da violência, entendida por Faleiros e Faleiros (2008, p. 39) como o “conjunto de instituições - do sistema de proteção e garantia de direitos àquelas de execução de políticas públicas no enfrentamento da questão, apoiando-se em três eixos: defesa de direitos, atendimento e responsabilização”.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO

Quanto aos objetivos, este estudo se classifica como uma pesquisa exploratória, pois busca “levantar informações sobre determinado objeto, campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto” (SEVERINO, 2007, p. 123); e descritiva, por utilizar técnica de coleta de dados, analisando-os e interpretando-os.

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se a pesquisa documental que, segundo Gil (2010, p. 45), recorre a arquivos “que não receberam ainda um tratamento analítico”. Conforme Lakatos e Marconi (2006), esse tipo de estudo permite o conhecimento de áreas emergentes, onde os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente, podendo orientar as indagações advindas do contato direto. As vantagens da pesquisa documental consideram que “os documentos constituem fonte rica e estável de dados” e baixo custo para o pesquisador (GIL, 2010 p. 46).

A pesquisa documental se preocupa em examinar registros e documentos, manuais, edições de periódicos, registros, documentos do governo e registros judiciais. A vantagem de fazer uso desses documentos para pesquisa é que se conhece melhor a sequência cronológica dos eventos do que o que se pode extrair das entrevistas e do trabalho de campo.

Vergara (2009, p.46) descreve a pesquisa documental como aquela que é “realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas”.

Este estudo é caracterizado como um estudo de caso. De acordo com Gil (2010, p. 35), “caracteriza-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa é de natureza mista, pois aborda aspectos qualitativos e quantitativos. Segundo Beuren e Raupp (2004, p. 92), “os estudos que empregam metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

A pesquisa qualitativa permite uma coleta no ambiente natural em que os participantes vivenciam a questão estudada. Esse tipo de estudo explora múltiplas fontes de dados, extraem o sentido e organizam categorias ou temas que conduzirão a análise posterior. Além disso, o pesquisador é um instrumento fundamental da coleta, pois ele determinará o curso do estudo e das categorias a serem exploradas (GUTIERREZ et al., 2012).

A abordagem quantitativa tem como característica o uso de quantificação na coleta e tratamento das informações, através de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, sendo frequentemente utilizada em estudos descritivos, que buscam descobrir e classificar a relação entre variáveis e a relação de causalidade entre fenômenos (BEUREN; RAUPP, 2004).

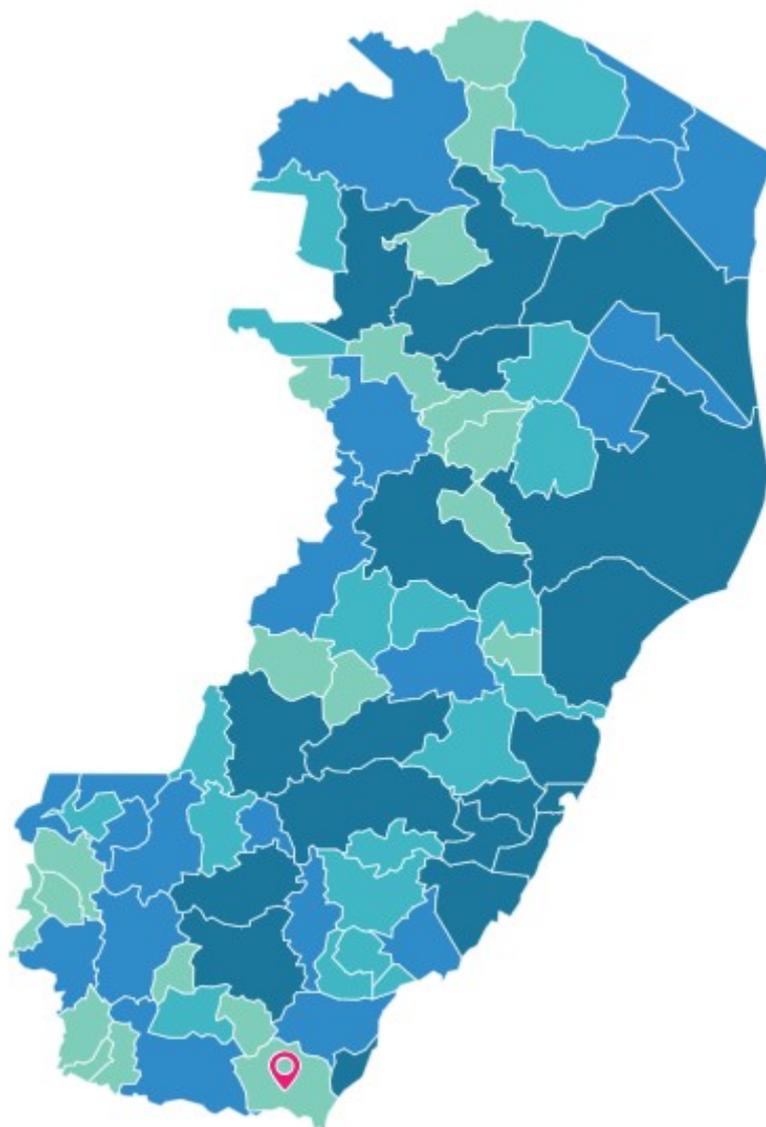
### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do município de Presidente Kennedy-ES, órgão socioassistencial, que pertence à Secretaria Municipal de Assistência Social, que tem por objetivo aplicar a Política Nacional de Assistência Social no município citado, dentro dos princípios da LOAS, visando garantir o acesso aos direitos socioassistenciais a cidadãos e grupos em situação de vulnerabilidade e risco social, assim como aqueles em violação de direitos. O Serviço de Proteção Social Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) é executado pelo CREAS.

O PAEFI é um serviço que tem como finalidade acompanhar, orientar e apoiar, assistir indivíduos ou famílias que vivenciem situação de ameaça ou violação de direitos. A fim de superar essas situações, o serviço oferece orientações, além de buscar o fortalecimento dos vínculos familiares. Esta demanda é ofertada pelo CREAS e objetiva: “contribuir para o fortalecimento da família no seu papel de proteção; Incluir famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos; Contribuir para prevenir a reincidência de violações de direitos” (BRASIL, 2014).

O município de Presidente Kennedy possui uma população de 11.488 habitantes, localizando-se no litoral sul do estado do Espírito Santo, como pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Mapa do estado do Espírito Santo, com destaque para o município de Presidente Kennedy



Fonte: IBGE (2019)

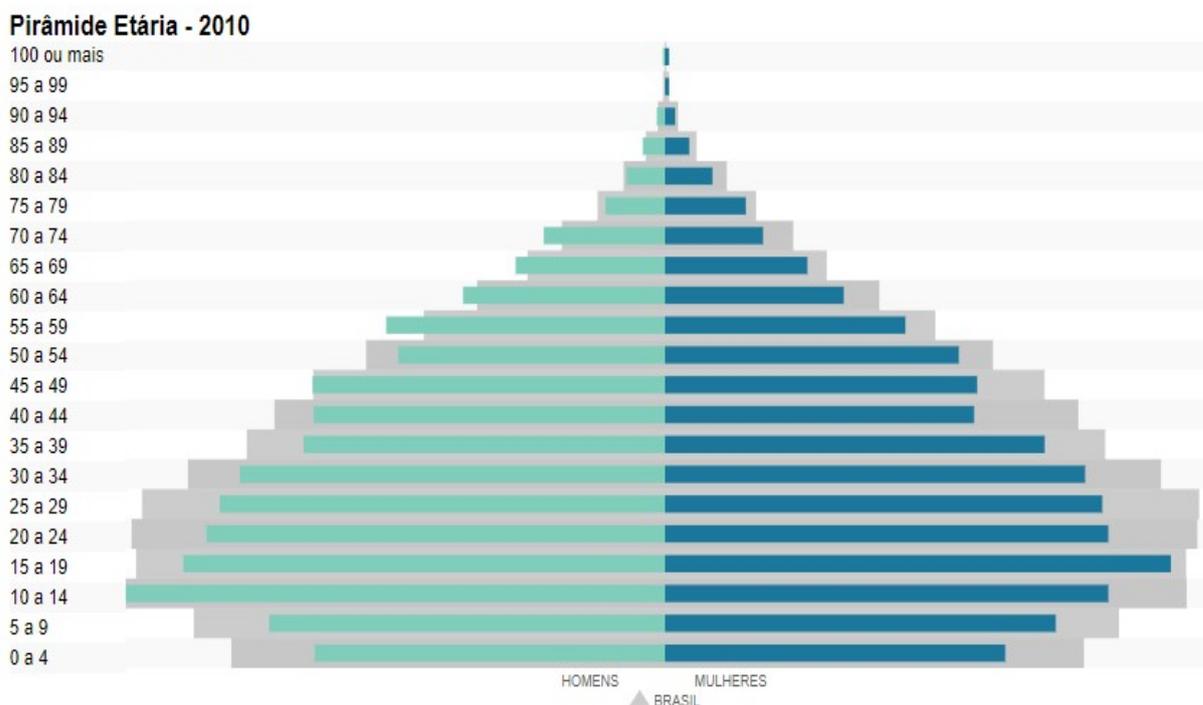
Apesar da importância na exploração do petróleo, é um município que apresenta muita desigualdade social e pobreza, com sua economia majoritariamente ligada a agricultura, que responde por cerca de 70% da arrecadação municipal, com destaque para o cultivo de maracujá, mandioca, cana de açúcar e pecuária leiteira, sendo o maior produtor de leite do estado (IBGE, 2019).

O maior empregador local é o poder público municipal, que possui cerca de 1.800 servidores, entre estatais e sem vínculos permanentes (comissionados e designação temporária).

De acordo com o IBGE (2019), o salário médio mensal da população em 2016 era de 2,4 salários mínimos, possuindo 40,6% da população vivendo em domicílios com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,657, considerado médio.

Em relação à população, é possível observar na Figura 3 que a população idosa do gênero feminino apresenta números superiores à média nacional, enquanto a masculina fica abaixo.

Figura 3 – Pirâmide etária do município de Presidente Kennedy



Fonte: IBGE (2019)

O CREAS do município de Presidente Kennedy-ES, em 2020, é composto por serviços que visam atender a diferentes formas de violações de direitos, como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir

autonomia e bem estar; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família em decorrência de violação de direitos.

Além disso, o CREAS realiza o acompanhamento de um número significativo de idosos em situação de violação de direitos e/ou em situação de Acolhimento Institucional por rompimento ou fragilização dos vínculos familiares e comunitários.

### 3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida através da utilização do banco de registros da Secretaria Municipal de Assistência Social, através do levantamento e análise dos 36 prontuários de registro dos idosos em acompanhamento pelo PAEFI no ano de 2018, em consequência de situação de risco pessoal e social por violação de direitos, de ambos os sexos, residentes na zona rural e urbana do município.

Portanto, para a realização da coleta de dados, foram analisados dados de todos os usuários idosos que foram acompanhados no ano de 2018, tanto os que ingressaram em acompanhamento no referido ano, como os que tiveram seu ingresso em anos anteriores.

A utilização de dados do ano de 2018 se deu em razão de, no início do estudo, o CREAS ainda não possuir informações concretas sobre os usuários acompanhados em 2019, que preenchessem os critérios de inclusão neste estudo.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora, e trata-se de um formulário contendo os dados divididos em blocos temáticos, como apresentado na Tabela 1.

<b>Bloco temático</b>	<b>Variável</b>
<b>Perfil</b>	- Gênero: masculino e feminino;
<b>Socioeconômico e Demográfico</b>	- Etnia, sendo caracterizada de acordo com o IBGE como: branca, preta, parda, amarela e indígena. - Idade do idoso considerada em anos completos; - Estado civil, categorizada em: casado (a), solteiro (a), viúvo (a), separado (a), divorciado (a) e união estável; - Escolaridade, considerada em: sem instrução, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior; - Local de residência, considerando se o idoso reside na Sede do

---

Município ou em distritos.

- Composição familiar, que está relacionada com os membros que vivem com o idoso na mesma casa, que foi caracterizado da seguinte forma: reside sozinho, reside com companheiro (a), reside com filhos e companheiro (a), reside com filhos, reside com outros;

- Fonte de Renda, considerando se o idoso é aposentado, recebe BPC, bolsa família, se trabalha como autônomo, e se não possui fonte de renda.

- Renda do idoso, que consiste na renda individual do idoso (a), considerada da seguinte forma: ausência de renda, menor que 1 (um) salário mínimo, 1 (um) salário mínimo, maior que 1 salário mínimo;

- A participação econômica do idoso dentro do núcleo familiar, considerando o fato do mesmo ser o único responsável pelo sustento da família, se são os maiores responsáveis, se dividem a participação ou não participam.

---

**Condições de Saúde**

- Em relação à necessidade de ajuda para execução de atividades da vida diária, considerando se necessitam de auxílio em até três atividades, se necessitam de ajuda integral ou se são independentes, não necessitando de qualquer ajuda.

- Presença de deficiência, transtorno mental e doenças crônicas.

- A existência de cuidador, que consiste na existência ou não de pessoa responsável pelos cuidados do idoso (a).

- Histórico de uso abusivo de álcool e/ou outras drogas

---

**Vulnerabilidades****Sociais:**

- Vulnerabilidades do idoso, como isolamento social; baixa renda; situação de extrema pobreza e dependência exclusiva do cuidador.

- Acesso aos benefícios oferecidos pelo poder público municipal, auxílio habitacional; cestas básicas e ticket feira.

- Situação de Acolhimento Institucional.

- Vulnerabilidades da família: baixa renda; uso abusivo de álcool; desemprego; pessoas com doenças crônicas; pessoas com transtornos mentais; pessoas com deficiência; membros que fazem uso abusivo de drogas.

---

---

	- Em relação aos vínculos familiares, se são fragilizados, se estes foram rompidos ou se são fortalecidos.
<b>Perfil dos Violadores</b>	- Quem foi o autor da violação: filhos, companheiros, membros da família ou pessoas sem vínculo familiar com o idoso. - Situação de saúde do violador: pessoa com transtorno mental, uso abusivo de álcool ou drogas ou não possuem nenhum problema físico ou mental aparente. - Gênero: masculino ou feminino. - Sobre o fato do violador coabitar com o idoso.
<b>Tipologia das Violações de Direitos</b>	- Tipologia das violações: negligência, abandono, autonegligência, abuso econômico, violência institucional, violência física, violência psicológica e violência sexual. - Autor da Informação da Violação de direitos: familiares, vizinhos, serviços de saúde, pela assistência social, Poder Judiciário ou se não foram especificados.

---

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, através do preenchimento do formulário, as informações foram agrupadas em temas definidos pela pesquisadora, a fim de torná-la mais clara. Em seguida, cada variável foi tabulada através de frequência absoluta e porcentagem, apresentada por meio de gráficos. Os resultados de cada variável foram, portanto, apresentados de forma quantitativa e analisados e interpretados qualitativamente, entendendo-se que um estudo qualitativo pode ser enriquecido com dados quantitativos.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com dados secundários, não há necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da população pesquisada, desde que atenda às exigências de confidencialidade e anonimato contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

### 3.6 PRODUTO FINAL

Como produto final deste estudo, foi organizado um mapeamento das violações de direitos de idosos no município, onde são apresentados os principais resultados desta pesquisa, bem como sugestões para os profissionais que atendem aos idosos nas diversas instâncias municipais, para que saibam reconhecer e agir em caso de suspeita de violações (APÊNDICE A).

Este mapeamento buscou abordar as desigualdades relacionadas à vulnerabilidade dos idosos, levando em conta aspectos sociais e econômicos tanto das vítimas de violência e abusos quanto das famílias, que também apresentam barreiras econômicas e sociais que as coloca igualmente em situação de vulnerabilidade.

A violação aos direitos dos idosos têm apresentando proporções significativas no município de Presidente Kennedy, por isso é necessário aumentar também as medidas de atenção e cuidado, prevenindo o abandono e maus tratos nesta população indefesa.

A atuação desta pesquisadora na assistência social no município torna possível observar que a população tem vivido mais tempo, apresentando crescente aumento na pirâmide populacional, o que implica para as famílias viverem mais tempo com um idoso, o que, muitas vezes, resulta em esgotamento físico, emocional e financeiro desses familiares responsáveis pelo seu cuidado, acarretando casos cada vez mais frequentes de violência em todas as suas formas, apesar de pouco visíveis para a sociedade em geral.

Levando em consideração essas mudanças demográficas, entende-se que é necessário que o poder público e a sociedade conheçam de modo mais detalhado o problema, a fim de buscarem um sistema de atenção ao idoso, onde os cuidados à família, as ofertas de serviços e os apoios se conjuguem de forma centrada nas necessidades desta população.

A proposta deste mapeamento, portanto, é servir como instrumento de informação, entendendo a urgência de se eliminar as barreiras que impedem o gozo dos direitos dos idosos, que não são um fardo para a sociedade, tampouco incapazes, não sendo admissível que, após uma vida de contribuição, sejam maltratados e marginalizados pelas famílias. Busca-se, assim, promover os direitos dos idosos para alcançar uma sociedade que respeite todas as idades.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

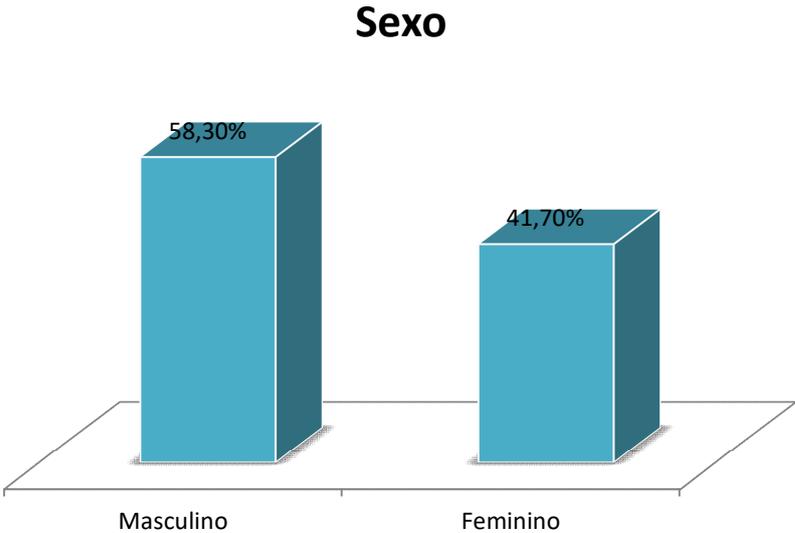
Os dados foram obtidos através dos prontuários do Serviço de Proteção Social Especializado a Famílias e Indivíduos. No ano de 2018, foram acompanhados 151 casos de violência envolvendo a população em geral. Destes, 36 casos envolveram idosos, ou seja, 23,84%, número que se considera expressivo em um município tão pequeno.

