



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE
E CULTURA NA AMAZÔNIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS/ÀS IDOSOS(AS) VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MANAUS

Linha 3: Processos Sociais, Ambientais e Relações de Poder

Manaus - AM, outubro de 2011

ANA PAULA DE SOUZA OLIVEIRA

**A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS/ÀS IDOSOS(AS) VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE UMA INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE MANAUS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA), linha de pesquisa Processos Sociais, Ambientais e Relações de Poder do Instituto de Ciências Humanas e Letras da UFAM, como requisito necessário a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Yoshiko Sasaki, Dra.

Manaus - AM, outubro de 2011

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

O48p Oliveira, Ana Paula de Souza

A política de atenção aos/as idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus/Ana Paula de Souza Oliveira.-Manaus: UFAM, 2011.

143f.; il.

Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) —
Universidade Federal do Amazonas, 2011.

Orientadora: Prof^a Dr^a Yoshiko Sasaki

1. Idoso- aspectos sociais 2. Vítimas de violência familiar 3. Núcleo Integrado- proteção-defesa I. Sasaki, Yoshiko (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU (1997) 340.62-053.9(811.3)(043.3)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE
E CULTURA NA AMAZÔNIA**



BANCA DO EXAME DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO

Ana Paula de Souza Oliveira

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Yoshiko Sasaki - Presidente

Prof.^a Dr.^a Heloisa Helena Corrêa da Silva - Membro

Prof.^a Dr.^a Cristiane Bonfim Fernandez - Membro

Manaus - AM, outubro de 2011

*A Cris e ao Anthony pelo incentivo para
realização deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado a vida e a oportunidade de sonhar!

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Yoshiko Sasaki pelo incentivo e confiança depositada em mim que contribuíram de forma marcante para a conclusão deste estudo e para minha formação profissional.

A CAPES, pela concessão da bolsa de estudo, sem a qual, este trabalho não seria possível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia pelo incentivo e apoio.

A Alberta Amaral pelo apoio e compreensão no momento das entregas dos artigos, durante o período de matrículas e resultados das notas.

Aos amigos da turma - 2009, pela ajuda, paciência e, sobretudo, pelo companheirismo que ficarão na lembrança.

A amiga Elma Nascimento por ouvir pacientemente as minhas inquietações.

A Creusa Prata da Secretaria Estadual de Assistência por ter sido solícita aos meus pedidos.

Aos profissionais do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Centro, Defensoria e Delegacia) pelo respeito e a atenção com que me receberam.

Aos idosos e às idosas que abriram mão do seu tempo e me deixaram conhecer um pouco das suas vidas, para contribuir para o debate da violência tornando esse trabalho coletivo.

A Mirnia Santos do Conselho Estadual do Idoso pela atenção com que sempre me atendeu e por ter disponibilizado os dados do CIPDI 2007 a 2008.

Ao amigo Jair Rebello na realização da pesquisa de campo.

E, por fim, a minha família, em especial a minha mãe pelo apoio e dedicação.

Ao meu pai pela sua volta, e por fazer parte desta conquista.

A Cris, minha irmã querida, colaboradora na pesquisa de campo que, com paciência, amor sempre esteve comigo.

Aos meus sobrinhos Nicole e Wesley pelos momentos de riso, quando eu estava apreensiva com a construção dos capítulos.

Ao Anthony Coutinho pelo amor e companheirismo em todos os momentos da elaboração do trabalho.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, valeu!

Meu muitíssimo obrigada!

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

(Marilda V. Yamamoto)

RESUMO

O presente trabalho aborda a política de atenção aos(as) idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus. A violência contra idosos se constitui hoje como problema pluricausal, determinantes de vários fatores: sociais, econômicos, políticos e culturais, a demandar a intervenção da Sociedade e do Poder Público. No entanto, o que se percebe é que ainda são escassos os estudos que abordam essa temática, uma vez que os primeiros estudos datam dos anos 90. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantiqualitativa, realizada no Núcleo de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, que é referência na atenção à violência, foram realizadas entrevistas com cinco profissionais que compõem a equipe profissional (Assistentes Sociais, Psicóloga, Advogado e Delegado) e aplicado formulário aberto e fechado com oito idosos vítimas de violência intrafamiliar, totalizando treze participantes. Com a obtenção dos seguintes resultados: os idosos são homens e mulheres cuja faixa etária varia entre 64 a 78 anos; em relação ao estado conjugal, seis idosos(as) são casados, as demais, uma idosa é viúva e a outra solteira. Quanto à composição familiar, sete idosos residem com familiares e somente uma idosa informou que mora sozinha constituindo família unipessoal. No que se refere à renda, seis idosos são aposentados, uma idosa é beneficiária do BPC. E somente uma idosa não possui renda e recebe ajuda dos familiares para suprir suas necessidades básicas. Quanto aos fatores de risco, observamos o consumo de drogas e álcool por parte dos familiares que agridem seus idosos. Na maioria dos casos, o agressor é o filho, e apenas um idoso revelou que foi a neta menor de idade. Acerca da política de atenção à violência verificamos que os usuários têm uma visão positiva a respeito dos serviços oferecidos pelo Núcleo Integrado, quanto aos profissionais, os mesmos mostraram a relevância e as contribuições dos serviços oferecidos. Diante disso, analisamos como está sendo operacionalizada a atenção à violência nesta instituição de Manaus e identificamos o perfil do idoso vítima de violência intrafamiliar atendido pelo Núcleo, bem como mostramos que, assim como idoso se encontra vulnerável a essa situação, suas famílias também, o que vem requerer ações interventivas e um acompanhamento integral e sistemático tanto aos idosos quanto as famílias, a fim de amenizar os impactos dos conflitos existentes na dinâmica familiar e, possivelmente, as práticas de violência contra este segmento idoso.

Palavras chave: Idoso, Política de atenção à violência, Núcleo Integrado de Proteção e Defesa.

ABSTRACT

This paper addresses the policy attention to (the) elderly (the) victims of domestic violence a public institution of Manaus. Violence against older people is multi-causal problem today as determinants of several factors: social, economic, political and cultural rights, to demand the intervention of the Company and the Government. However, we can see is that still there are few studies that address this issue, since the first studies date back to 90 years. It is a research nature quanti held at the Department of Defense and Protection of the Elderly, a reference to violence in attention, interviews with professionals who make up the five professional staff (social workers, psychologists, lawyers and Delegate) and applied form open and closed with eight elderly victims of domestic violence, a total of thirteen participants. With the following results: the elderly are men and women whose age varies from 64 to 78 years, in relation to marital status, six elderly (as) are married, the other, an elderly widow and the other is single. As for family composition, seven elderly live with family and only one reported that elderly living alone constituting single-person household. With regard to income, six seniors are retired, elderly is a beneficiary of the BPC. And only one has no income and elderly receive help from families to meet their basic needs. Regarding risk factors, we observe the consumption of drugs and alcohol by family members who abuse their elderly. In most cases, the abuser is the child, and only an old revealed that her granddaughter was a minor. About the policy attention to the violence found that users have a positive view about the services offered by the Integrated Center, as professionals, they showed the relevance and contributions of services offered. Therefore, we analyze how it is being operationalized attention to violence in the institution of Manaus and identify the profile of the elderly victim of domestic violence served by the Center, and show that, as elderly is vulnerable to this situation, their families, too, next actions require a proactive and comprehensive and systematic monitoring both seniors and families in order to mitigate the impacts of conflicts in family dynamics and, possibly, the practices of violence against the elderly segment.

Keywords: Elderly, policy attention to violence, the Integrated Protection and Defense.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Esperança em anos de vida ao nascer	30
Gráfico 2. Projeções da população idosa no Brasil.....	30
Gráfico 3. Frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas.....	59
Gráfico 4. Situação econômica dos idosos que sofrem violência intrafamiliar	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Abusos ou maus tratos praticados contra idosos.....	61
Quadro 2. Fatores de risco de violência intrafamiliar.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Renda média dos idosos	36
Tabela 2. Distribuição dos idosos economicamente ativo/inativo.....	38
Tabela 3. Mortalidade segundo causas definidas.....	41
Tabela 4. O(a) sr.(a) é portador de alguma doença.....	42
Tabela 5. Ocorrências de violência da DEI	66
Tabela 6. Registros de violência do CIPDI.....	67
Tabela 7. Relação entre idade e sexo	70
Tabela 8. Reside em Manaus	71
Tabela 9. Composição familiar	72
Tabela 10. Relação entre o sexo e quem bebe	74
Tabela 11. Relação entre o sexo e quem fuma.....	75
Tabela 12. Idade do agressor e vínculo com a vítima.....	81
Tabela 13. Ações da Defensoria Pública	101
Tabela 14. Ações do CIPDI	105

LISTA DE SIGLAS

AVD	Atividades da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BO	Boletim de Ocorrência
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAF	Centros de Atendimentos à Família
CEI	Conselho Estadual do Idoso
CIAPVI	Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CIPDI	Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CLAVES	Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
DPSE	Departamento de Proteção Social Especial
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FOPI	Fórum Permanente do Idoso
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PAEVPI	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra Pessoas Idosas
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIM	Pólo Industrial de Manaus
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PRODEDIC	Promotora dos Direitos do Cidadão
RENADI	Rede Nacional de Defesa de Direitos e Proteção da Pessoa Idosa
SEAS	Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SEMMAS	Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Sustentabilidade
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Capítulo 1 - A Heterogeneidade do Envelhecimento na Sociedade Capitalista e as Repercussões nas Condições de Vida do Idoso e da Família	23
1.1. O envelhecimento na sociedade brasileira: aspectos sociodemográficos	25
1.2. Questões da velhice e conceituações	43
1.3. O lugar do idoso nas famílias gerando conflitos.....	49
1.3.1. Violência intrafamiliar: o reflexo da violência social.....	54
1.3.2. Violência contra idosos: algumas características.....	60
1.4. Tipos de violência sofrida pelos idosos em Manaus.....	63
1.4.1. Perfil dos idosos vítimas de violência intrafamiliar de Manaus	69
1.4.2. Fatores de vulnerabilidade à violência contra o idoso	76
1.4.3. Caracterização da violência	80
Capítulo 2 - Proteção Social e Ações de Atenção a Violência contra o Idoso	83
2.1. As políticas sociais de proteção à velhice.....	84
2.2. As políticas de atenção à violência contra o idoso	90
2.3. A atuação dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa.....	93
2.4. A atenção à violência contra o idoso: o caso de Manaus.....	95
2.4.1. Abrangência	96
2.4.2. Estrutura.....	96
2.4.3. Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa	98
2.4.4. Núcleo Especializado de Defesa da Pessoa Idosa.....	100
2.4.5. Delegacia Especializada em Crime contra Idoso.....	101
2.5. A operacionalização da Atenção à Violência na Cidade de Manaus.....	103
2.5.1. Da denúncia aos procedimentos legais	107
2.5.2. A visão dos usuários e dos profissionais sobre os serviços da instituição.....	108
2.5.3. Os avanços e desafios na atenção à violência contra o idoso	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	126
ANEXOS	135

INTRODUÇÃO

O estudo da violência contra o idoso é um fenômeno recente e ainda pouco discutido no meio acadêmico, uma vez que os primeiros estudos realizados sobre essa temática datam da década de 90 (MINAYO, 2004). Aponta esta autora que a primeira preocupação não era a violência, mas a qualidade de vida dos idosos.

No que concerne à violência contra a pessoa idosa, não se deve entendê-la dissociada do contexto cultural, social, político e econômico em que estão inseridos os idosos e seus agressores, uma vez que a violência praticada contra esse segmento se manifesta na sociedade moderna e atinge a todos e independe da condição de classe, de etnia, de gênero, bem como da cultura, da religião e modos de vida de cada população (MACHADO, 2006; MINAYO, 2003b; SAFFIOTI, 1994).

Na realidade brasileira, os dados da pesquisa *Violência contra Idoso*, realizada por Vicente Faleiros (2007) mostram que a violência contra a pessoa idosa está disseminada em todas as regiões. Dentre elas, a Nordeste é apontada como a que possui o maior índice. E a Sul o menor percentual de ocorrências. Na região Norte, aponta este autor que não existe estatística confiável, ou mesmo sua ausência, motivada também pela baixa densidade demográfica inferior a média nacional de 11,3%, exceto Belém. Destaca-se nas capitais nortistas a presença de violência física em Palmas e Macapá; violência psicológica em Boa Vista e em Manaus; violência financeira em Belém, Porto Velho, Macapá, Rio Branco e Manaus; negligência em Rio Branco, Macapá e Belém; abandono em Boa Vista; e casos de violência sexual, em Boa Vista e Manaus. Diante disso, notamos que a violência é multifacetada e resultante de vários fatores sociais, econômicos, políticos e culturais presentes na sociedade na qual estamos inseridos.

Uma vez que a violência é influenciada e gerada por tais fatores, buscamos trabalhar essa temática na perspectiva de refletir sobre a dinâmica do serviço prestado por uma instituição em Manaus especificamente voltada a este segmento o Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, assim como, analisar como vem sendo implementada esta política pública e, operacionalizadas as ações de atenção aos(às) idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar, uma

vez que se trata de um serviço de referência no atendimento a essa demanda.

Ademais vale mencionar, que a transição demográfica vem ocorrendo de forma diferenciada em todo o mundo. No Brasil, em particular, a mudança foi rápida, levamos apenas algumas décadas para vivenciar as alterações na pirâmide etária. Se comparado com os países desenvolvidos, que levaram em torno de 100 a 140 anos para envelhecer, e o processo caracterizou-se como gradual (MINAYO & COIMBRA JR., 2002; WHO, 2005).

Estatísticas da World Health Organization - WHO¹ (2005) indicam que, a proporção de pessoas com 60 anos está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. As projeções revelam que, entre 1970 e 2025, haverá um incremento de 223%, isto é, em torno de 694 milhões de idosos. E, em 2025, estima-se que existam cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e até 2050 somam-se 2 bilhões em todo mundo, sendo que, desse quantitativo, 80% dos idosos viverão em países em desenvolvimento.

Do exposto, apontamos que o fenômeno do envelhecimento populacional vem crescendo significativamente e torna-se mais visível no Brasil urbano. A esperança de vida ao nascer, mais que dobrou do início (33 anos) ao final do século XX (quase 70 anos). De 1991 a 2000, a população brasileira com mais de 60 anos cresceu 35% a mais que a população mais jovem que cresceu em 14% (LIMA-COSTA *et al apud* MINAYO, 2004).

Dessa forma, a sociedade brasileira vem apresentando um número expressivo de idosos em situações diversas: ricos e pobres, com seguro (previdência social) ou sem seguro, doentes e não doentes, com ou sem família, amados e não amados, idosos e senescentes, assistidos e não assistidos e outras expressões que levam, principalmente, a segunda característica a requerer a atenção da Sociedade e do Poder Público.

A transformação da sociedade a partir do último quartil do século passado e em pleno século impacta vários setores da sociedade, inclusive a família e seus membros. No caso da família, houve reflexos na sua dinâmica interna (reduzidas em seu tamanho, chefiadas, muitas vezes por um só membro, em especial pelas mulheres, novos arranjos com o aumento do número de divórcios e recasamentos e a inserção da mulher no mercado de trabalho).

¹ Em português, Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em virtude dessas alterações na estrutura familiar, foi reduzida consideravelmente a atenção aos membros mais fragilizados ou que necessitam de cuidados como as crianças, doentes e idosos, que possuem algum tipo de dependência e/ou limitação. Isso decorre em virtude dos novos formatos assumidos pelas famílias.

Somam-se, a isso, as questões de desemprego que atinge a metade dos trabalhadores brasileiros. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2010), a taxa de desemprego em 2009 registrou uma média anual de 10% superior à do ano passado. As crises econômicas geram impactos na dinâmica familiar, uma vez que 75% dos idosos residem em famílias pobres, com filhos(as) em idade produtiva, mais que se encontram desempregados, sendo a aposentadoria do idoso a única fonte de renda (MINAYO, 2004).

Diante dessas contradições sociais, as famílias são vítimas da sobrecarga física, emocional e socioeconômica devido aos cuidados que necessitam ser dispensados aos seus idosos, em virtude da falta de suporte social por parte do poder público e dos demais membros da família (ASSIS, 2004; CALDAS, 2004; MINAYO, 2004).

O acesso aos serviços públicos de qualidade na comunidade é um elemento central, não só para a qualidade de vida do idoso, mas também para o compartilhamento de tarefas entre a família e poder público. Porém, em virtude dos constantes cortes orçamentários nas políticas sociais, vem resultando na prestação de serviços precarizados, seletivos e fragmentados. Diante disso, a velhice fragilizada fica à mercê do desinvestimento público, e as famílias pobres tornam-se vulneráveis à situação de risco de praticar violência contra seus membros, entre eles os idosos.

Assim, o envelhecimento populacional vem acompanhado de novas realidades que precisam ser mais amplamente discutidas e incorporadas pela sociedade, pelos próprios idosos e seus familiares uma vez que o processo de envelhecimento não é vivenciado de forma homogênea. Além disso, em virtude das mudanças sociais, econômicas e políticas, principalmente advindas com as transformações no mundo de trabalho, que atingem diretamente não só os indivíduos, mas também as suas famílias, as pessoas não têm tempo para o outro.

Dessa forma, a violência praticada contra o idoso torna-se uma realidade inegável que se

configura como uma problemática multifacetada uma vez que estudos revelam que as práticas de violência praticadas contra o idoso caminham lado a lado com o cuidado inadequado.

Minayo (2003b), em seu artigo *Violência contra idosos: relevância para um velho problema*, aponta que a violência contra o idoso se manifesta de diferentes maneiras, e vem se corporificando no seio da sociedade, podendo ser categorizada como violência e/ou abuso: físico, psicológico, financeiro, abandono, negligência, cárcere privado e abuso sexual.

Na maioria das vezes, segundo a autora que coordena o Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES, tais violências acabam por permanecer circunscritas aos muros das casas onde residem os idosos, pois muitas sociedades, incluindo a brasileira, são frequentemente tratadas como uma forma de agir “normal e naturalizada”, permanecendo ocultas nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas, pois, de acordo com dados da sua pesquisa realizada no Ministério da Saúde, morrem cerca de 13.000 idosos por acidentes e violência por ano, significando, por dia, uma média de 35 óbitos. Além disso, anualmente cerca de 93.000 idosos são internados: 53% por quedas, 27% por violências e agressões e 20% por acidentes de trânsito.

Ainda segundo Minayo (2003b), as estatísticas revelam que a violência contra idosos representa apenas a ponta do iceberg, configurando-se como uma questão cultural de raízes seculares, uma vez que os estudos a respeito desta expressão da questão social só ganharam visibilidade na agenda da saúde pública brasileira a partir da década de 90 do século XX, por dois motivos: primeiro, em virtude do expressivo número de idosos, e segundo, devido o reconhecimento dos direitos humanos. Foram esses fatores que provocaram o debate público e colocaram em visibilidade os diversos problemas, entre os quais, a violência sofrida por esse segmento na sociedade brasileira.

Porém, as diversas manifestações de violência contra os idosos parecem produzir a sensação de que ainda é recente e bastante incipiente a discussão sobre o processo de envelhecimento em suas diferentes dimensões (FALEIROS, 2007b). O autor sinaliza que são diversas as situações que demonstram desde o preconceito sobre a pessoa idosa, até a falta de acesso desse segmento à saúde e a remédios.

Diante disso, podemos nos questionar que tipo de condições são dadas às pessoas idosas

para viverem sua velhice de forma digna? Uma vez que muitos idosos são pobres e não têm aposentadoria previdenciária, e os que têm recebem um salário mínimo para sobreviver.

Soma-se, a isso, o fato de que muitos idosos são os principais provedores de suas famílias, já que estas, também, vivenciam problemas resultantes das transformações sociais, econômicas e políticas como: o desemprego, divórcios e recasamentos e acabam retornando à casa dos pais idosos, com seus filhos(as) e muitas vezes com suas esposas e/ou esposos.

Como percebemos, o tema é complexo e requer diferentes abordagens já que os membros das famílias acabam não sabendo lidar com a velhice, começando pelo(a) próprio(a) idoso(a), sobre sua velhice e as inversões de papéis entre pais idosos e filhos, bem como dos filhos sobre as alterações de humor dos idosos, com suas mudanças de comportamento (dificuldade para mastigar, perdas fisiológicas, esquecimento) e tampouco com as inversões de papéis entre (pais idosos e filhos).

Segundo Caldas (2004), o cuidado familiar caminha lado a lado com as práticas de violência e abusos mediante o surgimento de sentimentos de obrigação, frustração, culpa e raiva, que passam a emergir da sobrecarga da responsabilidade individual de cuidar do seu familiar idoso, das inúmeras necessidades das pessoas idosas, da falta de suporte social e financeiro.

É, nos lares, que segundo (LOPES, 2007; MINAYO & COIMBRA JR., 2002; PACHECO, 2004) muitas vezes acabam emergindo os conflitos familiares, os abusos e negligências resultantes da ausência de espaço, da sobrecarga de cuidados dispensados aos idosos dependentes, de choque de gerações que é evidenciado em lares em que moram mais de uma geração, das dificuldades financeiras e de comunicação e, por fim, do sentimento de desvalorização e inutilidade compartilhado por muitos idosos. Assim, em virtude de a violência intrafamiliar ocorrer no âmbito privado onde tudo é permitido e não revelado, a mesma permanece restrita ao lar.

Em face dessa realidade, Faleiros (2007b) define a violência contra o segmento idoso como uma violência eminentemente intrafamiliar que se manifesta como uma “Violência calada”, sofrida em silêncio muitas vezes, praticada por filhos(as), cônjuges, netos(as), irmãos(ãs) ou parentes e vizinhos próximos, e que ocorre no ambiente no qual deveria existir

uma relação de confiança entre o idoso e os demais membros e que, na maioria dos casos, implica a ruptura dessa confiança, na negação do outro, podendo mesmo se caracterizar como um revide ou troco.

Diante disso, buscamos analisar a política de atenção aos(às) idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus. Para atender a este fim, delinear-se os seguintes objetivos específicos, a saber: caracterizar os tipos de violência contra o idoso atendido na instituição; traçar o perfil dos(as) idosos(as) vítimas de violência atendidos pela instituição; identificar a visão dos idosos e dos profissionais sobre a política de atenção às vítimas de violência desenvolvida pela instituição; analisar o processo de operacionalização e articulação das ações pela equipe profissional (Assistentes Sociais, Psicóloga, Advogado e Delegado) da instituição após a constatação da denúncia; apontar os avanços e desafios dessa política da instituição no atendimento aos(às) idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar na realidade de Manaus.

A iniciativa de se trabalhar essa temática partiu da experiência vivenciada no campo de estágio, onde estive pelo período de 01 (um) ano no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso - PADI, da Fundação Dr. Thomas e da participação como Conselheira no Conselho Estadual do Idoso - CEI que possibilitaram não só ter ciência das notificações, mas também verificar *in-loco* casos comprovados de violência contra o idoso.

Outra razão para a motivação do estudo foi minha participação como bolsista no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC-035/2007/2008 cujo trabalho versou sobre a Prevalência de Maus Tratos Físicos em Idosos Acompanhados pelo PADI financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM e do seu aprofundamento no Trabalho de Conclusão de Curso - TCC com o título de Violência física contra idosos nas famílias atendidas pelo PADI em Manaus.

Como resultado do levantamento e mapeamento dos maus tratos físicos atendidos pelo PADI constatamos que a maior incidência de maus-tratos físicos ocorre na zona Leste e Centro Oeste e que o agressor principal é o filho seguido da filha. Contudo, este trabalho ficou limitado à caracterização da violência e do perfil da vítima e do agressor ao nível de graduação.

E agora, no mestrado, tivemos a oportunidade de aprofundar a discussão e o

conhecimento da temática. Este estudo buscou não só identificar a violência contra idoso, mas também analisar a dimensão técnico-operativa da política pública, isto é, como vêm sendo gestadas e operacionalizadas as ações de atenção à violência, tendo como referência o serviço desenvolvido pelos profissionais do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, bem como a visão dos usuários sobre este serviço. E, finalmente, refletir acerca dos avanços e desafios dessa política pública na realidade de Manaus.

Nesse sentido, procuramos analisar à luz dos autores como Faleiros (2004, 2007a; 2007b), Minayo (2003a; 2003b; 2004) e Grossi e Werba (2001) quem são esses idosos que sofrem violência em Manaus? Quais as suas condições de vida? Como são operacionalizadas as estratégias de atenção à violência pelo Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa em Manaus? Quais seus avanços e desafios?

Em busca do desvelamento desta realidade contraditória que marca o cotidiano de idosos vítimas de violência, realizamos a pesquisa no Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

A relevância e pertinência deste estudo se dá na medida em que damos visibilidade a esta temática na realidade de Manaus. Entendemos que, no âmbito das políticas públicas, é importante não só contabilizar número de atendimentos, mas também, atender ao idoso como o seu agressor, ou seja, chegar à raiz do conflito familiar e geracional que envolve o idoso e seus familiares.

Esperamos que a pesquisa contribua para o conhecimento da realidade de violência intrafamiliar a partir do olhar dos sujeitos envolvidos, isto é, do idoso vítima de violência e dos profissionais do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

A pesquisa ancora-se em 03 (três) categorias de análise, cujas centralidades teóricas são imprescindíveis para que sejam garantidos os objetivos previamente identificados acima. Dessa forma, as categorias centrais de análise permitirão a consistência da fundamentação teórica, aqui identificadas a partir dos três eixos analíticos, quais sejam: Envelhecimento; Violência e Política de Atenção à Violência. Delineados os eixos teóricos, a pesquisa se estrutura em quatro momentos, a saber: 1) qualificação teórica e metodológica do projeto que teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM com o protocolo nº. 0328.0.115.000-10 (anexo 1);

2) coleta de dados primários e secundários; 3) análise e interpretação dos dados coletados; 4) elaboração e apresentação da Dissertação.

A pesquisa se constitui como um estudo de caso, de natureza quantiquantitativa, uma vez que o cruzamento dos dados quantitativos (aspectos mensuráveis) com os dados qualitativos (aspectos subjetivos) permitem uma maior interação entre os sujeitos envolvidos (pesquisador e pesquisado) e proporcionam um maior aprofundamento e compreensão da realidade investigada (MINAYO, 2010).

Para a pesquisa empírica, utilizamos a técnica de triangulação, ou seja, combinamos diversos tipos de abordagens e técnicas de pesquisa, a saber: a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental, o formulário, a entrevista e a observação, que delinearíamos a seguir como foram trabalhadas durante a construção do estudo (CHIZZOTTI, 2001; MINAYO, 2010).

Pesquisa bibliográfica: perpassou todo o processo de construção do trabalho. Com o levantamento da literatura, a leitura atenta sobre a temática em questão, elaboração de fichamentos e discussão dos textos.

Pesquisa documental: levantamos os cadastros de violência contra o idoso e os relatórios dos profissionais do Serviço Social - SS e da Psicologia - PSI (Anexo 2), lamentavelmente não pudemos ter acesso aos relatórios de outros profissionais em separado; no relatório conjunto da Assistente Social e Psicóloga, pudemos detectar as suas intervenções realizadas no ano de 2009, ano base de referência para amostra. Diante disso, nossa amostra foi construída a partir dos atendimentos do Serviço Social. É importante mencionar que, na pesquisa documental, utilizamos um instrumental já validado da pesquisa Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores (2007), conforme (Anexo 3).

Formulário: foi aplicado 01 formulário com perguntas abertas e fechadas com oito idosos (04 idosos, 04 idosas) vítimas de violência financeira e psicológica que constituíram as maiores demandas. Os idosos foram selecionados de forma aleatória a partir das notificações constatadas e da identificação completa do(a) idoso(a) vítima de violência (Apêndice 4). Os formulários foram aplicados com autorização prévia dos(as) idosos(as), por meio de visitas domiciliares realizadas nos meses de janeiro a março de 2011. A título de organização dos dados, utilizamos letras antes das falas dos idosos, mas para identificá-los adotamos como

critério o sexo e a idade.

Entrevista semiestruturada: realizada com os profissionais que compõem a equipe profissional do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. As entrevistas foram realizadas no período de agosto a novembro de 2010, somente com os profissionais que tratam diretamente com os idosos, vítimas de violência intrafamiliar, dentro de suas competências: 02 Assistentes Sociais - AS, sendo que uma delas denominada como As_1 exerce a função de Coordenadora do Centro de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI e As_2 executa a política de atenção à violência, por meio do atendimento aos idosos vítimas de violência; 01 Psicóloga - PSI; 01 Advogado - ADV, que atua como Coordenador Técnico do Núcleo da Defensoria e 01 Delegado - DEL. (Apêndice 3)

Observação: procuramos não só nos ater as informações coletadas nas entrevistas e nos formulários, mas também levamos em consideração as impressões observadas durante a aplicação dos formulários com os idosos e nas entrevistas com os profissionais como: as hesitações, os conflitos e os comportamentos.

Quanto ao tratamento e análise dos dados, todas as informações coletadas na pesquisa empírica foram transcritas, digitalizadas e armazenadas no *Word* e *Excell*. Para analisar os dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo referenciada em Chizzotti (2001).

E por fim, vale mencionar que o processo de construção da pesquisa foi marcado por desafios: uma vez que o objeto da pesquisa, a política de atenção à violência sua implementação é recente, tivemos dificuldades em relação à autorização para realizar a pesquisa; no acesso a informação, dados e documentos; assim como na aplicação dos formulários junto aos idosos uma vez que a nossa intenção era trabalhar com idosos(as), e a pesquisa de campo demonstrou o maior número de mulheres, bem como, a resistência que muitos idosos têm em verbalizar a violência sofrida e em revelar ao desconhecido os problemas vivenciados na família.

Dessa forma, a Dissertação se apresenta dividida em dois capítulos que elencaremos a seguir:

No primeiro capítulo, buscamos analisar a questão do envelhecimento no Brasil e os seus aspectos sociodemográficos, a partir dos dados estatísticos e outros, chamando atenção

para o número crescente de idosos e suas condições de vida. Referendados em autores apontamos que o envelhecimento não é um processo homogêneo, uma vez que cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história de vida e os aspectos sociais, econômicos e culturais presentes na sociedade. Ao refletir sobre o lugar dos idosos nas famílias, buscamos evidenciá-los como únicos provedores e desconstruir a ideia de que o idoso é sempre dependente, assim como pontuar a instituição família como principal referência deste segmento. Ademais, ressaltar que os fatores geradores dos conflitos familiares muitas vezes são resultantes da falta de espaços, dificuldades financeiras, mudanças de papéis e da falta de diálogo, e que a violência sofrida dentro de casa pelo o idoso é resultante de fatores gerados na própria dinâmica do capital, como alcoolismo e o uso de drogas.