A seguir, são apresentados os resultados obtidos através da análise destes 36 prontuários. A opção pelo ano de 2018 se deve ao fato de, no momento do levantamento dos dados, os prontuários de 2019 ainda não estarem consolidados pelo setor, não sendo possível, desta forma, se obter um panorama anual das violações, que se constitui a proposta deste estudo.

### 4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Em um primeiro momento, buscou-se analisar o perfil dos idosos que vivenciaram algum tipo violação de direitos. Em relação ao gênero dos idosos da amostra, 15 (41,7%) são do gênero feminino e 21 (58,3%) do gênero masculino.

Figura 4 – Sexo da amostra



Fonte: Elaborado pela autora

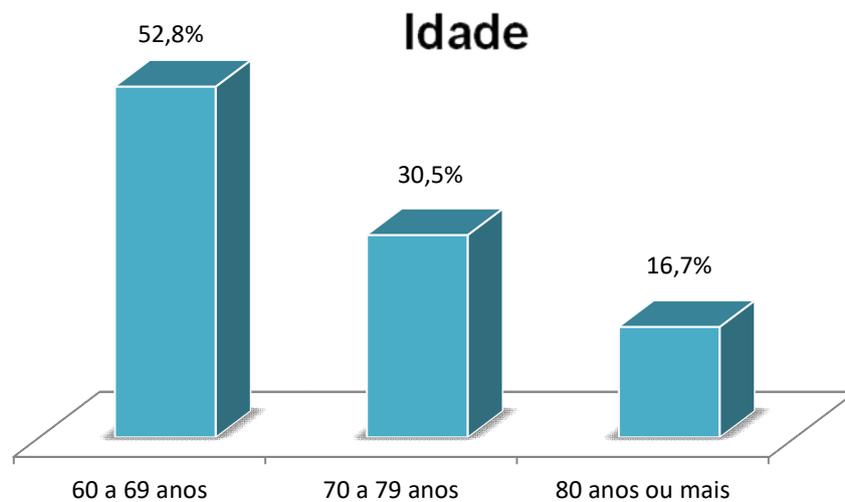
Em geral, os estudos têm encontrado uma porcentagem maior de vítimas entre as mulheres do que entre os homens, com percentuais que variam de 66 a 100% dos casos. Entretanto, neste estudo, o percentual feminino foi menor do que o masculino.

Muitas vezes, os idosos não relatam abertamente os abusos ou violência que sofrem, seja por medo de represálias ou que estas sejam exacerbadas, além da vergonha e da culpa que esse ato provoca. De acordo com Araújo e Lobo Filho (2009), muitas vezes o idoso não entende que está sendo vítima de abuso ou violência, aceitando ser tratado com incompreensão ou palavras rudes; considerando natural que os familiares não levem em consideração seus modos de pensar ou não queiram ouvi-los. Às vezes são deslocados, o que os limita na realização de atividades do cotidiano, sem levar em consideração suas decisões, o que contribui para que fiquem ainda mais isolados e tornem-se deprimidos com frequência notável.

Assim, as mulheres idosas são o grupo mais vulnerável porque têm mais dificuldade em se defender, pedir ajuda, sabem menos sobre seus direitos e, muitas vezes, sofreram abusos durante anos repetidos, caladas e escondendo a violência a que foram submetidas. Por isso, têm medo de denunciar e terem que reconstruir suas vidas e romper seus vínculos familiares, responsáveis pelos abusos e violências e, em muitos casos, sequer reconhecem as formas de violência, pois consideram os maus-tratos familiares uma forma de relação ou porque vivem de uma forma dolorosa demais para ter que admitir o abuso dentro de sua própria casa (CAVALCANTI, 2012).

Quanto à faixa etária, 19 (52,8%) possuem entre 60 e 69 anos; 11 (30,5%) têm idade entre 70 e 79 anos; e 6 (16,7%) possuem 80 anos ou mais.

Figura 5 – Faixa etária da amostra



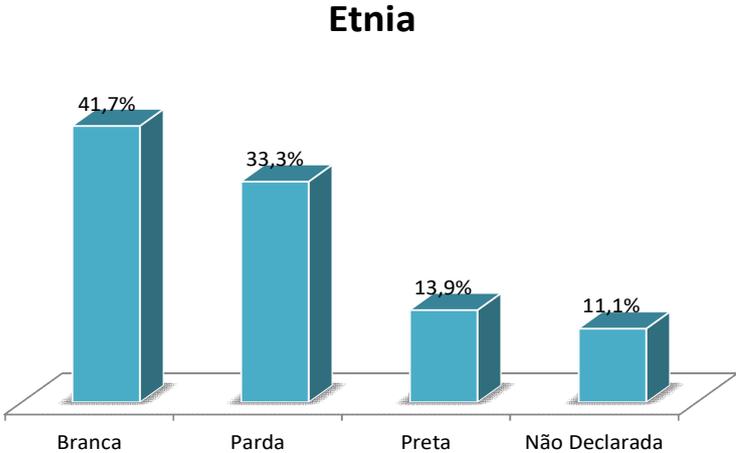
Fonte: Elaborado pela autora

Segundo Faleiros (2007), em geral, os abusos e violência aumentam na mesma medida que a idade e a dependência de cuidados, fatores que também não foram observados nesta pesquisa, onde um maior percentual de vítimas possui idades menores. O mesmo resultado foi constatado por Bolsoni et al. (2016), ao pesquisar os idosos vítimas de violência em Florianópolis, onde o maior percentual de vítimas se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos.

De acordo com Paz, Melo e Soriano (2012), na faixa etária de 60 a 69 anos há maior prevalência de violência ocasionadas por indivíduos fora do ambiente familiar, sendo, assim, mais frequente do que na população mais velha, que sai menos de suas residências ou o fazendo acompanhadas, o que pode explicar os resultados deste estudo.

Em relação à cor da pele, 15 (41,7%) são brancos, 12 (33,3%) foram classificados como pardos, 5 (13,9%) eram pretos e 4 (11,1%) não foram declarados nos prontuários.

Figura 6 – Etnia dos idosos

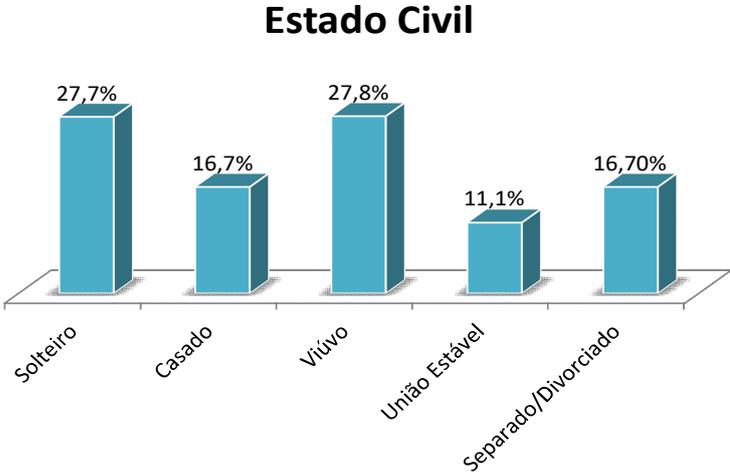


Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com Silva e Dias (2016), apesar de alguns fatores contribuírem para índices mais altos de violência contra os idosos, estes são independentes de etnia. Entretanto, estudo de Pinto et al. (2013, obteve resultados semelhantes a esta pesquisa, com uma prevalência de idosos de cor branca. Entretanto, os negros, em sua pesquisa, foram o segundo maior grupo, enquanto nesta foram os pardos. Tais resultados podem ser devido às diferenças entre as populações analisadas.

No que se refere ao estado civil dos idosos, 10 (27,7%) são solteiros, 6 (16,7%) são casados, 10 (27,8%) são viúvos, 4 (11,1%) vivem em união estável e 6 (16,7%) são separados/divorciados.

Figura 7 – Estado civil

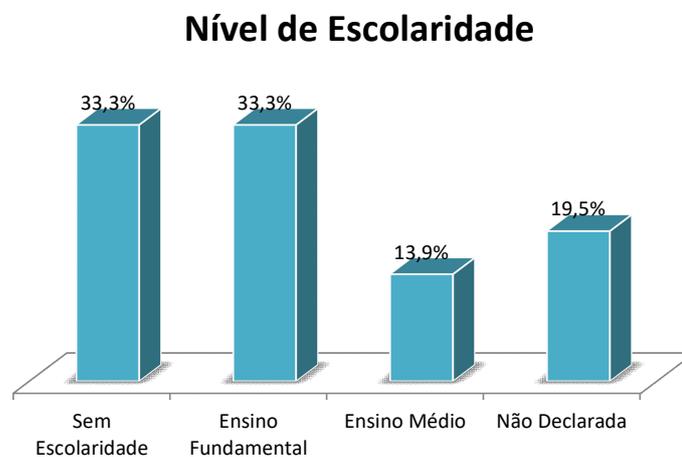


Fonte: Elaborado pela autora

Estudo de Pinheiro, Silva e Andrade (2011), como nesta pesquisa, também obteve um percentual maior de idosos solteiros entre as vítimas de violência, entretanto, os viúvos em sua pesquisa foram os que representaram menor índice, enquanto neste estudo o percentual se igualou aos solteiros. Ploner, Hoffmann e Baldissera (2014), entretanto, constatou maior número de vítimas entre os viúvos.

Em relação ao nível de escolaridade, 12 (33,3%) não possuem nenhuma, 12 (33,3%) Ensino Fundamental, 5 (13,9%) Ensino Médio e 7 (19,5%) não estão especificados nos prontuários (Figura 8).

Figura 8 - Escolaridade



Fonte: Elaborado pela autora

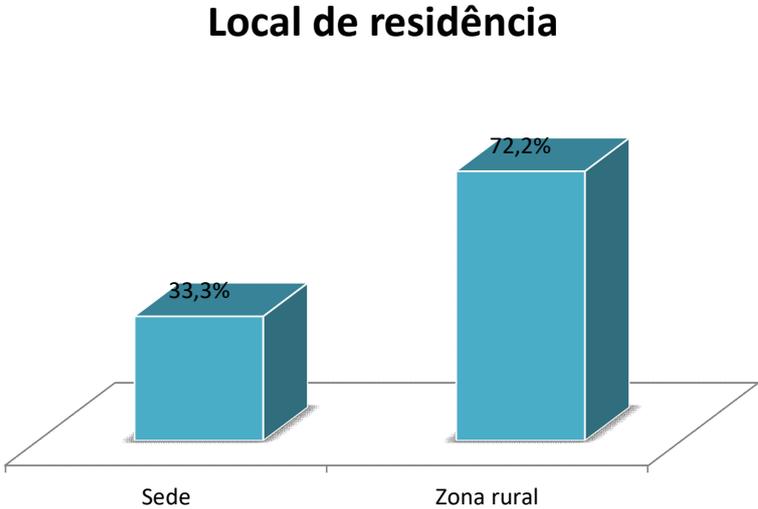
Segundo Baptista (2007), a escolarização influencia diretamente a probabilidade do idoso sofrer algum tipo de violência, devido às implicações que a falta dela pode ocasionar, resultando em menor acesso a informações, menor poder econômico e menor redes de apoio. Para Minayo (2005), entretanto, etnia e status socioeconômicos não influenciam a ocorrência de violência entre os idosos, entendendo que esta é uma construção histórica e social, que independe de tais fatores.

Dos 36 idosos, 10 (33,3%) vivem na sede do município e 26 (72,2%) nos distritos, tendo havido prontuários envolvendo todas as localidades rurais que fazem parte do município (Figura 9).

Em relação à área de residência, não se encontrou estudos que tratem da violência em ambientes urbanos e rurais, entretanto, de acordo com Alencar Júnior e Moraes (2018), enquanto a urbanização é considerada um fator de estresse e maior

violência, esta também proporciona maior escolaridade e informações, que são condições positivas para a prevenção de atos violentos e/ou abusivos contra idosos.

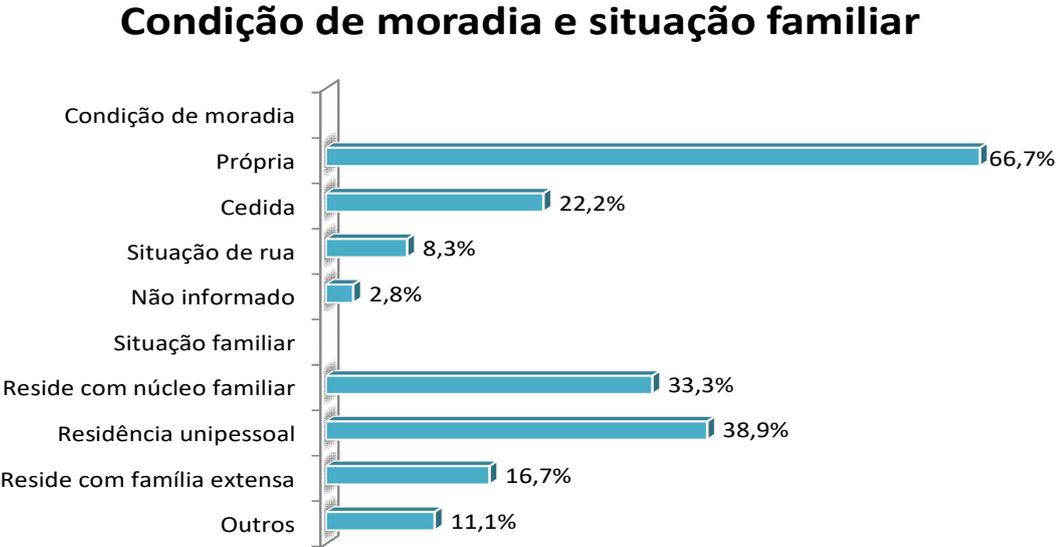
Figura 9 – Local de residência



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto às condições de moradia, 24 (66,7%) possuem imóvel próprio, 8 (22,2%) vivem em casas cedidas, 3 (8,3%) estão em situação de rua e em 1 (2,8%) prontuário não consta esta informação.

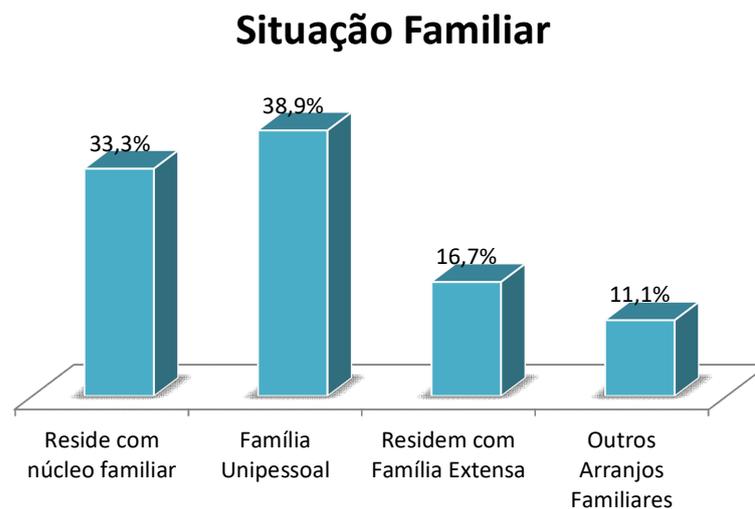
Figura 10 – Condição de moradia



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à situação de moradia, 12 (33,3%) residem em seu próprio núcleo familiar, 14 (38,9%) vivem sozinhos, 6 (16,7%) residem com família extensa, envolvendo diversos núcleos e 4 (11,1%) vivem em outros arranjos familiares, não especificadas nos prontuários.

Figura 11 – Situação familiar



Fonte: Elaborado pela autora

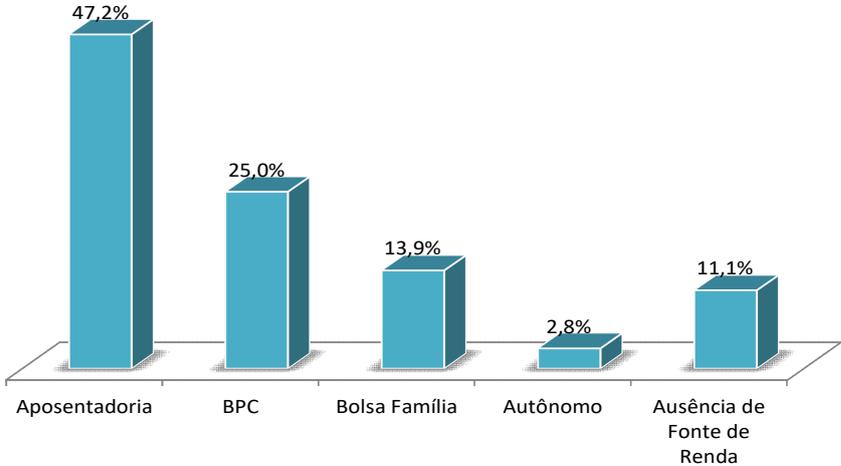
Ao se analisar as duas figuras acima, observa-se que, apesar de um significativo percentual de idosos possuírem casa própria e viverem, em sua maioria somente com o núcleo familiar, não estiveram livres da violência, confirmando estudos desenvolvidos que constataram um maior percentual de vítimas entre aqueles que convivem com diferentes gerações, considerada, em estudo de Minayo (2008), como potencializador de episódios de violência e abusos.

Da mesma forma, estudos de Apratto Júnior (2010) e Moraes et al, (2008) concluíram que a violência é significativamente maior em residências com maior número de pessoas, o que ocasionaria conflitos entre as gerações, podendo haver, inclusive agressões verbais e físicas dos membros familiares mais novos para com os idosos.

Quanto à fonte de renda, 17 (47,2%) são aposentados, 9 (25%) são beneficiários do BPC, 5 (13,9%) são beneficiários do Programa Bolsa Família, 1 (2,8%) é autônomo, e 4 (11,1%) não possuem fonte de renda.

Figura 12 – Fonte de renda

### Fonte de Renda



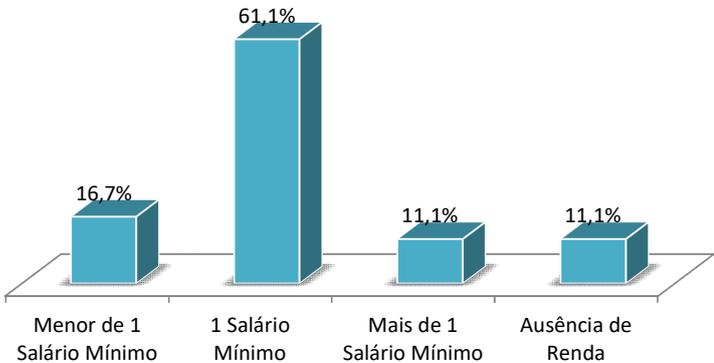
Fonte: Elaborado pela autora

No que se refere à renda mensal, 6 (16,7%) recebem menos de um salário mínimo, 22 (61,1%) recebem um salário mínimo, 4 (11,1%) possuem renda de mais de um salário mínimo e 4 (1,1%) não possuem renda.

Observa-se que poucos idosos não possuem renda, entretanto, muitos dependem de programas assistenciais, como o BPC, pago àqueles em situação de pobreza e que nunca contribuíram formalmente para a Previdência Social, e Bolsa Família, destinada à população economicamente mais vulnerabilizada.

Figura 13 – Renda mensal

### Renda Mensal



Fonte: Elaborado pela autora

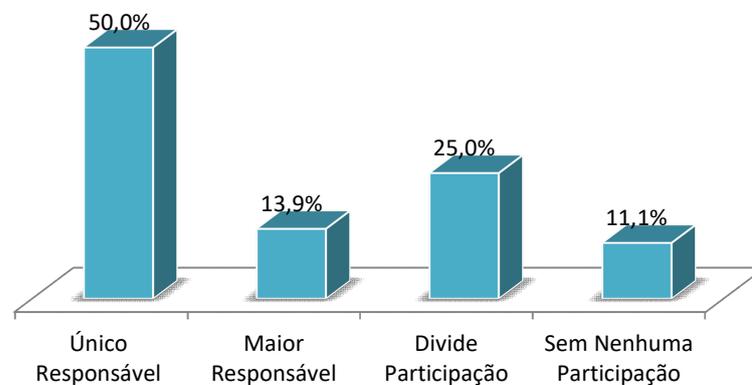
É possível constatar, analisando os resultados da renda mensal juntamente com a fonte de renda que a maioria dos idosos sobrevivem com um salário mínimo,

seja devido à aposentadoria ou BPC. Há consenso na literatura de que quanto maior o grau de dependência financeira, maior o percentual de violência (PAZ; MELO; SORIANO, 2012; APRATTO JÚNIOR, 2010; ALENCAR JÚNIOR; MORAES, 2018).

A participação econômica no núcleo familiar é de única responsabilidade de 18 (50%) idosos, 5 (13,9%) são os maiores responsáveis, 9 (25%) dividem a participação e 4 (11,1%) não participam.

Figura 14 – Participação econômica

### Participação Econômica no Núcleo Familiar



Fonte: Elaborado pela autora

Com exceção dos 4 idosos que não possuem qualquer renda, todos os demais contribuem financeiramente para o sustento das famílias. Analisando os baixos rendimentos que recebem e entendendo que, em grande parte dos casos, estes indivíduos dependem de medicamentos, uma alimentação adequada, entre outros cuidados, pode-se afirmar que vivem com bastante precariedade.

A situação econômica do idoso é definida como a capacidade de uso independente de uma certa quantidade de recursos regulares e em quantidades suficientes para garantir uma boa qualidade de vida. Segundo Baptista (2007), o gozo da segurança econômica permite que os idosos atendam às necessidades e objetivos que agregam qualidade ao longo dos anos e possuem independência na tomada de decisões. Assim, a segurança econômica é o oposto da pobreza, na medida em que permite gerar condições para envelhecer com dignidade e segurança. Aspiração legítima de toda pessoa idosa que contribuiu com seu trabalho

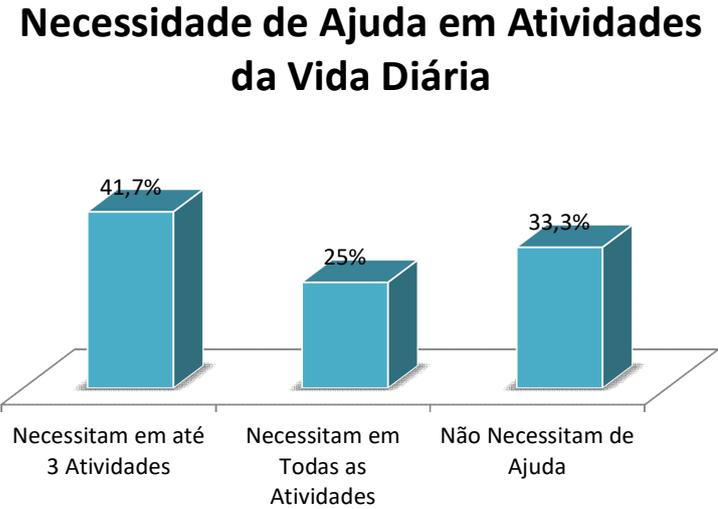
e para o sustento de sua família ao longo da vida, enquanto sua força física e saúde permitiram.

Assim, trata-se de exercer certos direitos que todo cidadão deve alcançar no final da vida. Entretanto, grande parte dos aposentados, têm que sobreviver com um salário mínimo que não cobre suas despesas mais básicas, o que, por si só, já é uma violência.

#### 4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Em relação à necessidade de ajuda para realizar atividades da vida diária, 15 (41,7%) necessitam de auxílio em até três atividades, 9 (25%) necessitam de ajuda integral e 12 (33,3%) são independentes, não necessitando de qualquer ajuda.

Figura 15 – Necessidade de ajuda em atividades da vida diária



Fonte: Elaborado pela autora

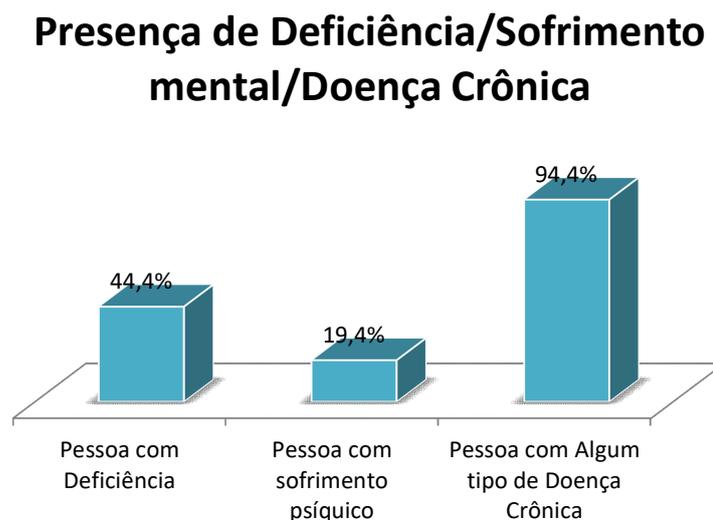
Nos prontuários não estão identificadas as atividades que os idosos necessitam de auxílio, entretanto, sabe-se que alguns conseguem realizar diferentes atividades diárias e participar daquelas que garantem sua manutenção pessoal (alimentação, banho, dentre outros) e que são consideradas um aspecto essencial da vida. No entanto, é importante que possam se envolver em mais do que apenas atividades básicas, participando do ambiente externo e em atividades que são

enriquecedoras para sua vida social, como reuniões, cultos religiosos, grupos de convivência, dentre outros (BALTES; SILVENBERG, 2009).

Nesse contexto, é importante diferenciar entre os tipos de atividades de vida diária, que podem se resumir somente à manutenção pessoal em termos de sobrevivência física; às atividades instrumentais da vida diária, que se referem à manutenção da orientação pessoal em termos de sobrevivência cultural, de trabalho, atividades de lazer e sociais, que dizem respeito às atividades da comunidade e que são enriquecedoras para a qualidade de vida do idoso (OKUMA, 2012).

Dos 36 idosos, 16 (44,4%) se tratam de pessoa com deficiência; 7 (19,4%) apresentam algum tipo de sofrimento psíquico e 34 (94,4%) são acometidos por doenças crônicas.

Figura 16 – Pessoa com deficiência, sofrimento psíquico e/ou Doenças Crônicas



Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que a quase totalidade dos idosos possui doenças crônicas, situação bastante comum nesta população, devido a fatores que já foram discutidos no referencial teórico desta dissertação. Nos prontuários não foram especificados os tipos de deficiência ou dos transtornos mentais, que podem ser variados e com diferentes graus de dependência de cuidadores.

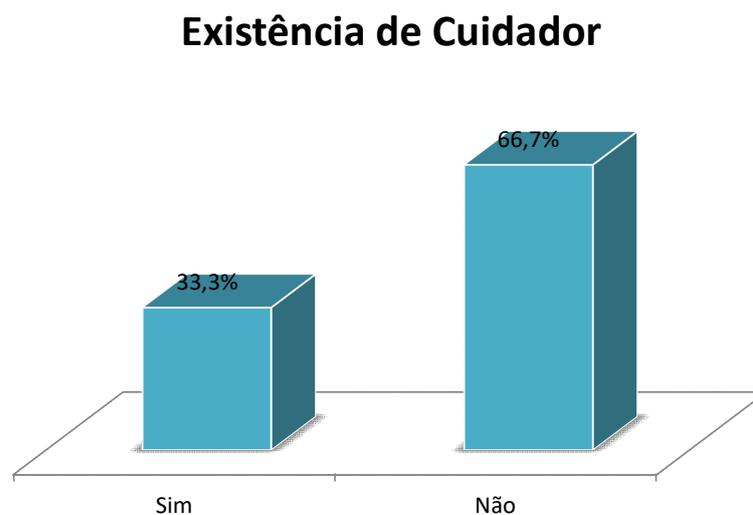
De acordo com Minayo (2008), os idosos com deficiência física ou mental e doenças crônicas que prejudicam a autonomia correm ainda mais riscos de violência, na medida em que têm limitações inerentes às atividades básicas da vida

diária que os tornam parcial ou totalmente dependentes, pouca resistência à violência física e condições de se defender e/ou maior dificuldade em compreender e denunciar o abuso.

Segundo Faleiros (2007), a maior prevalência de abuso nesta faixa etária no ambiente doméstico pode ser parcialmente explicada pelos altos níveis de estresse, esgotamento e problemas financeiros que afetam os cuidadores, que podem até levar a consequências fatais, apesar dos idosos com problemas de saúde visitarem o médico, que está em posição privilegiada para detectar e denunciar os casos de violência nesta população.

Dentre os idosos, 12 (33,3%) contam com o auxílio de cuidador e 24 (66,7%) não possuem, destes cuidadores somente 2 são profissionais ou trabalhadores formais, enquanto nos demais casos se tratam de familiares.

Figura 17 – Existência de Cuidador



Fonte: Elaborado pela autora

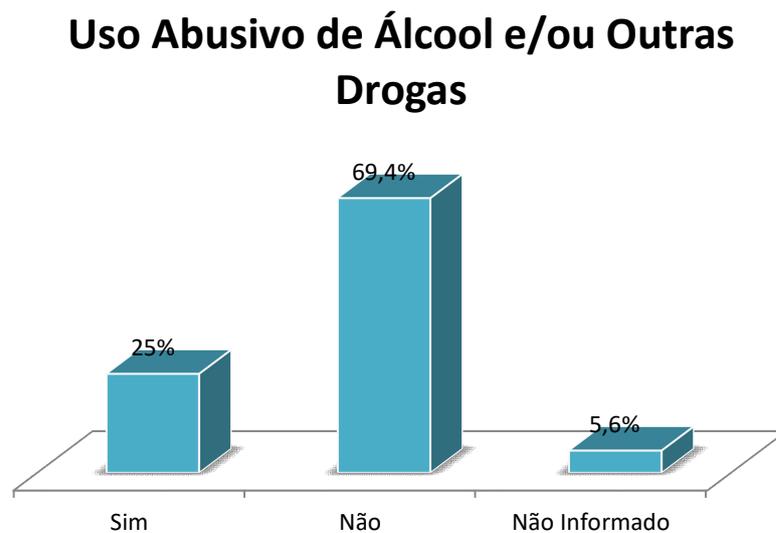
Observa-se que poucos idosos possuem cuidadores externos e a maioria da ajuda necessária provém de membros da família. Entretanto, ao se comparar estes resultados com dados anteriores, sobre a necessidade de ajuda para as atividades diárias, é possível constatar que 24 idosos necessitam de algum auxílio, enquanto somente 12 possuem cuidador.

Nesses casos, Baltés e Silvenberg (2009) afirmam que pode ocorrer negligência da família em auxiliar em determinadas atividades, como banho, higiene

pessoal, dentre outras, até pela não percepção dos familiares sobre as dificuldades que vão surgindo no dia a dia e que passam despercebidas.

Dentre os idosos, 9 (25%) têm problemas com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, 25 (69,4%) não apresentam este problema e em 2 (5,6%) prontuários não há esta informação.

Figura 18 – Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas



Fonte: Elaborado pela autora

Segundo Pinheiro et al. (2011), a cada ano, milhões de prescrições de tranquilizantes são feitas para a população idosa, considerada como a mais medicalizada entre todas as faixas etárias. Em relação ao álcool, este tem sido prevalente especialmente entre viúvos mais velhos, havendo um aumento de internações por problemas cardíacos com muito mais frequência do que de pessoas mais velhas que não consomem álcool.

Duque et al. (2012) afirmam que, dentre as razões pelas quais os idosos podem recorrer ao álcool ou outras drogas está o abandono dos filhos, a aposentadoria, mudanças de residência, a morte de cada vez mais amigos e/ou do cônjuge. Essas e outras dificuldades muito reais no processo de envelhecimento podem facilmente estimular o idoso ao uso de álcool ou drogas. É preciso lembrar que o processo de envelhecimento traz muitas mudanças na saúde, estilo de vida, obrigações familiares, funções de trabalho e fontes de sustento e esse processo também pode trazer dor física, estresse, solidão e perda de mobilidade.

Os idosos são consumidores frequentes de medicamentos com e sem prescrição médica e consomem quase um terço de todos os medicamentos prescritos, incluindo benzodiazepínicos e analgésicos opióides. A prescrição e abuso de drogas psicoativas tem sido considerada mais provável em mulheres mais velhas do que nos homens e as primeiras têm também um risco maior de abuso de medicamentos de prescrição do que outros grupos de idade (PINHEIRO et al., 2011).

De acordo com Clares et al. (2011), adultos mais velhos que abusam de medicamentos prescritos diferem daqueles que consomem drogas ilícitas em que o abuso pode ser intencional e varia em gravidade, de casos isolados de abuso a uso indevido, como quando "pegam emprestado" um medicamento de outra pessoa. A dependência física também pode ocorrer quando consomem medicamentos prescritos por muito tempo, mesmo em doses apropriadas, e podem aparecer sintomas de abstinência ao parar a administração da droga.

Sobre o abuso de álcool em idosos, Clares et al. (2011) consideram que este causa mais problemas de saúde do que em jovens, apesar de beberem menos e dependerem menos do álcool. O consumo excessivo em pessoas mais velhas pode agravar problemas médicos associados ao envelhecimento, devendo, portanto, ser sujeitos a intervenções que os ajudem a abandonar o vício.

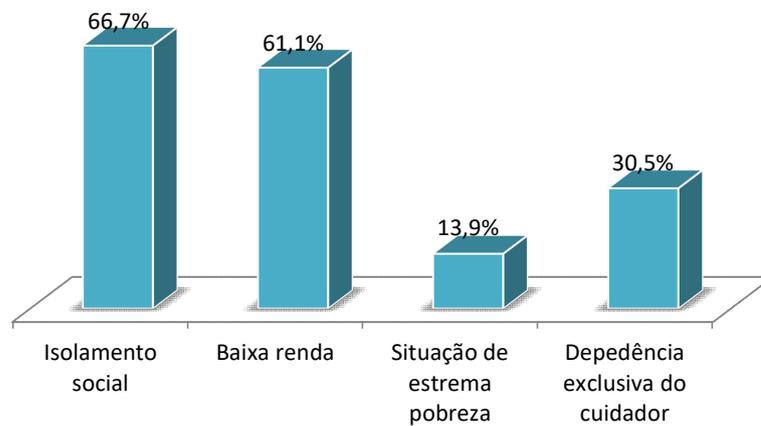
O uso combinado de drogas e álcool aumenta o risco de problemas sociais e de saúde, acarretando graves consequências, mesmo que o consumo de álcool seja leve ou moderado, pois, em geral, esses indivíduos fazem uso de benzodiazepínicos e analgésicos opióides e os efeitos adversos dessas drogas aumentam mesmo com pequenas quantidades de álcool, além do risco de overdose (MINAYO, 2008).

#### 4.3 VULNERABILIDADES SOCIAIS

Dentre as principais vulnerabilidades observadas pelo serviço no momento do atendimento, 24 (66,7%) se referem ao isolamento social; 22 (61,1%) dizem respeito à baixa renda; 5 (13,9%) vivem em situação de extrema pobreza e 11 (30,5%) se referem à dependência exclusiva do cuidador. Nestes resultados, é importante esclarecer que os idosos possuem diversos tipos de vulnerabilidades ao mesmo tempo, por isso estes resultados, sendo, entretanto, os que mais se destacam o isolamento social e a baixa renda.

Figura 19 – Principais vulnerabilidades

### Principais vulnerabilidades do idoso



Fonte: Elaborado pela autora

Como se observou anteriormente, grande parte dos idosos recebe um salário mínimo ou menos e são, em grande parte, únicos provedores ou um dos principais mantenedores do sustento da família. Levando em conta esta situação, não se admira que a baixa renda e a situação de extrema pobreza sejam as principais vulnerabilidades destes indivíduos.