No segundo capítulo, tratamos sobre as políticas de proteção à pessoa idosa, a partir dos mecanismos legais e institucionais, tais como Constituição Federal de 1988 e Política Nacional do Idoso - PNI. Além disso, faremos uma análise acerca da institucionalização da atenção à violência, situando a Portaria GMS/MS nº 737 que trata sobre a redução de acidentes e violência e o Estatuto do Idoso. E, na realidade de Manaus, como dado empírico, analisar e dar visibilidade pública ao trabalho desenvolvido pelo Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Além disso, procuramos, nesse capítulo, dar visibilidade aos sujeitos envolvidos para apontar como são pensadas e desenvolvidas as ações de atenção à violência contra o idoso, a partir da visão dos profissionais e dos usuários. E também como é articulado o trabalho interinstitucional entre Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI, Defensoria Pública e Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso.

A HETEROGENEIDADE DO ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE CAPITALISTA AS REPERCUSSÕES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DO IDOSO E DA FAMÍLIA

De acordo com Organização Mundial de Saúde - OMS (2005), o Brasil está entre os países que apresentam, nos últimos anos, um dos mais altos índices de crescimento da população idosa. Estima-se que nosso país possa ocupar a sexta posição no *ranking* de países com a maior população de idosos do mundo em 2025.

As projeções estatísticas são animadoras, no entanto, esse momento precisa ser analisado com cautela, uma vez que envelhecer numa sociedade em desenvolvimento como a do Brasil é desafiante em virtude da alta concentração da renda e dos insuficientes investimentos nos serviços e políticas públicas na área da saúde e da educação, o que torna o envelhecer para maioria dos cidadãos brasileiros um desafio a ser superado.

Dessa forma, o fenômeno do envelhecimento não deve ser entendido como um processo homogêneo, uma vez que não é vivido da mesma forma por todos e que não depende somente do indivíduo para ser bem sucedido, pelo contrário, é necessário que haja, por parte do poder público, investimentos reais nas áreas básicas, pois é um processo heterogêneo e transversal, perpassado por aspectos intrínsecos e extrínsecos ao sujeito.

No entendimento dos organismos como Organização Mundial de Saúde - OMS (2005) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000), não há uma única forma de conceituar o envelhecimento e tampouco categorizar a pessoa que está envelhecendo. Entretanto, esses mesmos organismos estabelecem como padrão de idade 60 anos para caracterizar a partir dessa idade a pessoa idosa no terceiro mundo e 65 anos para o primeiro mundo.

No entanto, nossa intenção em utilizar o critério etário como categoria de análise não é homogeneizar o processo enquanto tal, mas sim evidenciar, de acordo com Debert (2004), que

o conceito de idade abrange não só os aspectos biológicos ou cronológicos, mas também os aspectos sociais, psicológicos e culturais, uma vez que a idade não se constitui como um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento.

Além dessas considerações, ressaltamos também os dados sociodemográficos, objetivando demonstrar que um expressivo número de idosos trazem implicações em relação à qualidade de vida desse segmento. Cabe mencionar que apresentamos aqui características específicas da população brasileira idosa, concernente às suas condições de vida, tais como, nível de escolaridade e renda. Realizamos também alguns recortes essenciais para análise desta população, como a questão de gênero e cor, por exemplo.

Ademais, abordamos a temática da violência contra a pessoa idosa a partir de uma perspectiva causal, buscando evidenciar as relações sociais e econômicas vivenciadas pela família, que resultam na violência intrafamiliar, tais como o desemprego, o uso abusivo do álcool e de drogas ilícitas. Mas, não somente isso, também, a ausência de serviços e de políticas que deem conta das novas demandas vivenciadas pelas famílias brasileiras e inclusos na realidade de Manaus.

Cabe mencionar que, particularmente em Manaus, a realidade aponta que o nosso idoso está no lar com sua família ou reside sozinho, uma vez que a cidade dispõe de apenas duas instituições de Longa Permanência: a Fundação Dr. Thomas ligada ao governo municipal e a Casa São Vicente de Paula instituição filantrópica. Como se percebe pelo número insuficiente, duas instituições incapazes de abrigar a demanda de idosos que necessitam de assistência social de longa permanência.

Dessa forma, percebe-se a privatização da assistência ao idoso semi ou dependente que fica a cargo da família, sendo que, muitas vezes, esta não dispõe de condições econômicas e familiar para dar o suporte de que o mesmo necessita.

Por outro lado, revela a carência de gestão de políticas públicas abrangentes como preconiza a Seguridade Social da Constituição de 1988. E casos concretos para dar conta da velhice fragilizada, como os serviços de atendimento domiciliar, a criação de redes de apoio alternativo às famílias dos idosos como casa de apoio e centros-dias.

Assim, entendemos que o idoso poderá envelhecer com condições sociais para viver essa fase da vida com qualidade. Isso só será possível mediante investimentos sociais e econômicos ao longo de toda vida desde o nascimento até a velhice e envolve o próprio idoso, a família, a sociedade e o Estado.

1.1. O envelhecimento na sociedade brasileira: aspectos sociodemográficos

O envelhecimento no Brasil até um tempo atrás era um privilégio de poucos, ou seja, restrito às camadas abastadas que detinham melhores condições de vida. Nas últimas décadas, essa realidade vem se modificando. Há mais informação, maior acesso à educação e à saúde. Por essas e outras razões, a longevidade se estendeu. Não raro, a mídia nos apresenta pessoas de camadas pobres com 100 anos de idade e ainda gozando de boa saúde. Dessa forma, podemos afirmar que o processo de envelhecimento nos últimos anos vem ocorrendo em ritmo acelerado e apresentando um contingente populacional diversificado, uma vez que outras camadas estão tendo a chance de viver mais.

Os países europeus levaram mais de um século para envelhecer. Primeiro se desenvolveram econômica e socialmente, criando condições de dar suporte para atendimento da sua população idosa. Muitos países promoveram distribuição de renda dos bens de consumo e proporcionaram condições de vida mais favoráveis, de bem-estar social e de saúde aos idosos. Dessa forma, aponta que, nos países europeus, o processo de envelhecimento não foi tão problemático e de forma mais gradativa.

Ao contrário disso, o envelhecimento em nosso país ocorreu de forma rápida em apenas trinta anos sem que de fato houvesse uma estrutura social para atender à população idosa. Não houve planejamento, nem distribuição de renda e tampouco elaboração de políticas públicas para oferecer à pessoa com mais de 60 anos uma melhor qualidade de vida. Ou seja, faltou a preocupação com um desenvolvimento socioeconômico que atingisse de forma equânime a totalidade da população (OMS, 2005). Diante disso, falar de envelhecer num país em desenvolvimento com enormes desigualdades regionais é revelar não só o expressivo número de idoso, mas também evidenciar as contradições de como é envelhecer para a maioria da população que viveu e ainda vive sem condições mínimas para uma vida digna.

Conforme Ianni (1991) e Sallum (2000), a nossa condição periférica e dependente dos interesses do capitalismo internacional não nos permite experienciar uma cidadania de forma efetiva. Ou seja, diferentemente dos países do primeiro mundo, as mudanças ocorridas na América Latina, incluso o Brasil, foram lentas e contraditórias, isto é, a passagem de economia agroexportadora para substituição de importações se deu de forma descompassada, marcada pela herança colonial (superexploração da mão de obra e baixo nível técnico) sem as devidas condições necessárias, pois não se objetivava (fomentar a educação; nem inserir os escravos recém libertos na sociedade etc.). Ainda segundo eles, o nosso processo de industrialização foi patrocinado pelo café e com tecnologia importada, enquanto os países centrais, detentores da tecnologia, já vivenciavam intenso processo tecnológico e acumulação de riquezas que se prolongou até os anos 70 do século passado, subsidiado pelo *keynesianismo*.²

Diante disso, as expressões da questão social, tais como, o desemprego, as doenças, a velhice e a pobreza, entre outros, eram vistos como problemas individuais e de responsabilidade da filantropia. A “vadiagem” era severamente combatida e tratada como “caso de polícia”. Ao Estado, cabia manter a ordem pública e assegurar a harmonia entre o capital e o trabalho, isto é, o pleno funcionamento da indústria recém-criada. Dessa forma, as desigualdades sociais eram apresentadas como manifestações de imprevidência, fatalidade, carência, herança ou responsabilidade individual (COHN, 2000; IANNI, 1991).

Cabe mencionar que até hoje perpetuam alguns preconceitos e visões estigmatizadas acerca da velhice, que não são resultantes, somente dos fatores culturais, mas também da maneira como essas expressões eram tratadas nesse período.

No que se refere aos direitos dos trabalhadores, somente a partir dos movimentos reivindicativos da classe trabalhadora, é que se cristaliza no país a concepção de direito, e isso se deu a partir das discussões em torno da ‘Questão Social’³ já por volta de 1930. Nesse contexto, a

² O *keynesianismo* inspirou a *New Deal* (Nova Ordem) nos Estados Unidos e o *Welfare State* (Estado de Bem-Estar) na Inglaterra. Consiste no fim da liberdade absoluta do mercado (*laissez-faire*), e marca a intervenção do Estado na economia, garantindo o pleno emprego e o equilíbrio social (BORON, 1994; BRUM, 1997).

³ Compreendemos a questão social a partir da perspectiva de Iamamoto (1998, p.27) como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

intervenção do Estado passa a ser mais sistemática e vem propiciar um patamar mínimo de direitos aos trabalhadores (COHN, 2000).

Segundo esta autora, a concepção de cidadania era associada ao trabalho; aos “cidadãos trabalhadores”, cabia a proteção social, em virtude de os mesmos contribuírem para o processo de acumulação de riquezas, e aos “pobres” que se encontravam fora do mercado “a ajuda” para garantirem a sobrevivência (IDEM).

Dos idos de 40 até os anos 60, as políticas de proteção permanecem com a centralidade no trabalho, ou seja, restrita à manutenção dos riscos do trabalho, com ações pontuais na área da educação, saúde e previdência social (BRUM, 1997; VIEIRA, 1995). Ou seja, não tínhamos um sistema de proteção social que de fato podíamos denominar como política social, pois eram voltadas a atender à demanda do trabalho urbano e industrial.

A partir de 64, marcado pela desmobilização social e ausência de liberdade, em pleno regime ditatorial, as ações voltadas à proteção social foram bastante reduzidas, não que nos anos anteriores o tratamento fosse diferenciado. Nesse período, o Estado buscou conciliar os interesses do capital e da classe trabalhadora, com a implementação de serviços que não levavam em conta as reais necessidades da população, no intuito de frear os movimentos reivindicativos, pois as decisões eram tomadas de cima para baixo, sem a participação da sociedade (IDEM).

Somente após a Constituição de 1988, o Estado brasileiro assegura em leis a proteção social, depois de duas décadas de ditadura se elege uma Constituição buscando inserir os anseios da população ao mesmo tempo para esquecer os abusos que se cometeram nesse período de exceção. Cabe ressaltar que esse processo não ocorreu de forma linear e tampouco sem contradições, pelo contrário, foi resultante de lutas sociais e de lutas de classes. Nesse contexto, os direitos sociais passam a ser incorporados abarcando, no caso da Saúde, direito universal; ou independente de contribuições, como no caso da Assistência Social e Previdência Social mediante contribuição, assegurados na Seguridade Social da Constituição.

No entanto, já era notório na sociedade brasileira o ideário neoliberal⁴ que prima pela

⁴ As propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social do âmbito do Estado para o mercado, à liberalização financeira passa pela privatização dos benefícios da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) (SALVADOR, 2010, p.606).

redução dos gastos públicos, cortes nas políticas sociais, flexibilização nas relações de trabalho que resultaram na contradição entre o ser cidadão (direito universal a bens e serviços públicos) e consumidor (desfaz a ideia de direito e prevalece a iniciativa individual - o poder de compra ou filantropia). Ou seja, na medida em que a estrutura social passa a ser configurada sofre rebatimentos das mudanças no sistema econômico (COHN, 2000, SPOSATI, 2002).

Portanto, os direitos sociais foram assegurados em lei, mas a atuação do Estado em prover esses direitos passa a ser limitada, bem como delega à iniciativa privada (mercado) e o terceiro setor (ONG's) em prover certos serviços como assistência social, educação e saúde, por exemplo. A condição de cidadão torna-se contraditória, isto é, o seu poder de compra que garante o seu acesso a bens e serviços, descaracterizando dessa maneira a concepção de direito como obrigação e dever do Estado.

A esse respeito Teixeira (2008, p.125) esclarece que:

A noção de público não é incorporada como direito cidadão de todos, mas condição de acesso a quem não consegue ter condições de consumir serviços privados, isto é, passa ser legitimado um novo trato as refrações da questão social que as privatiza, tanto nas formas de enfrentá-las, quanto na auto-responsabilização dos indivíduos pelos seus problemas, deslegitimando as políticas de cunho universalizante e os direitos sociais.

Assim, embora a população brasileira esteja acompanhando a tendência mundial de envelhecimento, mas, em nosso país, apresenta singularidades, especialmente no que se refere à heterogeneidade dos estados brasileiros, à distribuição de idosos nesses estados, ao padrão de migração, à ocupação das grandes cidades, diferenças socioculturais e de gênero. Compreender tais aspectos é importante para entendermos que o envelhecimento está sujeito às condições sociais, econômicas, culturais e meio ambiente, à medida que esse processo acompanha as próprias transformações da sociedade (CAMARANO, 2002; PEREIRA, 1992; VERAS, 1994).

A mudança demográfica no Brasil se deve, principalmente, às mudanças nos padrões reprodutivos, dos processos socioculturais, dos avanços da ciência e da tecnologia médica. Esse processo teve início nos anos 40 (queda da mortalidade) e intensificou a partir da década de 60 (redução da taxa de fecundidade), quando a média de filhos por mulheres era em torno de 6,2

para 2,9 filhos na década de 90 (MONTEIRO & ALVES, 1995; VERAS, 1994). E passando para 2,0 na década de 2000 (IBGE, 2000).

A queda da mortalidade iniciou-se com o advento dos antibióticos, das melhorias sanitárias e da ampliação da cobertura dos serviços de saúde públicos, bem como, da maior consciência por parte da sociedade quanto às medidas de higiene. Tais fatores resultaram na mudança do perfil epidemiológico como a redução das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças crônicas degenerativas (diabetes, doenças do aparelho circulatório e o câncer), uma vez que passa haver uma proporção maior de pessoas mais velhas (MONTEIRO & ALVES, 1995; VERAS, 1994).

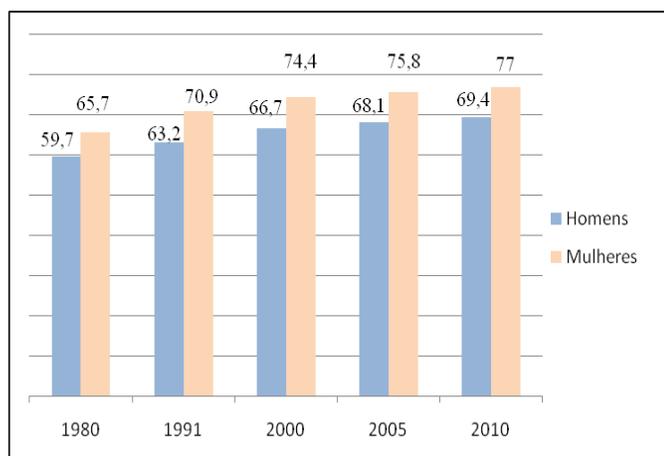
Apesar de pouco apontados pela literatura, os padrões de migração e os de ocupação dos grandes centros urbanos interferem na distribuição da população idosa nas áreas rurais e urbanas. Nas áreas urbanas, existe uma maior concentração de idosos residindo em bairros antigos e centrais, enquanto que em outras regiões como Nordeste e Sul a predominância é de idosos vivendo nas áreas rurais (CAMARANO, 2002; IBGE, 2008⁵; PEREIRA, 1992; VERAS, 1994).

A migração é resultante do processo de industrialização, isto é, a saída do homem do campo para cidade, que está associada à busca de melhores condições de vida (emprego e infraestrutura de serviços públicos).

Crescimento da expectativa de vida no Brasil

A esperança de vida aumentou acentuadamente ao longo das décadas. De uma estimativa de 59 anos para os homens e 65 para as mulheres em 1980, observou-se em 1991 um ganho, uma vez que, a média de vida dos homens passa a ser de 63 anos, enquanto das mulheres 70. Em 2000, a população masculina alcança 66 anos e a feminina 74 anos (IBGE, 2000), e de 69 anos para a população masculina e 77 anos para a feminina em 2010 (IBGE, 2010).

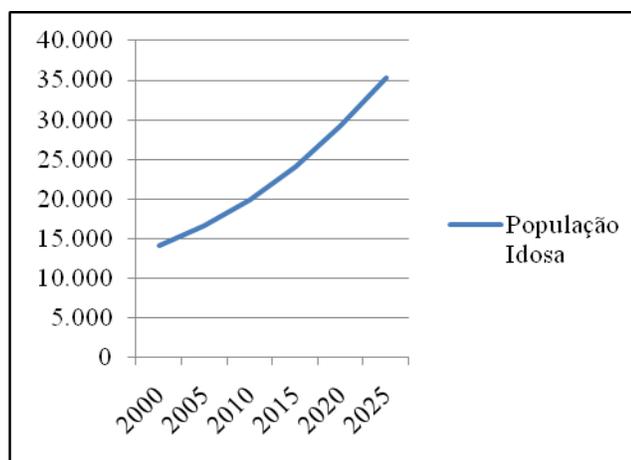
⁵ Síntese dos indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira, 2008.

Gráfico 1. Esperança em anos de vida ao nascer

FONTE: IBGE, Censo Demográfico - 2000/2010.

Segundo os indicadores sociais do IBGE (2009), o número de pessoas com idade igual ou maior a 60 superaram a marca de 20 milhões. Hoje, em números absolutos, somam 21 milhões, sendo que deste total 83,5 % vivem na área urbana e 16,5% na área rural. Em 2010, os idosos representavam 11,3% da população brasileira (IBGE, 2010).

As projeções da Organização das Nações Unidas - ONU (2008) demonstram também o crescimento expressivo do número de idosos brasileiros.

Gráfico 2. Projeções da População Idosa no Brasil

Fonte: ONU, Population Division. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp>. Acesso em: agosto,2010.

A faixa etária de 80 anos é a que apresenta os maiores índices de crescimento, além disso, é importante destacar os centenários que, em 1991, somavam um total de 13.865 e em 2000 já

correspondia a 24.576, um aumento de 77%, sendo que a maior parte deles estão concentrados em São Paulo 4.457; Bahia 2.808; Minas Gerais 2.765 e Rio de Janeiro 2.029 (IBGE, 2008).

As cidades brasileiras que apresentam maior concentração de idosos são Rio de Janeiro, Porto Alegre, Recife e São Paulo, que apresentam percentuais de 9% a 12%. Enquanto os municípios que apresentam índices inferiores a 5% estão situados na Região Norte e Centro-Oeste, como por exemplo, Boa Vista e Palmas capitais do Norte que apresentam respectivamente 3,8% e 2,7%. E algumas regiões segundo, Rodrigues e Rauth (2002, p.107) “a esperança de vida não chega aos 60 anos, como no Nordeste, enquanto que em regiões desenvolvidas como Sul e Sudeste superam os 70 anos”.

As desigualdades geográficas, sem dúvida, contribuem para o agravamento das condições de vida da maioria dos idosos brasileiros. Pois parecem existir dois Brasis, um rico em crescente expansão (industrializado e moderno) e outro em que predomina a pobreza (agrário e arcaico), como algumas regiões do sertão nordestino e da Amazônia (RODRIGUES & RAUTH, 2002; VERAS, 1994).

Na região Norte, o estado do Amazonas é o que apresenta a expectativa de vida mais elevada de 71,6 anos em comparação aos demais. No caso de Manaus, em especial, existem cerca de 65.731 idosos, e representam 4,7% da população total (IBGE, 2000).

Tais diferenças regionais ocorrem segundo alguns teóricos (MONTEIRO & ALVES, 1995; VERAS, 1994) em virtude do processo de migração, pois as regiões Norte e Centro-Oeste são de ocupação mais recente, tendo recebido grandes contingentes de população migrante, em geral, adultos jovens, em idade reprodutiva, o que aumenta a proporção dos grupos etários mais jovens. Como também em virtude de processos reprodutivos diferentes, uma vez que a Região Norte ainda hoje apresenta o nível mais elevado de fecundidade em torno de 2,6%.

Feminização do envelhecimento

Para Berzins (2003, p.28), assim como para demais teóricos (NERI, 2007; PEIXOTO, 2004, VERAS, 1994) o envelhecimento “se processa de forma diferenciada para homens e mulheres, tanto nos aspectos sociais, econômicos, nas condições de vida, nas doenças e até

mesmo na subjetividade”. Não existe uma única forma de envelhecer, pelo contrário, existem diferentes velhices: a do branco e a do negro; do homem e da mulher, a do urbano e do rural (BEAUVOIR, 1990). Daí a necessidade, segundo esses autores, de estabelecer o recorte de gênero para se compreender o envelhecimento em sua complexidade.

As mulheres em todo mundo são mais longevas do que os homens. No Brasil, em particular, a proporção de mulheres em 2007 era da razão de 79 homens para cada 100 mulheres. E conforme aumenta a faixa etária a tendência é se acentuar. No grupo de 65 anos ou mais de idade, esse número cai de 76 homens para cada 100 mulheres, chegando apenas 72 homens para cada grupo de 100 mulheres de 70 anos ou mais (IBGE, 2008). A taxa de sobrevivência das mulheres chega a quase 8 anos em relação aos homens.

Alguns teóricos como (CAMARANO, 2002; BERZINS, 2003; VERAS, 1994) afirmam que a feminização da velhice está associada à menor disposição a riscos associados, tais como: inserção diferente no mercado de trabalho, ao reduzido consumo de cigarro e bebidas alcoólicas, postura diferenciada em relação ao processo saúde/doença, a maior procura por serviços de saúde em casos de doenças e, com a expansão dos atendimentos médico-obstétrico, reduziram-se consideravelmente as morbidades no período puerpério.

No entanto, apesar de as mulheres estarem vivendo mais, são alvos das desvantagens acumulativas, isto é, da desigualdade de gênero que pode ser evidenciada na discriminação no acesso à educação, na discriminação salarial e na segregação ocupacional e profissional existente na sociedade capitalista, onde impera a rejeição pelo diferente, a dominação e a exploração entre os sexos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), a exclusão e o empobrecimento das mulheres durante a velhice são resultantes das iniquidades estruturais nos países desenvolvidos e, em especial, nos em desenvolvimento. As desigualdades experienciadas ao longo da vida, em relação ao acesso à educação, emprego e saúde, bem como, aquelas ligadas a questões de gênero e raça, estão relacionadas com a posição social e o bem-estar na velhice.

De modo geral, as desigualdades socioeconômicas são, na perspectiva de Faleiros (2007a) e Neri (2007), fatores de risco e/ou vulnerabilidade principalmente para as mulheres

mais velhas, doentes e que apresentam incapacidades de sofrerem abandono e maus-tratos durante a velhice.

Assim, a conquista de maior longevidade possibilitou às mulheres viverem mais tempo em relação aos homens. No entanto, percebemos que esse envelhecimento carece de melhores condições, levando-se em conta velhos problemas estruturais acima mencionados.

Nível de educação

Apesar de haver hoje um movimento por parte do poder público para tentar reduzir o déficit educacional com a implementação de vários programas *Brasil Alfabetizado* (governo federal) e *Reescrevendo o Futuro* (governo estadual), ainda assim os números de analfabetos no país somam quase 15 milhões.

O analfabetismo revela a exclusão social e a desigualdade que inviabiliza o acesso dos sujeitos a bens e serviços públicos, e tem implicações diretas na qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, pois, de acordo com os dados do IBGE (2008), o Brasil apresentava uma taxa de analfabetismo em torno de 10,5%, bastante elevada em relação à 5ª posição que assume no *ranking* das maiores economias do mundo.

Cerca de 32,2% dos idosos brasileiros não sabem ler e nem escrever. A Região Nordeste é que apresenta o pior percentual com mais da metade da população idosa analfabeta 52,2%, em contrapartida a Região Sul é a que demonstra o melhor índice com 21% dos idosos sem escolaridade (IBGE, 2008).

Essa realidade torna-se ainda mais negativa quando relacionamos gênero, idade e cor. Quanto à média de anos de estudo, existem diferenças entre os sexos, as mulheres idosas apresentam menos anos de estudo em relação aos homens idosos que têm em média 3,5 anos, isso significa que muitas mulheres são semianalfabetas e/ou analfabetas.

Associada a essa questão estão os fatores culturais, econômicos, políticos e sociais enraizados no processo histórico brasileiro e que tem relação direta com a posição que a mulher ocupou nesta sociedade ao longo de décadas. As mulheres, antigamente, eram preparadas para o casamento, ou seja, para cuidar das responsabilidades do lar e dos filhos. Sendo a elas negada a

oportunidade de aprender e de viver uma vida independente, uma vez que, sem estudo, as mulheres não desenvolviam nenhum tipo de atividade produtiva fora de casa, não podendo, dessa maneira, contribuir para previdência e tampouco acumularem bens (IBGE, 2008; PEREIRA, 1992).

Além disso, muitos desses idosos com baixa e/ou sem nenhuma instrução são sobreviventes de uma época em que o acesso à educação era privilégio de poucos, pois o ensino era mais elitista do que hoje. O direito a educação foi reconhecido somente com a Constituição de 1946, pois o ensino primário não era obrigatório e tampouco gratuito. O aumento de escolas públicas e faculdades só ocorreram recentemente na década de 70 (IBGE, 2008; PEREIRA, 1992; SPOSATI, 2002).

No que se refere à cor dos mais de 14 milhões de analfabetos brasileiros, cerca de 9.000.000 milhões são negros. Esse fato demonstra que, para o contingente populacional de cor, as desigualdades permanecem em decorrência da herança colonial e da ausência de políticas inclusivas. Em termos relativos, a taxa de analfabetismo da população branca é de 6,1% para as pessoas de 15 anos ou mais de idade, sendo que essas mesmas taxas para população negra superam 14%, ou seja, mais que o dobro (IBGE, 2008).

A população negra compõe em grande parte as camadas mais pobres da sociedade, o que acaba gerando situações de desigualdade e discriminação social que se agravam pelo racismo em virtude da herança do processo colonial (COELHO & CABRAL, 2008).

Embora os dados se mostrem tão gerais, pois não foi possível, a partir dos dados do IBGE, estabelecer intervalos etários dos idosos, nem fazer cruzamentos mais específicos com relação à cor, as informações são relevantes, uma vez que retratam as desigualdades de cor, gênero e de escolaridade, pois percebemos que as mulheres possuem menos estudos do que os homens e as pessoas negras, em especial os idosos, apresentam baixa e/ou a inexistência de escolaridade.

Caracterizado como um fator impeditivo a baixa e/ou a falta de escolaridade têm consequências no acesso precário à moradia, além dos baixos níveis de renda, que iremos discutir mais adiante, uma vez que sem qualificação adequada há tendência ao desenvolvimento de atividades produtivas insalubres, rotineiras, precarizadas e com poucos ganhos.

Assim, Neri (2007, p. 40) aponta na pesquisa *Idosos no Brasil: Vivências e Desafios e expectativas na terceira idade* que,

embora estejamos avançando em termos de oferta de proteção social e de respeito aos direitos dos idosos, ainda estamos longe de poder festejar a consciência sobre os direitos, que é o direito a educação. Enquanto não existir um sistema realmente universal de educação fundamental de qualidade, não poderemos ter esperança de mudanças reais [...] porque, como usuários dos serviços sociais, eles não terão a força para provocá-los e acompanhar sua implementação e sua eficácia.

Diante das desigualdades de cor, herança do sistema escravista e também da desigualdade de idade, fruto da lógica do capital que tem suas bases na produtividade e na busca incessante pelo novo, nos leva a refletir acerca das diferenças fenotípicas e na busca de pensar possibilidades para desconstruir esses estereótipos em relação ao idoso.

Renda média da população idosa

Veras (1994, p. 36) pontua que “a heterogeneidade brasileira faz com que surjam padrões de sociedade completamente diferentes dentro de suas diversas regiões”, pois a desigualdade da distribuição de renda é expressiva, os 10% mais ricos recebem 22 vezes mais do que os 40% mais pobres (IBGE, 2008).

Ademais, Neri (2007, p. 57) acrescenta com base na pesquisa de Giatti e Barreto que “existem cinco vezes mais idosos sem nenhuma fonte de renda do que idosos, numa proporção de 18,6% para 3,5%, e que os homens em média ganham o dobro das mulheres”.

Nota-se, no entanto, que, com a implementação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742, de 07/12/1993) a partir da década de 90, houve um redirecionamento das políticas públicas voltadas para o segmento idoso, isto é, podemos perceber a inclusão do Benefício de Prestação Continuada - BPC destinados aos idosos com idade igual ou maior a 65 anos, cuja renda familiar não exceda $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Esse benefício vem contribuindo para que o(a) idoso(a) tenha um mínimo de condições para suprir suas necessidades básicas, em situações de incapacidades, na ausência de recursos financeiros e de suporte familiar.

Ao compararmos cor e renda, nossa intenção é demonstrar o fenômeno da exclusão social, uma vez que ficou evidenciado na tabela 1 abaixo que, quanto maior o salário, menor o quantitativo de pessoas idosas negras sem acesso a ele. Com isso, observa-se que a herança de dominação continua a exercer forte influência sobre o negro, independente da faixa etária em que se encontram. Apesar das ações de inserção e mobilidade social por parte do poder público, as pessoas idosas negras ainda se encontram em desvantagem em relação aos indivíduos brancos.

Tabela 1. Renda Média dos Idosos

Raça/cor	Até 1 salário mínimo	Mais de 1 a 5 salários mínimos	Mais de 5 salários mínimos	Sem rendimento
Branca	3.308.704	2.743.111	1.626.689	1.140.144
Negra	2.994.726	1.428.861	356.654	663.942
Amarela	31.186	38.734	30.937	25.233
Indígena	33.487	15.196	3.974	9.149
Não declarou	43.858	21.314	8.497	14.588
Total	6.411.961	4.247.216	2.026.751	1.853.056

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Não só a questão da raça, mas também o precário nível de educação justificam o porquê de os idosos negros receberem salários inferiores em comparação aos idosos brancos, assim como apresentarem um percentual maior na categoria sem renda.

O idoso, assim como o negro, na sociedade brasileira, é discriminado pela sua condição, porque vivemos numa sociedade capitalista onde predomina o patrimonialismo, a cultura do patriarcado e as relações clientelistas. O idoso é discriminado por não desempenhar mais atividades produtivas no mercado formal e tachado como velho; e o negro, em virtude do seu passado de opressão e exploração, agora é discriminado. Dessa forma, o idoso negro é duplamente excluído da sociedade.

Além disso, vale referenciar que a principal fonte de renda dos idosos, sem dúvida, ainda é a aposentadoria e a pensão. Conforme os indicadores sociais levantados pelo IBGE (2008), a distribuição percentual 53,4% aposentados e 14,7% pensionistas e 6,7% recebem tanto a aposentadoria como pensão.

Assim, de cada 10 brasileiros com 60 anos, 07 recebem benefícios da previdência social, como aposentadoria e pensão. No subgrupo que compreende os idosos com pelo menos 65 anos,

a proporção sobe para 08 em cada 10 (IDEM). No entanto, fazendo uma análise de gênero, Neri (2007) aponta que há mais homens aposentados do que mulheres, e mais mulheres pensionistas do que homens, porque há mais mulheres viúvas do que homens.

A aposentadoria, conforme salienta Rocha (1998, p. 39), “pode ser vista como um ritual de passagem que celebra a entrada na velhice”. No entanto, a aposentadoria não se constitui como um rito de passagem comum, uma vez que a mesma assume significados diferentes em relação ao homem e à mulher, dependendo do contexto sociocultural, podendo ser sentida e vivida de diferentes maneiras.

Para os idosos pobres, a aposentadoria acaba sendo a única fonte para sobreviver e para manter as suas famílias, porém muitos a consideram como um problema, em virtude das desigualdades sociais do país, pois cerca de 6.411.961 idosos recebem em média apenas 01 salário mínimo, não sendo suficiente para cobrir as despesas com a saúde, alimentação e outros custos familiares, etc. (IBGE, 2000).

A perda econômica, sem dúvida, para alguns idosos, significa um sentimento de baixa estima e desqualificação decorrente da anulação da identidade profissional. Em virtude de a aposentadoria representar o fechamento do ciclo do trabalho e retirar do indivíduo aquilo que foi a sua referência ao longo de sua vida produtiva (ASSIS, 2004).

Além disso, pode se configurar como inatividade para o idoso, isto é, sentimento de perda, de não pertencimento à sociedade, de não ser mais útil. “É por meio de sua ocupação e de seu salário que o homem define sua identidade, ao se aposentar, perde essa identidade”. (BEAUVOIR, 1990, p.329). Assim, o idoso teme as mudanças, porque não sabe mais se adaptar ao presente em constante transformação, bem como ao futuro, não vê nele possibilidades, mas apenas uma ruptura com o passado (BEAUVOIR, 1990; KAMKHAGI, 2004).

Com base nisso, o idoso passa a se isolar e se ver como um peso social. Essa forma de pensar não se mostra exclusiva desse segmento e, sim, faz parte do nosso contexto social, do modo de pensar da sociedade ocidental que mediada pelo lucro, pelo fetiche da mercadoria, em que as pessoas valem o que produzem. A visão que o capital tem sobre o idoso é de um sujeito não mais ágil, menos suscetível às mudanças e não mais interessante aos seus planos (ASSIS, 2004, BEAUVOIR, 1990).

Por outro lado, para aqueles que dispõem de recursos financeiros, de saúde e que veem na idade precoce da aposentadoria a possibilidade de realização de sonhos adormecidos e satisfação pessoal é o momento de “dispor de maior tempo livre, contato mais frequente com familiares, tempo de descanso, mudança de rotina e a certeza de uma renda fixa”. É, a partir desse contingente populacional de idosos que goza de melhores condições de vida, que a aposentadoria passa a ser descaracterizada da velhice e passa a ser objeto de novos olhares do mercado, isto é, da indústria de produtos de rejuvenescimento, da cirurgia plástica e do turismo (ASSIS, 2004, p.14).

A tabela 2 mostra o percentual do número de idosos que continuam exercendo atividade profissional. É importante observar que, na categoria ativos, os idosos brancos somam 1.866.402, enquanto os idosos negros representam cerca 1.356.227 indivíduos.

Tabela 2. Distribuição dos Idosos Economicamente Ativo/Inativo

Raça/cor	Ativo	Inativos
Branca	1.866.402	6.952.248
Negra	1.356.227	4.087.957
Amarela	33.464	92.628
Indígena	15.742	46.063
Não declarou	18.496	69.760
Total	3.290.331	11.248.656

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Já na categoria inativos, os que não desenvolvem nenhuma atividade produtiva, os brancos são a maioria com 6.952.248 e os negros 4.087.957. Portanto, para o idoso sem recursos financeiros, o retorno ao trabalho, para ambos, pode tanto significar o sentimento de pertencimento social e/ou utilidade, quanto a garantia da própria sobrevivência.

Dentre os indivíduos com mais de 60 anos que continuam a exercer atividade profissional, 60% são homens, enquanto as mulheres representam apenas 40% (IBGE, 2000).

Assim, a situação de desigualdade socioeconômica vivenciada pelas mulheres idosas é até mais agravante, pois, como foi apontado, as idosas possuem, em média, menos anos de estudo em relação aos homens idosos e em muitos casos nunca desenvolveram nenhum tipo atividade profissional fora de casa e tampouco contribuíram para previdência social, portanto sem recursos para contar nessa fase da vida, a não ser com o suporte familiar, quando possuem família.

Daí a importância de o poder público atentar para essas particularidades, no momento de implementar políticas, porque, como verificamos, as diferenças de gênero persistem. E como podemos pensar em envelhecimento ativo, pautado na autonomia e independência sem levar em consideração essas condições?

Soma-se a isso, a ineficiência da Previdência Social que deveria assegurar uma velhice digna, mas que, em virtude de os valores dos benefícios não acompanharem os valores reais do custo de vida, não são suficientes para suprir as necessidades básicas dos idosos. De acordo com Assis (2004, p. 12), “os rendimentos dos aposentados no Brasil, de modo geral, não garantem uma condição de segurança econômica que possibilitem tranquilidade e margem de opção para o desfrute do tempo livre”.

Além disso, Faleiros (2007a, p. 159) assevera que, embora a Previdência “seja o principal direito assegurado aos brasileiros, ainda não alcançou 25% dos idosos acima de 70 anos”. Dessa forma, mais de três milhões de idosos com 60 anos ou mais ainda trabalham, representando 30,9% do total. Mesmo na faixa com 70 anos ou mais, o percentual é significativo 18,4% (IBGE, 2008).

Segundo Peixoto (2004, p.59), a reinserção do idoso ao mercado de trabalho, em especial no setor informal, é resultante da deterioração salarial. “Ao longo dos anos houve brusca ruptura entre a evolução das pensões e aposentadorias e a dos salários dos ativos, fazendo com que 12,2% da população de mais de 60 anos recebam até meio salário mínimo e 28% ganhem entre meio e um salário mínimo, isso significa que 40,3% dos brasileiros nessa faixa etária são pobres”. Dessa forma, a degradação das condições de vida dos idosos os obriga a retornar ao trabalho.

Condições de saúde do idoso

Em uma sociedade desigual como a nossa, o processo saúde e doença se manifesta de forma diferenciada entre brancos e negros; homens e mulheres, jovens e idosos e entre ricos e pobres.

Dessa forma, as condições socioeconômicas dos idosos irão refletir diretamente na sua saúde e no bem-estar. As pessoas das camadas populares e de baixa renda, entre elas particularmente os idosos, têm piores indicadores de saúde e de capacidade funcional (NERI, 2007; LIMA-COSTA, 2003, VERAS, 1994), em virtude de não realizarem acompanhamento sistemático e, muitas vezes, por não disporem de condições financeiras para arcarem com o tratamento.

Podemos medir a capacidade funcional utilizando escalas como **Atividades da vida Diária - AVD** e **Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD**. As AVD's incluem atividades básicas, tais como: alimentar-se, vestir-se, tomar banho, caminhar sozinho e estão associadas ao grau de independência dos idosos, e as AVDI's compreendem o grau de autonomia dos idosos, como fazer compras e preparar alimentos (LIMA-COSTA, 2003).

Papaléo Netto (2002) define autonomia como a capacidade de decisão, como por exemplo, ter controle sobre o dinheiro e a independência de realizar algo com seus próprios meios, como alimentar-se sozinho. Estudos apontam que quanto menor o grau de autonomia e independência, maior a condição de vulnerabilidade dos idosos (FALEIROS, 2007b; MACHADO, 2006; MINAYO, 2004).

Na pesquisa realizada com idosos vítimas de violência intrafamiliar do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (2011), perguntamos a oito idosos (quatro homens e quatro mulheres) se faziam acompanhamento e com qual frequência iam ao médico, os resultados evidenciaram na opção não - dois idosos; na opção sim - seis idosos (quatro mulheres e dois homens), ou seja, os dados revelaram que as mulheres fazem acompanhamento e cuidam mais da saúde do que os homens.

Quanto à frequência, dois idosos responderam que só vão ao médico quando estão doentes; dois idosos fazem acompanhamento de 03 em 03 meses; as mulheres vão com maior frequência ao médico, segundo relatos: uma idosa respondeu que faz acompanhamento todos os meses; uma idosa de 03 em 03 meses e duas idosas de 06 em 06 meses.

As principais causas de mortalidade entre os idosos são, em primeiro lugar, as doenças cardiovasculares; em segundo, as neoplasias e, em terceiro, as doenças do aparelho respiratório, conforme tabela 3 (CAMARANO, 2002, LIMA-COSTA, 2003; VERAS, 1994).

Tabela 3. Mortalidade segundo causas definidas

Causas	Idosos	%
Aparelho circulatório	228.628	42,2
Neoplasias	98.664	18,2
Aparelho respiratório	79.929	14,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	43.216	8,0
Aparelho digestivo	27.770	5,1
Doenças infecciosas e parasitárias	20.085	3,7
Causas externas	17.779	3,3
Sistema nervoso	11.005	2,0
Aparelho geniturinário	14.785	2,7
Mal formações congênicas	362	0,1
Total	542.223	100,0

Fonte: Painel SUS, 2008.

Entre a população idosa, cerca de 75,5% possuem alguma doença crônica, sendo essa proporção maior entre as mulheres. As doenças crônicas são mais prevalentes nesse segmento populacional e representam alto custo para os serviços de saúde, pois, na maioria das vezes, o idoso é dependente do sistema público, onde a oferta de equipamentos para exames é menor em relação à rede privada (IBGE, 2008).

Cabe mencionar que, embora a amostra da nossa pesquisa seja reduzida, os dados confirmam as estatísticas oficiais, ao perguntarmos aos idosos se tinham alguma doença, dos oito entrevistados, seis declararam que possuem alguma doença diagnosticada pelo médico. Apenas dois idosos relataram não possuir nenhuma doença, talvez em virtude de não apresentarem sintomatologia ou ainda por não ter sido diagnosticada pelo médico, uma vez que os mesmos não realizam acompanhamento médico, conforme podemos observar nas falas abaixo:

G. (...) raramente vou ao médico, só quando estou doente. Eu vou onde tocar a sorte, no Pronto Socorro da Alvorada ou no Hospital 28 de Agosto (Homem, 77 anos).

H. Só vou ao médico quando eu estou doente. Os meus filhos me levam, às vezes é pago outras não (Homem, 78 anos).

Quanto às doenças, os idosos informaram ter: hipertensão, diabetes, problemas de coração e depressão. A maioria dos idosos relataram ter mais de uma doença, mas observamos que a hipertensão e o diabetes são sempre predominantes. Isso sinaliza que a idade de um indivíduo

pode ser considerada como um fator de risco para o surgimento de doenças. De acordo com alguns teóricos, a prevalência de doenças crônicas, tais como a hipertensão e o diabetes são relativamente comuns entre idosos (LIMA-COSTA, 2003; VERAS, 1994).

Tabela 4. O(a) sr.(a) é portador de alguma doença

	Mulheres	Homens
Sim	04	02
Não	00	02
TOTAL	04	04

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Embora o Brasil já apresente um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas. Isso é notório na espera do atendimento público, na falta de serviços especializados, na oferta de exames para diagnósticos e também na vasta lista de espera dos procedimentos que levam de meses até anos para realizar intervenções cirúrgicas.

Dessa forma, salientam Assis (2004) e Sposati (2002) que, apesar de a saúde ter adquirido *status* de universalidade e equidade com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS na década de 90, ainda assim parece existir um descompasso entre real e o formal no acesso a essa política pública.

Em Manaus, de acordo com as informações obtidas na Promotoria dos Direitos do Cidadão - PRODEDIC no Ministério Público Estadual (2010), a saúde se constitui como principal demanda de atendimento, em virtude da falta de medicamentos, por exemplo, para diabetes e hipertensão, de exames, de consultas médicas e de procedimentos (cirurgias). A demanda de medicamento é a queixa mais recorrente principalmente quando o medicamento é de alto custo. Dessa forma, as políticas de saúde voltadas para a pessoa idosa que são da responsabilidade do Estado, que deveria implementar e não implementou.

Nesse sentido, a Promotora ressalta que o objetivo da PRODEDIC:

é fazer com o idoso tenha acesso a toda e qualquer política que conste no Estatuto do Idoso. Na área da saúde buscamos assegurar os direitos do idoso, para que o idoso possa fazer o controle da hipertensão e da diabetes [...], o direito ao atendimento geriátrico e gerontológico. Tenha acesso se caso precise de reabilitação, de algum medicamento, de algum exame ou de alguma cirurgia.

Assim, buscamos abordar, nesse primeiro momento, o envelhecimento a partir da perspectiva apontada pela OMS (2005), que reconhece que os idosos não se constituem como um grupo homogêneo, e que as diversidades entre os indivíduos tendem a aumentar com a idade, por isso, torna-se indispensável pensar políticas que levam em consideração as relações afetivas (família), os aspectos culturais, sociais, econômicos e de gênero que são determinantes para se almejar um envelhecimento ativo⁶.

1.2. Questões da velhice e conceituações

A preocupação em esclarecer o que é a velhice e a reflexão em torno da questão não é um fato novo, pelo contrário, aparece desde a antiguidade, com os filósofos: Plantão, Aristóteles e Cícero. Muitas são as imagens negativas que se acumulam ao longo da história, sendo ora exaltada pelo *status* de maturidade e experiência de vida, ora vista como sinônimo de declínio físico associada a doenças em detrimento ao novo, jovem e moderno (ROCHA, 1998; ZACHAREWICZ, 1998).

Mas, ainda na atualidade, vários estudiosos se debruçam sobre o estudo da velhice e/ou do envelhecimento e das diversas formas de categorizar essa fase da vida, tais como (DEBERT, 1998, 2004; MINAYO & COIMBRA JR., 2002; PEIXOTO, 1998, 2000, 2004; ROCHA 1998 e VERAS, 1994, 2003).

No entanto, é preciso evidenciar que vivemos um momento propício para discutir a questão do idoso, tendo em vista as discussões e as leis em torno da questão, do reconhecimento dos direitos humanos, dos princípios de independência, participação e dignidade prescritos pela Organização das Nações Unidas - ONU.

Apesar disso e do muito que se discute sobre os ganhos alcançados com a maior visibilidade e a legitimação da velhice, deve-se atentar para contradições inerentes à construção de categorias de idade, uma vez que tendem a homogeneizar as diferenças (DEBERT, 1998;

⁶ Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO [OMS], 2005).

PEIXOTO, 1998). Ou seja se reconhece a categoria social “idosos” e a multiplicidade de conceitos, porém não se reconhece que esse contingente populacional é heterogêneo e que existem desigualdades associadas às condições de renda, saúde, idade, gênero e cor.

Não há uma única forma de conceituar a velhice, pelo contrário existem diversas maneiras de fazê-la, pois, por trás de cada tipificação, há conotações políticas e ideológicas. Segundo o IBGE (2002, p.10), “do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento”.

Conforme assinalado, optou-se em trabalhar com a categoria de idade estabelecida pela OMS e o IBGE, mas achamos importante trazer à discussão as várias formas de conceituar o segmento idoso, advindas das mudanças de comportamento tanto da sociedade quanto do mercado, da participação do idoso no cenário social e pela pressão exercida por estes, objetivando um maior reconhecimento por parte da sociedade com a implementação da *Política Nacional do Idoso - PNI (1994) e do Estatuto do Idoso (2003)*.

Cabe mencionar que, em seu Art. 3º, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 04/01/1994) “trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse público e reconhece a necessidade de se considerar as diferenças econômicas, sociais e regionais existente no Brasil no momento de implementar políticas direcionados ao segmento idoso”.

As novas formas de gestar a velhice ocorrem de forma processual e vem demonstrar as experiências e significados que a velhice assume histórica e socialmente na sociedade brasileira (ROCHA, 1998). Podemos dizer que a análise da velhice como categoria social assume três momentos que se dão em consonância com as mudanças no processo produtivo.

Ennuyer citado por Peixoto (1998, p.70) explicita que:

A representação social da pessoa envelhecida conheceu, assim, uma série de modificações ao longo da história, uma vez que as mudanças sociais reclamavam políticas sociais para a velhice, políticas essas que pressionaram pela criação de categorias classificatórias adaptadas à nova condição moral, assim como a construção ética do objeto velho.

É no interstício da mudança entre a passagem da produção privada para esfera pública

que a velhice é marcada por preconceitos e entendida como um problema individual associada a perdas e às doenças. Por muitos anos se cogitou que ficar velho significava perder a vitalidade, a beleza e a saúde, isto é, existia uma relação direta em ser velho e ser doente (BEAUVOIR, 1990; COSTA & MENDONÇA, 2002; MINAYO & COIMBRA JR., 2002).

No entanto, pesquisadores como Debert (2004, 1998) evidenciam que não existem estudos que de fato comprovem que a velhice em outros tempos e outras sociedades já teve uma conotação diferente de “problema”. Segundo a autora, não se pode dizer que a velhice em outras sociedades que não a moderna fosse vista como experiência gratificante, uma vez que dependeria de fatores sociais e econômicos como posição de prestígio e de poder.

Uma das primeiras autoras a fazer uma análise acerca da velhice foi Simone de Beauvoir em seu ensaio *A velhice* escrito na França em 1970, onde evidencia a velhice como totalidade “biossociocultural”. Ser velho era ser visto como um problema da esfera privada e não se configurava como uma questão pública, não havia, por parte do poder público, nenhuma preocupação, os velhos pobres e sem família era abandonados à própria sorte. O destino dos velhos franceses era determinado pelo poder aquisitivo, se detinham recursos financeiros, viviam de forma satisfatória, caso contrário, eram condenados à pobreza e às condições precárias de moradia, quando não eram mandados aos “morredores”, aos depósitos de velhos como ela definia os asilos daquela época.

Coadunamos com a perspectiva da autora que define a “velhice como não estática; como resultado e prolongamento de um processo”. Essa perspectiva denota mudança, isto é, que a velhice difere de acordo com o contexto em que viveu e vive o indivíduo (BEAUVOIR, 1990, p.17). Assim, “não existe uma velhice, mas velhices, masculinas e femininas, uma dos ricos, outra dos pobres, uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, ou do trabalhador braçal”. (BEAUVOIR, 1990, p.299).

No Brasil, um estudo feito por Peixoto (1998) apontou que as representações na maneira de ver a velhice mascaram diferenças de classe social e nível econômico. Ao trazer ao debate os termos classificatórios (velho, velhote, idoso e terceira idade) e, ao traçar um comparativo entre a sociedade francesa e a brasileira, a pesquisadora buscou mostrar que os diferentes grupos, mesmo fazendo parte da mesma categoria de “idosos”, demandam diferentes práticas e políticas

sociais, compatíveis com suas necessidades.

Ademais a autora ressalta que:

o que transformou a velhice numa “questão social”, foram sobretudo, as consequências econômicas que afetaram as estruturas financeira das empresas e, posteriormente, do Estado com o advento das aposentadorias, assim como, as estruturas familiares que têm de arcar com os custos dos seus velhos, incapacitados de sustentar a si próprios (PEIXOTO, 2000, p.50).

E especifica que a categoria “velho” é datada antes dos anos 60 no Brasil e tem uma conotação negativa semelhante à da França, isto é, a velhice era tratada como problema individual, e ser velho era estar excluído da sociedade e pertencer à categoria dos indivíduos pobres e dependente dos serviços de assistência pública.

Como se percebe, a velhice nesse período era ora tratada como uma questão privada, porque se constituía como responsabilidade das famílias e era vista como ônus; ora como assunto de caridade tratada de forma assistemática pelo poder público no caso dos pobres e indigentes e, por fim, de forma bastante restrita à questão médica, pois havia uma relação direta entre doença-velhice (MINAYO & COIMBRA JR., 2002).

No segundo momento, a velhice adquire visibilidade em virtude do reconhecimento dos direitos sociais no século XX. Peixoto (1998) salienta que o termo idoso se constitui na sociedade francesa, assim como na brasileira, como uma nova forma mais respeitosa de tratamento. Aqui no Brasil, surge no final da década de 60 com a implementação das políticas sociais, que trouxeram mudanças significativas para estrutura social da época como a elevação das aposentadorias e a unificação dos institutos de previdência em único instituto - o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS em 1966. Em decorrência disso, os idosos surgem, no mercado, como novos usuários, demandatários de serviços hospitalares, moradia e cuidados.

No terceiro momento, ocorre, nos dizeres de Debert (1998; 2004), a *reprivatização* do envelhecimento, uma visão mais contemporânea que transforma a velhice numa responsabilidade individual. Ou seja, exime da responsabilidade o poder público de oferecer serviços que atendam às diferenças e remete a responsabilidade ao indivíduo.

A autora nos chama atenção para essa nova forma de categorizar essa fase da vida, principalmente os aposentados da camada média, os ditos “vagabundos do FHC”, conhecido também como “terceira idade”, pois, por trás da publicidade do ato de envelhecer bem sucedido associado ao lazer, a autossatisfação e autonomia estão o mercado de turismo para a terceira idade, a indústria do rejuvenescimento, bem como as especialidades profissionais como gerontólogos e geriatras.

Esta perspectiva acaba por negar o envelhecimento e reverenciar as diversas formas de manter a todo custo o capital juventude, pois, na “sociedade do espetáculo, é proibido envelhecer” (DEBORD, 1997). Enquanto as verdadeiras questões sociais, econômicas e políticas e culturais que perpassam o envelhecimento são deixadas de lado.

Nesse sentido, Faleiros (2004, p. 15) aponta que o “mercado da velhice nos torna mais ou menos velhos de acordo com os apetrechos que utilizamos no corpo como o *botox*, as roupas, os gostos e os gestos”. A mídia trata de criar uma nova categoria de consumidores “*velhos de alma jovem*” em que não há espaço para imagens de doença, de decadência física e de dependência. Nesse contexto, não há lugar para velhice, que passa a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades físicas ou incapacidade do próprio indivíduo.

Como ideal imposto pelo capital que visa à autonomia e a liberdade, essa forma de envelhecer estaria ao alcance de todos, ou somente a um grupo minoritário? E quanto à velhice frágil, isto é, os idosos doentes e incapacitados que destino seria reservado a eles? Pois, segundo Camarano (2007), só em 2003 havia no Brasil cerca de 2 milhões de idosos que apresentavam dificuldades para realizar as atividades da vida diária - AVD, como por exemplo, tomar banho e alimentar-se sozinho.

Beauvoir (1990) ressalta que o status da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence. A sociedade destina-lhe um lugar e um papel, e o indivíduo que envelhece é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele.

Compartilhando com isso, Rocha (1998), em seu artigo *Sob o signo de Saturno: reflexões antropológicas em torno da velhice*, mostra que a sociedade tenta categorizar os sujeitos para aquilo que ela mesmo rejeita e nega. A própria sociedade cria mecanismos para que os

indivíduos não se vejam como iguais e para que a velhice seja vista com resignação e desprezo. Diante dessa perspectiva, “velho é sempre outro” (BEAUVOIR, 1990).

Loreiro (1998, p.21) aponta que “a aceitação do ingresso na fase da vida considerada como velhice não constitui algo natural e espontâneo”. Isso ocorre em outras etapas da vida como, por exemplo, a adolescência, a velhice também se constitui como um momento de crise de identidade (IDEM).

A aceitação ou não dessa fase da vida é marcada por contradições e mediada por aspectos subjetivos, como, por exemplo, como o idoso se vê, e como ele quer ser visto pelo o outro. Daí nosso questionamento na pesquisa, como o idoso que é vítima de violência intrafamiliar se vê idoso hoje? Salienta-se que as falas são de extrema importância, pois envolvem a representação do idoso acerca do seu próprio envelhecimento:

Dos oito entrevistados, apenas três têm uma visão positiva acerca do que é ser idoso:

- A.** (...) às vezes a gente se dedica muito tempo aos filhos, a casa e esquece da gente (...) Mas eu não tenho espírito de velhice, eu tenho o cansaço da vida. (Mulher, 64 anos)
- D.** (...) muito feliz, não sinto nada de tristeza, (...) é um privilégio (Mulher, 77 anos)
- F.** (...) bem, tenho uma saúde razoável, tenho minha aposentadoria e minha casa. (Homem, 74 anos)

Os demais, demonstram sentimentos negativos sobre essa fase da vida. Esses idosos anseiam pelo reconhecimento do outro, isto é, da família pelo tempo dedicado e querem o respeito e atenção dos familiares.

- B.** Com o passar do tempo vão aparecendo às doenças. Eu me acho feia, não é mais quando é nova, toda bonitinha (...) (Mulher, 65 anos)
- C.** Estou decaindo (...), antes eu era forte, cuidava de tudo em casa (...) (Mulher, 72 anos)
- E.** (...) uma besta, eu não me preparei para velhice (...) fiz muito pelos outros e esqueci de mim (...) (Homem, 72 anos)
- G.** Não vale nada (...) (Homem, 77 anos)

H. Eu tenho que me conformar que estou velho, com essa idade eu não posso esperar nada da vida. (Homem, 78 anos)

Nas falas dos entrevistados, há certas características que já mencionamos como a negação e/ou a aceitação dessa fase da vida: uma vez que, nos relatos, ora se nega o espírito de velhice, ora se afirma o cansaço da vida, assim como, para alguns, ser idoso é um privilégio e para outros um problema, em virtude das doenças, de ser cuidado, e de não poder realizar mais certas atividades.

Como se pode constatar, a valorização da velhice depende não só de aspectos subjetivos ao indivíduo, mas também de aspectos sociais, econômicos e culturais que definirão o seu reconhecimento e/ou sua negação na sociedade.

1.3. O lugar do idoso nas famílias⁷ gerando conflitos

Por muito tempo, acreditou-se que havia uma relação direta entre velhice e pobreza⁸. No entanto, hoje sabemos que a forma como uma população envelhece é resultante do investimento e/ou desinvestimento público e das formas de produção e reprodução do homem ao longo da vida.

Segundo Minayo (2004), cerca de 75% dos idosos brasileiros residem em famílias pobres, com filhos(as) em idade produtiva, mais que se encontram desempregados, sendo a aposentadoria do idoso a única fonte de renda da família. Dessa forma, podemos nos questionar que tipo de condições são dadas às pessoas idosas, para viverem sua velhice de forma digna? Uma vez que conforme apontamos anteriormente, muitos idosos são pobres e não têm aposentadoria previdenciária, e os que têm, recebem um salário mínimo para sobreviver.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000) comprovam que cerca de 6.411.961 idosos recebem em média apenas um salário mínimo não sendo suficiente

⁷ Entendemos família como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentescos, dependência doméstica ou normas de convivência, residentes na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que moram só em unidade domiciliar (IBGE, 2000).

⁸ A Norma Operacional Básica - NOB/SUAS 2010 define pobreza como privação, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos bens e serviços públicos.

para cobrir as despesas com a saúde, alimentação, transporte e outros custos familiares, etc. E esta mesma fonte em 2000, apontou que apenas 38% do trabalhador ativo contribuem para a previdência social.

A pobreza no Brasil é marcada pela alta concentração de riqueza, que contribui para desigual distribuição de renda, isto é, uma pequena minoria goza dos privilégios, enquanto a maioria muitas vezes não tem acesso ao mínimo para subsistência. Segundo dados oficiais, existem no país cerca 8,9 milhões de brasileiros em situação de extrema pobreza (POCHMANN, 2010; VIANA & ELIAS; 2005).

O Brasil, até a década de 70, tinha os maiores índices de desigualdades do mundo, em que era notório “o contraste entre a elevação da renda nacional por habitantes e o forte aumento do grau de desigualdade na repartição dos frutos do crescimento econômico” (POCHMANN, 2010, p. 640). O caráter assistencial e compensatório das políticas públicas que caracterizava a proteção social durante esse período ampliava o fosso entre ricos e pobres, enquanto a velhice permanecia restrita a esfera da ajuda e da filantropia.

Somente com o papel ativo das políticas públicas pós década de 90, é que houve um redirecionamento para se erradicar a pobreza e se dar uma maior mobilidade social. Isso ocorreu com a ampliação da renda familiar, ou seja, com a valorização do salário mínimo, houve melhorias nas condições de vida do contingente populacional que se encontrava na base da pirâmide social e, com a política de transferência de renda direta, foi possível alcançar os segmentos mais vulneráveis (idosos, portadores de necessidades especiais, desempregados e pobres) por meio da Previdência Social (Benefício de Prestação Continuada - BPC) e da Assistência Social (Programa Bolsa Família - PBF) (POCHMANN, 2010).

Acreditamos que, assim como, nas demais sociedades capitalistas, o trabalhador brasileiro que envelhece e perde sua capacidade de vender sua força de trabalho vivencia as mesmas contradições: a exclusão, a pobreza e o abandono. A desvalorização do trabalhador que envelhece é resultante da própria dinâmica do capital que tem sua base na exploração da mão de obra, na busca do novo “moderno”, isto é, o aumento da produtividade e do consumo, e quando o trabalhador não é mais necessário aos interesses do capital é descartado e mandado embora (BEAUVOIR, 1990; TEIXEIRA, 2008).