Em relação ao isolamento social, bem como a dependência exclusiva do cuidador, este resultado também se mostra consoante aos dados obtidos anteriormente, pois são situações interdependentes, onde a pobreza, a falta de autonomia para as atividades diárias, bem como a presença de doenças crônicas, acaba levando estas pessoas a se isolarem cada vez mais em suas casas.

Existem situações na vida que podem levar uma pessoa a querer isolar-se, porém, para muitos idosos, a escolha não é deles, mas decidida pelo seu ambiente. Para Santos e Vaz (2008), é sabido que o envelhecimento acarreta uma deterioração comportamental muito acentuada, fazendo com que apresentem dificuldades em enfrentar novas situações da vida cotidiana e graus mais elevados de ansiedade. Assim, o isolamento social é uma situação frequente nessa população, apesar de sentirem falta de companhia, carinho e apoio, muitas vezes com esta situação agravada pela falta de relações sociais de qualidade.

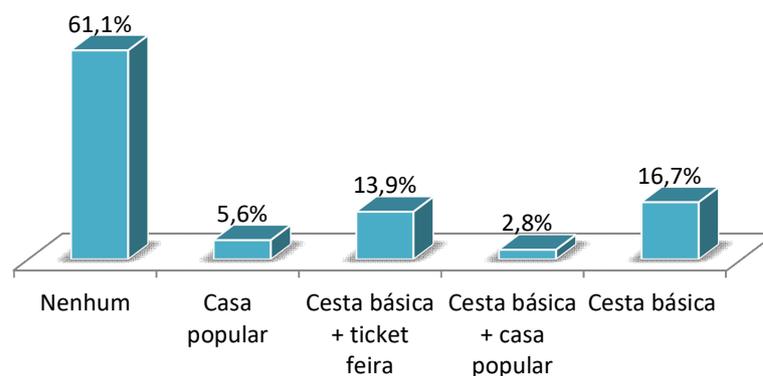
Entre as possíveis causas estão diversas circunstâncias que o idoso deve enfrentar nesta fase da vida: aposentadoria, dificuldade em encontrar novos amigos, existência de certa rejeição por parte da sociedade e, principalmente, viuvez e a perda de outros entes queridos. Tudo isso leva a uma privação de suporte emocional, físico e econômico ao qual tem menor capacidade de resposta.

Segundo Bolsoni et al. (2016), as viúvas apresentam índices mais baixos de saúde física e mental do que o restante da população de mesma idade cronológica; no entanto, as mulheres são as mais afetadas devido à sua maior expectativa de vida. Assim, o isolamento social é considerado fator de risco no desenvolvimento de doenças ou nas incapacidades que ocorrem em decorrência dessas, conseqüentemente, também é fator de risco para morbimortalidade.

Quanto ao acesso aos benefícios socioassistenciais oferecidos pelo poder público municipal, 22 (61,1%) idosos não são beneficiários de nenhum deles; 2 (5,6%) recebem auxílio habitacional; 5 (13,9%) recebem cestas básicas e ticket feira; 1 (2,8%) recebe auxílio habitacional e cesta básica; e 6 (16,7%) recebem cestas básicas.

Figura 20 – Benefícios socioassistenciais municipais

### Acesso a Benefícios Socioassistenciais Municipais



Fonte: Elaborado pela autora

Por serem programas locais, torna-se importante apresentá-los, a fim de um melhor entendimento do leitor. O Programa de Habitação Popular do município, regulamentado pelo Decreto nº 49, de 30 de maio de 2017, concede materiais de

construção, reformas e ampliação de imóveis, casas populares ou aluguel social às famílias de baixa renda (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

A Lei nº 589, de 25 de junho de 2003, criou o Programa Municipal de Alimentação, do qual faz parte a distribuição mensal de cestas básicas. A Cesta Alimentação tem por objetivo reduzir a vulnerabilidade das famílias de baixa renda acompanhadas no CRAS, CREAS e demais redes assistenciais (PRESIDENTE KENNEDY, 2003).

O Ticket Feira faz parte do Projeto Economia Solidária, criado pela Lei nº 1122, de 29 de maio de 2014, como forma de promover a segurança alimentar e nutricional das famílias de baixa renda, bem como desenvolver a agricultura familiar e a agroindústria (PRESIDENTE KENNEDY, 2014).

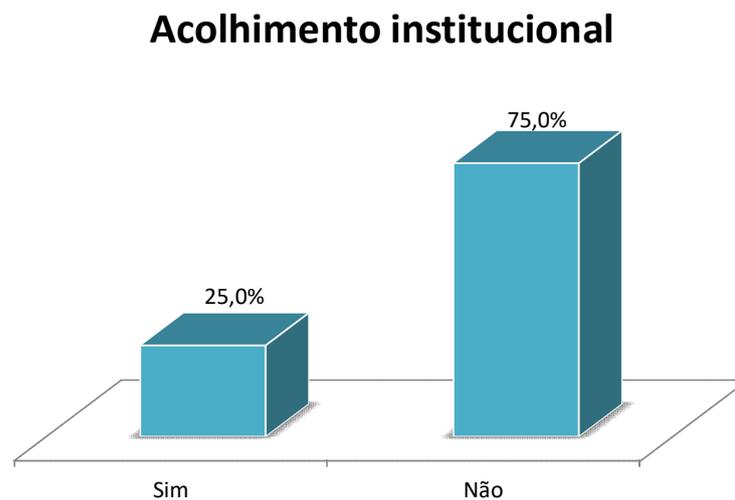
Segundo Dessen (2010), o papel dos benefícios familiares na segurança econômica é uma questão que está se tornando cada vez mais comum e com maior reconhecimento; sendo relativamente frequente encontrá-los na composição da renda das pessoas e famílias que vivem na pobreza. Em todos os casos, referem-se a uma ajuda para aqueles que, se tal transferência não fosse mediada, teriam um risco significativo de desnutrição, fome e falta de habitação.

Na velhice, os benefícios assumem um significado diferente das outras etapas do ciclo de vida, porque nesta idade a obtenção de recursos para satisfazer as necessidades provêm de fontes nem sempre assimiláveis as das outras gerações. Isso ocorre porque, à medida que a idade avança, a renda dos salários do trabalho vai perdendo importância, e no inverso do que ocorre nos países desenvolvidos, com previdência mais evoluída, apenas metade da proporção depende exclusivamente da renda obtidos a título de aposentadoria ou pensão (MINAYO, 2008).

Neste contexto, o suporte familiar ganha importância relativa, principalmente entre grupos com baixa renda e que não tenham apoio institucional e onde o número de parentes (irmãos, filhos, netos) com quem os idosos poderiam contar, também vivem na pobreza. Assim, é cada vez mais comum os idosos se verem forçados a depender de si mesmos para atender às suas necessidades. Na verdade, em muitos casos também devem cuidar de parentes jovens, fragilizando ainda mais a sua já precária condição econômica.

Quanto ao acolhimento institucional, 9 (25%) idosos precisaram ser encaminhados para acolhimento institucional, enquanto 27 (75%) se mantiveram em seus domicílios após as violações sofridas.

Figura 21 – Acolhimento institucional



Fonte: Elaborado pela autora

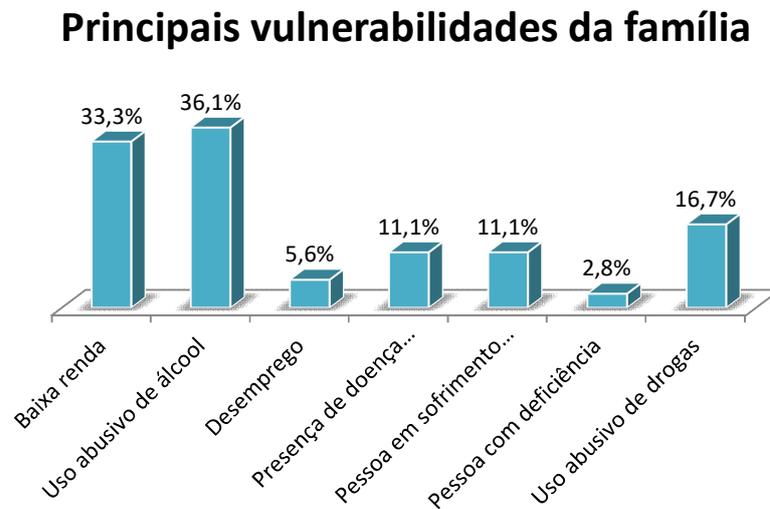
Quando os profissionais que atendem o idoso em situação de violação de direitos constatam que a família deixou de ser um local seguro, cabe-lhes encaminhá-los para serviços de acolhimento institucional. Nesta pesquisa, um número considerado significativo de idosos passaram por esta experiência. Estes serviços podem ser de natureza permanente, quando a família não tem mais condições socioeconômicas de proteger o idoso ou quando os vínculos foram rompidos ou fragilizados. Nestas instituições, Carvalho e Dias (2011) ressaltam que o idoso deve ser estimulado a manter sua autonomia, com profissionais especializados em prover suas necessidades de cuidados, bem como psicológicas e sociais.

Sabe-se que a violência possui causas e fatores que a propiciam, dentre as quais as vulnerabilidades das famílias, por isso, é importante para o serviço de atendimento buscar conhecer estas situações, a fim de buscar melhorar o ambiente em que o idoso está inserido, evitando a recorrência da violência.

As principais vulnerabilidades destacadas nas famílias foram: 12 (33,3%) famílias com baixa renda; 13 (36,1%) com membros que fazem uso abusivo de álcool; 2 (5,6%) com membros passando por situação de desemprego; 4 (11,1%)

com pessoas acometidas por doenças crônicas; 4 (11,1%) com pessoas em sofrimento psíquico; 1 (2,8%) com pessoas com deficiência; e 6 (16,7%) com membros que fazem uso abusivo de drogas. Ressalta-se que cada família possui diversas dessas vulnerabilidades, não tendo sido constatado, neste estudo, nenhuma delas com menos de três destes problemas, o que agrava ainda mais o entorno na vida desses idosos.

Figura 22 – Principais vulnerabilidades da família



Fonte: Elaborado pela autora

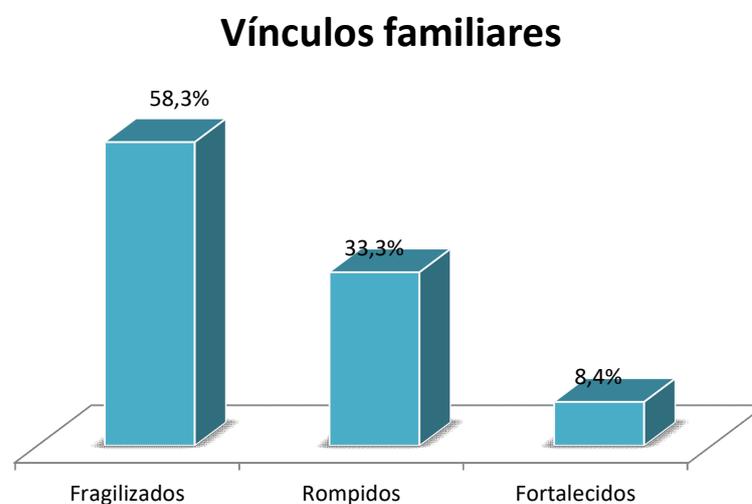
Em relação às famílias dos idosos atendidos, observa-se que o alcoolismo e as condições econômicas foram as maiores vulnerabilidades observadas. Os fatores da violência são interdependentes, como já afirmado. Assim, as vulnerabilidades das famílias são um forte preditor para os casos de violência. Não se quer aqui afirmar que famílias muito pobres são abusadoras ou violentas, mas que o alcoolismo, o uso de drogas e dificuldades financeiras são considerados elementos importantes e quase sempre presentes nesses casos. Também não se pode deixar de discutir a questão da banalização da violência como característica das sociedades, além de atitudes e tradições culturais como o ageísmo e o estigma, que podem ser as bases para a banalização dos abusos e violência.

Segundo Dessen (2010), em algumas famílias, a violência é um padrão comum de comportamento. Nelas, as pessoas aprendem a ser violentas, seja por observação ou por terem sido elas próprias vítimas de algum tipo de abuso. Aqueles

membros da família que aprenderam a agir violentamente para atingir seus objetivos podem reproduzir esse mesmo padrão de comportamento em suas próprias casas, com os mais velhos, que são considerados mais fracos e com menos chances de revidar. Tudo isso torna mais fácil para outras pessoas abusar sem um sentimento de culpa ou remorso.

Em relação aos vínculos familiares, 21 (58,3%) são fragilizados, 12 (33,3%) são rompidos e somente 3 (8,4%) são fortes.

Figura 23 – Situação dos vínculos familiares



Fonte: Elaborado pela autora

A desintegração familiar se manifesta com o rompimento dos principais laços que unem o núcleo familiar, situação que, sem dúvida, influencia no desenvolvimento de seus membros, ocasionando, assim, uma quebra nos papéis de cada um, devido à sua incapacidade de realizá-los de maneira consciente e obrigatória, resultando na insatisfação com as necessidades primárias de seus membros.

Para Dessen (2010), este é um grave problema, pois, na medida em que uma estrutura existente torna-se disfuncional, não pode realizar efetivamente seu propósito específico e, conseqüentemente, cria um desequilíbrio em suas relações com as outras estruturas sociais. A fragilização ou rompimento dos laços familiares observados neste estudo podem ter como fatores a vulnerabilidade das estruturas familiares, limitando a capacidade da função protetiva dessas famílias, devendo, por

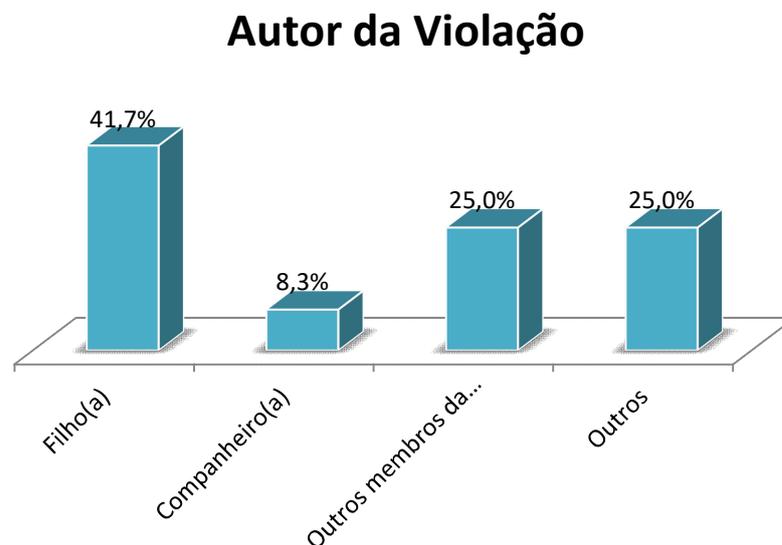
isso, ser o objeto central das políticas públicas, principalmente da Política de Assistência Social.

A centralidade nas necessidades dos idosos sobre as necessidades dos demais membros da família tem as consequências já mencionadas ao longo deste trabalho, mas também se manifesta em várias decisões que afetam seus direitos e, apesar de muito progresso já ter sido feito na legislação que penaliza os filhos que não cumpram as suas obrigações de cuidado para com os pais, ainda não há uma efetividade de auxílio às famílias para que os vínculos não se desfaçam, especialmente porque tal situação ocorre, pelo menos nos casos analisados, devido à falta de condições de sobrevivência digna de todos os seus membros.

#### 4.4 PERFIL DOS VIOLADORES

Quanto ao autor da violação, 15 (41,7%) são filhos, 3 (8,3%) são companheiros, 9 (25%) violadores são membros da família e 9 (25%) são pessoas sem vínculo familiar com o idoso.

Figura 24 – Autor da violação



Fonte: Elaborado pela autora

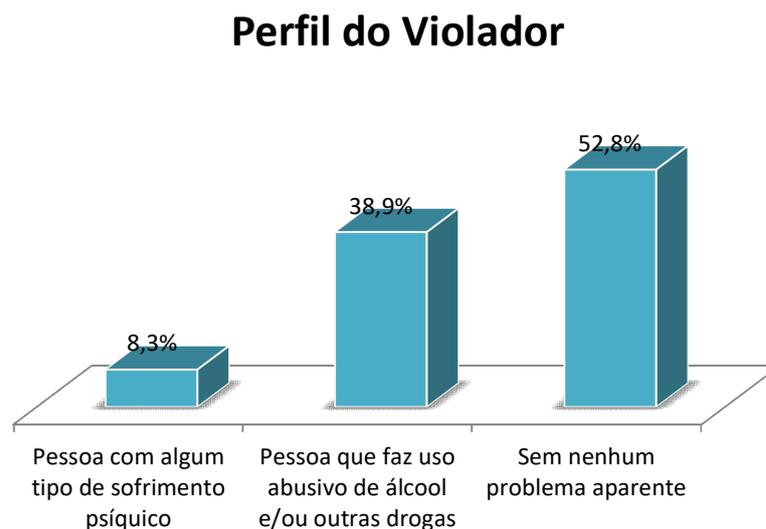
Infelizmente, a violência contra pessoas idosas pode ocorrer em todos os ambientes da vida. Há, no entanto, alguns contextos em que ocorre com mais frequência e o primeiro deles, de forma marcante, é na família, uma estrutura que,

teoricamente baseada no amor entre seus membros, deveria estar livre de comportamentos prejudiciais.

Nesta pesquisa, os maiores violadores foram os filhos e membros da família, que responderam, juntos, por 66,7% das ocorrências, situação semelhante à encontrada por Sousa et al. (2010), que explica tais ocorrências como resultado de disputas de poder daqueles que coabitam o mesmo domicílio e onde a parte mais fraca são os mais velhos.

Dentre os violadores, 3 (8,3%) apresentam algum tipo de sofrimento mental, 14 (38,9%) fazem uso abusivo de álcool e/ou drogas e 19 (52,8%) não possuem nenhum problema físico ou mental aparente.

Figura 25 – Perfil do violador



Fonte: Elaborado pela autora

Quando se trata de abusos e violências sofridos pelos idosos, são descritas, em geral, as características pessoais, familiares, profissionais, sociais ou culturais, cujas presenças aumentam a probabilidade de sofrerem a ocorrência deste fenômeno, colocando-os em uma posição vulnerabilidade a comportamentos e atitudes violentas.