Diante da alta seletividade, rotatividade e superexploração da mão de obra, a velhice desassistida torna-se uma realidade que atinge a maioria dos trabalhadores brasileiros destituídos dos meios de produção e que chegam a cotizar essa fase da vida gozando de uma saúde frágil em virtude das altas jornadas de trabalho e do desenvolvimento de atividades laborais insalubres e precarizadas (TEIXEIRA, 2008).

Os idosos que se encontram nesta situação (sem nenhuma renda que ainda desenvolvem atividades produtivas mesmo depois de aposentados; com baixo nível de escolaridade e com maior incidência de doenças e dificuldades funcionais) são vistos pela sociedade como sujeitos incapacitados de suprir sua própria sobrevivência, como encargos das famílias e do Estado (PEIXOTO, 2000; TEIXEIRA, 2008).

Apesar dessa dura realidade, o segmento idoso no Brasil exerce um papel determinante na estrutura familiar de nossa sociedade. Tanto em termos quantitativos, quanto em termos qualitativos, a figura do idoso permanece central nas relações existentes no âmbito familiar. Segundo Faleiros (2007a, p. 162), “a esfera privada da família é lugar principal no qual se envelhece”.

A porcentagem é elevada dos idosos brasileiros que residem com os(as) filhos(as) e outros familiares, isto é, cerca de 64,3% residem com filhos(as), netos(as) e genros/noras formando famílias ampliadas, isto é, o índice de pessoas idosas que acolhem familiares próximos, distantes e agregados, e que moram sozinho, é 13,5%, constituindo unidades domiciliares unipessoais e, um percentual irrisório que não alcança 5% que reside em instituição de Longa Permanência (IBGE, 2008, 2000; MINAYO, 2004; RODRIGUES & RAUTH, 2002).

Dentre a população idosa total, 62% são responsáveis pelos domicílios⁹, isto é, são os principais mantenedores de suas famílias, 22% são cônjuges dos chefes de família, e, por fim, 15,1% ocupam a categoria de outros parentes (filho, neto ou irmão). Estes últimos, muitas vezes, são agregados e dependem da ajuda financeira dos parentes para suprir suas necessidades básicas (IBGE, 2002). Isso vem demonstrar que, no geral, 84% dos idosos ocupam uma figura central em seus lares. Sendo que as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam o maior percentual na condição de chefe do domicílio.

⁹ Denominação técnica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE.

Dessa forma, a imagem de principal mantenedor de suas famílias pode tanto desconstruir a representação dos idosos quanto encargo para a família e para a sociedade, mas também pode reforçar a imagem de arrimo dada a condição de pobreza das famílias brasileiras, uma vez que os dados do IBGE evidenciam a interdependência entre as gerações, e que os filhos e os netos hoje buscam cada vez mais o apoio de pais e avós idosos em situações adversas como, por exemplo, o desemprego.

Cabe destacar ainda que 22% das pessoas que ocupam a condição de “parentes” dos chefes dos domicílios evidenciam uma parcela significativa de mulheres idosas. Essa realidade mostra a situação de dependência que ainda se encontram uma parte das mulheres idosas, seja por razões econômicas, seja por de razões culturais (IBGE, 2002).

Assim, observa-se que a “família é também uma instituição em processo de mudança e adaptação às novas realidades” (AQUINO & CABRAL, 2002; MINAYO & COIMBRA JR., 2002; PEIXOTO, 2004). Vivencia uma “crise” em decorrência das mudanças no processo reprodutivo, aumento do desemprego, crescimento do número de divórcios, recasamentos e da viuvez. Tais fatores contribuem para que “as gerações mais velhas coabitem cada vez mais com as gerações mais jovens, esse fenômeno é mais visível nas famílias populares” (PEIXOTO, 2004, p.75).

Deduzimos, do exposto, que as transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que vêm se processando na contemporaneidade, não nos permitem pensar em um modelo tradicional ou idealizado de família, constituído por pai, mãe e filhos. Pelo contrário, tal modelo, na atualidade, é passível de questionamento, em virtude do surgimento de novos tipos de famílias apontados tanto pela literatura quanto pela legislação atual, a exemplo das uniões hoje consideradas estáveis, mas não formalizadas pelo matrimônio.

Dessa forma, não podemos dizer hoje que existe um modelo de família padrão, ou que tenha existido de fato. Ao contrário, existem vários tipos: unipessoais (constituída de uma única pessoa); nuclear (pai, mãe e filhos); monoparentais (formada por um dos pais e seus filhos); ampliadas (quando a pessoa idosa se integra à família de outro parente ou ocorre o inverso) (ALCÂNTARA, 2004; AQUINO & CABRAL, 2002; SOUZA, 2004).

Além disso, com a inserção da mulher no mercado formal de trabalho e com as transformações no processo reprodutivo (inseminação artificial, o uso de métodos contraceptivos), as famílias vêm sofrendo redução do seu tamanho e isso reflete diretamente no cuidado oferecido ao idoso, sobretudo em casos de doenças e incapacidade.

As autoras (ALCÂNTARA, 2004; AQUINO & CABRAL, 2002; ASSIS, 2004) apontam que, em face dos novos arranjos e do número reduzido de membros na família, envelhecer junto a esta é um desafio, visto que a sociedade moderna, movida pelo mundo do trabalho, não tem tempo para conviver com seus velhos. A esses fatores, somam-se os aspectos culturais como mudanças de valores e atitudes com relação às responsabilidades dos mais jovens para com os mais velhos.

Segundo Assis (2004, p.15), as coabitações podem tanto ser positivas para idosos quanto negativas. Sendo “comuns as coabitações seja na mesma casa, ou no mesmo terreno, em virtude da saída tardia dos filhos jovens, pela dependência econômica ou, retorno dos mesmos que descasam ou, perdem o emprego”. Tais circunstâncias podem tanto contribuir para que o idoso tenha um melhor suporte por parte dos familiares (em casos de doenças e/ou incapacidades) ou, contraditoriamente, pode agravar as situações de conflitos familiares (em virtude da ausência de espaços, falta de recursos econômicos e de diálogo).

Mas ainda assim, Camarano (2002) ressalta que as famílias brasileiras que possuem pessoas idosas, apresentam melhores condições econômicas do que aquelas que não possuem, em virtude da solidariedade entre as gerações.

Isso é, em parte, justificado em virtude dos tipos de arranjos familiares que trazem elementos inovadores e que estabelecem diferentes relações de: dependência econômica (aposentadoria como a única fonte de renda do idoso e das famílias), mudanças de papéis (entre pais idosos e filhos) e, por fim, a dependência afetiva (síndrome do ninho vazio).

As famílias com idosos apresentam maior número de mulheres na condição de chefes 35,2% contra 23,1% das famílias sem idoso. Ainda conforme a autora, isso ocorre em virtude de existirem muitas idosas viúvas, isso é resultante da maior longevidade das mulheres. Ressaltamos que, em virtude de aspectos sociais e culturais determinantes na sociedade, o recasamento para os idosos viúvos é mais comum do que para viúvas (CAMARANO, 2002).

A solidariedade entre gerações não ocorre somente por via do apoio econômico, pelo contrário, também se dá no apoio mútuo. O idoso hoje contribui com suas famílias, no cuidado com os netos, enquanto os pais trabalham. Além de desempenharem os papéis de avôs, avós, os idosos são copartícipes na educação dos netos, já que em muitos casos residem na mesma casa.

Depreendemos disso que, apesar do aumento da longevidade ter possibilitado um ganho para as famílias, uma vez que hoje as gerações (pais idosos, filhos e netos) podem conviver por mais tempo juntos, isso não significa para alguns teóricos como Debert (2004; 1998) e Aquino e Cabral (2002) a ausência da possibilidade de conflito, entre as obrigações dos filhos para com os idosos e tampouco de práticas de violência no âmbito familiar.

1.3.1. Violência intrafamiliar: o reflexo da violência social

Em todo o mundo, a violência invade a vida de muitas pessoas e, de alguma maneira, toca a todos nós. Para muitas pessoas, ficar a salvo é questão de trancar portas e janelas e evitar lugares perigosos. Para outros, é impossível escapar. A ameaça da violência está atrás dessas portas, bem escondidas da vista pública (Gron Harlen Brundtland - Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde, 2002).

A violência intrafamiliar é uma expressão da questão social que atinge os sujeitos mais vulneráveis (idosos, crianças e mulheres), ocorre no ambiente em que deveria existir o amor, a solidariedade e o respeito, isto é, o lugar em que o idoso, objeto desse estudo, deveria estar protegido, mas que na verdade é vítima deste tipo de violência, que se insere no contexto mais amplo: o da violência social.

Faleiros (2004, p.20) afirma que “as estruturas familiares e as estruturas sociais estão imbricadas com ação dos sujeitos no cotidiano”. Ou seja, tanto o indivíduo quanto a sociedade são produto e processo dessa relação, isto é, as contradições vivenciadas na esfera familiar são reflexos das relações de dominação-exploração existentes na nossa sociedade capitalista. A violência sofrida pelos idosos reflete a violência social que a sociedade vivencia e produz nas suas relações e introjeta na sua cultura.

Dentro dessa perspectiva, a violência social e/ou estrutural traduz não só as desigualdades sociais, a pobreza, a miséria, o aumento do desemprego, a criminalidade (o mercado de armas, tráfico e consumo de drogas), a marginalidade (trabalho e prostituição infanto-juvenil) e o abandono (de segmentos mais vulneráveis da sociedade como crianças e idosos), mas também as assimetrias no processo produtivo em que são evidenciadas a exploração, a dominação e expropriação dos trabalhadores.

De acordo com Minayo (1994, p.08),

a violência social é compreendida como aquela que oferece um marco à violência do comportamento, aplicando-se tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos, negando-se conquistas sociais a grupos, nações e indivíduos e tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e a morte.

A pobreza e a miséria são condições *sine qua non* da existência da riqueza produzida pelo capital. No entanto, a desigualdade social em suas diversas manifestações é a base de todas as violências e, na maioria das vezes, está naturalizada pelos *habitus*, marcado por relações cotidianas, que colaboram para que sejam naturalizadas e vistas como fatos comuns, assim como, para que os agressores não percebam que estão exercendo violência dentro da própria casa (FALEIROS, 2004; MINAYO 2003a).

O *habitus* aqui é entendido na perspectiva apontada por Bourdieu (2004, p. 61) em sua obra *Poder Simbólico* como um “[...] conhecimento adquirido e também um haver, um capital de um agente em ação [...]” que ocorre de forma inconsciente em diferentes espaços, seja na microesfera da família, seja nos espaços macrossociais, por meio da dominação e/ou violência simbólica¹⁰. Tem como característica, a recusa a toda e qualquer possibilidade de transformação, que não for estabelecida dentro da sua concepção de mundo (enquanto sujeito).

Podemos exemplificar, nas relações familiares, os comportamentos adultocêntricos (domínio do adulto em detrimento das crianças e dos idosos) e os comportamentos machistas (predominante entre casais, em que evidencia a dominação do homem e a submissão da mulher). Assim, “difícil de ser quantificada, aparentemente, sem sujeitos, a violência social e/ou estrutural

¹⁰ Violência simbólica trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos dos outros (MINAYO, 2003a, p. 26).

se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação” (OMS, 2002, p.34).

No âmbito familiar a violência é definida:

como toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento [...] Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços consanguíneos, e em relação de poder (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a, p.15).

A violência intrafamiliar praticada contra o idoso é uma das práticas mais recorrentes da negação e do desrespeito aos direitos dos idosos. Caracterizada como problema complexo, este tipo de violência é resultante de vários fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Segundo Faleiros (2007b, p.40), “a violência intrafamiliar implica a ruptura de um pacto de confiança, na negação do outro, podendo mesmo ser um revide ou troco”. Tornam-se comuns situações em que os filhos abandonam o idoso em hospitais e instituições de longa permanência, em virtude de terem sido abandonados por estes, e/ou em situações de não quererem se responsabilizar pelo cuidado com o idoso.

Por muito tempo, as práticas de violência contra o idoso ficou circunscrita à esfera privada como problema individual, e não havia por parte do poder público nenhum tipo de intervenção. Somente com o aumento da longevidade é que tais práticas ganharam notoriedade na sociedade e passam a ser objeto da saúde pública e da justiça. Foram esses dois campos que ditaram o modo como a violência praticada contra esse segmento é vista e analisada, e a maneira de lidar com ela (MINAYO, 2004; OMS, 2002).

De acordo com a literatura, “a família é o principal espaço onde se envelhece” (FALEIROS, 2007a, p.162). Cerca de 95% dos idosos brasileiros residem com suas famílias (MINAYO, 2004). Diante do aumento do número de idosos, que em percentuais já superam 10% da população brasileira, a família se viu diante de situações inovadoras: despreparada para assumir os cuidados com o seu idoso e sem um suporte adequado, visto que as políticas sociais passam por cortes demandados pela ideologia de Estado mínimo para o social.

No Estado regido pelo modelo neoliberal, observamos a precarização, focalização e privatização das políticas sociais, pois a atuação do Estado torna-se mínima nesse setor e os custos das áreas sociais, dessa forma, passam a ser repassada a sociedade civil, na forma de “solidariedade social” (MONTAÑO (1999; 1997); YASBEK *apud* GUEIROS, 2002).

A instituição família é entendida, nesse trabalho, dentro da lógica contraditória do conflito de classes e condicionada às múltiplas determinações da realidade social na qual está inserida. Diante da complexidade que é o envelhecimento, e com as mudanças advindas desse processo, as famílias acabam não sabendo lidar com as doenças crônicas degenerativas típicas na velhice e tampouco com as inversões de papéis (entre pais idosos e filhos). O mesmo acontece com o próprio idoso que não quer ser visto como estorvo e não aceita ser cuidado por um membro da família.

É, no contexto familiar, que, segundo autores (LOPES, 2007; MINAYO & COIMBRA JR., 2002; PACHECO, 2004), os conflitos familiares acabam emergindo em virtude da ausência de espaço, da sobrecarga de cuidados dispensados aos idosos dependentes, de choque de gerações que é evidenciado em lares em que moram mais de uma geração, da dependência econômica, da ausência de diálogo e por fim, o sentimento de desvalorização e inutilidade compartilhado por muitos idosos. Diante disso, a conflitualidade passa ser uma constante na dinâmica familiar.

Nesse contexto, os idosos doentes ou que apresentam alguma incapacidade passam a ser as principais causas dos conflitos familiares, em virtude da inversão dos papéis sociais, em que a filha passa a ser a cuidadora e este idoso na condição de pai ou mãe deixa de ser a referência. Essa realidade vem se agravar principalmente quando as limitações do idoso estão associadas às demências como *Alzheimer*, pois esta patologia requer cuidados redobrados que as outras doenças e pode deixar o cuidador na mesma condição do doente, caso não haja compartilhamento das atividades do cuidado com os outros membros da família e apoio de políticas públicas do Estado. “A dependência seja ela física ou financeira de um familiar idoso gera impacto na dinâmica familiar, na economia e na saúde dos membros da família” (CALDAS, 2004, p.47).

Outra questão de conflito ocorre quando a pessoa responsável em cuidar do idoso não tem

afinidades com o mesmo, o que incide na ausência de um cuidado adequado, uma vez que o cuidador segundo Neri (2007) é quem exerce o elo entre o idoso e os demais membros da família, e do profissional de saúde, pois o objetivo é dar seguimento ao tratamento do idoso com uso adequado de medicamentos, acessibilidade aos serviços comunitários, para uma melhor qualidade de vida.

Isso é um agravante, porque, geralmente nas famílias, a escolha do cuidador ocorre de forma aleatória, marcada por sentimentos de culpa e obrigação. Salienta Pacheco (2004, p. 354) que, dependendo dos vínculos e das relações familiares, da forma como os filhos “cuidadores” entendem os motivos que colocaram seus pais idosos como dependentes podem resultar em sérios conflitos, como o idoso ser tratado como peso social, “como alguém que já era, mas que ocupa lugar e consome os recursos que poderiam, por exemplo, ser utilizados de melhor maneira, pelos filhos e pelo cônjuge”.

Em virtude da baixa renda da população brasileira e das extremas desigualdades sociais, os conflitos de ordem financeira se acentuam ainda mais. Dessa maneira, essas famílias sendo corresponsáveis por seus idosos se veem pressionadas pela sociedade e acabam por punir os seus idosos. E situações como o descaso, o abandono, a negligência e outros tipos de abusos passam a fazer parte do cotidiano da vida moderna, muitas vezes por intolerância ou por desconhecimento sobre as mudanças advindas com processo de envelhecimento.

A falta de espaço, também, é um dos problemas enfrentados pelos idosos e suas famílias, uma vez que as coabitações são cada vez mais comuns: divide-se a mesma casa ou o mesmo terreno. O crescimento do número de famílias em que coabitam diferentes gerações juntas tem suscitado conflitos em virtude da falta de conforto e de privacidade. As relações entre gerações diferentes são quase sempre marcadas por conflitos, que refletem interesses opostos, em virtude da falta de tempo, e das novas tecnologias, por exemplo, os netos preferem passar horas na frente de um computador do que serem atenciosos com os(as) avôs/avós.

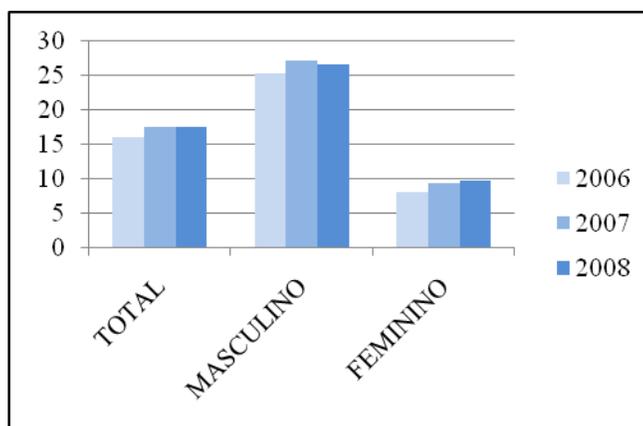
E, com a perda de autoridade marcada por novos valores, desrespeito e falta de diálogo, os idosos passam a não serem mais consultados e se tornam estrangeiros dentro da própria casa. Isso está arraigado no imaginário social (que cria estereótipos) e tem relações com o histórico de

vida do idoso, ou seja, com a forma como os outros (filhos e netos) o tratam e também da forma como o próprio idoso se vê.

Soma-se, a isso, o consumo abusivo de álcool e drogas por membros mais jovens da família como (filhos e netos) que acabam por causar violência contra pessoa idosa. De acordo com Minayo (2003a), há uma relação direta entre as relações violentas nas famílias com usos destas substâncias.

Os indicadores do Sistema Único de Saúde - SUS (2008), apontam que a bebida alcoólica é uma das drogas mais consumidas e está disseminada, principalmente, entre os jovens, em especial entre os homens, seus maiores consumidores. O álcool se constitui como um fator de risco para acidentes de trânsito, sexo sem proteção e para a prática da violência tanto no âmbito interpessoal em geral quanto no familiar. De acordo com o resultado da pesquisa do Ministério da Saúde feita por inquérito telefônico nas 26 capitais e no Distrito Federal, verificou-se o uso abusivo do álcool entre pessoas maiores de 18 anos.

Gráfico 3. Frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Capitais do Brasil, 2006 a 2008



Fonte: Painel do SUS, 2008.

Cabe mencionar, por meio das falas dos profissionais que desenvolvem o trabalho interinstitucional (Centro Integrado, Delegacia e Defensoria) no Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (2010), alguns fatores de risco associados à violência intrafamiliar, como por exemplo: primeiro, o uso abusivo do álcool e de drogas que é recorrente e que confirma a literatura, e segundo, os fatores culturais, sendo a principal causa a falta de educação.

De acordo com o Coordenador Técnico da Defensoria Pública:

[...] têm muitos filhos que querem administrar o patrimônio do idoso de forma arbitrária, por acreditarem que os seus pais idosos não sejam mais capazes de gerirem suas vidas e, tampouco tomarem conta dos seus recursos financeiros e dos seus bens [...] Recebemos casos em que o idoso nos procura porque os filhos querem obrigá-lo a partilhar os bens mesmo o idoso estando lúcido. Há outras situações em que o idoso é agredido pelo filho, e o idoso vem solicitar o afastamento coercitivo desse filho para que o mesmo saia de sua casa [...].

Desta forma, é, no contexto de corte no financiamento das políticas públicas, que não só os idosos, mas também suas famílias são vítimas das contradições presenciáveis no sistema capitalista, como a ausência de condições econômicas de famílias em situação de pobreza e miséria, que dificulta um julgamento mais preciso entre as práticas de violência e a impossibilidade de prover as necessidades básicas do idoso. De acordo com Lobato (2006, p.141), “as famílias têm sido mobilizadas a assumirem responsabilidades, com que não podem arcar e, muitas vezes, pertencentes à esfera do Estado no conjunto de medidas de proteção social direcionadas aos vários segmentos de nossa sociedade”.

1.3.2. Violência contra idosos: algumas características

A violência contra os idosos se manifesta de diferentes formas e se configura como um problema multifacetado, presente não só na sociedade brasileira, mas também pode ser evidenciada em todo o mundo.

Para a Rede Internacional de Prevenção do Abuso de Idosos (*apud* OMS, 2002, p.126), a violência contra o idoso é definida como: “um ato único ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou tensão a uma pessoa idosa”.

No entanto, não concordamos com essa perspectiva, pois compartilhamos da visão de Faleiros (2007b, p.30) que coloca que pensar a violência como um único ato é pensar de forma reduzida, “mesmo que ato implique, como diz a definição, uma ruptura de relação de confiança, a violência deve ser compreendida dentro da lógica das contradições do conflito de classes, das relações de poder e das correlações de forças”, uma vez que os sujeitos não estão fora do contexto social, pelo contrário estão inseridos nele e vivenciam todas as suas contradições.

Sob um ponto de vista mais geral, as formas de violência contra o idoso advêm de conflitos de interesse e de autoridade, relações de poder entre gerações dos filhos e netos contra o idoso. E é resultante do imaginário social que vê o idoso como improdutivo, dependente de vários aspectos (econômico, familiar, de saúde), e ultrapassado do ponto de vista cultural (por não acompanhar as transformações da modernidade), torna-o um ser marginalizado, excluído dos acontecimentos, e desperta nos mais jovens o sentimento de negação, desprezo e rejeição. Geralmente isso ocorre de maneira inconsciente pelos sujeitos nos diversos espaços sem se notar, pois Bourdieu (2004) ressalta que as relações de poderes muitas vezes se manifestam de forma invisível, por meio da cumplicidade daqueles que o exercem.

Sendo múltipla, a violência contra idoso¹¹ geralmente se traduz em abusos: físico, psicológico, financeiro, sexual, negligência e abandono, conforme o quadro abaixo. As diversas manifestações de violência contra os idosos parecem produzir a sensação de que ainda é recente e bastante incipiente a discussão sobre o processo de envelhecimento em suas diferentes dimensões (FALEIROS, 2007b).

Quadro 1. Abusos ou maus tratos praticados contra idosos

TIPOS	DEFINIÇÃO
Abuso físico	Uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
Abuso psicológico	Correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
Abuso financeiro	Exploração ilegal ou imprópria, ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros ou patrimoniais do idoso.
Abuso sexual	Contato sexual não consensual, de qualquer tipo, com o idoso. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
Negligência	Recusa ou falha em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de infligir sofrimento físico ou emocional no idoso.
Abandono	É a ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

Fonte: MINAYO, 2003b.

Adotamos este tipo de tipologia para definir as formas mais praticadas de violência contra a pessoa idosa a partir dos estudos internacionais. A expressão “abuso de idosos”, apareceu pela primeira vez em 1975 em uma revista científica britânica - com as “avós espancadas” (FALEIROS, 2007b; MINAYO, 2003a, 2003b; OMS, 2002).

¹¹ Como não existe um conceito unívoco para tratar esta questão, utilizaremos nesse trabalho a terminologia violência e abusos como sinônimos.

Foi a partir dessa publicação que a temática ainda pouco discutida ganha visibilidade e vem despertando o interesse entre pesquisadores do mundo inteiro. É nas décadas de 80 e 90 que os abusos contra idosos são objetos de estudos mais sistematizados. No Brasil, em particular, ainda são bastante incipientes os estudos que versam sobre a violência contra o idoso, uma vez que o tema foi incorporado à agenda pública recentemente nos anos 90 (MINAYO, 2004).

Diante disso, estimar o peso da violência contra idoso na nossa realidade ainda é precipitado, uma vez que nossa base de dados é recente e as fontes de dados confiáveis são escassas. Isto porque o problema da violência antes de tornar-se uma questão pública permaneceu oculta nos lares (MINAYO, 2003a, OMS, 2002).

Hoje, dispomos de diversas instituições que trabalham com essa demanda como: Disque Idoso; Centros Integrados de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa; Delegacias Especializadas em Crimes contra a Pessoa Idosa, Delegacias comuns; Conselhos de Direitos; Ministério Público e a Defensoria Pública que atendem aos idosos vítimas de violência e servem de referência para estudos e pesquisas sobre a temática em questão, na realidade de Manaus.

No entanto, Faleiros (2007b) aponta, com relação a registros e estatísticas existentes nestas instituições, que ainda precisamos melhorar muito, pois um dos problemas identificados em sua pesquisa foi o predomínio de fontes de informações bastante disformes, não havendo um sistema único de informação referente à violência no país, sem contar com a fragilização dos modelos de cadastros existentes, pois nada funciona em rede, ficando cada fonte desarticulada das outras, o que reflete a própria desarticulação das políticas de atenção a pessoas idosas.

Além da deficiência de informação, torna-se ainda mais difícil conhecer, com exatidão, a extensão dos abusos contra idosos, uma vez que existe um silêncio em torno dessa questão, pois muitos idosos não chegam a denunciar a violência sofrida. Segundo Faleiros (2007b), isso ocorre porque existe, por parte de quem pratica e sofre a violência, uma relação de cumplicidade, já que geralmente o agressor é um membro da família, e medo imposto pelo autoritarismo do agressor, uma vez que os idosos fisicamente são mais fracos e vulneráveis.

Em geral, as mulheres idosas são mais vitimizadas que os homens, por duas razões: primeiro, o pátrio poder, isto é, a visão patriarcal que reproduz o machismo e impõe, na relação entre homens e mulheres, a dominação e opressão, segundo, o desinvestimento social que

acompanha a vida de muitas mulheres ao longo de toda sua vida e que contribui para uma velhice desassistida, como por exemplo, diferenciação no nível de escolaridade e renda entre homens e mulheres. Assim, a violência de gênero é forjada na cotidianidade e atravessa a sociedade como um todo (ALMEIDA, 2007; MINAYO, 2006; SAFFIOTI, 2004, 1994).

No que se refere às consequências da violência na vida dos idosos, ainda são restritas aos estudos voltados a essa questão no Brasil e no mundo. No entanto, a OMS (2002) assevera que qualquer tipo de violência pode causar sérios danos como: isolamento, sofrimento, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos e redução da qualidade de vida do idoso.

Por todos esses motivos, torna-se imprescindível a discussão em torno do envelhecimento e das práticas de violência, para se pensar possibilidades para superar e romper com os estereótipos e construir novas relações geracionais pautadas no respeito e na solidariedade.

1.4. Tipos de violência sofrida pelos idosos em Manaus

Existem diferentes expressões de violência das quais os idosos são vítimas quase que diariamente, mas parecem naturalizadas pelos que a exercem, tais como: discriminação, exclusão, abandono e negligência, etc., que refletem um contexto de precarização econômica, desigualdade e negação de direitos.

Sendo uma cidade ainda em constante expansão e em processo de desenvolvimento, é fácil observar que os dirigentes em Manaus não levam em consideração um fator importante para que todos os cidadãos usufruam de forma igualitária do espaço da cidade, isto é, a acessibilidade. Para a população em geral, é um desafio viver nessa cidade; imaginemos, por exemplo, a população idosa, uma vez que não há em todos os lugares calçadas adequadas onde se possa caminhar; ruas e avenidas seguras e transporte coletivo de qualidade, etc. São aspectos que passam despercebidos no dia a dia, mas que reflete o descaso com que idosos e deficientes são tratados e que, embora não pareça, se configuram como um tipo de violência.

Na busca de identificarmos os tipos de violência sofrida pelos idosos em Manaus, realizamos a pesquisa de campo em uma instituição que é referência no município, mas que atua na esfera estadual o **Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa**, cabe mencionar

que optamos por utilizar o termo Núcleo, a partir das falas dos profissionais que assim o denominam quando se referem ao trabalho interinstitucional prestado: o Centro de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (atendimento psicossocial); o Núcleo Especializado de Defesa do Idoso (atendimento jurídico) e a Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso (segurança pública) que juntos formam um complexo em um único espaço, cuja finalidade é atender aos idosos que tenham seus direitos violados.

Além do Núcleo, a cidade dispõe de excelentes espaços institucionais voltados para a questão do idoso, isto é, que atende à demanda da violência:

No Município, temos, na área da Assistência Social, o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso - PADI (1997) que é vinculado à Fundação Dr. Thomas;

No Estado, os serviços prestados pela Defensoria Pública - o Núcleo do Idoso que fica localizado no Parque Municipal do Idoso (2002); o Ministério Público - a 59ª Promotoria dos Direitos Constitucionais do Cidadão - PRODEDIC que atua na área civil (2000) e na Promotoria Criminal a Vara Especializada de Crimes contra o Idoso (2007).

De acordo com Minayo (2004, p. 38), “essas estratégias de proteção aos idosos vítimas de violências, são iniciativas práticas e pontuais que são viáveis dentro das condições de cada realidade.”

Ressalta-se que, com relação às estatísticas da Delegacia e o Centro, verificamos que os dados de violência sofrida pelos idosos sofrem variações, conforme o local onde a denúncia é efetuada. As estatísticas da Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso - DEI revelaram certas singularidades com relação à demanda atendida pelo Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI, cujo banco de dados utilizamos para selecionarmos os sujeitos da pesquisa.

De acordo com Faleiros (2007b, p.350), “a predominância de um determinado tipo de ocorrência pode estar vinculada ao tipo de fonte, ou seja, as diferentes instituições que trabalham com essa demanda ou aos variados instrumentos e registros”. Ou seja, como se trata de instituições com características e estruturas distintas, isso reflete na demanda atendida.

Na **Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso - DEI**, constatamos que as ocorrências vão além da ameaça até o registro de pessoas desaparecidas, ou seja, as ocorrências se restringem à área criminal. No primeiro ano, as principais demandas foram: Ameaça (113); Calúnia e Difamação (76); Perturbação (74) e Apropriação indébita/abuso financeiro (50), conforme podemos constatar na Tabela 5.

Tabela 5. Ocorrências de violência da DEI

Tipos de Violência	2007	2008	2009	TOTAL	%
Abandono de incapaz	5	11	14	30	0,94
Abandono/Fuga do lar	1	15	10	26	0,81
Acidente de trânsito sem vítima	0	1	0	1	0,03
Ameaça	113	242	349	704	22,05
Apropriação indébita/financeira	50	95	140	285	8,93
Atípica	0	1	0	1	0,03
Ato obsceno	1	1	0	2	0,06
Ato violento ao pudor	0	0	1	1	0,03
Calote	1	0	0	1	0,03
Calúnia/Difamação/Injúria	76	123	171	370	11,59
Coagir outorga procuração	0	2	0	2	0,06
Constrangimento ilegal	8	16	39	63	1,97
Crimes contra o consumidor	0	1	0	1	0,03
Dano	8	26	43	77	2,41
Deixar cumprir ordem judicial	0	1	0	1	0,03
Deixar de prestar assistência	0	7	8	15	0,47
Esbulho possessório	0	1	3	4	0,13
Estelionato/Fraude	16	44	39	99	3,10
Exercício arbitrário própria razão	0	0	2	2	0,06
Expôr a perigo integridade física	0	7	45	52	1,63
Extravio/Perda	14	91	79	184	5,76
Fasildade ideológica	1	0	0	1	0,03
Furto	8	47	58	113	3,54
Homicídio	0	0	2	2	0,06
Lesão acidental	1	0	0	1	0,03
Lesão Corporal	26	65	99	190	5,95
Maus-tratos	42	63	85	190	5,95
Outras ocorrências não criminais	5	41	25	71	2,22
Outros ilícitos penais	3	14	22	39	1,22
Perturbação do sossego	74	121	151	346	10,84
Pessoa desaparecida	1	0	0	1	0,03
Racismo/Preconceito/Discriminação	5	103	105	213	6,67
Receptação	0	1	0	1	0,03
Roubo	2	4	9	15	0,47
Usurpação	1	1	0	2	0,06
Vias de fato	14	29	23	66	2,07
Violação de domicílio	1	6	14	21	0,66
TOTAL	477	1180	1536	3193	100

Fonte: DEI, 2010.

Ao longo de três anos, a Delegacia registrou o total de 3.193 ocorrências. Sendo a única Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso no estado, sua atuação ultrapassa o perímetro urbano de Manaus e abrange outros municípios próximos, como Iranduba, Manacapuru, e Presidente Figueiredo.

No início das atividades em 2007, o número de ocorrências era em torno de 15 por mês devido ao pouco conhecimento da população, e hoje a média de ocorrências varia entre 112 a 140, o que demonstra um aumento considerável no número de ocorrências.

No ano de 2009, foi registrado o maior número de ocorrências na Delegacia (1536), desse total, (349) foi por Ameaça; (171) Calúnia e Difamação; (151) Perturbação e (140) Apropriação indébita. Comparando essa cifra aos dois anos de 2007 e 2008 verificamos que houve um aumento de mais 50%. Convém destacar que somente entre 1º de janeiro a 30 de julho de 2010, a Delegacia havia registrado (963) ocorrências (DEI, 2010).

Dados do **Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI** mostram: entre as principais denúncias abuso financeiro; negligência; abuso psicológico; agressão física; abandono, etc. (Tabela 6).

Tabela 6. Registros de violência do CIPDI

TIPOS DE AGRESSÕES	2007	2008	2009	TOTAL	%
ABANDONO	20	105	60	185	4.8
ABUSO FINANCEIRO/EXTORSÃO	88	341	205	634	16.35
AGRESSÃO FÍSICA	35	100	67	202	5.21
AGRESSÃO PSICOLÓGICA	33	237	127	397	10.24
AMEAÇA DE MORTE	3	17	25	45	1.16
AMEAÇA VERBAL	71	83	80	234	6.03
ATROPELAMENTO	0	0	1	1	0.03
AUTO-NEGLIGÊNCIA	0	14	31	45	1.16
CONFLITO FAMILIAR	0	0	6	6	0.15
CONSTRANGIMENTO	0	0	3	3	0.08
EXPUSÃO DO LAR	1	0	0	1	0.03
FURTO/ROUBO	41	0	0	41	1.06
IDOSOS PERDIDOS	0	0	5	5	0.13
INDIMIDAÇÃO E PERTURBAÇÃO	10	132	114	256	6.60
MAUS-TRATOS NO LAR	13	50	56	119	3.07
NEGLIGÊNCIA	0	15	14	29	0.75
ORIENTAÇÕES/OUTROS	165	737	773	1675	43.19
TOTAL	480	1831	1567	3878	100.00

Fonte: CEI /SEAS, 2010.

Além disso, identificamos nas entrevistas com os profissionais que, em muitos casos, a violência se produz nas relações familiares e em muitos casos não se caracteriza como violência, mas como relações de conflito que precisam da intervenção do Serviço Social e da Psicologia para serem superadas.

Desde 2007, o CIPDI não registra baixas consideráveis em suas estatísticas, pelo contrário, os números parecem constantes. Conforme as estatísticas, em 2007, foram cerca de (3.010) atendimentos, desse total (480) casos de violência; em 2008 contabilizaram (6.055) atendimentos, sendo configurados como violência (1.831). Em 2009 (7.995), totalizando (1.567) casos de violência. Somente nos meses de janeiro a julho de 2010, somam mais (4.080) atendimentos, desse quantitativo (1.163) caracterizam casos de violência (SEAS, 2010).

Sendo oportuno, destacaremos também as estatísticas do PADI que apresenta algumas singularidades com a instituição ora mencionada. O **Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso - PADI** trabalha com o segmento idoso vítima de violência, foi nosso lócus de pesquisa em 2007, no Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

Vinculado à Fundação Dr. Thomas, o PADI recebe denúncia de violência contra o idoso desde 1997, isto é, antes da aprovação do Estatuto do Idoso, já prestava atendimento à população idosa de Manaus vítima de violência, com os mesmos instrumentais que o CIPDI (visitas domiciliares, aconselhamento e conciliação de conflitos), no entanto, com suas especificidades, uma vez que tem caráter preventivo, reabilitador e atua no domicílio do idoso.

De acordo com o Relatório de Atividades do PADI (2007), foram registrados 595 casos de violência, com uma média de 49,5 ocorrência/mês. O abuso psicológico assumia o primeiro lugar (168); em segundo abuso financeiro (129); em terceiro a negligência (126); em quarto o abandono (83) e em quinto lugar os maus-tratos físicos (53). O PADI trabalha em parceria com a Delegacia do Idoso e Ministério Público, e são acionados mediante a gravidade do caso para averiguação e parecer.

Assim, apesar de serem espaços recentes, o Centro e a Delegacia apresentam expressivos números de atendimentos que pode significar o reconhecimento da sociedade e, credibilidade do serviço. Mas não somente isso, constata-se que o idoso, a família e a sociedade estão denunciando, portanto dando maior visibilidade a questão da violência sofrida por este segmento.

1.4.1. Perfil dos idosos vítimas de violência intrafamiliar de Manaus

A pesquisa de campo foi realizada com um grupo de oito idosos, composto de quatro homens e quatro mulheres, que registraram a denúncia no Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Esses idosos foram vítimas de violência psicológica e abuso financeiro praticados por membros da família.

Cabe mencionar que os sujeitos da pesquisa foram pré-selecionados a partir do levantamento dos cadastros feitos no ano de 2009, no Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI, que é a porta de entrada aos demais serviços oferecidos pelo Núcleo. Trabalhamos com os casos encerrados, isto é, que já haviam sofrido intervenções por parte da equipe profissional. Do total de 300 cadastros, selecionamos 50 a partir dos seguintes critérios: endereço completo (residente na zona sul, centro-sul e oeste da cidade); o idoso (que fez a denúncia), tipo de violência intrafamiliar (abuso financeiro e psicológico - maior demanda atendida) e intervenção da equipe profissional. Desse total, entramos em contato por telefone com 20 idosos e entrevistamos 13 que se dispuseram a participar da pesquisa.

A aplicação do formulário foi realizada nas residências dos idosos com agendamento prévio, no período de janeiro a março de 2011 e alguns idosos aceitaram terem suas informações gravadas, outros não deram o seu consentimento, sendo preenchido o formulário.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, de acordo com Chizzotti (2001), esta técnica procura reduzir a quantidade de informações presentes em uma comunicação em algumas características particulares ou categorias conceituais, ou seja, as falas foram selecionadas a partir das semelhanças do conteúdo e a frequência apresentada.

A faixa etária dos entrevistados está compreendida entre 60 a 79 anos, conforme os intervalos: um de 60 a 64 anos, um de 65 a 69 anos, três de 70 a 74 anos e três de 75 a 79 anos, conforme tabela 7. Buscamos trabalhar com ambos os sexos, objetivando a diversidade de informações porque o enfoque não era o gênero, no entanto a pesquisa de campo demonstrou que o número de vítimas mulheres é superior, foram contatados(as) 13 idosos(as) para entrevista; destes, nove eram mulheres e quatro homens. Escolhemos, portanto, quatro idosas e quatro idosos para nossa amostra, totalizando oito respondentes. Pelo levantamento das vítimas da

violência, constatamos que a maioria é de mulher, o que corresponde ao sinalizado na literatura (GROSSI, 2001; FALEIROS, 2007b; MACHADO, 2006; MINAYO, 2004) sobre a feminização da violência.

Tabela 7. Relação entre idade e sexo

Idade	Masculino	Feminino	TOTAL
60 - 64 anos	00	01	01
65 - 69 anos	00	01	01
70 - 74 anos	02	01	03
75 - 79 anos	02	01	03
TOTAL	04	04	08

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Somam-se, a esta questão, fatores culturais, econômicos, políticos e sociais, enraizados no processo histórico brasileiro e que têm relação direta com a posição que a mulher ocupou nesta sociedade ao longo de décadas.

Apesar dos inegáveis direitos conquistados pelas mulheres e do lugar que hoje esta assume na sociedade brasileira, ainda está fortemente presente, em nossa sociedade, a cultura de dominação do patriarcado, ou seja, das diferentes manifestações de poder do homem sobre mulher (SAFFIOTI, 1994).

Assim, “a violência contra a pessoa idosa tem marcas de sexo e gênero ao se concentrar na vitimização de mulheres, e tem marcas de idade ao atingir os diferentes segmentos de idosos” (FALEIROS, 2007b, p.370).

Analisando o estado conjugal dos oito participantes da pesquisa, observamos que, das quatro mulheres entrevistadas, apenas uma é viúva, as demais, uma é solteira e duas são casadas. No que se refere aos idosos, todos são casados e vivem com suas esposas. Esse resultado vem evidenciar o que a literatura já aponta que as mulheres são mais longevas, isto é, vivem mais do que o homem, por isso há mais mulheres viúvas, uma vez que os homens que fazem parte da pesquisa são todos casados. Isso denota que o homem viúvo fica com menor frequência sozinho, pois o mesmo se recasa com maior facilidade do que a mulher, que tem suas chances reduzidas (PEREIRA, 1992).

Com relação à moradia, todos os idosos residem em casa própria, sendo os proprietários.

Este fato não quer dizer que os tenham adquirido no mercado, ou seja, comprado a propriedade, pois, na realidade de Manaus, a ocupação urbana e a legalização de terrenos pelos governantes se constituem como processos históricos e contraditórios.

Quanto ao número de pessoas residentes na mesma casa, varia de duas a sete pessoas, sendo que a média de cômodos destas residências é de quatro a cinco cômodos, o que caracteriza espaços reduzidos onde coabitam diferentes gerações e com interesses distintos. As coabitações, segundo os dados oficiais do IBGE (2000), tornam-se cada vez mais comuns, conforme evidenciamos anteriormente, pois as famílias vivenciam hoje grandes mudanças, que resultam na saída tardia dos filhos da casa dos pais idosos, bem como o retorno dos filhos adultos, em caso de desemprego, divórcios e recasamentos, etc.

Tabela 8. Reside em Manaus desde:

Década	Mulheres	Homens	TOTAL
50	2	1	3
60	1	0	1
70	1	1	2
80	0	1	1
90	0	0	0
2000	0	1	1
TOTAL	4	4	8

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

A maioria dos idosos residem em Manaus desde a década de 50 (três idosos) e, da década de 70 (dois idosos). Nas demais, não houve grande variação conforme podemos observar na tabela acima. Isso denota que eles fizeram parte do contingente de trabalhadores da borracha, que, nos anos 50, pelo seu esfacelamento, ficaram na cidade, e outros pela implantação da Zona Franca de Manaus, atualmente Polo Industrial de Manaus - PIM a partir dos anos 60, 70 e 80 (quatro idosos). Somente um idoso veio para Manaus em 2000, depois que se aposentou.

Quanto à procedência, somente uma idosa informou que é natural de Manaus, os demais são oriundos de outras cidades: três idosos são advindos do interior do Amazonas (Codajás, Juruá e Manicoré respectivamente); três são nortistas, sendo um idoso (Porto Velho/RO); dois idosos (Óbidos/PA), e um idoso é do Nordeste (João Pessoa/PB).

Ao serem indagados com quem residem, apenas uma idosa afirmou que mora sozinha. Segundo ela, “os filhos fazem revezamento durante as noites, para que eu não me sinta só, porque o meu esposo faleceu recentemente, e o filho que causava problemas não mora mais comigo” - essa idosa constitui família unipessoal (Mulher, 77 anos).

Os demais idosos informaram que vivem em companhia de familiares, ou seja, com esposos(as), netos(as), filhos(as) e noras ou genros, constituindo famílias extensas. Conforme relato do idoso, “eu moro com 02 filhos, 03 netos e a minha esposa, no total somos 07 pessoas” (Homem, 77 anos). Isso vem demonstrar que estão residindo com os idosos duas ou mais gerações.

Tabela 9. Composição Familiar

Mora com que?	Mulheres	Homens
Sozinho(a)	01	00
Esposo(a) e filhos(as)	01	01
Esposo(a) e neto(a)	01	01
Neto(a)	01	00
Esposo(a), filhos(as), nora/genro e netos(as)	00	02
TOTAL	04	04

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

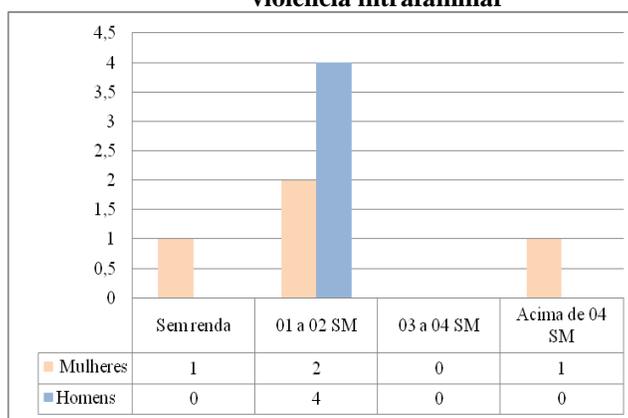
Com relação à situação econômica, quatro idosos informaram que são aposentados e que ganham de rendimento um salário mínimo; duas idosas são aposentadas, sendo que uma ganha mais de quatro salários mínimos, e uma idosa é beneficiária do Benefício de Prestação Continuada - BPC. Somente uma idosa não possui renda e recebe ajuda dos familiares.

Conforme podemos observar no (Gráfico 4), a maioria dos idosos só dispõe de um salário mínimo para custear as despesas com a casa. Diante desta realidade, perguntamos aos idosos se recebem ajuda da família: três idosos afirmaram que recebem ajuda dos familiares, regularmente; três idosos disseram que recebem ajuda de vez em quando, e dois idosos não recebem ajuda de ninguém, isto é, só contam com seus vencimentos para suprir suas necessidades básicas e da família.

As informações revelam que eles são os principais provedores de suas famílias, isto é, são os responsáveis por seus domicílios, pois, do total de oito idosos, cinco afirmaram que seus

vencimentos são a principal fonte de renda para a manutenção da casa. De acordo com Minayo (2004, p.35), “o fato de filhos serem dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada, e os idosos dependerem da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência são sinais de vulnerabilidade e risco do idoso”. Porém, a dependência econômica por parte do idoso não se configurou nos resultados como fator principal para situação de violência, uma vez que, somente, uma idosa relatou que não possui renda, sendo mantida pela família (esposo e filhos).

Gráfico 4. Situação econômica dos idosos que sofrem violência intrafamiliar



Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Ao perguntamos aos idosos se desenvolviam algum trabalho ou atividade voluntária, nosso intuito foi verificar alguma correlação com a violência sofrida, em virtude de permanecerem ou não em casa sem desempenhar nenhuma atividade. Detectamos que dos oito participantes: quatro desenvolviam atividades e quatro não desenvolviam. Assim verificamos que não havia nenhuma relação. As atividades que os idosos desempenham eram: um idoso plantação (sítio); duas idosas desenvolvem trabalho voluntário (igreja); uma idosa complementa a renda (costura).

Quanto à escolaridade, os dados apontam que a maioria não possui mais de cinco anos de estudo, isto é, muitos só estudaram até a 4ª série, conforme os dados: um idoso é analfabeto, nunca foi à escola, mas assina o nome; cinco idosos não concluíram Ensino Fundamental (três mulheres e dois homens); um idoso possui 2º Grau, hoje Ensino Médio, e apenas uma idosa concluiu o Curso Superior.

Embora os dados não permitam uma análise comparativa mais aprofundada, ainda assim, observamos que as idosas possuem menos anos de estudo do que os idosos, porque há uma maior concentração de mulheres na categoria que não concluiu o Ensino Fundamental. A pouca escolaridade pode representar o não acesso aos bens e serviços públicos, porque os idosos acabam não tendo informação e conhecimento sobre os seus direitos e como ter acesso aos mesmos.

A pesquisa também revelou que todos os idosos possuem autonomia e são totalmente independentes para realizar as AVD's e AIVD's. Apenas duas idosas informaram que tem dificuldade com relação à visão, mas que não as impede de realizarem suas atividades pessoais e de casa.

Quanto à participação em grupos de idosos, identificamos que, entre os oito idosos, duas idosas participam respectivamente do Centro de Convivência do Idoso na Aparecida (três anos) e do Idoso Feliz Participa Sempre, da Universidade Federal do Amazonas - UFAM (treze anos), e apenas um idoso que frequenta o Parque do Idoso (cinco anos). Os demais idosos (02 mulheres e três homens) nunca participaram por falta de informação.

Sendo relevante ao estudo, perguntamos aos idosos se consumiam bebida alcoólica, buscando uma relação entre o consumo dessas substâncias por parte dos idosos e a violência sofrida.

Tabela 10. Relação entre o sexo e quem bebe

Sexo	Mulheres	Homens	TOTAL
Você ingere bebida alcoólica?			
Já bebi, mas parei	01	04	05
Nunca bebi	03	00	03
TOTAL	04	04	08

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Mas os resultados revelaram que não há referência ao consumo de álcool em ambos os sexos, mas há práticas éticas anteriores (Tabela 10) que, segundo os entrevistados, já foram superadas, conforme relatos abaixo:

- B.** Já bebi um pouco, mas agora não tenho nada de vício (Mulher, 65 anos);
- E.** Estou parado desde o ano passado (Homem, 72 anos);
- F.** Já bebi, mas parei (Homem, 74 anos);
- G.** Bebi muito, mas faz muito tempo que eu deixei (Homem, 77 anos);
- H.** Já bebi, mas hoje não bebo mais (Homem, 78 anos);

Isso demonstra que não há uma relação entre o consumo de bebida alcoólica e a violência, uma vez que a maior parte dos idosos entrevistados não consome mais bebidas alcoólicas. Como não era o nosso objetivo, não foram perguntados os motivos que levaram os idosos a não consumirem mais bebidas alcoólicas, podendo ser aprofundado em outro estudo.

Quanto ao uso de cigarro, conforme tabela 11, observa-se que não há caso de fumantes, porém verificamos que a maioria das mulheres estão na categoria que nunca fumaram, havendo referência somente a práticas anteriores de tabagismo no grupo dos homens. Apenas uma mulher informou que fumava, mas parou por motivo não informado.

Tabela 11 - Relação entre o sexo e quem fuma

Sexo	Mulheres	Homens	TOTAL
Você fuma?			
Já fumei, mas parei	1	04	05
Nunca fumei	3	00	03
TOTAL	04	04	08

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Diante dos fatos, os idosos entrevistados, em sua maioria são detentores de condições mínimas (tem renda, casa própria, tem certo nível de escolaridade), que possibilitariam fazer escolhas, tomar decisões e serem protagonistas das suas vidas e, no entanto, são vítimas de violência dentro de casa. Daí a necessidade de se perceber as contradições existentes nas famílias como situação econômica precária, o desemprego, isto é, os reflexos da estrutura social, bem como, a complexidade que envolve o âmbito familiar, uma vez que este cada vez mais, vem apresentando situações de conflitos e agressões relativas às questões de poder, autoridade e do papel que o idoso passa a ter nesse contexto.

1.4.2. Fatores de vulnerabilidade à violência contra o idoso

A partir das falas dos idosos, detectamos alguns fatores predominantes que estão presentes na realidade de violência vivenciada pelos idosos, tais como: o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas por quem os agride.

Como já falamos anteriormente, a família vivencia as contradições presentes na estrutura social, isto é, os processos da dinâmica da produção (onde homens exploram homens) e do consumismo, que juntos geram a exclusão, o desemprego, a criminalidade (tráfico e uso de drogas) e conseqüentemente também a violência intrafamiliar.

Lima-Costa (2003, p.506) define fator de risco “como uma característica do indivíduo inata ou adquirida que está associada ao aumento da probabilidade de ocorrência de uma doença ou uma condição que represente um agravo à saúde”.

Entendemos a violência no contexto múltiplo causal, isto é, na perspectiva adotada pela OMS (2002), que trabalha a violência em seu conceito ampliado como agravo e/ou ameaça à vida, às relações de trabalho, às relações interpessoais, e que reduz a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos, isto é, as condições de saúde dos mesmos.

No âmbito da Assistência Social constituem situações de risco (SUAS, 2010):

- Violação de direitos pertinentes à proteção que deve ser assegurada pela Política de Assistência Social, englobando: situações de violência intrafamiliar, negligência, maus tratos, violência, abuso ou exploração sexual, trabalho infantil, discriminação por gênero, etnia etc.
- Fragilização ou rompimento de vínculos familiares ou comunitários: no caso do idoso, privação do convívio familiar ou comunitário de idoso em instituições de acolhimento.

A partir desse contexto, questionamos os idosos sobre os fatores que motivaram a violência? Nas falas, observamos uma diversidade de informações, porém nos detemos apenas às principais e montamos o seguinte quadro:

Quadro 2. Fatores de risco de violência intrafamiliar (I_M – idosa mulher / I_H – idoso homem)

Fator de risco:	I _M 64anos	I _M 65anos	I _M 72anos	I _M 77anos	I _H 72anos	I _H 74anos	I _H 77anos	I _H 78anos
Bebida alcoólica	X	X	X	X	X		X	X
Comportamento agressivo/violento	X		X	X	X	X	X	
Desemprego	X		X	X	X	X		
Dependência econômica	X			X	X	X		
Drogas ilícitas	X	X	X	X	X			
Menor de Idade						X		
Reside ou residia com o idoso	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Como podemos verificar a maioria dos entrevistados relataram que a prática de violência sofrida em casa foi resultante do uso abusivo do álcool e de drogas por parte dos seus agressores. Além disso, o fato de residirem na mesma casa ou no mesmo terreno é apontado pelos idosos como um agravante, uma vez que os idosos convivem no mesmo espaço que seus algozes, o que confirma as falas:

- A.** Os outros filhos ficaram revoltados quando ele começou a roubar dentro de casa, para sustentar o vício (...) hoje não tenho mais nada ele já vendeu tudo (Mulher, 64 anos);
- B.** Ele bebe de mais, e acho que também usa drogas (...) uma vez ele entrou em casa falando alto, bateu na mesa, se meu genro não estivesse aqui, ele teria me batido (Mulher, 65 anos);
- C.** Toda vez que ele chega bêbado e drogado eu tenho que ficar trancada dentro de casa, por mim ele não morava mais aqui, mas o pai não quer (Mulher, 72 anos);
- D.** Se eu desse mole, ele vendia tudo (...), quando ele bebia e se drogava não me deixava dormir batendo nas janelas (Mulher, 77 anos);
- E.** (...) teve um tempo que eu saí de casa, fui morar no sítio, abandonei tudo e ele ficou sozinho (Homem, 72 anos);
- F.** Ela não obedece, sai todas as noites e só volta de madrugada, não ajuda em nada em casa (Homem, 74 anos);
- G.** Ele não me respeita, e a última partiu pra me bater com um pau. Eu não falo mais com ele pra evitar, porque ele mora atrás da minha casa (Homem, 77 anos);

H. Ele bebia muito, era uma perturbação, não deixava ninguém dormir em casa (Homem, 78 anos).

Não obstante a isso, a situação de desemprego e de dependência econômica, vivenciada por parte dos familiares que agredem seus idosos, pode revelar não só as contradições da estrutura social, uma vez que entendemos que a família não está dissociada deste processo e sim é parte dele, mas também, pode significar a fuga e o descontentamento por parte de quem exerce a violência, uma vez que verificamos na pesquisa que cinco agressores estão fora do mercado de trabalho, sendo que quatro deles dependem exclusivamente dos proventos dos seus pais e/ou avôs idosos para suprir suas necessidades básicas. Somente três agressores desenvolviam alguma atividade remunerada, dois como autônomos (auxiliar de pedreiro) e um funcionário público (professor).

Vale lembrar, quanto ao comportamento agressivo e violento, que podemos facilmente perceber que é resultante da dependência química (uso de bebida e drogas), uma vez que sete idosos informaram que seus agressores fazem uso de bebida alcoólica, sendo que desse total, cinco também são dependentes químicos.

Com exceção de um idoso que revelou que a violência na sua casa ocorre em virtude da sua neta que é menor de idade e que não respeita ninguém. Nesse caso, o comportamento agressivo pode tanto demonstrar revolta, quanto, pode ser próprio das mudanças sentidas nessa fase conturbada da vida, já que se trata da adolescência.

Nesse caso, o ideal era que, nesta família, fosse (re)estabelecido o diálogo, em que a adolescente pudesse se colocar e tivesse o retorno daqueles que deveriam ser sua referência, como por exemplo, os pais. Mas, na ausência destes, os avôs assumem um papel fundamental ao estabelecer limites.

Nossa intenção não é culpabilizar ninguém, mas mostrar que, assim como o idoso, os familiares que agredem seu idoso também são vítimas dessa realidade e precisam também de assistência para sair dessa condição de agressores.

Portanto, não nos restringimos apenas aos fatores que levaram à prática de violência, mas evidenciamos como o idoso percebe o seu relacionamento com sua família, e se tem suas

necessidades/vontades atendidas por parte dos seus familiares, ou seja, buscamos pontuar as contradições vivenciadas pelo idoso dentro da família.

No que se refere ao convívio, somente um idoso informou que a convivência com a sua família é normal, isto é, mesmo sendo vítima de violência, ele não possui concepções negativas acerca da sua família.

H. Pra mim é união, todo mundo aqui vive bem, às vezes, têm desavenças, mas é normal, depois tudo está bem (Homem, 78 anos).

Ao contrário dos demais (três homens e quatro mulheres), evidenciam que seu relacionamento com suas famílias são marcados por conflitos e complicações. Como podemos observar:

- A.** É difícil (...), cada filho tem seu temperamento, antes até que era diferente, mas agora não existe mais união, mais amor, tudo por causa desse filho que é dependente químico (...) (Mulher, 64 anos);
- B.** O relacionamento com os filhos é desagradável, (...) quando eles eram menores não era assim, mas agora não dão atenção, não tem respeito, não tão nem aí, é só ignorância (Mulher, 65 anos);
- C.** O problema é esse filho, (...) não respeita ninguém, chama palavrões, ele quer falar mais alto do que eu, (...) com os outros filhos eu não tenho problema (Mulher, 72 anos);
- D.** Antes deles casarem era uma união muito bonita entre meus filhos, só faziam o que eu queria (...) mas agora não é mais o meu entender, já são eles que dizem como tem que ser (...) (Mulher, 77 anos);
- E.** Eu vejo um relacionamento completamente diferente (...), eu gostaria que existisse mais união, mas não existe (...) eu tenho que me fazer de forte, se não ele querem mandar (Homem, 72 anos);
- F.** Todo problema é essa neta que criamos, ela não obedece (...) todo dia é uma discussão (Homem, 74 anos);
- G.** Todo desmantelado (...), porque os filhos não respeitam e não foi à criação não, é falta de caráter deles mesmos (Homem, 77 anos);

Quanto à atenção às suas necessidades e vontades, todos os idosos foram unânimes ao responder que os filhos não respeitam a sua vontade, e que tentam impor a vontade deles contra

as suas. Isso demonstra que os filhos e/ou netos não sabem lidar com as necessidades dos seus pais e/ou avôs idosos. Vale ressaltar que, em virtude dos laços afetivos frouxos e em decorrência de outros agravantes (uso de álcool e drogas), a convivência acaba sendo um estorvo tanto para o idoso e quanto para os demais membros da família.

Dessa forma, verificamos que os fatores assinalados acima vão ao encontro da concepção de violência na velhice evidenciada por Faleiros (2007b) e Minayo (2004), bem como, observamos que os relacionamentos familiares são marcados por contradições, onde a prática de violência se revela como reflexo da violência estrutural, isto é, do desemprego e da criminalidade. Mas não somente isso, demonstra a ausência de respeito, amor e união, bem como, é permeada pelo sentimento de ingratidão, uma vez que, como pais e/ou avôs, não esperavam esse tratamento por parte dos filhos e/ou netos(as) que ajudaram a criar.

1.4.3. Caracterização da violência

A violência é resultante de múltiplos fatores que mostram o reverso dos direitos. A partir das vozes dos sujeitos, procuramos identificar quem são os seus agressores. E constatamos que o perfil encontrado vai ao encontro da literatura que aponta (FALEIROS, 2007b; MACHADO, 2006; MINAYO, 2004), geralmente o filho, financeiramente dependente do idoso e dependente de álcool ou de drogas.

Conforme verificamos, dos oito idosos entrevistados, sete responderam que o agressor foi o filho homem e apenas um idoso declarou que foi a neta que eles criaram, ou seja, todos possuem laços de parentesco com o idoso, o que constitui a violência intrafamiliar.