No entanto, é preciso conhecer as características daqueles que podem colocar os idosos em uma situação de risco, através do perfil dos violadores. Há consenso na literatura de que certas patologias e a dependência psicológica que o

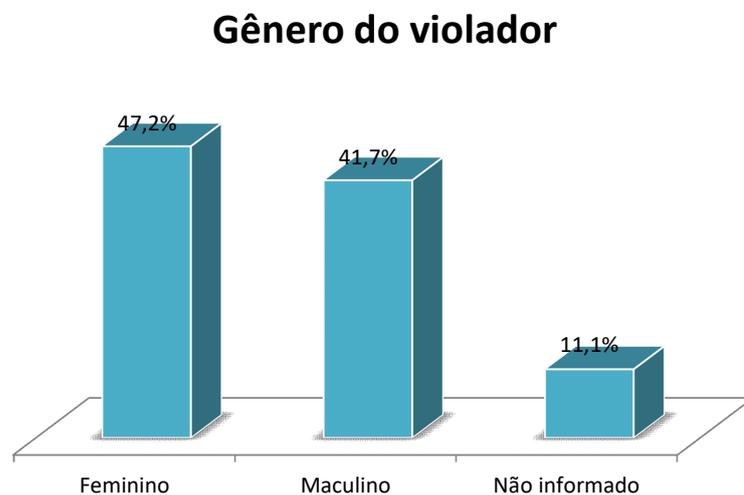
agressor mantém com a vítima é um desses fatores, além de uma alta presença de abuso de substâncias entre os infratores.

O abuso dessas substâncias tem sido associado, em particular, a situações de abuso continuado e grave, sendo mais comum entre agressores que abusam fisicamente do que entre aqueles que cometem negligência. Segundo Minayo (2008) e Faleiros (2013), infratores mais velhos têm mais problemas psicológicos e de abuso de substâncias do que aqueles que não fazem uso de drogas ou álcool. Dentre os distúrbios psicológicos, a depressão tem sido encontrada entre os agressores, segundo os mesmos autores.

Apesar de, nesta pesquisa, mais de 50% dos agressores não terem sido considerados com nenhum problema aparente, sabe-se que transtornos mentais como a depressão, ansiedade, dentre outros, geralmente não são diagnosticados na população mais pobre, que possuem pouco acesso ao sistema de saúde.

Quanto ao sexo do praticante da violência, 17 (47,2%) são mulheres, 15 (41,7%) são homens e 4 (11,1%) não foram informados no prontuário.

Figura 26 – Sexo do violador



Fonte: Elaborado pela autora

Vários estudos encontraram diferenças em relação ao sexo do agressor por tipos de abuso e as mulheres têm sido especialmente responsáveis pelos casos de negligência, enquanto os homens, geralmente, estão nas formas mais extremas de abuso, bem como violência física e sexual (ZAPPE; DIAS, 2012; MINAYO, 2008; FALEIROS, 2013). Esta pesquisa também constatou que, nos casos de agressores

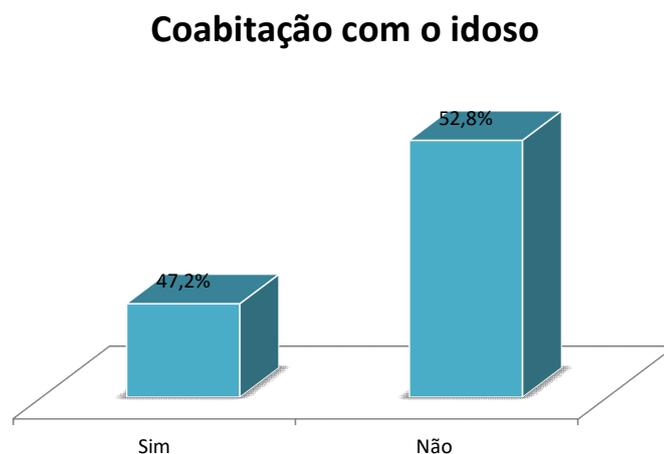
mulheres, houve maior percentual de negligência e abuso psicológico do que violência física, sendo esta mais prevalente entre os agressores homens.

Neste estudo, os resultados foram próximos entre os dois sexos, mas a prevalência de mulheres pode ser devida ao maior número de cuidadores familiares, entendendo-se que esta tarefa sempre recai sobre a mulher, o que acaba por acarretar altos graus de estresse dessas cuidadoras.

Vale ressaltar que, apesar da maioria dos pesquisadores considerarem o estresse como um fator contribuinte para a violência, tal como acontece com outros fatores de risco, o estresse do cuidador não explica, por si próprio, o abuso, apesar de ser um fator que influencia a qualidade do relacionamento com os idosos.

Dentre os agressores, 17 (47,2%) coabitam com o idoso e 19 (52,8%) não residem junto a vítima.

Figura 27 – Situação de coabitação com o idoso



Fonte: Elaborado pela autora

É necessário levar em consideração as condições de coexistência, sendo comum que a vítima more com seu agressor, que muitas vezes é o único cuidador. Entretanto, neste estudo, a maior parte dos idosos não reside no mesmo domicílio do agressor, apesar da maioria ter laços parentais com os mesmos.

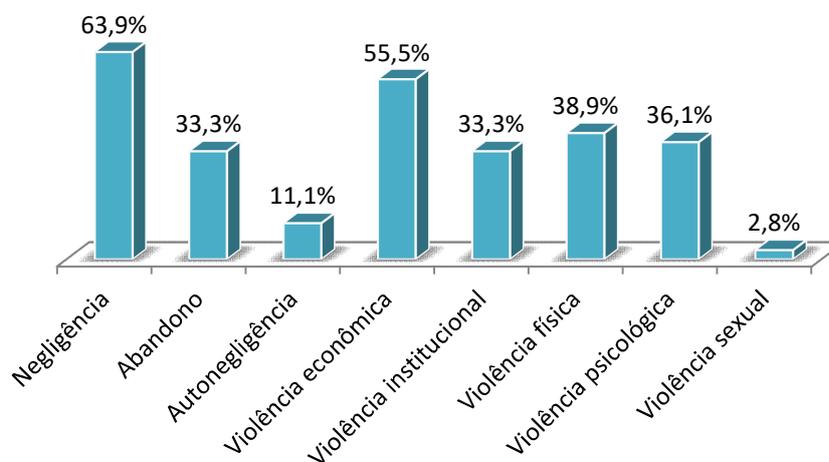
#### 4.5 TIPOLOGIA DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Os idosos deste estudo sofreram, ao mesmo tempo, diversos tipos de violações, sendo as mais recorrentes a negligência (63,9%), o abandono (33,3%),

autonegligência (11,1%), abuso econômico (55,5%), violência institucional (33,3%), violência física (38,9%), violência psicológica (36,1%) e violência sexual (2,8%). É importante ressaltar que nenhum dos idosos atendidos sofria menos de três tipos de violência, o que configura situações graves para a amostra.

Figura 28 – Tipologia das violações de direitos

### Tipologia das Violações de Direitos



Fonte: Elaborado pela autora

Azeredo e Dias (2016) definem o abuso de idosos como qualquer ação realizada voluntariamente, ou seja, não acidental, que pode causar danos a uma pessoa idosa; ou qualquer omissão que prive um idoso dos cuidados necessários ao seu bem-estar, bem como qualquer violação de seus direitos.

Para que esses eventos sejam classificados como abuso, devem ocorrer no âmbito de um relacionamento interpessoal onde existe expectativa de confiança, cuidado, convivência ou dependência, e o agressor pode ser um membro da família, equipe institucional (ambiente de saúde ou serviços sociais), cuidador contratado, vizinho ou um amigo (MINAYO, 2008).

De acordo com Faleiros (2013), existem diversas tipologias de abuso/violência, todas elas encontradas nesta pesquisa. O abuso físico representa ações que, voluntariamente realizadas, causam ou podem causar danos ou lesão física. Não são raros os casos de prejuízos à integridade corporal por meio de golpes, queimaduras, empurrões, imobilização, restrição mecânica ou administração forçada de medicamentos impróprios, exposição à presença de abrasões,

lacerações, hematomas, fraturas e queimaduras. Estas manifestações podem levar a lesões ou invalidez temporária ou permanente e, em casos extremos, até à morte.

O abuso psicológico diz respeito às ações geralmente de natureza verbal ou atitudes que provocam ou podem causar danos psicológicos. Algumas manifestações são isolamento social, perturbação da liberdade, ameaças de institucionalização e abandono, provocação, agressão, abuso verbal, ridicularização, intimidação, infantilização e humilhação (FALEIROS, 2013).

A negligência se refere ao abandono das obrigações no cuidado de uma pessoa; é o não cumprimento de funções do cuidador e pode ser ativa, quando o perpetrador, por preconceito ou descuido, deixa de fornecer cuidados de forma deliberada e proposital; e passivo, quando é uma negligência involuntária, que acontece por ignorância. Dentro deste grupo surge a autonegligência, como um tipo de abuso que se manifesta com negação para obter alimentação adequada, roupas, habitação, segurança, higiene pessoal e medicamentos, que podem até levar ao suicídio passivo em um idoso mental e fisicamente incompetente (MINAYO, 2008).

Segundo Zappe e Dias, o abuso econômico tem sido descrito como um dos mais prevalentes, em todas as classes sociais, constituindo no uso ilegal ou não autorizado de recursos econômicos ou propriedades de uma pessoa. Quanto ao abuso sexual, é qualquer contato físico indesejado em que uma pessoa é usada como meios de obter estimulação ou gratificação sexual.

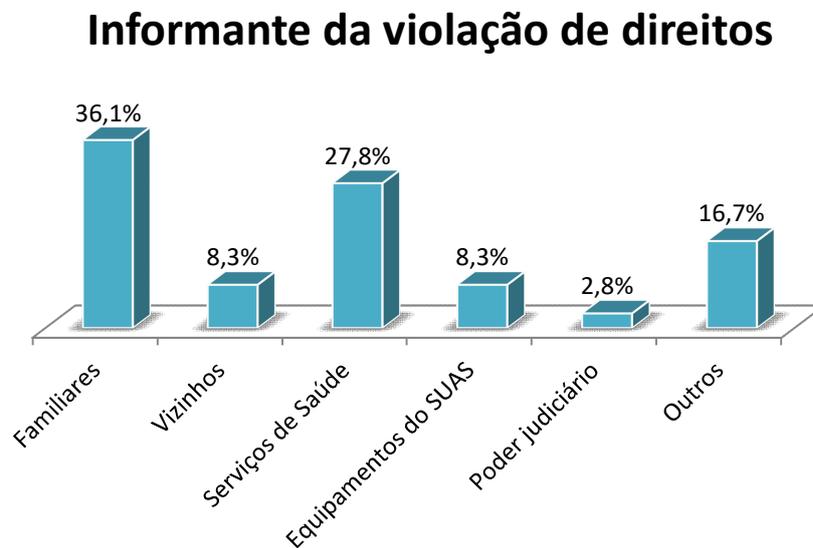
Além de todos esses abusos, há também o estrutural, exercido por governos e instituições, entendidos como discriminação nas políticas voltadas para os idosos, a falta de recursos para cobrir as suas necessidades de saúde, bem como a necessidade de renda e moradia.

Paz, Melo e Soriano (2012) ressaltam que, ao determinar o tipo de abuso que uma pessoa está sofrendo, não se deve confundir ações abusivas com as consequências desses abusos. Isto é, embora a maioria dos comportamentos negligentes resulte em efeitos físicos (escaras, por exemplo), eles não devem qualificar como abuso físico. Da mesma forma, o abuso sexual ou mesmo o abuso financeiro podem ter efeitos psicológicos devastadores na vítima, mas isso não significa que eles tenham sofrido um abuso emocional ou psicológico.

Das 36 violações de direitos vivenciadas pelos idosos, 13 (36,1%) foram informadas por familiares, 3 (8,3%) por vizinhos, 10 (27,8%) pelos serviços de

saúde, 3 (8,3%) por serviços da assistência social, 1 (2,8%) pelo Poder Judiciário e 6 (16,7%) não foram especificados.

Figura 29 – Informante da violação de direitos



Fonte: Elaborado pela autora

Estima-se que um em cada dez brasileiros com mais de 60 anos já sofreu algum tipo de abuso e/ou violência, no entanto, apenas um em cada 14 casos é relatado às autoridades. Em quase 60% dos casos de abuso e negligência de idosos, o agressor é um membro da família e provavelmente um filho adulto ou cônjuge. Outras vezes, o abuso ocorre em instituições, como asilos e hospitais. No entanto, não há estatísticas reais do problema, pois muitas vítimas preferem não relatar a situação porque temem que o abuso piore. Algumas vítimas temem ser colocadas em instituições asilares, caso denunciem. Dessa forma, as denúncias raramente são feitas pela própria vítima (AZEREDO; AFONSO, 2016).

No Brasil, existe uma rede de canais para denunciar os abusos e violências sofridas pelos idosos, como serviços da assistência social e os profissionais de saúde, que devem comunicar ao órgão responsável (Ministério Público, autoridade policial e Conselhos Municipais ou Estaduais do Idoso) para que faça a verificação. Alguns estados possuem delegacias especializadas em algumas cidades, enquanto diversos municípios possuem o serviço de disque-idoso, canal voltado às denúncias, entretanto, o município analisado não possui estes serviços, ficando a cargo do

CREAS, através do Serviço de Proteção Social Especializado a Famílias e Indivíduos, tratar destes casos.

No caso desta pesquisa, a maioria das informações de violação de direitos foram feitas pelos próprios familiares e por serviços da Política Municipal de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo mapear as formas de violações de direitos dos idosos acompanhados pelo CREAS de Presidente Kennedy/ES, tendo considerando que é de essencial importância que a rede assistencial a essa população disponha de informações sobre esta situação, a fim de se desenvolver instrumentos que possam ser promotores de intervenções positivas neste tema.

Ao se analisar o ano de 2018, constatou-se que houve 36 denúncias de abusos e violências de todos os tipos contra idosos da zona urbana e rural, sendo esta última mais frequente. É consenso de que um grande número de casos de violência permanecem ocultos, ocasionados por diversos fatores, dentre os quais a falta de consciência da situação de abuso em que vive, sentimentos de medo, vergonha, impotência, estigmatização de si e da família e tristeza. Alguns idosos mantêm o silêncio por acreditarem que merecem o tratamento recebido ou temem ter sua situação piorada, em caso de asilamento.

Além disso, o medo de ser conceituado como merecedor de abuso, de perder o pouco carinho a que pode ter acesso e o medo da vingança, por se expor a outra situação que poderia ser pior. Assim, como pode ser observado, o perfil é geralmente de uma pessoa muito solitária e isolada, com poucas alternativas possíveis, que podem estar sofrendo de depressão e baixa autoestima, ocasionadas por sentimentos de culpa e vergonha.

Uma característica comum em todos os prontuários analisados foi a vulnerabilidade econômica dos idosos e suas famílias, com salários muito baixas ou até mesmo sem qualquer renda e que dependem de programas assistenciais para a sua sobrevivência. Assim, acredita-se que os agressores são financeiramente dependentes de suas vítimas, inclusive em relação à moradia. De acordo com a literatura pesquisada, o abuso físico e financeiro está mais relacionado à dependência do perpetrador e o abuso psicológico e a negligência estão mais associados ao estresse do cuidador.

Os agressores, em sua maioria, são familiares, com prevalência dos filhos que, nesta amostra, são os principais cuidadores. Outra situação observada entre os idosos e os agressores, foi o uso abusivo de álcool e drogas, problema que tem sido bastante discutido na literatura, devido ao seu aumento entre os primeiros e por ser

um fator que influencia diretamente em todos os tipos de agressões, por parte do segundo.

Nesta pesquisa, os agressores também vivem em situação de vulnerabilidade social e econômica, o que pode levá-los a projetarem a culpa por suas ações em terceiros, bem como por suas frustrações. Em geral, essas pessoas desenvolvem comportamentos explosivos e uma incapacidade de controlar seus impulsos. Observa-se, assim, que, nos casos analisados, existe uma história de dificuldades, uma relação complexa de demandas e necessidades recíprocas e não satisfeitas entre a vítima e o agressor.

Acredita-se que, diante dos problemas percebidos, é urgente que a sociedade e os órgãos responsáveis, bem como as próprias vítimas, sejam melhor informados e conscientizados, como parte de uma estratégia de prevenção, detecção e denúncia dessas formas de violência. Atualmente, os profissionais de saúde, da assistência social e jurídicas estão mais cientes de que o abuso de idosos é um problema real e que o mesmo não pode ser tolerado, a fim de garantir a proteção integral à pessoa idosa, permitindo que gozem dos seus direitos com dignidade. Nesta pesquisa, os profissionais, juntos, foram os maiores responsáveis pela comunicação dos casos.

Sabe-se que existem leis específicas de proteção à população idosa, resguardando-os, especialmente adultos mais velhos com deficiência, doenças ou mais vulneráveis, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e proporcionar uma velhice tranquila e digna. No entanto, existe uma aplicação limitada dessas leis, exatamente devido à pouca visibilidade do problema, haja vista estes abusos e violências serem impetrados dentro das próprias residências ou em instituições asilares.

É necessário, então, informar, divulgar esses direitos e liberdades de tal forma que sejam conhecidos e exercidos, principalmente, pelos idosos e pelas organizações que os representam, para que possam desfrutar de uma verdadeira cidadania baseada em direitos, obrigações e liberdades que são inerentes a cada pessoa humana pelo fato de ser uma “pessoa”.

Considera-se que as intervenções profissionais para modificar as situações de abuso e violência na velhice devem incluir tanto as famílias como os cuidadores formais e informais, entendendo que o aumento da conscientização sobre o problema e ações planejadas certamente terão sucesso em limitar o impacto do

abuso na velhice. Informação é conhecimento, conhecimento é poder e o poder permite mudanças.

Assim, somente através de um trabalho conjunto e colaborativo tanto no setor público quanto no privado, será possível ações de prevenção eficazes, sendo compromisso de todos os profissionais que atuam junto aos idosos continuar a pesquisar e a se informar, unindo forças com outros grupos que compartilham interesses semelhantes na crença de que este trabalho será um fator determinante na melhoria da qualidade de vida da população deste planeta que envelhece.

Os resultados desta pesquisa podem servir para subsidiar políticas públicas e intervenções governamentais, uma vez que mostram que o risco de idosos sofrerem algumas formas de violência na vida adulta depende de circunstâncias individuais e situacionais. É necessário tornar visíveis as experiências desses indivíduos, uma vez que nesta fase da vida várias situações de violência podem emergir ou continuar em vários ambientes e por diferentes pessoas. As ações públicas devem considerar, portanto, a complexidade do fenômeno da violência e como ele interage com os diferentes sistemas de estratificação social.

Considera-se como limitação deste estudo a abordagem imitada, devido ao uso de dados secundários que capturam apenas parcialmente algumas dimensões do problema e, assim, algumas experiências não puderam ser estudadas, pois há carência de informações a esse respeito.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

- ALENCAR JÚNIOR, F. O.; MORAES, J. R. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2, p. 171-186, 2018.
- APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra os idosos nas áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Cien Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.
- ARAÚJO, L. F.; LOBO FILHO, J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicol. Reflexo. Crit**, v. 22, n. 1, p. 153-160, 2009.
- AUGUSTO, R. S. **Geriatría básica: envelhecimento**. Rio de Janeiro: Med Books, 2015.
- AZEREDO, Z. A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 2, p. 313-324, 2016.
- BALTES, M.; SILVENBERG, S. A dinâmica dependência autonomia no curso da vida. In: NERI, A. (Ed.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 2009.
- BAPTISTA, M. N. Suporte familiar e violência. In: ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. (Org.). **As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões**. São Paulo: Vetor, 2007.
- BARBIERI, N. A. **Velhice: melhor idade?** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 116-9, 2012.
- BARBOSA, G. F. **Formas de prevenir a violência sexual contra a criança na escola: um olhar da psicanálise e da saúde pública**. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.
- BARROS, J. M. J. **A proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: o cumprimento das medidas protetivas determinadas judicialmente pela 1ª Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal (2007-2008)**. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BERTOLDO, L. T. M. **O envelhecimento no contexto atual**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, Ijuí. 85p.

---

<sup>1</sup>

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BEUREN, I. M.; RAUPP, F. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BOLSONI, C. C. et al. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 4, p. 671-582, 2016.

BOSI, E. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. 15. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1993.

\_\_\_\_\_. **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. Brasília: Senado Federal, 1994.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1996.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 737**, de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2003.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do SUAS**. NOB/SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.435**, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.

\_\_\_\_\_. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

\_\_\_\_\_. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 2014. Disponível em:

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf). Acesso em: 25 mar. 2019.

CARDOSO, L. M. **Proteção Social Especial: crianças e adolescentes em situação de violência**. Rede de Recursos da Proteção Social da PNAS – Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UNISUAM, 2009.

CARVALHO, M. P. R. S.; DIAS, M. O. Adaptação dos idosos institucionalizados. **Millenium**, v. 40, n. 1, p. 161-184, 2011.

CASTEL, R. **Les Métamorphoses de la Question Sociale**. Paris: Fayard, 1995.

\_\_\_\_\_. Rupturas irremediáveis: sobre Tristão e Isolda. **Lua Nova**, n. 43, p. 171-188, 1998.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev Bras Enferm**, v. 71, Suppl 2, p. 830-8, 2018.

CAVALCANTI, S. V. S. **Violência doméstica contra a mulher no Brasil: análise da Lei “Maria da Penha”**. São Paulo: JusPODIVM, 2012.

CERQUEIRA, C. S. et al. Estudo inicial sobre o desempenho de população com idade acima de 60 anos nos testes de Stroop e Rey. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 64-81, 2006.

CHAUI, M. **Sobre a violência**. 2. ed. São Paulo: Autêntica, 2017.

CLARES, J. W. B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p. 988-994, 2011.

CÍCERO. M. T. 103-43 a.C. **Saber envelhecer e a amizade**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

CIVINSKI, C.; MONTIBELLER, A.; BRAZ, A. L. O. A Importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da Unifebe**, v. 9, p.163-175, 2011.

CLOUTIER F. La santé mentale. Paris: Presses Universitaires de Fance, 1977.

CORDEIRO, M. P. et al. (Org.). **Psicologia na Assistência Social: um campo de saberes e práticas**. São Paulo: Instituto de Psicologia, 2018.

COSTA, A. C. G. **Infância, Juventude e política social no Brasil**. São Paulo: Columbus, 1990.

DE DOMENICO, C. M. **O impacto na autonomia dos idosos que pararam de dirigir**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

DESSEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. esp., p. 202-219, 2010.

DIAS, E. L. F. (Org.). **Orientações para Cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Unicamp, 2005.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2015.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. T. S. **Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília: MEC/UNESCO, 2008.

\_\_\_\_\_. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

\_\_\_\_\_. **O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal**. Brasília: MPDFT, 2013.

FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercícios: bases teóricas e metodológicas**. Vol. 1. São Paulo: Manole, 2008.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 20, n. 7, p. 107-28, 2012.

FEIJÓ, M.; MEDEIROS, S. A sociedade histórica dos velhos e a conquista de direitos de cidadania. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 109-23, 2011.

FELIPE, T. W. S. S.; SOUSA, S. M. N. A construção da categoria velhice e seus significados. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 7, n. 2, p. 19-33, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos e pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, C. A. **Darcy Ribeiro**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; Massangana, 2010.

GUIMARÃES, R. F.; ALMEIDA, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S.; OLIVEIRA, K. N. L. C. Homens e cuidados de saúde em famílias empobrecidas na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, dez. 2012.

HORN, V. Q. **A imagem da velhice na contemporaneidade**. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, Santa Rosa.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

\_\_\_\_\_. **IBGE cidades**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da Violência, 2018**. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf). Acesso em: 12 abr. 2019.

IWAMOTO, H. H. et al. A. A violência sexual infanto-juvenil sob a ótica dos informantes-chave. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 647-54, 2010.

JACKSON, J. L.; MALLORY, R. Aggression and Violence Among Elderly Patients, a Growing Health Problem. **J Gen Intern Med**, v. 24, n. 10, p. 1167-8, 2009.

KOCH FILHO, H. R. et al. Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. **Rev Clín Pesq Odontol**, v. 6, n. 2, p. 155-60, 2010.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Genebra: World Health Organization, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LIRIO, F. C. As políticas sociais oficiais de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil e a escola. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE PÚBLICA, 25., São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPAE, 2011.

LOBATO, A. T. G. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, M.I.S.; VASCONCELOS, A.M.; GAMMA, A.S. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

LOPES, R. G. C. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007.

LORENZINI, M. **A Influência da Dor Crônica na Qualidade de Vida do Idoso.** Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2016.

MARCÍLIO, M. I. L. **História Social da criança abandonada.** São Paulo: Hucitec, 2008.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 347-57, 2010.

MEIRELES, V. C. **A Gestão do cuidado ao idoso na perspectiva dos direitos instituídos.** Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

MELLO, A. C. M. P. C. **Violência Psicológica.** 2008. Disponível em: [http://www.condeca.sp.gov.br/eventos\\_re/ii\\_forum\\_paulista/c4.pdf](http://www.condeca.sp.gov.br/eventos_re/ii_forum_paulista/c4.pdf). Acesso em: 21 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. A construção da identidade da antropologia na área da saúde. In: ALVES, P. C.; RABELO, M.C.M. (Org.). **Antropologia e saúde: traçando identidade e explorando fronteira.** Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará, 1998.

\_\_\_\_\_. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar. In: BORN, T. (Ed.). **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

\_\_\_\_\_. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-10, 2012.

MORAES, C. L.; APRATTO JÚNIOR, 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 da Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, 2008.

NARDI, E. F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NASCIMENTO, A. M. População e família brasileira: ontem e hoje. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2006.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** Campinas: Alínea, 2007.

NEVES, A. S. et al. Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2010.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. 6. ed. São Paulo: Papyrus, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Manifesto de São Paulo para promoção da atividade física. **Revista Bras. de Atividade Física & Saúde**, v. 3, n. 3, 2002.

\_\_\_\_\_. **World report on ageing and health (summary)**. Geneva: World Health Organization, 2015.

PACHECO, F. C. P.; MARQUES, S. P. Intervenção Interdisciplinar no atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de Abuso Sexual e seus Familiares. **Investigação**, v. 9, n. 1, p. 73-80, jan./abr. 2009.

PASCOAL, M.; SANTOS, D. S. A.; VAN DEN BROEK, V. Qualidade de vida, terceira idade e atividades físicas. **Motriz**, v. 12, n. 3, p. 217-28, set./dez. 2006.

PAZ, S. F.; MELO, C. A.; SORIANO, F. M. A violência e a violação de direitos da pessoa idosa em diferentes níveis: individual, institucional e estatal. **Soc Quest**, v. 15, n. 28, p. 57-84, 2012.

PEIXOTO, C. E. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou Terceira Idade?** (Org.). 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PENNA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 1-11, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PINHEIRO, J. S.; SILVA, R. C.; ANDRADE, M. C. Perfil dos idosos que sofreram violência atendidos em uma instituição de Salvador no ano de 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 264-276, 2011.

PINTO, F. N. F. R. et al. Idosos vítimas de violência: fatores sócio demográficos e subsídios para futuras intervenções. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 1159-1181, 2013.

PLONER, K. S.; HOFFMANN, R. M.; BALDISSERA, F. B. Violência contra idosos: análise das denúncias e seu atendimento no Creas. **RBCEH**, v. 11, n. 2, p. 141-151, 2014.

PRESIDENTE KENNEDY (Município). **Lei nº 589**, de 25 de junho de 2003. Cria o Programa Municipal de Alimentação. Presidente Kennedy: Prefeitura Municipal, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 1122**, de 29 de maio de 2014. Cria o Projeto Economia Solidária “Ticket Feira” e dá outras providências. Presidente Kennedy: Prefeitura Municipal, 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 49**, de 30 de maio de 2017. Regulamenta o Programa de Habitação Popular criado pela Lei Municipal nº 585/2003. Presidente Kennedy: Prefeitura Municipal, 2017.

RAMIRES, S. A. V.; NERY, V. B. **O processo de capacitação da política de assistência social na cidade de São Paulo: conquistas e desafios**. V Colóquio Internacional de Animación Sociocultural, 26 a 28 de outubro de 2011. Zaragoza, 2011.

RIZZOTTI, M. L. A.; ALMEIDA, A. C.; ALBUQUERQUE, S. A. Sistema Único de Assistência Social: sua contribuição na proteção social brasileira. In: CASTRO, J. A.; MODESTO, L. (Org.). **Bolsa família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010.

ROCHA, G. O. R.; LEMOS, F. C.; LIRIO, F. C. Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. **Cadernos de Educação FaE/PPGE/UFPel**, n. 38, p. 259-287, 2011.

RULLI NETO, A. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. São Paulo: Fiuza, 2003.

SALIMENE, A. C. M. Sexualidade no envelhecimento com dependência. **Serviço Social & Sociedade**, v. 24, n. 75, 2003.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRAO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008.

SANTOS, G. A.; VAZ, C. E. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In: ZANELLA, A. V. (Org.) **Psicologia e práticas sociais**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

SANTOS, R. C. S. et al. Violência e fragilidade na pessoa idosa. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 8, p. 2227-34, 2018.

SANTOS, V. A. **As medidas protetivas e a garantia de direitos na perspectiva de famílias em situação de violência sexual intrafamiliar**. Tese (Doutorado em Psicologia). Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: política social na ordem brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016.

SILVA, M. C. M. **Descortinando a violência sexual em crianças e adolescentes: análise da invisibilidade do problema sob a ótica epidemiológica e clínica-legal**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI, G. **A Política Social Brasileira no Século XXI**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, M. R. F. Políticas públicas na área do envelhecimento: possibilidades e limites da atuação do Serviço Social. **Revista de Políticas Públicas**, v. 1, n. esp., p. 205-210, 2012.

SOUSA, A. M. V. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2011.

SOUSA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.

SOUZA, L. P. Gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Paraná: limites e possibilidades. **Cad. IPARDES**, v. 1, n. 1, p. 66-81, 2011.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, n. 37, p. 364-371, 2003.

TONON, A. S.; AGLIO, J. O trabalho do assistente social no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Etic**, v. 5, n. 5, p. 1-13, 2009.

VERAS, R. P. A Longevidade da População: desafios e conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 24, n. 75, p. 5-18, 2003.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WRUBLEVSKI, M. D. M.; PEIXE, B. C. S. Políticas públicas: Um desafio na implementação da rede de proteção e defesa da pessoa idosa no Estado do Paraná. In: I Seminário de Políticas Públicas no Paraná, 1., Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: Escola de Governo e Universidades Estaduais, 2008.

ZAPPE, J. G.; DIAS, A. C. G. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. **Estud. Psicol**, v. 17, n. 3, p. 389-395, 2012.

## APÊNDICE A – MAPEAMENTO DO ABUSO E VIOLÊNCIA

# Mapa da violência contra a pessoa idosa em Presidente Kennedy-ES



ESTE DOCUMENTO É PARTE INTEGRANTE DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ALESSANDRA LUZIA DA GAMA COTTA, SOB A ORIENTAÇÃO DA PROFESSORA DOUTORA LUCIANA TELES MOURA, DA FACULDADE VALE DO CRICARÉ.

2020

## APRESENTAÇÃO

A violação de direitos de idosos é definida como qualquer ato ou omissão que cause dano, intencional ou não, praticado em pessoas com mais de 60 anos de idade, que ocorra na família, comunidade ou ambiente institucional, que viole ou coloque em risco a integridade física e/ou mental, o princípio da autonomia ou os demais direitos fundamentais do indivíduo, objetivamente verificáveis ou subjetivamente percebidos.

As formas mais frequentes de abusos e violência a idosos são físicas (espancamentos, queimaduras, fraturas, administração abusiva de drogas), psicológicas (manipulação, intimidação, ameaças, humilhação, chantagem emocional, desprezo ou privação de poder de decisão), negligência física (negação de alimentação, higiene, moradia, segurança e tratamento médico), abuso emocional (abandono, negação de afeto, isolamento), abuso econômico (prevenção do uso e controle de seu dinheiro, exploração, chantagem financeira, econômica) e sexual (atividade sexual não consensual ou quando a pessoa não é capaz de consentir).

Existe, ainda, duas outras formas de violação de direitos de idosos, que são o estrutural e social (discriminação no governo e nas políticas institucionais) e falta de respeito e preconceitos (estereótipos que se traduzem em atitudes desrespeitosas, abuso verbal e emocional e uma atitude social negativa).

As violações de direitos tem consequências físicas, psicológicas e sociais significativas, além de impacto direto na utilização dos serviços de saúde, devido ao aumento do atendimento nas urgências e nas internações hospitalares.

O Serviço de Proteção Social Especializado a Famílias e Indivíduos, pertencente ao CREAS do município de Presidente Kennedy incentiva a população em geral, bem como os profissionais de saúde e assistência social na detecção e atuação em casos de violência a idosos, solicitando que reflitam sobre estes aspectos nos seus processos de trabalho, como prova da sua competência profissional.

O fenômeno da violência a idosos no município tem sido tradicionalmente menos estudado e, portanto, menos conhecido do que aqueles relacionados às crianças ou às mulheres. Esses três setores da população apresentam questões

incidentais que os aproximam, principalmente no que diz respeito à evidente vulnerabilidade sofrida, tanto por crianças e adolescentes, como por idosos e mulheres. Sem esquecer que podem coexistir vulnerabilidades que se somam à velhice, como a deficiência, a situação do estrangeiro que geralmente implica menos redes sociais e familiares, e a falta de independência econômica.

A chamada Terceira Idade é atualmente o segmento da população que mais cresce. A melhoria da qualidade de vida e sua extensão ainda é uma conquista muito importante, com uma superação muito importante das idades médias de vida, graças aos avanços e aprimoramentos médicos.

Podemos considerar que, quando falamos dos idosos, estamos nos referindo a mais uma etapa da evolução humana, especificamente a mais avançada, entendendo-a não só na idade cronológica, mas também na experiência e onde um maior cuidado e atenção devem ser dados. Apesar disso, também pode ser uma fase de grande vulnerabilidade, onde ocorrem situações de marginalização e abandono social, econômico e cultural, podendo desenvolver na pessoa graves sentimentos de inferioridade e até auto-marginalização, resultando em situações de isolamento voluntário e sentimento de falta de utilidade e importância.

O maior perigo da violação de direitos de idosos é precisamente sua invisibilidade. Os estereótipos que a velhice gera, aliados à invisibilidade do grupo, fazem com que muitos dos maus-tratos não sejam reconhecidos como tais e, portanto, permanecem ocultos e não geram alarme ou rejeição social.

Existem múltiplos fatores de vulnerabilidade e temos que ter em mente que quanto maior a idade, maior a vulnerabilidade. Da mesma forma, se houver relação com o perpetrador ou dependência de seus cuidados, isso representará sérias dificuldades na apresentação da denúncia, por desconhecimento ou medo. Se existe relação pessoal com o agressor, questão que costuma ser frequente, caso em que as implicações psicológicas do idoso serão maiores, devido a possíveis pressões pessoais, familiares ou sociais, o que acarreta maior estresse para a vítima e maior risco de vitimização secundária ou vitimização repetida.

A proteção da velhice está consagrada constitucionalmente, quando declara que compete aos poderes públicos promover as condições para que a liberdade e igualdade do indivíduo, removendo os obstáculos que impedem ou dificultam sua plenitude e facilitam a participação de todos os cidadãos na vida política, econômica, cultural e social.

Assim, é de essencial importância mapear a violência contra a pessoa idosa no município, na esperança de auxiliar na busca pelo desenvolvimento de ações que possam preveni-la, bem como atender e proteger as vítimas para que a mesma não se torne recorrente. Diante disso, apresenta-se, a seguir, o mapeamento dos casos de violência e abuso denunciados ao longo do ano de 2018, na intenção de que se torne útil aos gestores municipais, em sua busca para a minimização do problema.