Quanto à faixa etária, não foi possível estabelecer uma relação entre as idades e a prática da violência, uma vez que os intervalos são diversificados. Porém, o que nos chamou atenção foi o intervalo etário de 45 a 49 anos que concentra o maior número de agressores e que compõe o grupo de envelhecidos ou faixa de transição, segundo a literatura essa categoria antecede os sessenta anos - idade oficial que identifica os idosos.

Tabela 12. Idade do agressor e vínculo com a vítima

Idade	Filho	Neta	TOTAL
15 - 19 anos	0	1	1
20 - 24 anos	0	0	0
25 - 29 anos	2	0	2
30 - 39 anos	1	0	1
40 - 44 anos	0	0	0
45 - 49 anos	3	0	3
50 – mais	1	0	1
TOTAL	7	1	8

Fonte: Pesquisa de Campo, período janeiro a março de 2011.

Quanto a residirem na mesma casa, de acordo com os idosos, após a intervenção da equipe profissional do Núcleo, apenas dois agressores não residem mais com as idosas, enquanto que seis permanecem residindo com o idoso(a), até o momento da entrevista.

Com relação à violência sofrida, perguntamos aos idosos se houve mudanças após a denúncia, os resultados revelaram que somente para três idosos:

- B.** Depois que fui à Delegacia ele não mexeu mais no meu dinheiro, quanto ao tratamento não mudou nada, não me respeita (Mulher, 65 anos);
- D.** Mudou muita coisa, ele arrumou um trabalho e não mora mais comigo (...) (Mulher, 77 anos);
- H.** Depois que a Assistente Social esteve aqui em casa, ele não bebeu mais e agora está tudo bem (Homem, 78 anos).

Os demais demonstraram que não houve mudanças e, pelo contrário, em alguns casos, a situação de violência se agravou, o que gerou, em alguns idosos, o sentimento de arrependimento de terem denunciado o filho em virtude dos resultados não terem sido satisfatórios.

- A.** (...) ele não consegue sair dessa vida, todo dia ele tem que se drogar, ele já está roubando de novo, não tem mais nada dentro de casa, todo dia a gente tem que dar dez reais (...) (Mulher, 64 anos);
- C.** Piorou, ele grita pra mim quando está drogado que nada aconteceu com ele (...) (Mulher, 72 anos);
- E.** Não mudou nada, depois que eu dei parte dele, ele ficou mais revoltado. E eu fiquei arrependido (...) (Homem, 72 anos);

- F.** Depois da audiência, ela foi pra casa da mãe, só ficou dois dias, porque o padrasto não aceitou, então a mãe trouxe ela de volta, e está tudo do mesmo jeito (Homem, 74 anos);
- G.** Não mudou nada, só que hoje eu não falo mais com ele (Homem, 77 anos);

Acerca da violência, observamos que é muito difícil para o idoso verbalizar a situação de violência sofrida, e, em alguns casos, mesmo sendo vítima, o idoso não atribui a seu agressor uma percepção negativa, pelo contrário, para o idoso, o agressor é vítima do consumo de drogas e de álcool, como podemos verificar abaixo:

- A.** Ele é um drogado, ele quer dinheiro, antes ele era uma pessoa tranquila, mas agora é uma pessoa violenta dentro de casa (...), chama palavrões, não respeita. O vício é mais forte que ele (...) (Mulher, 64 anos);
- B.** Eu não sei como foi que ele encontrou o meu cartão e a minha senha e tirou o meu dinheiro sem a minha permissão (Mulher, 65 anos);
- C.** Eu não aguento mais viver assim, ele espanca a mulher dele e, me agride com palavrões (...) (Mulher, 72 anos);
- D.** A última vez ele drogado jogou a cadeira em mim (...) (Mulher, 77 anos);
- E.** Ele me chama de palavrões, não me deixa dormir pedindo dinheiro para o vício. Tenho que dormir com a porta trancada do quarto (Homem, 72 anos);
- F.** Eu não mando mais nada em casa, se eu for falar é a maior discussão (Homem, 74 anos);
- G.** Ele não tem educação, e a mãe apoia, ele não me respeita, é ruindade natural (Homem, 77 anos);
- H.** Eu nem sei como explicar, ele bebia muito e passava dos limites (Homem, 78 anos).

Portanto, a violência sofrida pelo idoso atendido no Núcleo revela não só o reverso dos direitos, mas também a triste realidade da ausência de políticas públicas, uma vez que mostra o retrato de famílias envolvidas com drogas e com a criminalidade. E, dentro desse contexto, o idoso que é vítima de um membro da sua família e que denuncia a situação de violência sofrida, se vê arrependido, uma vez que não houve mudanças e os conflitos familiares só se agravaram.

2

PROTEÇÃO SOCIAL E AÇÕES DE ATENÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

A preocupação com a implementação da política de atenção aos idosos se deu a partir das mudanças na pirâmide populacional do Brasil entre os anos 1990 e 2000. E, com relação à temática violência, essa ganha visibilidade com os organismos internacionais ligados ao setor da saúde, por volta da década de 90.

É nesse contexto que se inicia o movimento em torno da questão do idoso, tanto das organizações ligada ao idoso quanto do Poder Público. No estado do Amazonas, o marco foi a I Conferência dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2006. Em nível estadual, o que havia eram algumas ações pontuais voltadas ao idoso, no que a tange à saúde com serviços prestados pelos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade - CAIMI's e na Assistência Social, os Centros de Atendimento à Família - CAF's.

No entanto, o que se percebe é que tais iniciativas são recentes, e que vem sendo construídas a partir da participação social, com a atuação do Fórum Permanente do Idoso - FOPI (1995) e do Conselho Estadual do Idoso - CEI (1996), e também em decorrência do redesenho da pirâmide etária que o país vem assumido ao longo dos anos.

Além disso, cabe mencionar que, somente em 02 de maio de 2004, foi sancionada a Lei nº. 2.887 que versa sobre a **Política Estadual do Idoso**, e define estratégias e mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações que garantam os direitos sociais da população idosa no estado do Amazonas. Além disso, a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Isto possibilitou as condições legais de equipar a rede estadual dos serviços necessários para atender ao segmento idoso em sua totalidade.

Mas isso não constitui uma característica própria do nosso estado, uma vez que historicamente as políticas sociais brasileiras foram efetivadas ao reverso dos interesses

coletivos, e sim a partir da produção e reprodução do capital (ROJAS COUTO, 2006; TEIXEIRA, 2008; VIEIRA, 1995).

Face a essa realidade, abordamos as políticas de proteção à velhice e, conseqüentemente, a de atenção a violência. Com isso se pretende mostrar como a questão da velhice deixa de ser objeto da filantropia e benemerência e adquire status de política pública, bem como a violência sofrida pela pessoa idosa entra nos palcos da discussão política a partir dos mecanismos internacionais como a OMS; além de evidenciar como resposta a esse movimento a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e do Estatuto do Idoso.

Dentro dessa perspectiva, analisaremos as ações de atenção à violência contra o idoso em Manaus, levando em consideração o trabalho desenvolvido pelo Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Desse modo, buscamos conhecer como as ações são operacionalizadas pelos profissionais envolvidos na equipe profissional, e como o idoso ver esse serviço.

2.1. As políticas sociais de proteção à velhice

Partimos do pressuposto de que, para compreender as políticas sociais, é necessário fazer algumas regressões na história, uma vez que elas não surgem de forma aleatória, pelo contrário, são resultantes de embates políticos, isto é, das correlações de forças entre capital e trabalho, na busca de um consenso. Dessa forma, não podemos dissociar as medidas de proteção à velhice das conquistas dos trabalhadores.

Nos dizeres de Vieira (2004), a política social não pode ser compreendida por si mesma, mas analisada historicamente dentro das relações sociais cujas raízes estão fincadas na produção. Compreendemos as políticas sociais nessa perspectiva, não como concessões do capital, mas como a materialização dos direitos conquistados por meio das lutas de classes, marcada por avanços e retrocessos, construção e reconstrução.

O sistema de proteção social brasileiro constitui um capítulo à parte na história do país, uma vez que seu nascedouro data dos idos de 20, mas foi só em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que o sistema de Seguridade Social adquire status de política.

A velhice ganha visibilidade como questão social a partir da década de 20, atrelada às lutas dos trabalhadores conforme sinalizam alguns teóricos, ou seja, a questão previdenciária (GOLDMAN, 2010; PEIXOTO, 2000; TEXEIRA, 2008). É frente ao processo de reivindicação da classe operária, a princípio pleiteando o direito à aposentadoria, com as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP's, que a proteção social passa a ser assegurada a algumas categorias profissionais, como por exemplo, a dos ferroviários e depois a dos marítimos.

No decorrer dos anos 30, ocorrem mudanças significativas na estrutura das CAP's que passam incorporar paulatinamente outras categorias profissionais, dando origem, em 1933, ao primeiro fundo de aposentadoria, chamado de Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos - IAPM. O surgimento deste instituto representou, para as demais categorias profissionais, a possibilidade de criação dos seus próprios sistemas. Cabe ressaltar que a diferença entre essas duas formas de gestão da previdência é que as CAP's faziam parte da esfera privada e os IAP's, do âmbito estatal (IDEM).

A década de 30 é marcada por alterações na esfera econômica e política, uma vez que se rompe com o acordo agrário-exportador que governava o país e estabelece as bases do processo de industrialização (GOLDMAN, 2010; ROJAS COUTO, 2006; VIEIRA, 1995). As políticas sociais têm, como características, a centralidade no trabalho, com traços de autoritarismo e paternalismo, ou seja, não se constituem como direitos e sim concessões.

São instituídas, nesse período, as primeiras reformas na área trabalhista como o funcionamento dos sindicatos desde que autorizado pelo Estado; é fixado em lei o salário mínimo; a proteção da mulher e do menor e a jornada de oito horas de trabalho diário (ROJAS COUTO, 2006; VIEIRA, 1995).

Convém mencionar que, ainda na vigência do Governo de Vargas, em 1943, são consolidadas as Leis Trabalhistas - CLT, onde são cooptados todos os direitos assegurados ao trabalhador desde os anos 30. Como por exemplo, a carteira de trabalho, férias remuneradas e salário maternidade (IDEM).

Entre os anos 40 e 50, foram pleiteadas várias alterações no âmbito da Previdência e da Assistência Social, mas que não foram implementadas, uma vez que a atuação do governo nesses

setores se deu de forma residual e setORIZADA, visando atender somente aos problemas urgentes e tendo como prioridade garantir os interesses da indústria recém criada (IDEM).

Somente com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS (1960), os institutos passam por uma padronização, que resultou na criação de um único instituto - com todos os tipos de profissões, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (1966). A LOPS vem garantir o benefício da aposentadoria por velhice, por tempo de serviço e a especial (GOLDMAN, 2010; PEIXOTO, 2000). Cabe mencionar que a criação do Fundo de Garantia do Trabalho - FGTS ocorre no mesmo ano que é instituído o INPS.

Nota-se que, apesar dos avanços, um expressivo número de trabalhadores rurais e urbanos ainda se encontravam aliados dessas conquistas sociais. Somente em 1971, a Previdência Social é estendida aos trabalhadores rurais por meio do FUNRURAL e, em 1972, aos empregados domésticos (GOLDMAN, 2010; VIEIRA, 1995).

Em 1975, é instituído o Ano Internacional do Idoso incentivando a prática de atividades nos Centros Sociais sob responsabilidade dos governos estaduais em convênio com a Legião Brasileira de Assistência - LBA por parte do Estado e das iniciativas privadas como o Serviço Social do Comércio - SESC instituição pioneira no trabalho desenvolvido junto aos idosos.

Isso denota que o perfil das ações de proteção à velhice era restrita às questões do trabalhador que envelhecia. Não existia uma legislação própria que pudesse se configurar em uma política que regulamentasse o segmento idoso como um todo, uma vez que a proteção social destinada aos idosos que estavam fora do mercado formal de trabalho era feita de forma assistemática e restrita à esfera privada.

Somente em 1988, com **Constituição Federal do Brasil**, é que as condições sociais enfrentadas pelo idoso ganham notoriedade política, e o mesmo passa a ter assegurado seus direitos constitucionais. De modo que a questão do idoso entra no palco das discussões políticas da assistência social e da saúde na Constituinte.

De acordo com Teixeira (2008), o envelhecimento ascende à cena pública por meio das lutas operárias, ou seja, com os primeiros trabalhadores que envelheciam, considerando que o pauperismo atingia um número muito grande de trabalhadores e suas famílias.

Porque, conforme já apontamos, a velhice se constituía como objeto de caridade e restrita a questões econômicas relacionadas ao mercado de trabalho (aposentadoria e pensões) e de saúde (ausência de doença). A Constituição representou um marco na formulação de políticas mais amplas, em que os múltiplos determinantes que perpassam a vida do idoso passam a ser incorporados. Nesse momento, rompia-se com tradicionalismo e garantia ao segmento idoso não só sua integração na sociedade, mas também maior visibilidade política às suas necessidades.

A Constituição determina em seu Título VIII no:

Art. 203 - A assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição;

Art. 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Cabe destacar que esse processo foi mediado por conflitos e luta política, e constituiu-se como uma conquista da sociedade civil organizada, dos movimentos sociais ligados à causa do idoso e do Poder Público.

Com a Constituição Federal, a Assistência Social assume uma nova institucionalidade, como política pública concretizadora de direitos. Com essas mudanças, a assistência que passou a ser regida pela **Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS** (Lei nº. 8.742, de 07/12/1993), deixa de ser vista como sinônimo de ajuda e caridade, isto é, de não política e assume uma posição estratégica, principalmente para a manutenção de uma ampla rede de proteção para as pessoas idosas, onde os serviços oferecidos a esse segmento passam a ser subdivididos em **proteção social básica**¹² e **proteção especial**¹³ (PEREIRA, 2006).

Sendo uma delas e de grande impacto social o Benefício de Prestação Continuada - BPC que, por meio da substituição da renda, tem contribuído para melhoria das condições de vida de muitos idosos. Este benefício é pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, mas com

¹² A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do fortalecimento de vínculos familiares. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social: pobreza, privação e vínculos afetivos frágeis (PNAS, 2004).

¹³ A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e, ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua e, etc. (IDEM)

recursos transferidos do Fundo Nacional da Assistência Social. Outra proteção desenvolvida pela assistência tem sido o Programa de Atenção Integral à Família - PAIF, que constitui um serviço continuado de proteção social básica desenvolvido pelos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS, que indiretamente vem beneficiando inúmeros idosos.

Apesar dessas conquistas, somente em 1994, é instituída uma **Política Nacional do Idoso - PNI** (Lei nº 8.842, de 04/01/1994), que amplia significativamente os direitos dos idosos, já que desde a LOAS, as ações de atenção ao segmento idoso haviam sido garantidas, de forma restrita, a idade e a renda *per capita*, ou seja, com fortes traços de residualidade, seletividade e focalização.

A PNI estabelece as condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, assim como cria o Conselho Nacional do Idoso a quem compete a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso (PNI, 1994).

A Política do Idoso traz, em seu Artigo 3º, cinco princípios que revelam não só a preocupação com a proteção social, mas também com a inclusão social dos idosos:

I - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito a vida;

II- o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo 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 dessa 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 dessa lei.

A PNI vem propor uma atuação intersetorial na gestão da velhice, assim como traz, em suas diretrizes, a matricialidade da família ao responsabilizá-la pelo seu idoso, conforme os preceitos constitucionais. No entanto, entendemos que, para que a família seja responsabilizada, é importante que exista uma rede de serviços socioassistencial destinada ao atendimento ao idoso e à família, principalmente em situação de dependência física e financeira como: centros de

convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares constante na PNI, mas que ainda não foram de fato implementados pelo Estado.

Diante da responsabilidade da família em assegurar a proteção de seus velhos, Alcântra (2004) sinaliza que a contradição se faz presente, tendo em vista que o Estado brasileiro não oferece condições reais para que isso ocorra, diferentemente dos países europeus que investiram nesse contingente populacional, diante da necessidade de complementar as relações familiares e comunitárias.

A partir da PNI, novos caminhos passam a ser trilhados para que, num futuro bem próximo, o processo de envelhecimento não seja margeado de mitos e preconceitos em que idoso não seja visto com indiferença, mas que precisam ser construídos coletivamente tendo como responsável o poder público.

No âmbito da saúde a **Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI**, aprovada pela Portaria nº 1395/GM, de 10/12/1999) surge para suprir as lacunas deixadas pela Política Nacional do Idoso - PNI, no que se refere à promoção à saúde. A Política de Saúde destinada ao idoso rompe com velhos resquícios onde a saúde é vista como ausência de doenças, e amplia o conceito de saúde, dentro da perspectiva adotada pelos organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde - OMS. Nesse sentido, o idoso passa ser percebido em sua totalidade a partir de múltiplos fatores que ultrapassam os meros aspectos físicos e biológicos.

De acordo com Caldas (2004), esta política desmitifica a ideia de velhice enquanto fase estanque da vida, e a enfatiza como processo determinante de múltiplos fatores (sociais, políticos, econômicos e culturais), bem como aponta a importância do trabalho interdisciplinar para garantir um atendimento adequando a essa parcela da população.

Diante disso, dispomos de excelentes dispositivos que demonstram a importância de assegurar a proteção social ao idoso, mas que entre a lei e a prática existem discontinuidades que precisam ser superadas para que de fato os idosos possam usufruir de maneira efetiva seus direitos.

2.2. As políticas de atenção à violência contra o idoso

A institucionalização da violência como problema de saúde pública e objeto de intervenção governamental têm, como referência, as tendências mundiais. Porém cabe mencionar que a violência não se constitui objeto específico desta área, uma vez que é resultante de diversos fatores: individuais, sociais, econômicos e culturais, etc.

Em consonância com os organismos internacionais, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/2001), é instituída pelo Ministério da Saúde, antecedendo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS¹⁴ (2002), e tem como diretrizes a:

Promoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; vigilância e monitoramento de violências e acidentes; atenção integral às vítimas de violências, desde o atendimento pré-hospitalar até a recuperação e reabilitação; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas e capacitações de recursos humanos (Portaria MS/GM, 2001b).

O objetivo central da Portaria é reduzir a morbimortalidade ocasionada por violência e acidentes violentos. No que se refere ao idoso, o documento ressalta, quanto aos comportamentos violentos, que os mesmos ocorrem no contexto relacional em que os sujeitos envolvidos ora se tornam vítimas, ora se transformam em agressores, o que acaba por perpetuar o ciclo de agressão.

Nesse sentido assevera que, em se tratando de idoso, deve haver:

Investimento na formação de cuidadores, assim como a assistência no âmbito hospitalar deverá levar em consideração não a idade como parâmetro para o atendimento preferencial, mas a capacidade funcional, bem como, que o idoso tenha assegurado o direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatório, hospitais, laboratórios, planos de saúde (Portaria MS/GM, 2001b).

¹⁴ O Relatório tem como finalidade ampliar a consciência acerca do problema da violência em nível global, argumentar que a violência pode ser prevenida e que a saúde pública tem um papel crucial no reconhecimento de suas causas e consequências (OMS, 2002).

O **Estatuto do Idoso** (Lei nº 10.741, de 01/10/2003) vem regulamentar as garantias constitucionais, assim como definir como crime toda e qualquer manifestação de violência que vai de encontro aos direitos dos idosos. A sua aprovação representou um avanço para sociedade brasileira no que se refere ao alargamento dos direitos sociais e, principalmente, um ganho para o idoso que, ao longo da sua existência, já teve os seus direitos bastante aviltados.

Ademais, vale ressaltar que o Estatuto impõe novos mecanismos que coíbem a discriminação e a violência, ou seja, estabelece punições. Conforme disposto no art.º 4: “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”, bem como, estabelece no § 1º do referido artigo que é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

As penas variam conforme a gravidade da violência como: expor ao perigo, à integridade e à saúde física ou psíquica do idoso, submetendo-o a condições desumanas; deixar de prestar assistência ao idoso sem justa causa ou abandoná-lo em hospitais ou casas de saúde acarretará detenção de seis meses a três anos (Art.º 98).

Ressalta-se que, no Estatuto, a denúncia nos casos de violência ganha notoriedade, uma vez que a responsabilidade é coletiva, ou seja, um dever de todos. O Estatuto é enfático ao expor que todo cidadão passa a ter o dever de comunicar as situações de violência contra esse segmento às autoridades competentes ou será punido na forma da lei. Portanto é necessário que toda a sociedade entenda que “envelhecer faz parte do percurso natural da vida, constitui um processo inexorável e que não há demérito algum nisso, pelo contrário, o desfrute da longevidade é garantia de sabedoria e um privilégio de poucos” (LAGHI, 2004, p. 41).

De acordo com Marins (2004), há um forte anseio social que o Estatuto venha a punir, com rigor, todos aqueles que violarem os direitos da pessoa idosa, para que não venha tornar-se uma letra morta, sem efetividade.

No que concerne às medidas de proteção, em seu art.º 44, o Estatuto preconiza o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários na busca de impedir que os direitos sejam ameaçados e ou violados. É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (Art.º 10º).

Apesar de o Estatuto se constituir como uma excelente ferramenta no combate e prevenção à violência contra a pessoa idosa, ainda se observa um distanciamento entre a legislação e a realidade dos idosos brasileiros (BRUNO, 2003; MINAYO, 2004), pois muitos idosos ainda vivem à margem da cidadania, sem usufruir os direitos básicos, como alimentação e moradia.

O Estatuto que prevê um país mais generoso com os seus velhos tem problemas com a sua efetivação: quanto na destinação de recursos, na disponibilização de equipamentos e na construção de instrumentos concretos de atuação. Isso dificulta a responsabilização dos diferentes atores no enfrentamento das violências estruturais, institucionais das quais os idosos são vítimas (MINAYO, 2004, p.39).

Essa realidade nos faz refletir sobre o paradoxo existente entre os avanços na legislação social e o atual quadro de violência ao qual estão submetidos vários idosos, ou seja, o avesso dos direitos preconizados no Estatuto do Idoso. No entanto, é notório que muitos princípios definidos no Estatuto requerem mudanças estruturais não só na sociedade, mas também mudanças de hábitos culturais que dependem da adesão de todos.

Ademais vale enfatizar que, para que de fato isso ocorra, é necessário que o idoso seja partícipe nesse processo, ou seja, o idoso deve ser peça fundamental na efetivação da sua cidadania e na busca de seu espaço social. Dessa forma, “a visibilidade para o segmento idoso terá que ser conquistada por meio da ação política, garantindo o seu lugar na sociedade” (BRUNO, 2003, p.77).

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra Pessoas Idosas - PAEVPI (2005) aprofunda e focaliza as diretrizes para atuação do poder público nos casos de exclusão social e de todas as formas de violência contra o idoso, assim como garante os direitos fundamentais. Esse plano tinha, como prazo para sua execução, dois anos (2005/2007), sendo alterado para o triênio 2007-2010.

O PAEVPI tem por objetivo promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto (Lei nº. 10741/2003, em conformidade com Plano de Madri¹⁵, que define três orientações: a primeira destaca as pessoas idosas e o desenvolvimento; a segunda se dirige à promoção da saúde e bem-

¹⁵ Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, lançado em Madri (ONU, 2002), serviu de referência para criação do Plano de Ação para o Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa da Secretaria dos Direitos Humanos da Previdência da República.

-estar na velhice e por fim, a terceira trata da criação de ambiente propício e favorável (BERZINS & MALAGUTTI, 2010).

Com isso, se pretende consolidar a Rede de Proteção e Defesa dos direitos dos idosos de forma articulada e com responsabilidade, sendo algumas ações já implementadas: criação de Delegacias Especializadas para idosos; criação de fóruns específicos; criação de sistema de denúncias; de Promotorias e Defensorias Públicas, e de Conselhos Municipais e Estaduais de Direitos da Pessoa Idosa; capacitação de profissionais de saúde, de direito, de assistência social, de conselheiros, dos idosos, da sociedade civil organizada, e gestores de instituições de longa permanência, entre outras ações levando em consideração a corresponsabilidade.

Portanto, somos detentores de uma avançada legislação social, mas que ainda não mostra ser suficiente para fazer valer os direitos dos cidadãos idosos, ou seja, não bastam somente as leis, mas é necessário que existam condições reais para que o idoso não tenha seus direitos negados.

2.3. A atuação dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa - CIAPVI

Os CIAPVI surgem como deliberação da I Conferência dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em âmbito nacional, cujo foco foi a construção da Rede Nacional de Defesa de Direitos e Proteção da Pessoa Idosa - RENADI (2006). A iniciativa partiu da Secretaria Especial de Direitos Humanos - SEDH/PR, como estratégia para operacionalizar o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2005).

Dentro desse contexto, os Centros assumem um papel central na garantia da defesa e promoção dos direitos do idoso, uma vez que eles constituem a porta de entrada do sistema social para idosos em situação de violência.

Segundo o Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES (2009), em parceria com a FIOCRUZ realizaram o monitoramento dos Centros em todo país e acompanharam todo o processo de implementação, desde a concepção até a implantação; há cerca de 16 (dezesesseis) Centros implantados e em funcionamento, distribuídos

nas seguintes regiões: três na Região Norte (Manaus/AM, Rio Branco/AC, Palmas/TO); sete na Região Nordeste (São Luis/MA, Fortaleza/CE, Recife/PE, Maceió/AL, São Cristovão/SE, Salvador/BA, Teresina/PI); um na Centro-Oeste (Goiânia/GO); três na Sudeste (Rio de Janeiro/RJ, Marília/SP, Campinas/SP); e dois no Sul (Cornélio Procópio/PR, Florianópolis/SC).

A princípio, a meta da Secretaria dos Direitos Humanos era criar pelo menos um Centro, em cada estado brasileiro, mas logo essa proposta foi inviabilizada em virtude de dificuldades objetivas como: falta de recursos financeiros e problemas de ordem burocrática (BERZINS & MALAGUTTI, 2010; CLAVES, 2009).

Conforme podemos observar na figura 1: 09 são vinculados ao Estado; 03 à Prefeitura; 02 em parceria Estado/ONG; 02 à ONG'S. A maioria dos Centros foram implantados em 2007, com exceção de Marília/SP em (2000) e de São Luis/MA em (2006).

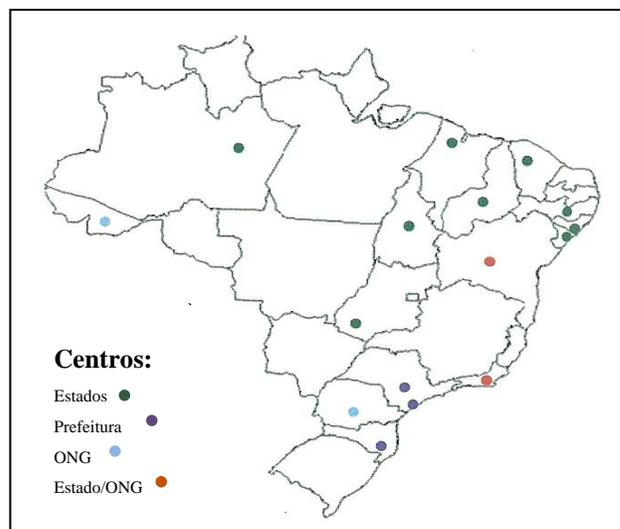


Figura 1. Distribuição dos Centros no Brasil.
Fonte: OLIVEIRA, Ana Paula, 2011.

De acordo com a imagem acima, o Estado se configura como o principal formulador e executor desta política pública, enquanto as iniciativas não governamentais se apresentam ainda bastante incipientes. Porém, em relação à representativa do idoso que já alcança quase 12% da população brasileira, o quantitativo de Centros implantados mostra ser insuficiente para atender à demanda.

Destaca-se, quanto ao vínculo, que os Centros estão ligados a diversas áreas como: Assistência Social, Direitos Humanos, Justiça e Segurança Pública (BERZINS & MALAGUTTI, 2010; CLAVES, 2009).

Os Centros têm como finalidade oferecer serviços de orientação, mediação e conciliação de conflitos à população idosa vítima de violência, à família do idoso e ao agressor. Seus principais objetivos são (CLAVES, 2009, p. 9):

- Orientar os idosos vítimas de violência sobre direitos e cidadania;
- Encaminhar a rede socioassistencial: Defensoria Pública, Ministérios Públicos, Serviços de Saúde, Delegacias, Instituições de Longa Permanência;
- Desenvolver ações de atenção, prevenção e promoção de cidadania jurídica, psicológica e social, por meio de equipe multidisciplinar com assistentes sociais, psicólogos e advogados;
- Mediar conflitos como forma de melhorar a qualidade de vida das partes envolvidas;
- Realizar campanhas educativas, capacitações e treinamento para pessoas que trabalham ou pretendem trabalhar com o segmento idoso, familiares, conselheiros e gestores, para que se constituam multiplicadores no combate à violência contra o idoso.

Esse serviço busca oferecer à população idosa que tenha sido vítima de violência e/ou que tenha os seus direitos negados um atendimento humanizado, assim como, ações de prevenção por meio de palestras e oficinas aos idosos, familiares e comunidades com abordagem sobre direitos humanos, cidadania, violência e maus-tratos (BERZINS & MALAGUTTI, 2010).

Os Centros, ainda que em fase de experimentação, uma vez que sua criação é recente mostram ser uma estratégia na garantia dos direitos da pessoa idosa, pois dispõem de equipes qualificadas que sabem intervir na dinâmica de violência.

2.4. A atenção à violência contra o idoso: o caso de Manaus

A atenção à violência contra o idoso em Manaus caracteriza-se como recente e se configura como o novo reordenamento das políticas de Assistência Social e de Segurança Pública na perspectiva de garantir ao segmento idoso a proteção e defesa dos seus direitos. Assim como no restante do país, sua criação é resultante das deliberações da I Conferência dos

Direitos da Pessoa Idosa (2006).

O Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa foi criado em 27 de julho de 2007, é um serviço de referência na proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa em Manaus.

2.4.1. Abrangência

A implantação do Núcleo destina-se à atenção aos idosos vítimas de violência em Manaus, mas sua atuação ultrapassa o perímetro urbano, atendendo às demandas de municípios próximos como: Manacapuru, Iranduba e Presidente Figueiredo.

2.4.2. Estrutura

Instalado numa área de aproximadamente 1.066,51m², o Núcleo reúne, em um único espaço, os serviços do Centro de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Atendimento psicossocial); o Núcleo Especializado de Defesa do Idoso (Atendimento jurídico) e a Delegacia Especializada em Crime contra Idoso (Segurança Pública). Está localizado na zona Centro - Sul, na Rua do Comércio, s/nº - Parque Dez de Novembro.



Figura 2. Imagem de satélite da localização do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.
Fonte: SEMMAS, 2011.



Figura 3. Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.
Fonte: OLIVEIRA, Ana Paula, 2010.

Quanto à estrutura organizacional, para desenvolver o trabalho interinstitucional, o Núcleo conta com a parceria da Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania - SEAS, Defensoria Pública e a Secretaria de Segurança Pública (Figura 4).

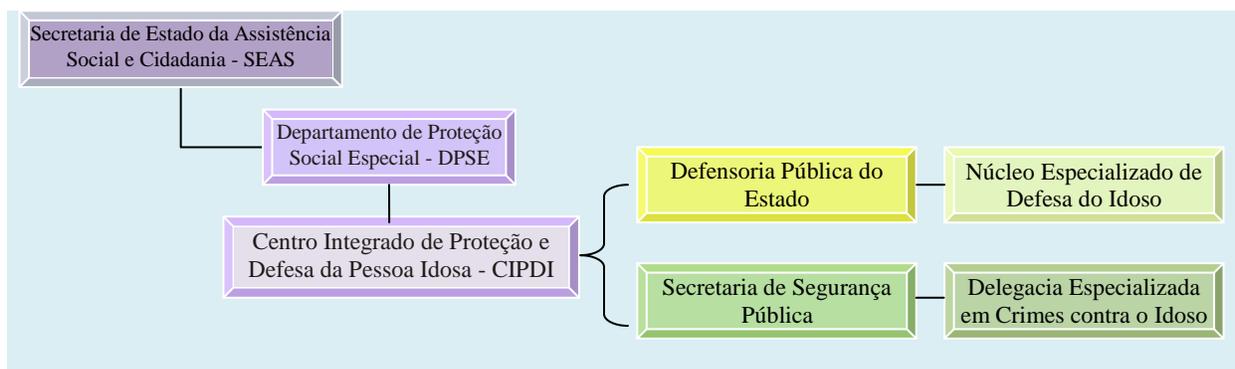


Figura 4. Organograma do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.
Fonte: OLIVEIRA, Ana Paula, 2010.

São três órgãos independentes, com autonomia própria, que atuam de forma multidisciplinar em defesa dos interesses da pessoa idosa.

2.4.3. Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI

O Centro é um espaço público de referência na proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa, presta atendimento psicossocial aos idosos vítimas de violência e ao agressor, e é caracterizado como a porta de entrada aos demais serviços oferecido pelo Núcleo. É no Centro que é acolhida a denúncia; feito o cadastro do idoso; convocadas as partes envolvidas; realizadas as visitas domiciliares; a mediação e conciliação de conflitos; e também os encaminhamentos dependendo da complexidade do caso. O Centro funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas.

O Centro tem como finalidade (SEAS, 2007):

- Receber denúncia de quaisquer formas de discriminação, desrespeito ou maus-tratos a Pessoa Idosa;
- Convocar e atender às partes envolvidas na denúncia mediando conflitos;
- Interagir com as partes buscando a sensibilização, conscientização e responsabilização por meio da mediação;
- Encaminhar a denúncia às instituições competentes quando se fizer necessário;
- Promover ações de caráter educativo e preventivo, a fim de combater a violência.

Assim, percebemos que os objetivos do CIPDI - Manaus, estão em consonância com os preceitos instituídos no Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2005).

A denúncia pode ser feita por telefone, anônima, presencial, pelo idoso, familiares e/ ou pessoas próximas como vizinhos, etc.

Depois de feito o cadastro na recepção, o idoso ou quem é o denunciante (vizinho, familiares e ou denúncia anônima), o idoso é encaminhado ao Serviço Social, onde são feitos os primeiros procedimentos. É o Serviço Social quem faz não só a triagem, mas também quem realiza as visitas domiciliares, e encaminha à Psicologia, Núcleo de Defesa do Idoso e para Delegacia do Idoso.

As visitas domiciliares são feitas com a finalidade de constatar a violência sofrida, a existência de indícios de maus-tratos e/ou de conflitos familiares, o(a) idoso(a) passa a ser

acompanhado pelo Centro dependendo da gravidade e de seu estado de vulnerabilidade social, o caso também pode ser encaminhado para outros serviços fora do Núcleo que fazem parte da rede de defesa e proteção à pessoa idosa. Os encaminhamentos e as orientações são realizados de acordo com o caso apresentado, levando-se em consideração as necessidades visualizadas no ato da visita: casos de negligência, abandono e conflito familiar entre outros.

Durante a realização da visita domiciliar, a equipe busca sensibilizar, orientar e esclarecer questões básicas sobre o processo de envelhecimento e sobre o cuidar, pois a violência impetrada contra a pessoa idosa em muitos casos ocorre em virtude do desconhecimento sobre as mudanças advindas com o envelhecimento e/ou do despreparo das famílias que não sabem lidar com seus velhos e que, na maioria das vezes, é a principal cuidadora (ALCÂNTARA, 2004; ASSIS, 2004).

As ações no Centro são executadas por uma equipe profissional: duas assistentes sociais, sendo que uma delas exerce a função de Coordenadora do Centro, uma psicóloga, duas recepcionistas, um assistente administrativo, um motorista, dois auxiliares de serviços gerais, com a colaboração dos estagiários de Serviço Social (seis) e de Psicologia (quatro).

O acompanhamento psicológico é feito se houver necessidade, dependendo do caso. É feito de forma sistemática, com agendamento prévio das sessões com duração de 45 a 50 minutos e não se restringe somente ao idoso como também se estende ao agressor e à família caso necessitem de acompanhamento psicológico. O tratamento em média é feito em dez sessões, mas isso sofre variações de acordo com a complexidade de cada caso.

Dependendo da situação e da gravidade que o caso apresentar a atuação pode ser multidisciplinar: as três instituições podem atuar de forma conjunta Centro (atendimento psicossocial), Núcleo de Defesa do Idoso (orientação jurídica) e a Delegacia (quando se configurar em crime).

2.4.4. Núcleo Especializado de Defesa do Idoso¹⁶

O Núcleo Especializado de Defesa do Idoso subordinado a Defensoria Pública, atua na área civil, para o idoso, ao ser encaminhado, é feito um cadastro próprio para verificação da sua situação e seus interesses. Diferente do Centro e da Delegacia que prestam a sociedade políticas públicas mais inclusivas e universais, a Defensoria tem como perfil de usuários somente a população hiposuficiente, isto é, que não tem condições para arcar com os custos do processo jurídico. O público alvo da Defensoria são pessoas que recebem em média até três salários mínimos.

O núcleo da Defensoria funciona em dois turnos ininterruptos das 08:00 às 12:00 e das 12:00 às 17:00 de segunda a quinta feira para atendimento ao público externo e às sextas feiras para atendimento interno. A equipe profissional é composta de: um Defensor Público, um Advogado (Coordenador Técnico) e quatro estagiários (três de Direito e um do Serviço Social).

O objetivo principal da Defensoria é atender às necessidades do idoso. Caso seja uma denúncia por maus-tratos ou abandono, por exemplo: convocam-se os envolvidos, realiza-se a audiência, explica-se a situação jurídica do idoso ao agressor, isto é, sobre os direitos previstos no Estatuto do Idoso, e, por fim, busca-se celebrar um acordo entre as partes envolvidas. Esse acordo tem caráter conciliatório, uma vez que a Defensoria é um órgão extraconjugal e, não detém o poder coercitivo de obrigar as partes envolvidas a fazê-lo. Esse termo de acordo se torna um título executivo extrajudicial em que o não cumprimento pode ensejar numa Ação Judicial. Dessa forma, o primeiro procedimento padrão da Defensoria é tentar celebrar um termo de acordo, caso não seja possível, se ajuíza a ação em favor do idoso.

As principais demandas recebidas pela Defensoria são: ação de alimentos; ação de afastamento coercitivo e ação de cobrança e/ou de execução de títulos executivos (DEFENSORIA, 2010):

- Ação de alimentos: falta de assistência por parte dos filhos, então se busca celebrar um acordo onde se define as responsabilidades de cada filho e se estabelece uma contribuição fixa para manutenção do seu genitor(a);

¹⁶ Utilizaremos como sinônimo Núcleo de Defesa do Idoso e Defensoria uma vez que são formas de denominar a mesma coisa.

- Ação de cobrança: quando o idoso é levado a erro, quando efetua um empréstimo para alguém, ou quando compra um objeto a crédito para alguém e essa pessoa não paga e o nome do idoso é inserido no Serviço de Proteção ao Crédito - SPC;
- Ação de afastamento coercitivo: em casos em que o filho causa perturbação ou agride o pai idoso, e o idoso quer a retirada do filho da sua casa ou do seu terreno.

Além dessas, podemos mencionar: ação de anulação de certidão de óbito; ação de retificação de documento; ação de divórcio litigioso; ação de justificação para obtenção de documentos (registro de nascimento; certidão de casamento); ação de curatela e ação de dissolução de união estável, etc.

Tabela 13. Ações da Defensoria Pública

Atos Judiciais e Extrajudiciais	2007	2008	2009
Audiências realizadas	552	796	562
Acordo extrajudicial	108	216	276
Acordo judicial	33	46	23
Ações ajuizadas	14	33	66
Acompanhamentos nas Varas/Delegacia do Idoso	0	39	0
Encaminhamento para Def. Pública da União	14	19	10
Encaminhamento para a Casa da Cidadania	39	55	40
Encaminhamento para a Delegacia	74	25	161
Encaminhamento Pequenas Causas	0	0	5
Ofícios	32	14	51
Orientações	900	1881	696
Clientes novos	688	871	665
Petições para impulso de processo	0	7	0
Retorno/Oitiva das partes	1395	1286	899
TOTAL	3849	5288	3454

Fonte: Núcleo Especializado de Defesa da Pessoa Idosa - Defensoria Pública, 2010.

No período de 2007 a 2009, foram realizadas 1910 audiências, e cerca de 442 encaminhamentos para instituições diversas. Além disso, foram celebrados mais de 500 acordos que deram resolutividade ao serviço e à demanda do idoso, ou seja, foram resolvidas sem ter que acionar o Judiciário (Tabela 13).

2.4.5. Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso - DEI

A Delegacia do Idoso ocupa o mesmo prédio onde funcionava a antiga Delegacia da Mulher, o espaço apresenta um *designer* moderno: com acesso para deficientes, banheiros, portas

largas, uma sala de espera aconchegante, o que demonstra sensibilidade às necessidades dos idosos, em especial com idoso que possui limitações físicas, bem como a preocupação em oferecer um espaço de qualidade aqueles que necessitam de atendimento policial.



Figura 5. Imagem externa Delegacia do Idoso.
Fonte: OLIVEIRA, Ana Paula, 2010.



Figura 6. Imagem interna Delegacia do Idoso.
Fonte: OLIVEIRA, Ana Paula, 2010.

A Delegacia funciona administrativamente, das 8h às 18h, mas conta com plantões para orientações e encaminhamentos, 24 horas. Para isso conta, com o efetivo: um delegado titular; dois escrivães; três investigadores por permanência; quatro agentes sociais (recepção); um supervisor dos agentes sociais; um motorista; um auxiliar de serviços gerais e quatro estagiários de Direito (DEI, 2010).

Essa unidade policial dispõe de sistema informatizado que a interliga a todas as delegacias da cidade *on-line*, é o sistema INFOPOL, que já integra e gerencia os registros de Boletins de Ocorrência - BO.

A demanda chega de forma direta na maioria das vezes registrada pelo próprio idoso, vizinhos, familiares, de forma anônima e ou presencial, também é encaminhada pelo Ministério Público e pelo Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso - PADI.

A Delegacia atua em parceria com o Centro e a Defensoria, pois, dependendo do caso, a Delegacia encaminha ao Centro para (acompanhamento psicossocial) e a Defensoria para (acompanhamento jurídico) dessa maneira atuando de forma multidisciplinar. Também há situações em que o Delegado solicita a participação do Serviço Social nas audiências para

orientação social acerca da obrigação dos familiares em prover a assistência correta ao genitor(a) e da divisão de tarefas no ato de cuidar em caso de dependência e/ou incapacidade do idoso.

2.5. A operacionalização da Atenção à Violência na Cidade de Manaus

A atenção à violência é operacionalizada a partir do momento em que chega a demanda, isto é, a partir do cadastro e/ou do registro da violência, denominação que sofre variação dependendo da instituição onde for dada entrada (Centro ou Delegacia), uma vez que se trata de um complexo interinstitucional de atenção ao idoso, os serviços estão articulados na busca de somar esforços para fortalecer e complementar a atenção à violência.

As₁ - É o único Centro de Proteção que funciona dessa forma com todos os serviços no mesmo espaço.

Tomamos como referência os preceitos constitucionais em seu artigo 203 que trata da Assistência Social, e o Estatuto do Idoso, em seus artigos:

Art. 4.º - Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§1º - É dever de todos prevenir a ameaça ou a violação aos direito do idoso.

Art. 10 - É obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade.

Uma vez que as ações de atenção à violência do Centro são embasadas na política de Assistência Social, e está hierarquicamente vinculado ao Departamento de Proteção Especial, nesse sentido, sua abordagem se dá no nível da proteção especial, ou seja, possui caráter reabilitador, atenção mais personalizada e processos de longa duração, que exige acompanhamento domiciliar.

De acordo com SUAS (2010), a proteção social especial tem por direção:

- a. proteger as vítimas de violências, agressões e as pessoas com contingências pessoais e sociais, de modo a que ampliem a sua capacidade para enfrentar com autonomia os revezes da vida pessoal e social;
- b. monitorar e reduzir a ocorrência de riscos, seus agravamento ou sua reincidência;

- c. desenvolver ações para eliminação/redução da infringência aos direitos humanos e sociais

No entanto, as ações do Centro se limitam ao atendimento e não tem caráter de enfrentamento e de prevenção, em virtude da demanda que é crescente e da insuficiência do número de profissionais, conforme os dados da pesquisa apontaram.

As₁ - O Centro não faz ações de prevenção, ele faz parceria com outras instituições, como por exemplo, Conselho Estadual do Idoso, em data comemorativas: dia do idoso, dia do combate aos maus tratos, só o Centro não tem condições, só somos nós.

As₂ - O Centro realiza sensibilização mais em parceria com o Conselho Estadual do Idoso.

Vale ressaltar que, muitas vezes, em virtude do tempo e da demanda, a equipe profissional do Centro não se reúne para discutir os casos, acompanhar as intervenções, e tampouco para planejar as ações e pensar estratégias de atendimento.

Adv - Sempre que há algum questionamento, ou alguma dúvida, tanto por parte dos estagiários, ou da minha parte, ou inclusive por parte do Defensor a gente entra em contato um com outro para obter a opinião de uma outra pessoa, no sentido de saber qual seria a melhor maneira de atender aquele idoso e/ou como utilizar algum recurso da forma mais adequada possível.

As₁ - Muito raramente, em virtude do tempo, porque é uma equipe pequena para uma demanda muito grande.

As₂ - Sempre que pudemos o Serviço Social, a Psicologia se reúne com a Coordenação para repassarmos nossas dificuldades.

Psi - Quando há necessidade, é um trabalho multidisciplinar porque você vê o Serviço Social com a Psicologia, com a Defensoria, com a Delegacia, em momento algum se trabalha individual.

Nesse sentido, o Centro atua na caracterização da violência (da vítima e do agressor). O acompanhamento é feito, em média, entre duas a três semanas, caso a abordagem do Serviço Social, que consiste, em mediar os conflitos, orientar e esclarecer acerca dos direitos prescritos no Estatuto do Idoso, tenha efeito positivo encerra-se o caso, em situações em que não ocorrem mudanças dá prosseguimento, orientando o idoso a registrar a ocorrência na Delegacia do Idoso. O acompanhamento psicológico ocorre concomitante com a intervenção do Serviço Social quando necessário, e é realizado na própria instituição (CIPDI, 2010).

As visitas domiciliares são procedimentos realizados com a finalidade de confirmar ou não a violência sofrida, isto é, não são utilizadas como instrumento para realizar o acompanhamento sistemático na residência do idoso e tampouco para o monitoramento dos casos:

As₂ - (...) a nossa demanda é muito grande, às vezes queremos realizar algo imediato, e ao mesmo tempo está atuando em determinada situação e fica pendente outra, eu volto a dizer a nossa demanda é grande e deveria ser ampliada a questão dos recursos humanos.

Ao longo destes três anos de implantação, o CIPDI já realizou mais de 12.000 atendimentos entre audiências, atendimentos e encaminhamentos, etc., conforme tabela abaixo:

Tabela 14. Ações do CIPDI (Serviço Social - SS/Psicologia - PSI)

Anos	2007		2008		2009	
	SS	PSI	SS	PSI	SS	PSI
Atendimentos:						
Audiências realizadas	337	-	1149	-	332	468
Atendimentos	782	151	1863	704	518	-
Convocação para audiência	697	-	1778	-	1471	-
Denúncias anônimas	18	-	164	-	45	-
Encaminhamentos	201	-	259	5	142	45
Visita domiciliar	229	-	733	-	533	-
TOTAL	2264	151	5946	709	3041	513

Fonte: CIPDI, 2010.

Ademais vale ressaltar que, no desenvolvimento de suas atividades, a equipe profissional composta pelo (Adv - advogado; As - Assistentes Sociais; Psi - Psicóloga e Del - Delegado), observa um significativo nível de desconhecimento por parte do usuário, acerca dos seus direitos que são garantidos pela Constituição, PNI e Estatuto do Idoso, o que contribui para ciclo de violência. Diante disso, a publicização constitui um grande passo para concretização dos direitos dos idosos.

As₁ - (...) acredito que com tempo e com os idosos conhecendo seus direitos, muita coisa vai mudar.

As₂ - os idosos chegam aqui muitas vezes sem nenhum conhecimento acerca dos seus direitos, sobre cidadania e como exercer seus direitos enquanto cidadão.

Adv - a melhor forma de melhorar a situação de violência é levando ao conhecimento do idoso os direitos que ele tem, e como ele está amparado no Estatuto do Idoso.

Del - é necessário que a população esteja orientada com relação os serviços sociais e sobre seus direitos.

Psi - (...) o conhecimento, a informações, as palestras nas escolas e hospitais, para todos os segmentos da sociedade contribuiria para minimizar a violência.

Também constatamos, na pesquisa de campo, quando perguntamos aos idosos se conheciam o Estatuto do Idoso ou já tinham ouvido falar dele: quatro idosos informaram que não conheciam (um homem e três mulheres); três já tinham ouvido falar (dois homens e uma mulher) e somente um idoso conhecia o Estatuto do Idoso. Assim, acreditamos que há uma relação entre à ausência do conhecimento quanto aos seus direitos e à violência sofrida.

Quanto às ações da Delegacia que é subordinada à Secretaria de Segurança Pública, sua atuação não se restringe somente à repressão da violência, como crime, mas também atua na prevenção, na medida em que busca conscientizar as pessoas de como o idoso deve ser tratado. Isso é feito por meio de palestras nas escolas, nos grupos de idoso, nos centros comunitários nos bairros, no Conselho do Idoso e em eventos de que a Delegacia participa, etc.

A Delegacia é atuante nesse sentido, participa das reuniões do Conselho Estadual do Idoso, possui, no seu fluxograma de atendimento, os dias determinados para realização de palestras e participação em eventos.

Essa iniciativa vem dando certo, uma vez que, em resposta a esse trabalho prestado pela Delegacia do idoso - DEI, uma pesquisa realizada pela Secretaria de Planejamento do Estado revelou que a população considera o serviço oferecido pela DEI como “ótimo” e que a menor nota atribuída pelos sujeitos pesquisados à qualidade do serviço é 9,5 (DEI, 2010).

Além disso, as ações são planejadas coletivamente, todos os dias pela manhã são realizadas reuniões com esta finalidade, assim como, para que a equipe esteja articulada e engajada (IDEM, 2010).

Assim, a aceitação por parte da sociedade vem demonstrar não só a credibilidade do serviço, mas também a confiança depositada do idoso em ter suas necessidades resolvidas.

2.5.1. Da denúncia aos procedimentos legais

Os procedimentos realizados após a denúncia variam conforme a realidade de cada caso e se afinam aos interesses do idoso, uma vez que tem que se levar em conta a autonomia do idoso (ESTATUTO DO IDOSO, ART.10, 2003). E assumem características diferentes dependendo da instituição onde foi feita a denúncia.

No CIPDI depois de acolhida a denúncia, em situações simples, a intervenção é imediata, em casos complexos que requeira a realização de visita domiciliar para esclarecimento e/ou confirmação da violência, levam em torno de 15 dias da denúncia à realização da visita, pois o Centro não se constitui como um programa de urgência/emergência e porque as visitas domiciliares necessitam de um agendamento prévio, dependendo da gravidade (CIPDI, 2010).

Em se tratando de crime, o Centro encaminha imediatamente a Delegacia para os procedimentos criminais, caso não configure crime, articula-se com o Núcleo da Defensoria para os procedimentos na área jurídica, como por exemplo, em situação de conflito familiar. O acompanhamento do Centro se dá concomitante com a Defensoria e com a Psicologia, já que nesse caso o conflito familiar também é objeto de intervenção do Serviço Social e também da Psicologia (IDEM, 2010).

Cabe mencionar que, após iniciados os procedimentos cabíveis ao Centro, caso o idoso deseje retirar a denúncia, o mesmo pode fazê-lo, uma vez que a denúncia não é compulsória. Isso é feito mediante um Termo de Desistência em que o idoso assina, confirmando o desejo de não dar mais prosseguimento ao caso, e dessa maneira encerra-se o caso, isso está prescrito no Estatuto do Idoso (ART. 10, § 2º). Conforme podemos verificar na fala abaixo:

As₂ - Nós já tivemos casos em que todos estavam acompanhando Centro, Delegacia, Defensoria, e aí o idoso chega aqui e diz que não, eu quero desistir da audiência, porque meu filho disse que vai melhorar então eu vou parar por aqui. Então nós temos que fazer um Termo de Desistência e na maioria das vezes o que acontece já sabe o final, o filho torna a aprontar e aí reabre o caso.

Na DEI, a vítima e/ou solicitante registra a ocorrência, faz o boletim de ocorrência - BO, em que é notificado o autor e agendada a audiência, onde deverão estar presentes o autor e a vítima, na audiência, ouvem-se as partes separadamente. Após esse processo, há dois

procedimentos criminais: O Termo Circunstancial de Ocorrência - TCO, quando se tratar de infrações de menor potencial ofensivo são aquelas cujas penas não superam dois anos e o Inquérito Policial - IP, para infração de médio ou alto potencial ofensivo (DEI, 2010), o que vem validar o Estatuto do Idoso:

Art. 96 - Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade (pena reclusão de seis meses a um ano e multa);

Art. 97 - Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública (pena detenção de seis meses a um ano e multa).

O Termo Circunstancial de Ocorrência normalmente não implica pena privativa de liberdade, mas podem ser aplicadas penas restritivas de direito¹⁷ e/ou de multa¹⁸. Em se tratando de infrações investigadas por meio de Inquérito Policial, geralmente implicam imposição de pena privativa de liberdade¹⁹, nesse caso, o idoso não pode retirar a denúncia - a denúncia é involuntária, pois, conforme está estabelecido no art. 95, do Estatuto do Idoso, tendo ciência a autoridade policial do crime cometido contra o idoso, ele é obrigado a iniciar o procedimento criminal, pois trata-se de ação penal pública incondicionada (DEI, 2010).

2.5.2. A visão dos usuários e dos profissionais sobre os serviços da instituição

Por parte dos usuários, a pesquisa aponta que a maioria dos idosos foram muito bem atendidos, e demonstram confiança no trabalho desenvolvido pela equipe profissional.

¹⁷ As penas restritivas de direitos são autônomas e substituem as privativas de liberdade, são: prestação pecuniária; perda de bens e valores; prestação de serviço à comunidade ou entidades públicas; interdição temporária de direitos; limitação de fim de semana (CÓDIGO PENAL, ART. 43/44).

¹⁸ A pena de multa consiste no pagamento ao fundo penitenciário da quantia fixada na sentença e calculada em dias-multa. Será no mínimo, de dez e, no máximo, de 360 dias-multa (CÓDIGO PENAL, ART.49).

¹⁹ Caracteriza-se como de reclusão e detenção, a pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto. A de detenção, em regime semi-aberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado (CÓDIGO PENAL, ART.33).

- B.** Pra mim teve resultado, depois da audiência ele devolveu meu dinheiro, pra mim funciona. (Mulher, 65 anos);
- D.** Eu fui muito bem atendida, nós falamos com a psicóloga, assistente social e o Delegado. Atenderam a gente muito bem, ainda explicaram qual era o motivo de chegar ao ponto de ele ir parar na penitenciária, ai nós achamos que conversando com ele, ou levando uma pessoa pra ir conversar com ele, ai ficamos de fechar a porta deixar ele do lado de fora. (Mulher, 77 anos);
- F.** A Assistente Social que me atendeu e me atendeu muito bem (Homem, 74 anos);
- G.** Eu fui muito bem atendido. (Homem, 77 anos);
- H.** A assistente social veio aqui em casa, achei bom, desse dia em diante ele não bebeu mais (Homem, 78 anos).

Porém, uma minoria acha que sua ida até o Núcleo foi simplesmente perda de tempo, como podemos verificar na fala de duas idosas, uma vez, que os resultados não foram satisfatórios e a situação de violência se agravou.

- A.** Eu acho assim que esses negócios de proteção são uma coisa muito parada, muito lenta de mais. Porque se eu chego pra você e digo que estou precisando de ajuda, eu queria que você me ajudasse, é porque estou precisando e tenho urgência. Então a gente vai pro negócio ai e fica pro outro mês, a gente pede ajuda de uma Assistente Social pra ver se vem e acompanha o caso não vem. Eu acho assim que é um negócio muito fraco. Eu acho assim que o Governo deveria investir muito mesmo (...) (Mulher, 64 anos);
- C.** Não gostei dos resultados, mas a assistente social me atendeu muito bem. (...) (Mulher, 72 anos);

Vale destacar também, a insatisfação de um idoso que com certeza é compartilhada por muitos idosos que buscam os serviços oferecidos pelo Núcleo Integrado, se refere à localização, pois o Núcleo estar situado no centro do Parque Dez, numa via secundária em que a oferta de linhas de ônibus é limitada, o que dificulta o acesso dos idosos:

- D.** Gostei do tratamento das pessoas, são bem legais, o local não é muito bom porque é longe, daqui de casa só passa um ônibus. (Homem, 72 anos);

Quanto aos profissionais, todos enfatizaram a relevância do serviço e as contribuições

prestadas à população idosa. Somente uma profissional mencionou a grande dificuldade de operacionalização das ações no Centro em virtude da falta de recursos humanos e materiais.

Adv - Quando o idoso vem aqui, ele está com um problema tão grande na vida dele, que só o fato dele vir aqui já mostra que ele não consegue resolver sozinho, então ele está se sentido desamparado, está se sentido sem ajuda de ninguém, na maioria das vezes vem aqui pra fazer a denúncia já como válvula de escape. E quando resolvemos o seu problema é muito gratificante;

As₁ - Eu acredito que dentro do nosso conhecimento o que estamos fazendo vem dando resultado positivo então o direcionamento deve permanecer mais ou menos o mesmo não vai mudar grande coisa é: caracterização, procedimentos pertinentes e resolução de problemas;

As₂ - Eu avalio o serviço prestado pelo Centro como um esforço enorme, porque temos poucos recursos humanos e materiais e realmente nós em alguns momentos ultrapassamos o horário para atender esse público;

Del - Eu acho que é um bom serviço, tanto é que a população foi ouvida por meio de pesquisa realizada e a nossa nota foi 9,5;

Psi - É de relevância importância, eu penso que tem contribuído muito, porque nós temos o retorno através dos nossos pacientes, à melhora na família, o entendimento que eles passam a ter a partir do acompanhamento psicológico, a partir do momento que chamamos a família mesmo que não seja para acompanhamento, mas para expor, para esclarecer sobre uma determinada patologia.

Dessa forma, essas informações são importantes na busca de tentar adequar os interesses do usuário e também dos profissionais que estão envolvidos, objetivando a qualidade do serviço prestado no que tange aos princípios da eficiência, eficácia e resolutividade.

2.5.3. Os avanços e desafios na atenção à violência contra o idoso

No âmbito das políticas públicas da Assistência Social e da Segurança, representa um grande avanço a implantação e a implementação dos serviços do Núcleo nesses moldes, uma vez que se trata de um órgão interinstitucional e multidisciplinar que, mesmo apresentando, dificuldades na sua operacionalização, vem ganhando paulatinamente a adesão da sociedade.

A pesquisa demonstrou que, por se tratar de um serviço recente, precisa se adequar ao interesse de seus usuários e dos seus profissionais, uma vez que tal reordenamento é natural

mediante os reflexos das transformações vivenciadas pela sociedade. Uma vez que é preciso não só caracterizar a violência, mas também monitorar, reduzir a ocorrência de riscos, seus agravos ou sua reincidência, ou seja, trabalhar na perspectiva da prevenção, conforme os preceitos legais (ESTATUTO DO IDOSO, 2003; PNI, 1994; SUAS, 2010). Para não cairmos no paralelismo institucional, ou seja, instituições diferentes atuando da mesma forma, isoladamente e sem resolutividade em suas ações.

São muitos os desafios enumerados pelos profissionais, o que demonstra a complexidade da atenção à violência contra a pessoa idosa, assim como mostra a necessidade de se implementar de forma efetiva a rede socioassistencial, uma vez que Manaus não dispõe de centros-dias; casas-lares e casa de apoio em situação de violência no lar, onde idoso deveria permanecer até a resolução do seu caso. Principais desafios apontados pelos profissionais:

Del - O grande desafio é conscientizar os autores dos crimes que o idoso precisa ser tratado com dignidade e respeito, esse é nosso grande desafio é conscientizar a população como todo que os idosos prestaram grande serviço a população e agora deve ser retribuído aos idosos em forma de respeito e dignidade;

As₁ - Realmente é a sensibilização, em decorrência de toda uma situação cultural que nós já trazemos de muitos anos, mais isso com tempo com certeza irá acontecer as pessoas vão entender que o idoso está numa fase da vida como outra qualquer, e que o idoso é um pessoa como uma criança, um jovem e um adulto só que ele se encontra numa fase da vida mais adiantada;

As₂ - Existe o Centro, mas não existe nas situações específicas, vamos supor este idoso que sofre mais tratos no lar, não tem pra onde ir, pois não temos uma casa de apoio, como da mulher em que o idoso pudesse ficar, até que resolvesse sua situação, ou seja, não há uma estrutura social;

Psi - Em tudo é um desafio, em tudo é uma aprendizagem, isso é muito bom porque nos impulsiona de certa forma a está se reciclando, está buscando, pra gente melhorar.