Atenciosamente,

Alessandra Luzia da Gama Cotta

Dr<sup>a</sup> Luciana Teles Moura

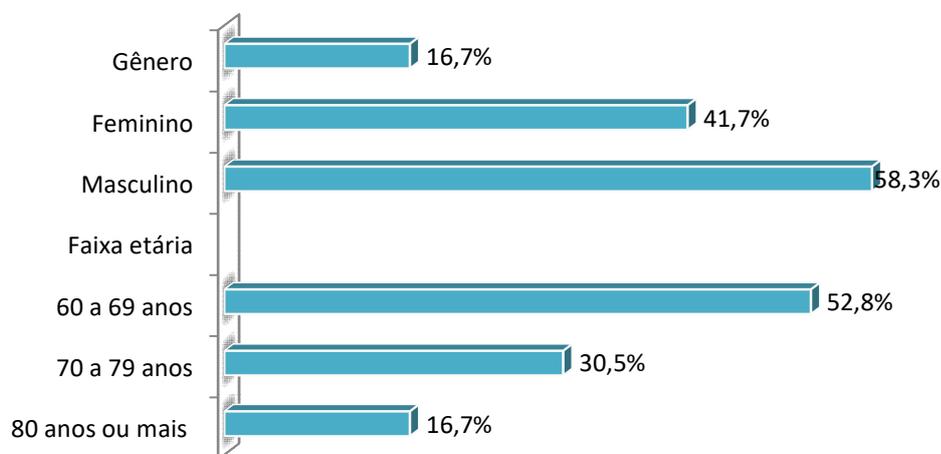
## MAPEAMENTO DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE IDOSOS NO ANO DE 2018

Os dados foram obtidos através dos prontuários do PAEFI (Serviço de Proteção Social Especializado a Famílias e Indivíduos). No ano de 2018, foram acompanhados pelo PAEFI 151 casos de violação de direitos, envolvendo a população em geral. Destes, 36 casos envolveram idosos, ou seja, 23,84%, número que se considera expressivo em um município tão pequeno.

### PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Em relação ao gênero dos idosos, 15 (41,7%) são do gênero feminino e 21 (58,3%) masculino. Quanto à faixa etária, 19 (52,8%) possuem entre 60 e 69 anos; 11 (30,5%) têm idade entre 70 e 79 anos; e 6 (16,7%) possuem 80 anos ou mais.

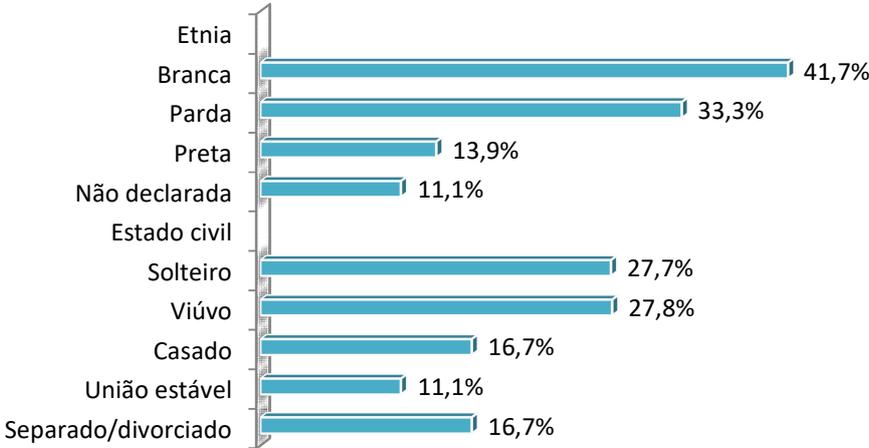
#### Gênero e Faixa Etária



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à cor da pele, 15 (41,7%) são brancos, 12 (33,3%) foram classificados como pardos, 5 (13,9%) eram pretos e 4 (11,1%) não foram declarados nos prontuários. No que se refere ao estado civil dos idosos, 10 (27,7%) são solteiros, 6 (16,7%) são casados, 10 (27,8%) são viúvos, 4 (11,1%) vivem em união estável e 6 (16,7%) são separados/divorciados.

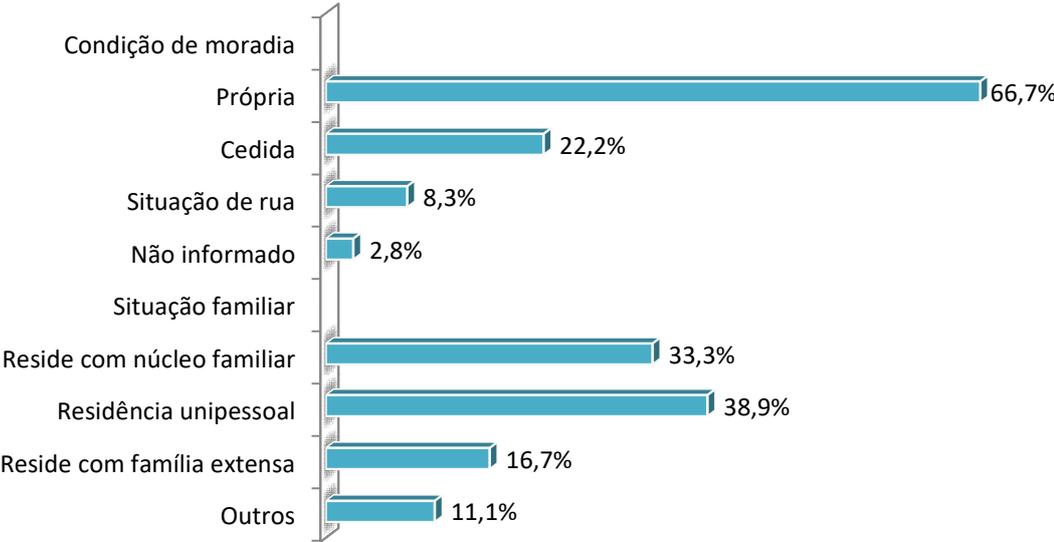
### Etnia e estado civil



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao nível de escolaridade, 12 (33,3%) não possuem nenhuma, 12 (33,3%) se encontram no nível do Ensino Fundamental, 5 (13,9%) Ensino Médio e 7 (19,5%) não estão especificados nos prontuários. Dos 36 idosos, 10 (33,3%) vivem na sede do município e 26 (72,2%) nos distritos, tendo havido prontuários envolvendo todas as localidades rurais que fazem parte do município.

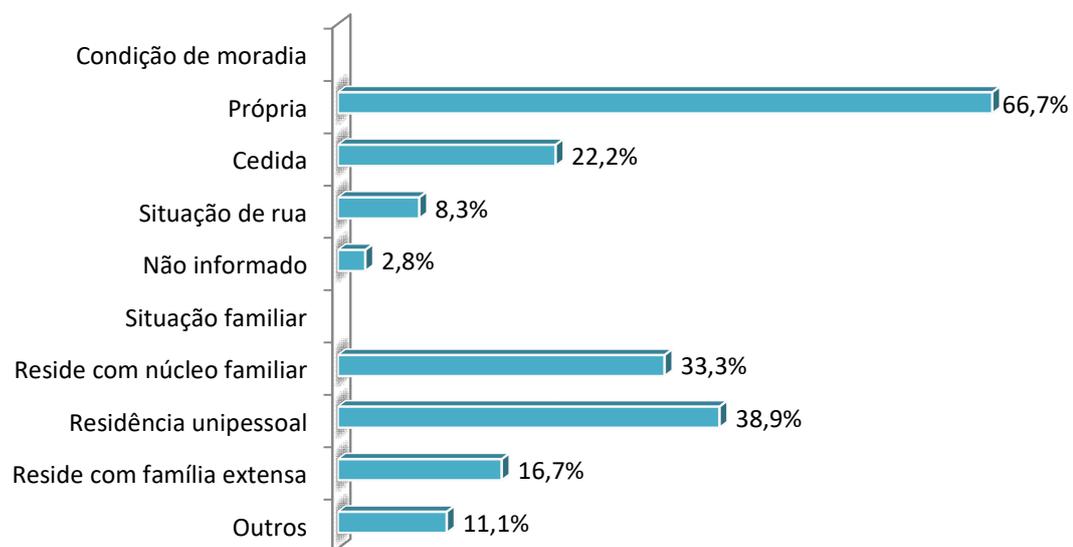
### Condição de moradia e situação familiar



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto às condições de moradia, 24 (66,7%) possuem imóvel próprio, 8 (22,2%) vivem em casas cedidas, 3 (8,3%) se encontram em situação de rua e em 1 (2,8%) prontuário não consta esta informação. Em relação à situação de moradia, 12 (33,3%) residem em seu próprio núcleo familiar, 14 (38,9%) vivem sozinhos, 6 (16,7%) residem com família extensa, envolvendo diversos núcleos e 4 (11,1%) vivem de outras formas, não especificadas nos prontuários.

### Condição de moradia e situação familiar



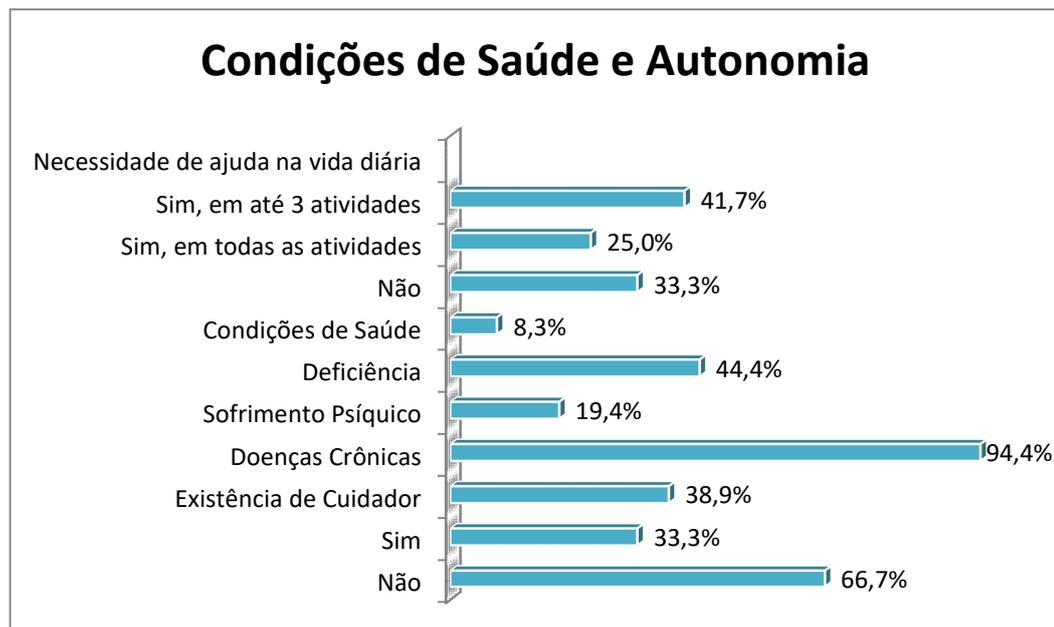
Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à fonte de renda, 17 (47,2%) são aposentados, 9 (25%) recebem BPC, 5 (13,9%) têm bolsa família, 1 (2,8%) é autônomo, e 4 (11,1%) não possuem fonte de renda. No que se refere à renda mensal, 6 (16,7%) recebem menos de um salário mínimo, 22 (61,1%) recebem um salário mínimo, 4 (11,1%) possuem renda de mais de um salário mínimo e 4 (1,1%) não possuem renda. A participação econômica no núcleo familiar é de única responsabilidade de 18 (50%) idosos, 5 (13,9%) são os maiores responsáveis, 9 (25%) dividem a participação e 4 (11,1%) não participam.

### CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS ATENDIDOS

Em relação à necessidade de ajuda para realização de atividades da vida diária, 15 (41,7%) necessitam de auxílio em até três atividades, 9 (25%) necessitam

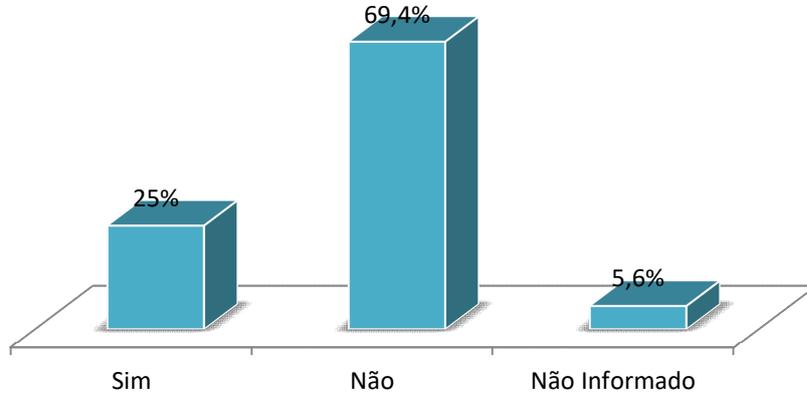
de ajuda integral e 12 (33,3%) são independentes, não necessitando de qualquer ajuda. Dos 36 idosos, 16 (44,4%) se tratam de pessoa com deficiência; 7 (19,4%) têm algum tipo de sofrimento psíquico e 34 (94,4%) apresentam pelo menos uma doença crônica. Dentre os idosos, 12 (33,3%) têm alguém que faça o papel de cuidador e 24 (66,7%) não contam a ajuda de cuidadores. Dentre aqueles que necessitam e têm cuidadores, somente 2 são profissionais ou trabalhadores formais, enquanto nos demais casos se tratam de cuidadores familiares.



Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os idosos, 9 (25%) apresentam problemas com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, 25 (69,4%) não apresentam este problema e em 2 (5,6%) prontuários não há esta informação.

## Uso Abusivo de Álcool e/ou Outras Drogas

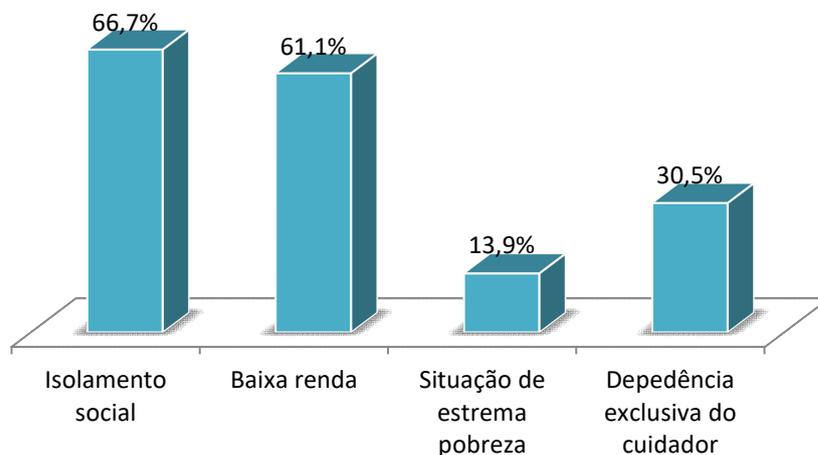


Fonte: Elaborado pela autora

## VULNERABILIDADES SOCIAIS

Dentre as principais vulnerabilidades observadas pelo PAEFI na acolhida realizada pelo serviço e início do acompanhamento são que, 24 (66,7%) se referem ao isolamento social; 22 (61,1%) dizem respeito à baixa renda; 5 (13,9%) vivem em situação de extrema pobreza e 11 (30,5%) se referem à dependência exclusiva do cuidador. Nestes resultados, é importante esclarecer que os idosos possuem diversos tipos de vulnerabilidades ao mesmo tempo, por isso estes resultados, sendo, entretanto, os que mais se destacam o isolamento social e a baixa renda.

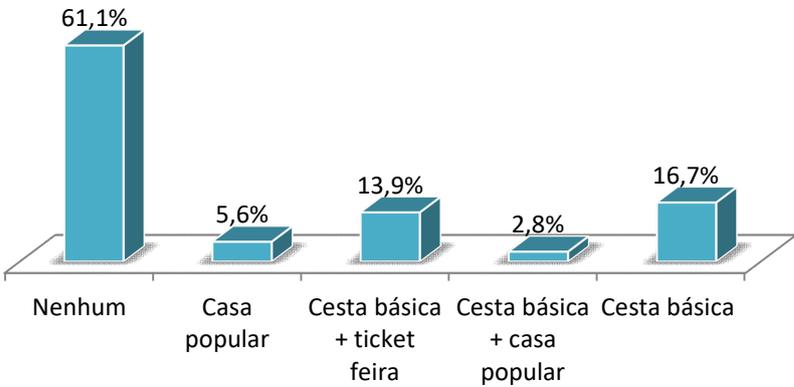
## Principais vulnerabilidades do idoso



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao acesso aos benefícios socioassistenciais oferecidos pelo poder público municipal, 22 (61,1%) idosos não são beneficiários de nenhum; 2 (5,6%) recebem auxílio habitacional; 5 (13,9%) recebem cestas básicas e ticket feira; 1 (2,8%) recebe auxílio habitacional e cesta básica; e 6 (16,7%) recebem cestas básicas.

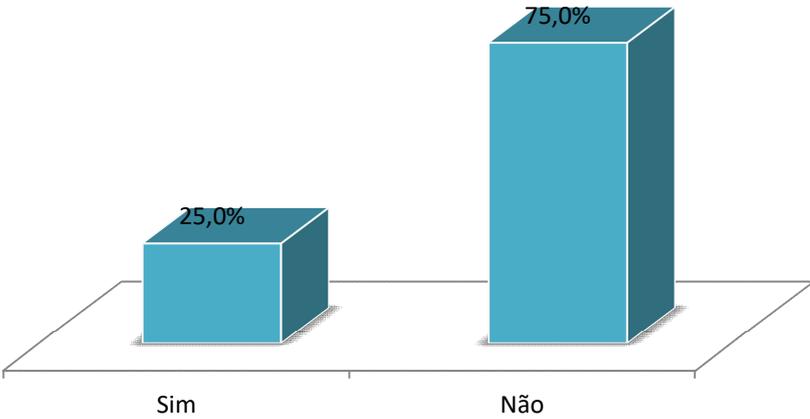
### Acesso a Benefícios Socioassistenciais Municipais



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao acolhimento institucional, 9 (25%) idosos precisaram ser acolhidos em Abrigo Institucional, enquanto 27 (75%) se mantiveram em seus domicílios após as violações de direitos sofridas.

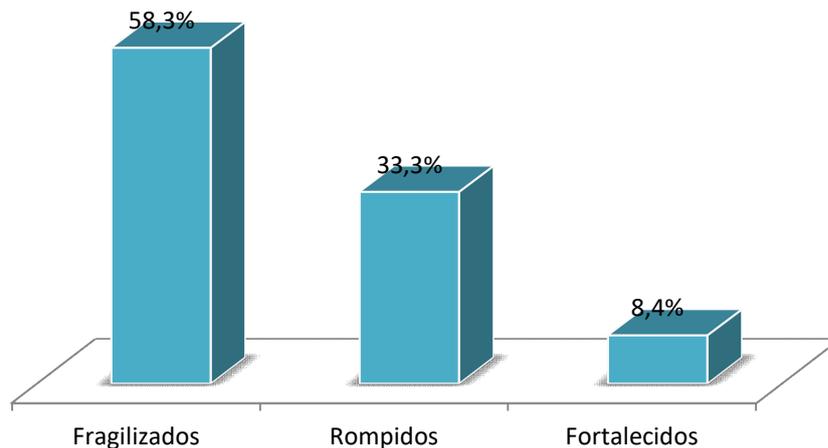
### Acolhimento institucional



Fonte: Elaborado pela autora

As principais vulnerabilidades destacadas nas famílias foram: 12 (33,3%) famílias com baixa renda; 13 (36,1%) com a presença de membros com problemas com o uso abusivo de álcool; 2 (5,6%) com membros vivenciando situação de desemprego; 4 (11,1%) com a presença de membros apresentando pelo menos um tipo de doença crônica; 4 (11,1%) com algum sofrimento psíquico; 1 (2,8%) com a presença de pessoa com deficiência; e 6 (16,7%) com uso abusivo de drogas. Ressalta-se que cada família possui diversas dessas vulnerabilidades, não tendo sido constatado, neste estudo, nenhuma delas com menos de três destes problemas, o que agrava ainda mais o entorno na vida desses idosos, diminuindo a capacidade da função protetiva da família.

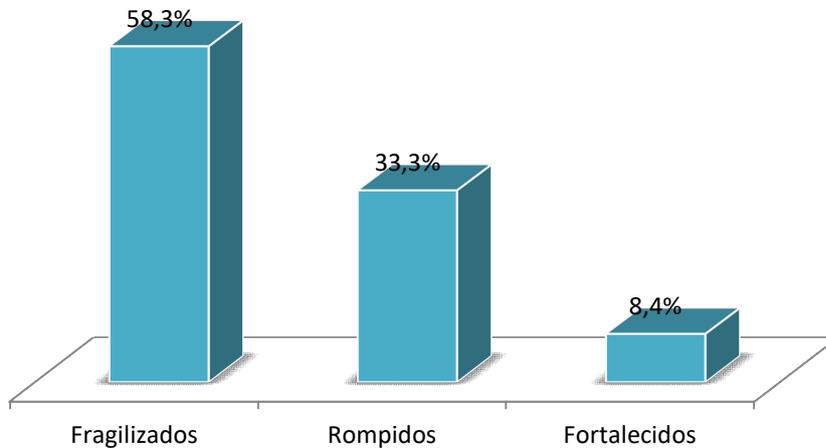
### Vínculos familiares



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação aos vínculos familiares, 21 (58,3%) apresentam vínculos fragilizados, 12 (33,3%) foram rompidos e somente 3 (8,4%) são fortes.

## Vínculos familiares

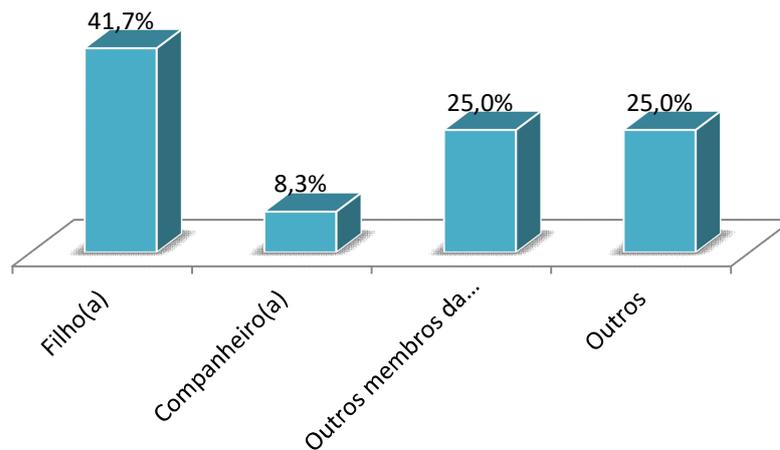


Fonte: Elaborado pela autora

## PERFIL DOS VIOLADORES DE DIREITOS DOS IDOSOS

Quanto ao autor da violação, 15 (41,7%) são filhos, 3 (8,3%) eram companheiros, 9 (25%) agressores eram membros da família e 9 (25%) eram pessoas sem vínculo familiar com o idoso.

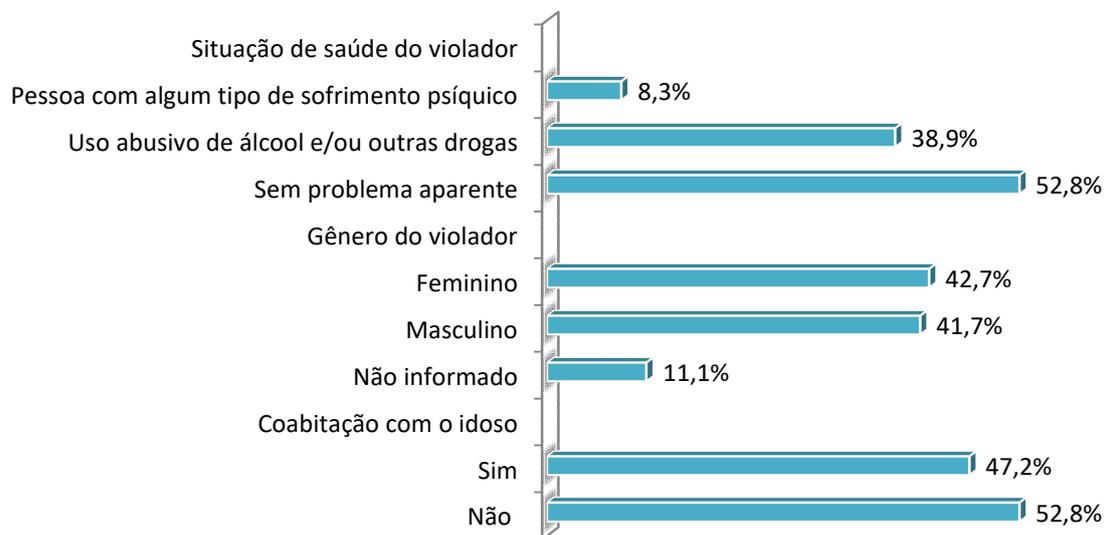
## Autor da Violação



Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os violadores, 3 (8,3%) se tratam de pessoa com algum tipo de sofrimento psíquico, 14 (38,9%) fazem uso abusivo de álcool ou drogas e 19 (52,8%) não possuem nenhum problema físico ou mental aparente. Quanto ao gênero do praticante da violência, 17 (47,2%) são do gênero feminino, 15 (41,7%) são do gênero masculino e 4 (11,1%) não foram informados no prontuário. Dentre os violadores, 17 (47,2%) coabitam com o idoso e 19 (52,8%) não residem junto a vítima de violação de direitos.

### Perfil do Violador de Direitos

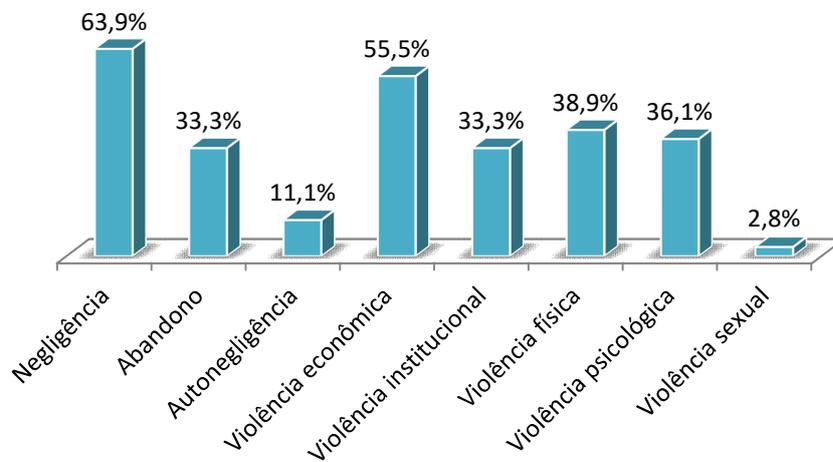


Fonte: Elaborado pela autora

### TIPOLOGIA DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Os idosos deste estudo sofreram, ao mesmo tempo, diversos tipos de violações de direitos, sendo as mais recorrentes a negligência (63,9%), o abandono (33,3%), autonegligência (11,1%), violência econômica (55,5%), violência institucional (33,3%), violência física (38,9%), violência psicológica (36,1%) e violência sexual (2,8%). É importante ressaltar que nenhum dos idosos atendidos sofria menos de três tipos desses tipos de violação de direitos, o que configura situações graves para a amostra.

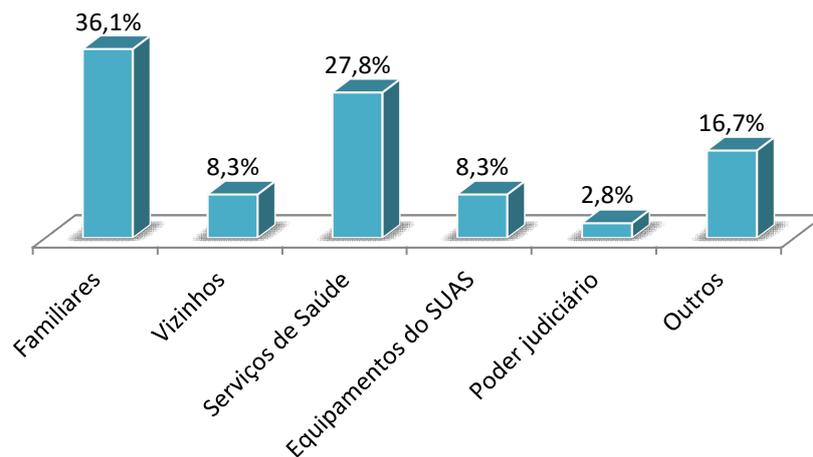
## Tipologia das Violações de Direitos



Fonte: Elaborado pela autora

As violações de direitos dos 36 idosos da amostra, 13 (36,1%) foram informadas por familiares, 3 (8,3%) por vizinhos, 10 (27,8%) pelos serviços municipais de saúde, 3 (8,3%) pelos serviços da política municipal de assistência social, 1 (2,8%) pelo Poder Judiciário e 6 (16,7%) não foram especificados.

## Informante da violação de direitos



Fonte: Elaborado pela autora

## RECOMENDAÇÕES

Após a apresentação dos casos, a título de contribuição ao trabalho que já vem sendo desenvolvido no município, gostaríamos de deixar algumas sugestões para que sejam realizadas capacitações e supervisões técnicas, através do Núcleo de Educação Permanente do SUAS, visando a qualificação dos conselheiros, trabalhadores e conseqüentemente dos serviços, projetos, programas e benefícios socioassistenciais, visando a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, na execução dos serviços da Política Municipal de Assistência Social e as demais políticas sociais do município.

### 1. Recomendações de Capacitações

<b>Temas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Objetivos</b>
Planejamento e Gestão	Relações sociais nos territórios e a Política de Assistência Social	Constituir a cooperação entre a rede municipal, estabelecendo a relação de cooperação e parcerias entre os órgãos das demais política públicas do território, para um melhor atendimento ao usuário
<b>Gestão do Trabalho Social no SUAS</b>	<b>Trabalho Social com as Famílias</b>	Instrumentalizar e estimular os trabalhadores do SUAS no trabalho de relação familiar, bem como, comunitário com vistas ao fortalecimento de vínculos.
	Atendimento Psicossocial e o Acompanhamento Familiar Individual e	Refletir sobre as práticas de acompanhamento Psicossocial e elaborar

	Grupal	ferramentas para o atendimento social e o acompanhamento familiar individual e grupal, pelos serviços do SUAS.
	Mediação de conflitos nas Proteções Sociais Básica e de Média e Alta Complexidade	Preparar os profissionais do SUAS, para seu papel como mediador em situações de conflito no atendimento e acompanhamento das famílias e indivíduos e na sua própria relação de trabalho.
	CREAS, CRAS, PAIF E PAEFI (alinhamentos, fluxos e procedimentos)	Promover encontros para alinhamento e estabelecimento de fluxo e procedimentos entre a Proteção Básica e Especial.
	Doenças do envelhecimento	Refletir sobre as condutas frente a evolução das doenças no envelhecimento.
	Cuidado com o cuidador.	Oportunizar a participação dos trabalhadores em cursos específicos de cuidador.
	Oficinas descentralizadas: o papel do trabalhador do SUAS no atendimento à usuários e famílias com membros com	Refletir sobre o papel do trabalhador do SUAS no atendimento ao usuários.

	dependência e uso abusivo de álcool e/ou outras drogas	
<b>Controle Social</b>	Conselhos de Direitos: Papel e atribuições dos Conselheiros.	Viabilizar a participação dos conselheiros em capacitações promovidas pelo Núcleo Municipal de Educação Permanente.
<b>Vigilância Socioassistencial</b>	Diagnóstico Socioterritorial	Reunir e aprimorar a produção do conhecimento para realização de diagnóstico socioterritorial.
	Vigilância socioassistencial	Conhecer o diagnóstico socioterritorial do município e aplicar esse conhecimento nos territórios.
<b>Proteção Social Básica</b>	Seguranças Afiançadas pelo SUAS - Segurança de Convívio	Capacitar as equipes técnicas do Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e do Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV na Temática Segurança de Convívio.
	Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.	Capacitar os técnicos de nível superior e médio, coordenador e facilitadores do Centro de Referência de Assistência

		Social – CRAS e equipe técnica, orientador social, coordenação e facilitadores do SCFV, no que se refere à metodologia de trabalho a ser utilizada na oferta dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para a faixa etária acima de 60 anos.
	Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.	Capacitar os trabalhadores do SUAS, com o desenvolvimento de conteúdos teóricos e práticos para a implementação de ações de acompanhamento domiciliar voltadas às pessoas idosas e pessoas com deficiência.
<b>Proteção Social Especial</b>	O papel da Assistência Social no uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.	Oportunizar às equipes técnicas dos serviços da Proteção Social Especial, acesso ao conhecimento de técnicas para o atendimento à usuários com dependência e uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.
	Alinhamento conceitual do serviço de acolhimento	Alinhar as ações e fluxos envolvendo os serviços de

	institucional para idosos.	atendimento aos idosos na Proteção Social Especial.
	Função dos cuidadores de idosos nos serviços do SUAS.	Fortalecer os profissionais cuidadores no desenvolvimento do trabalho do dia-a-dia com os idosos.
	Encontros formativos sobre vulnerabilidade social e violação de direitos de idosos	Elaborar ferramentas através da reflexão sobre os temas, em encontros formativos construídos coletivamente entre trabalhadores do SUAS para qualificação do atendimento a essa população.

## 2. Conhecendo os fatores de risco

- nos idosos: idade avançada, problemas de saúde, incontinência, deficiência cognitiva e distúrbios comportamentais, dependência física e emocional do cuidador, isolamento social, história de abuso;

- no cuidador: sobrecarga física e emocional, transtorno psicológico, uso abusivo de álcool, dependência de drogas, vivência familiar de maus-tratos, violência familiar anterior, incapacidade de suportar emocionalmente o cuidado.

- em situações de especial vulnerabilidade: moradia compartilhada, más relações entre o idoso e o violador, falta de apoio familiar, social ou financeiro, dependência econômica.

## 3. Identificando o abuso ou violência

- Sinais físicos sugestivos de agressão física ou negligência (hematomas, escoriações na pele ou outras lesões cutâneas sugestivas de higiene insuficiente,

sinais no punho ou tornozelo, desnutrição sem motivo aparente, desidratação, quedas repetidas, má evolução de feridas crônicas);

- Inconsistências entre as características das lesões e explicações sobre como ocorreram;

- Outros sinais de suspeita de abuso: visitas frequentes ao pronto-socorro, falta de resposta terapêutica aos tratamentos corretos e sintomas de overdose de drogas;

- Estado emocional debilitado: medo, inquietação, inibição, alteração do humor, depressão, ansiedade, confusão;

- Recusa do cuidador em deixar o idoso sozinho durante a entrevista ou exame.

### **3. Contatando o idoso**

Durante o contato com o idoso, diante de qualquer sinal de abuso ou violência, deve-se incluir algumas questões para a sondagem, sendo recomendado:

- entrevistar o paciente sozinho e com o cuidador;

- analisar as mudanças de relacionamento e atitude na sua presença;

- dar confiança e facilitar a expressão de sentimentos;

- garantir a confidencialidade;

- falar em linguagem clara e simples;

- fazer algumas perguntas relacionadas aos fatores de risco: Alguém te machucou em casa?; Você tem medo de alguma das pessoas que moram com você?; Você foi ameaçado?; Você foi forçado a assinar documentos que não entende? Alguém tocou em você sem o seu consentimento?; Você foi forçado a fazer coisas contra a sua vontade?; Alguém pega coisas que lhe pertencem sem a sua permissão?; Você fica sozinho com frequência?

### **4. Desenvolvendo a ação protetiva**

- Contatar a assistência social e serviços especializados;

- Em caso de risco imediato, encaminhar o idoso ao CREAS, realizar a informação de violação de direitos ao CREAS ao Ministério Público;

- Informar o idoso sobre a tendência e consequências dos abusos, buscando uma estratégia de proteção e um plano de segurança;
- explicar as alternativas possíveis ao idoso, ouvir seus desejos e respeitá-los, sempre que possível;
- promover o uso de serviços de atendimento domiciliar, centros de dia, etc. que reduzem o isolamento social dos idosos;
- avaliar a adequação do domicílio às limitações do idoso;
- Apoiar cuidadores: identificar e atuar preventivamente em situações de estresse e sobrecarga física/emocional, promovendo a incorporação de programas de cuidado ao cuidador;
- avaliar a necessidade de institucionalização, se o idoso não for capacitado ou se a família não puder garantir seu adequado atendimento e atenção;
- Informar as providências legais para formalizar a denúncia, caso o idoso esteja disposto a fazê-lo;
- registrar todos os dados no prontuário.