Adv - Um dos maiores desafios está justamente na formação sociocultural das pessoas.

Diante disso, a educação se abre como uma possibilidade para reduzir a violência, daí a importância de se utilizar os espaços das escolas para fazer atividades de prevenção, uma vez que a violência é resultante dos aspectos culturais, pois, conforme as falas, o desafio precisa ser enfrentado no sentido de romper com velhos estigmas e preconceitos que perpassam o processo de envelhecimento.

Os profissionais mostram que, na operacionalização das ações, há bons resultados, mas que também existe a necessidade de mudança, para resolutividade das ações na atenção à violência, como, por exemplo: ampliação do espaço; aumento do efetivo profissional e de recursos materiais (não há internet disponível, o que dificulta a comunicação em rede com demais serviços) e a Delegacia só dispõe de uma única viatura.

As₁ - Eu acho que a resolução das denúncias que nos são trazidas que na maioria já estão concluídas ou pelo menos encaminhadas para conclusão. Eu acredito que o serviço esteja sendo muito bem aceito pela sociedade porque nós vemos a credibilidade da sociedade e no número de retorno de pessoas que já foram atendidas e se surge nova situação eles retornam para vir em busca de novas orientações;

As₂ - Tanta coisa tem que melhorar, eu acho que aqui o espaço poderia ser ampliado, a quantidade de profissionais poderia ser ampliada, o Centro podia ter em outros lugares, teria que ter um local para os idosos ficarem até enquanto estivessem sendo acompanhado, porque tem casos bem graves em que o idoso tem que sair de casa porque o filho se apossou da casa, faz uso de drogas e aí ele se afasta e fica na casa de um familiar, porque quando se fala em justiça leva de 02 a 03 meses para ser resolvido, esse período é delicado, principalmente quando o idoso não tem família;

Psi - O espaço realmente é pequeno, não está adequado no momento e conforme você está presenciando eu estou com quatro estagiários aqui e o tamanho da nossa sala é minúscula, mas com dedicação e com muita boa vontade a gente dá pra conduzir.

No que se referem aos usuários, algumas questões se assemelham às apontadas pelos profissionais: quanto à infraestrutura, recursos humanos e materiais. No entanto, há alguns idosos que informaram que o serviço está bom e não há nada o que melhorar.

A- O serviço deles, eles fazem a parte dele, só que é assim não é como a gente quer que seja, porque quando acontece com a gente, a gente quer que seja logo, nós não temos paciência de esperar, tem casos que dá pra esperar, mas tem casos que não dar, teria que ter mais profissionais pra vir na casa da gente conversar, pra ver a nossa situação. (Mulher, 64 anos);

B- Pra mim até agora está ótimo. (Mulher, 65 anos);

C- Deveriam ter me dado uma resposta, não aconteceu nada. (Mulher, 72 anos);

D- Eu acredito muito no Centro eles estão aqui pra ajudar, pra conversar. (Mulher, 77 anos);

- E-** Eu acho que deveria ser um negócio mais amplo, é muito pequenininho, aquelas salinhas porque as vezes tem duas ou três moças lá dentro, todas as vezes que eu fui naquelas salas conversar com a Assistente Social tá cheio de estagiárias tão trabalhando mais não tão todas com ouvidos tapados, era bom se ninguém ouvisse os problemas da gente, teria quer ser um lugar reservado, precisa melhorar nesse sentido (Homem, 72 anos);
- F-** Pra mim o atendimento é muito bom. O que precisa melhorar é o prédio é pequeno demais, gostaria que a psicóloga tivesse vindo aqui em casa conversar com ela, fazer acompanhamento, ter uma conversa com ela. (Homem, 74 anos);
- G-** Não tem nada pra melhorar, tá bom. (Homem, 77 anos);
- H-** Está bom (Homem, 78 anos).

Dessa forma, percebemos que existe, por parte tanto de alguns profissionais quanto dos usuários, o reconhecimento de que é necessário que haja mudanças, assim como a visão dos êxitos e dificuldades que podem e devem ser superadas a favor e em respeito à pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, ao longo da construção deste trabalho, identificar que o envelhecimento não é um processo homogêneo, e que essa fase da vida é resultante do desinvestimento e investimento ao longo de uma vida; assim como a violência intrafamiliar de que o idoso, na maioria das vezes, é vítima é reflexo das transformações da sociedade como: o desemprego estrutural; as mudanças nos processos de trabalho; a crise na família; a ineficiência dos mecanismos legais e de justiça; a impunidade; o desrespeito aos direitos sociais e humanos; a precariedade das políticas sociais e ausência de programas integrados e articulados.

Além disso, mostrou que a violência a que os idosos estão submetidos são de naturezas diversas, bem como revelou que os idosos entrevistados neste trabalho, vítimas de violência, podem ser caracterizados como relativamente independentes do ponto de vista funcional e financeiro.

Porque possuem autonomia e independência para realizar tanto as atividades da vida diária, quanto as instrumentais e não dependem de ninguém para exercê-las;

Têm renda própria, ou são aposentados, pensionistas e/ou recebem o Benefício de Prestação Continuada - BPC; têm casa própria; possuem família mesmo que com ela não residam; têm um certo nível de escolaridade, ou seja, são portadores de algumas das condições mínimas que lhes possibilitariam fazer escolhas, tomar decisões e serem protagonistas de suas vidas, contudo, são vítimas de violência familiar.

Aos mais novos, jovens, adultos agressores familiares dos idosos, chegam-lhes as mazelas sociais contemporâneas: o uso de drogas, álcool, a intolerância e as diferentes formas de opressão que cerceiam o idoso de alguma forma: a revelar a violência sofrida, a ter receio de denunciar o que desperta o sentimento de arrependimento por tê-lo feito.

O que nos parece que está em jogo é a estrutura familiar e as relações que nela se processam: o idoso, mesmo vítima da violência, parece não querer ver explícita a perda de sua

importância no seio familiar, o desrespeito manifesto à sua pessoa ou a pouca ou quase nenhuma referência daquilo que representa para a sua família.

A respeito da violência sofrida, o idoso permanece vinculado a essa estrutura, a essas raízes, mesmo que corroídas, deterioradas pela indiferença daqueles que fizeram parte de sua vida por longos anos e que, por suas atitudes, põem em cheque a ideia da família enquanto um porto-seguro, do respeito aos mais velhos e do amparo à velhice, ideias estas presentes no imaginário social e cultural, mas que vêm sendo confrontadas pela crise na família, pelos novos formatos assumidos por esta instituição e os novos padrões de organização da sociedade do trabalho.

Assim, a compreensão do fenômeno da violência requer diferentes abordagens e intervenções que deem conta das diversas dimensões e expressões da violência, uma vez que se trata de um tema complexo, determinantes de múltiplos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais.

Finalmente, vale ressaltar que este trabalho trouxe significativas contribuições para o meu crescimento intelectual e pessoal a partir de uma temática tão atual e que se constitui como importante agenda para o Poder Público e para a sociedade em geral.

A realização dessa pesquisa possibilitou uma maior compreensão acerca do processo de envelhecimento e da abordagem da temática em questão, o que foi possível por meio da permanente e atenta leitura de diversos autores e suas diferentes abordagens, da pesquisa realizada no Núcleo de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Centro, Núcleo da Defensoria e Delegacia do Idoso) e, especialmente a partir da experiência vivenciada no campo por meio das visitas domiciliares, isto é, das entrevistas realizadas com os idosos.

Todo esse processo possibilitou uma melhor apreensão da realidade desses idosos, mesmo em ocasiões em que os mesmos não aceitaram participar da pesquisa, possivelmente, em virtude da dificuldade que é, para alguns, verbalizar a violência sofrida, o constrangimento por expor ao desconhecido assuntos pertinentes a sua família, assim como a situação de vulnerabilidade e de exposição a riscos que alguns idosos se encontram.

Desse modo, certamente, o processo de desenvolvimento desta pesquisa possibilitou um

maior amadurecimento acerca da questão da violência contra a pessoa idosa e do conhecimento dos processos que perpassam a operacionalização da atenção à violência.

Além disso, contribuiu para que percebêssemos que o Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa representa um avanço na atenção à violência, mas que sua operacionalização é um desafio visto que sua criação é recente, e em virtude de Manaus não dispor da rede de serviços socioassistenciais voltados à pessoa idosa que contribuiriam para implementação das ações do Núcleo na proteção e defesa dos direitos dos idosos.

A partir do olhar dos usuários e dos profissionais que compõem a equipe profissional identificamos que novas possibilidades de intervenção precisam ser pensadas, para que de fato os objetivos propostos sejam executados conforme previsto na PNI e no Plano de Enfrentamento a Violência contra o Idoso (2005), pois só no papel não pode ficar. Pois, conforme percebemos, o Núcleo deveria atuar em três linhas: caracterização da violência, monitoramento e prevenção, mas suas ações se limitam apenas ao atendimento dos casos de violência.

Há uma iniciativa por parte da Delegacia, mas que precisa da adesão de todas as instituições envolvidas para que de fato gere impactos na sociedade.

Observou-se, também, que o Núcleo centralizado em um único espaço e ainda no local de difícil acesso, com uma equipe profissional reduzida para atender à demanda de Manaus é humanamente impossível, o ideal era que os serviços fossem descentralizados por zonas da cidade, pelo menos com relação ao CIPDI e à DEI. Ou seja, que fossem criadas unidades menores, nos Centros de Convivência da Família ou do Idoso, e com relação à Delegacia do Idoso deveriam ser criados núcleos nas delegacias dos bairros, principalmente, nos mais periféricos da cidade.

Apesar de saber que o idoso pode registrar a ocorrência em qualquer delegacia, chamamos atenção porque existem diferenças com relação ao acolhimento da denúncia e ao tratamento que será dispensado a esse idoso.

Entendemos que não basta surgirem novos serviços, uma vez que Manaus já dispõe de outras instituições voltadas a atender essa problemática, como por exemplo, o PADI; é necessário que a atenção à violência seja redimensionada a fim de que as novas demandas sejam

absorvidas, isto é, que seja dada uma maior atenção não só ao idoso vitimizado, mas também às famílias que violentam seus idosos, de modo que sejam criadas medidas de reabilitação para essas famílias a fim de amenizar os conflitos existentes na dinâmica familiar e as possíveis práticas de violência contra esse segmento.

Dentro dessa perspectiva, faz-se necessário a implementação da rede socioassistencial para que de fato a política de atenção à violência seja operacionalizada como:

Os centros-dias para que o idoso permaneça durante o dia para que o cuidador familiar possa trabalhar e/ou compartilhar com o poder público a tarefa do cuidado dispensado a este idoso dependente e incapacitado;

A implantação de centros sociais nos bairros a fim de que o idoso independente tenha a oportunidade de desenvolver atividades que deseja, uma vez que muitos idosos não participam porque as atividades são oferecidas em locais que ficam longe de suas moradias, isso proporcionaria uma maior interação social desses idosos com a comunidade e, conseqüentemente, reduziria os conflitos familiares e possivelmente a violência doméstica, pois a pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados nunca participou de grupos de idosos, esse dado pode tanto significar a ausência de locais próximos aos seus domicílios quanto à falta de publicização da existência dos mesmos;

A criação da casa de apoio, em que o idoso em situação de violência familiar possa permanecer até a resolução do seu caso, pois dependendo da complexidade demanda tempo e muitas vezes o idoso reside na casa desse familiar que causa a violência, e tem que sair desse lugar após a denúncia, e não tem para onde ir, pois não possui outros familiares a quem recorrer.

Outros espaços de atenção que, sem dúvida, devem ser operacionalizados, são os programas de geração de renda uma vez que os idosos a maioria são os mantenedores de suas famílias, e precisam complementar a renda para ajudar no orçamento do lar.

Dessa forma, a construção e implementação da política de proteção e defesa da pessoa idosa deve ser pensada como gestão compartilhada e está articulada às demais políticas tendo em vista as necessidades e interesses dos idosos serem inúmeros. Esse é o caminho que pode ser trilhado diante dessa realidade e na busca de conter a violência praticada no âmbito familiar.

RERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. São Paulo: Alínea, 2004.

ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

AQUINO, Francisca Teresa Montenegro de; CABRAL, Benedita Edina da Silva. O Idoso e a Família. IN: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ASSIS, Mônica de. Aspectos Sociais do Envelhecimento. IN: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (Org.). **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. IN: **Revista Quadrimestral de Serviço Social - Especial Velhice e Envelhecimento**. Ano XXIV, nº75, Setembro, 2003.

BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI. (Org.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BORON, Atilio A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. Tradução Emir Sader. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

BRASIL. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília. Brasília - DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa**. Brasília - DF: Senado Federal, 1988.

BRUM, Argemiro J. **O desenvolvimento econômico brasileiro**. 16 ed. Ijuí: UNIJUÍ, 1997.

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade. IN: **Revista Quadrimestral de Serviço Social - Especial Velhice e Envelhecimento**. Ano XXIV, nº 75, Setembro, 2003.

CALDAS, Célia Pereira. Aspectos Éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. IN: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (Org.). **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. IN: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**:

vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseu Abramo - SESC, 2007.

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IN: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CENTRO INTEGRADO DE PROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA IDOSA. **Estatísticas de Violência.** Manaus: CIPDI, 2007/2009.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 5ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COELHO, Wilma, CABRAL, Rebeca. Relações sociais no “paraíso racial”: considerações iniciais sobre um mito. In: _____; Coelho, M. (Org.). **Raça, cor e diferença: a escola e a diversidade.** Belo Horizonte: Mazza, 2008.

COHN, Amélia. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). **Viagens Incompletas: A experiência brasileira.** São Paulo: Senac, 2000.

COSTA, Neidil Espinola da; MENDONÇA, Jurilza Maria. Políticas de Assistência ao Idoso: A construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. IN: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: FAPESP, 2004.

_____. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. IN: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (Org.). **Velhice e sociedade.** Campinas/SP: Papirus, 1998.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo.** Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELEGACIA ESPECIALIZADA DO IDOSO. **Registro diário de ocorrências.** Manaus: DEI, 2007/2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. IN: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Perseu Abramo - SESC, 2007a.

_____. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília: UNIVERSA, 2007b.

_____. Cidadania e direitos da pessoa idosa. IN: **Ser Social: Revista do Programa de Pós Graduação em Política Social.** Brasília: UNB, n°20, jan/jun, 2004.

_____ ; BRITO, Denise Orbage. Representações da violência intrafamiliar por idosas e idosos. IN: **Ser Social: Revista do Programa de Pós Graduação em Política Social**. Brasília: UNB, n°21, vol 1, n.1, jan/jun, 1998.

GUEIROS, Dalva Azevedo. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. IN: **Revista Quadrimestral de Serviço Social - Especial Famílias**. Ano XXIII, n° 17, Setembro, 2002.

GOLDMAN, Sara Nigri. Proteção Social e Velhice: um desafio para o Serviço Social. IN: **Política de Assistência Social no Brasil: desafios para o Assistente Social**. Diretoria de Intendência - Subdiretoria de Encargos Especiais, 2010.

GROSSI, Patrícia K; WERBA, Graziela. Violência contra mulher não tem idade (Org.). IN: **Violência e Gênero - Coisa que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: EDIPURCS, 2001.

_____ ; MIRANDA, Ana L. T; CAMARGO; Marisa [et al]. Rompendo o silêncio: violências e acidentes com idosos no município de Guaíba/RS. IN: **Ser Social: Revista do Programa de Pós Graduação em Política Social**. Brasília: UNB, n°21, vol 1, n.1, jan/jun, 1998.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho, e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

IANNI, Octavio. A questão social. IN: **Revista Em Perspectiva**. janeiro/março, 1991.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. n° 26. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. n° 23. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2000.

IPEA. **Análise do mercado de Trabalho**. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>. Acesso em: 20/08/2010.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 9 ed. São Paulo: Cortez; Brasília,DF: UNICEF, 2010.

KAMKHAGI, Dorli. Um outro talvez novo tempo: a velhice. IN: **Revista Kairós**. São Paulo: EDUC. Dezembro, 2004.

LAGHI, Anselmo. Estatuto do Idoso: Ampliação e alargamento dos direitos humanos na sociedade brasileira. IN: LEMOS, Maria Teresa Toríbio; ZABAGLIA, Rosângela Alcântara (Org.). **A Arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade e Estatuto do Idoso**. Aparecida, SP: Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

Lei nº 8.742. **Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS**. 07/12/1993.

Lei nº 8.842. **Política Nacional do Idoso - PNI**. 04/01/1994.

Lei nº. 10.741. **Estatuto do Idoso** - DECR. 01/10/2003.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. IN: ROUQUAYROUL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. IN: BRAVO, Maria Inês Souza [*et al*] (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

LOREIRO, Altair Macedo Lahud. A ideologia e a estereotipia da velhice. IN: **A velhice, o tempo e a morte: subsídios para possíveis avanços do estudo**. Brasília: UNB, 1998.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para heterogeneidade das vivências. IN: NERI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC/SP, 2007.

MACHADO, Laura. Violência contra os idosos. IN: VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto. **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2006.

_____; QUEIROZ, Zally V. Negligência e Maus-Tratos. IN: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MARINS, Vinicius. **Apontamentos sobre o Estatuto do Idoso**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 179, 1 jan. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4619>>. Acesso em: 30/07/2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____; FIGUEIREDO; Ana Elisa Bastos. (Org.). **Avaliação e monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa idosa e do Observatório Nacional do Idoso**. Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ, 2009.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. Violência contra idosos: é preciso prevenir, reconhecendo direitos e aumentando cuidados. IN: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (Org.). **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

_____ (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003a.

_____. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. IN: Cadernos de Saúde Pública, 19 (3): p. 783 -791. Rio de Janeiro, 2003b.

_____; COIMBRA JR., Carlos E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. n° 10 (Supl.1). Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de indicadores do SUS nº6** (Temático Promoção da Saúde, v.IV. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de indicadores do SUS nº 5** (Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz, v. III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências**. Portaria GM/MS, n737. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI**. Portaria GM/MS, n.1395. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. **NOB SUAS 2010: Aprimoramento da gestão e qualificação dos serviços socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2010.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

MONTÃO, Carlos. Das lógicas do Estado às lógicas da sociedade civil: estado e terceiro setor em questão. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XX, nº59, março, 1999.

_____. O Serviço Social frente ao neoliberalismo: mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XVIII, nº53, março, 1997.

MONTEIRO, Mário F. G; ALVES, Maria Isabel Coelho. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. IN: VERAS, Renato P. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 1995.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). Atitudes e preconceitos em relação à velhice. IN: **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Perseu Abramo - SESC, 2007.

NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. IN: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ONU. **Population Division**. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp>. Acesso em: agosto, 2010.

PACHECO, Jaime Lisandro. Os conflitos familiares e o idoso. IN: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (Org.). **Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

PEIXOTO, Clarice Ehlers (Org.). **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

_____. **Envelhecimento e Imagem: as políticas em Paris e Rio de Janeiro**. São Paulo: Aurablime, 2000.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. IN: BARROS, Lins de (Org.). **Velhice ou Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREIRA, Potyara A. P. Assistência Social à Pessoa Idosa. IN: **I Conferência Nacional de Direitos do Idoso “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - RENADI”**. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2006.

PEREIRA, Dulce Maria (Org.). **Idoso: encargo ou patrimônio? O envelhecer em São Paulo**. São Paulo: CMV, 1992.

POCHMANN, Marcio. Estrutura social no Brasil: mudanças recentes. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n.104. São Paulo: Cortez, 2010.

PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR AO IDOSO. **Relatório de Atividades**. Manaus: FDT, 2007.

WORD HEALTH ORGANIZATION – WHO [OMS]. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne G. Krug [et al]. Genebra. WHO [OMS], 2002.

ROCHA, Gilmar. Sob o Signo de Saturno: Reflexões Antropológicas em torno da Velhice. IN: **Caderno Serviço Social**. V.2, nº. 3, p.26 - 55. Belo Horizonte, 1998.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. Os desafios do envelhecimento no Brasil. IN: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ROJAS COUTO, Berenice. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

_____. Violência de gênero no Brasil atual. IN: **Estudos Feministas**. 2º Semestre. Ano 2. Rio de Janeiro, 1994.

SALLUM, Brasílio Jr. Metamorfoses do estado brasileiro no final do século XX. IN: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol. 18, n. 52, junho, 2003.

_____. A condição periférica: o Brasil nos quadros do capitalismo mundial (1945-2000). IN: MOTA, Carlos Guilherme (Org.). **Viagens Incompletas: A experiência brasileira**. São Paulo: Senac, 2000.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n.104. São Paulo: Cortez, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA. **Relatório de Atividades do Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI**. Manaus: SEAS, 2010.

SOUZA, Ana Maria Viola de. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar**. Campinas/SP: Alínea, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. Regulação social tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. IN: **Caderno Ideação - Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível**. Porto Alegre: Fórum Social Mundial, 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

VERAS, Renato. A longevidade da população: desafios e conquistas. IN: **Revista Quadrimestral de Serviço Social - Especial Velhice e Envelhecimento**. Ano XXIV, nº 75, Setembro, 2003.

_____. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson. **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIEIRA, Evaldo. **Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel**. 4ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Os direitos sociais e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

ZACHAREWICZ, Fernanda. Velhice – uma breve recuperação histórica. IN: **Revista Kairós**. São Paulo: EDUC. Dezembro, 1998.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA**



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a), que compõe a equipe profissional e que desenvolve atividades no Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, para participar do Projeto de Pesquisa **“A política de atenção aos/as idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus”**, desenvolvida pela pesquisadora Ana Paula de Souza Oliveira - Bacharel em Serviço Social/UFAM, sob orientação da Prof^a Dr.^a Yoshiko Sasaki. O objetivo central da pesquisa é analisar a política de atenção a violência contra idoso(a) desenvolvida pelo Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, na cidade de Manaus.

Com isso, pretendemos mostrar como vem sendo gestada e operacionalizada as ações de atenção a violência desenvolvida no Núcleo, assim como, o usuário, isto é, o(a) idoso(a) vítima de violência vê o serviço prestado pela instituição. Dessa maneira, o estudo em questão contribuirá com informações importantes que poderão suscitar novos estudos bem como redirecionar as ações desenvolvidas pelo Núcleo, uma vez que a pesquisa visa mostrar os avanços e desafios da política de atenção a violência do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Para realizar a coleta dos dados serão realizadas entrevistas com roteiro estruturado com os profissionais que atuam no Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Este consentimento vem acompanhado de sigilo e anonimato do sujeito da pesquisa, a fim de que este tenha salvaguardado a sua integridade e privacidade. Cabe salientar que a participação no estudo não implica em nenhum prejuízo, tampouco, em riscos físicos e psicológicos.

Em qualquer momento em que o participante da pesquisa queira se desvincular do estudo ou recusar-se a prestar esclarecimento, não sofrerá nenhum prejuízo ou penalidade.

Para qualquer informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone 3233-9893.

Fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Somente assim, assino o presente termo de consentimento, feito em 02 (duas) cópias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

Assinatura do participante

Pesquisadora Responsável

Data: ____-____-____

Data: ____-____-____



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA**



APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do Projeto de Pesquisa **“A política de atenção aos/as idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus”**, desenvolvida pela pesquisadora Ana Paula de Souza Oliveira - Bacharel em Serviço Social/UFAM, sob orientação da Prof^a Dr.^a Yoshiko Sasaki. O objetivo central da pesquisa é analisar a política de atenção aos idosos vítimas de violência intrafamiliar desenvolvida pelo Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, na cidade de Manaus.

Com isso, pretendemos mostrar como vem sendo desenvolvida as ações de atenção a violência pelo Núcleo, assim como, o usuário, isto é, o(a) idoso(a) vítima de violência vê o serviço prestado pela instituição. Dessa maneira, o estudo em questão contribuirá com informações importantes que poderão suscitar novos estudos, bem como, redirecionar as ações desenvolvidas pelo Núcleo, uma vez que a pesquisa visa mostrar os avanços e os desafios da política de atenção a violência do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Para realizar a coleta dos dados serão aplicados formulários com perguntas abertas e fechadas com os idosos acompanhados pelo Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Este consentimento vem acompanhado de sigilo e anonimato do sujeito da pesquisa, a fim de que este tenha salvaguardado a sua integridade e privacidade. Cabe salientar que a participação no estudo não implica em nenhum prejuízo e tampouco risco físico e nem psicológico.

Em qualquer momento em que o participante da pesquisa queira se desvincular do estudo ou recusar-se a prestar esclarecimento, não sofrerá nenhum prejuízo ou penalidade.

Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone 3233-9893.

Fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Somente assim, assino o presente termo de consentimento, feito em 02 (duas) cópias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

_____	ou	<input type="text"/>	Data	__-____-____
Assinatura do participante				
_____			Data	____-____-____
Pesquisadora Responsável				

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA



APÊNDICE 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA

“A política de atenção aos/as idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus”

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação:

Profissional () AS () PSI () ADV () DEL

Idade:

Sexo: F () M ()

Estado Civil:

Há quanto tempo trabalha na instituição:

Grau de escolaridade:

1. DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA:

- 1.1. Quem é na maioria das vezes o solicitante da denúncia?
- 1.2. Como é efetuado o registro da ocorrência?
- 1.3. Quais os tipos de violência que ocorrem com maior frequência?
- 1.4. Quais os fatores e/ou dificuldades enfrentadas pela pessoa idosa para romper com o silêncio e efetuarem a denúncia?
- 1.5. Quanto à operacionalização do trabalho desenvolvido no Núcleo Integrado, qual a média de tempo do recebimento da denúncia a realização dos procedimentos iniciais de abordagem?
- 1.6. Quais os procedimentos legais realizados após a denúncia?
- 1.7. Existe algum tipo de intervenção voltada ao agressor? E junto ao agredido o que é feito após constatação da denúncia?
- 1.8. Sendo o Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa um dos únicos serviços de apoio formal no Município de Manaus prescritos na Política Nacional Idoso (Lei nº 8.842, de 04/01/1994) quais os efeitos negativos dessa realidade para o(a) idoso(a) vítima da violência intra-familiar?
- 1.9. O Núcleo realiza ações de prevenção ou combate a violência na Sociedade? Quais?
- 1.10. O Núcleo articula-se com outras instituições para realização das suas ações? Quais? Para quais ações?

2. DADOS SOBRE A INFRA-ESTRUTURA DO NÚCLEO:

• PESSOAL:

- 2.1. Quanto aos recursos humanos, o Núcleo dispõe de quantos profissionais no seu quadro funcional?
- 2.2. Qual é a sua carga horária?
- 2.3. O Núcleo realiza e/ou oferece cursos de capacitação para os seus profissionais?
- 2.4. Quantos profissionais possuem especialização na área do envelhecimento?
- 2.5. O Núcleo possui voluntários no quadro funcional? Quantos?
- 2.6. Quantos estagiários desenvolvem estágio no Núcleo?

• ESPAÇO FÍSICO:

- 2.7. O Núcleo dispõe de espaço adequado para atendimento individual e para realização das reuniões familiares?
- 2.8. O Núcleo dispõe de equipamentos suficientes para realizar os atendimentos? (computadores, telefones, carros e outros)

• RECURSOS FINANCEIROS:

- 2.9. Há recursos financeiros destinados exclusivamente ao Núcleo? Sim () Não ()
- 2.10. Quanto é destinado ao Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa?
- 2.11. De que fontes advêm os recursos financeiros que chegam ao Núcleo? (Federal, Estadual e Doações)
- 2.12. Os recursos financeiros que chegam ao Núcleo são suficientes para realizar os atendimentos?
- 2.13. Como é decidido onde serão alocados os recursos financeiros que chegam até o Núcleo?

• DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:

- 2.14. Como funciona o Núcleo?
- 2.15. Como é feita a divulgação do Núcleo para a Sociedade? Quais os meios utilizados?
- 2.16. As ações desenvolvidas no Núcleo são planejadas pela equipe profissional?
- 2.17. A equipe se reúne para discutir e analisar os casos atendidos?
- 2.18. Como está estruturado o fluxograma do Núcleo?
- 2.19. Quais são os critérios utilizados para atender a demanda?
- 2.20. Quais são os principais entraves na operacionalização do serviço prestado pelo Núcleo?
- 2.21. Quais são as possibilidades para um melhor direcionamento das ações contra a violência contra a pessoa idosa?
- 2.22. Quais as principais contribuições do Núcleo para o combate a violência contra o segmento idoso?
- 2.23. Como avalia a rotina do Núcleo?
- 2.24. Quais os maiores desafios encontrados no desenvolvimento das ações de atenção a violência?
- 2.25. Quais os limites de sua prática no momento de intervir quando o idoso é vítima de violência e/ou estar em situação de risco, vulnerabilidade social?
- 2.26. Quais são os instrumentos legais que fazem parte da sua intervenção?
- 2.27. Durante sua intervenção já obteve resultados esperados? Quais?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE
E CULTURA NA AMAZÔNIA**



APÊNDICE 4

FORMULÁRIO N° (Idosos)

“A política de atenção aos/as idosos(as) vítimas de violência intrafamiliar de uma instituição pública de Manaus”

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Sexo: M () F () Cor: (B) (P) (N) (I) (NI) Idade:
Data de Nascimento: Local/UF:
Endereço: Bairro: Zona:
Telefone: Estado Civil:
Responsável pelo domicílio: () o/a entrevistado(a) () marido/esposa () filho(a)
() genro/nora () irmão/irmã () outros parentes

2. DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO - ECONÔMICOS:

- 2.1. Sua moradia é: Própria () Alugada () Cedida () () Mora com parente
- 2.2. Há quanto tempo o sr.(a) mora em Manaus e reside nesse local?
- 2.3. Qual sua ascendência racial? () Negra e branca () Só branca () Negra, branca e índia () Branca e índia () Negra e índia () Só negra () Parda e branca () Outras Qual?
- 2.4. Quantos filhos o(a) sr.(a) tem?
- 2.5. Mora com quem ou quem mora com você e grau de parentesco?
- 2.6. Você saberia informar a idade das pessoas que residem com você?
- 2.7. Quantos cômodos possuem seu domicílio?
- 2.8. Qual a sua renda mensal? () não tem renda () menos de 01 SM () de 01 a 02 SM () de 03 a 04 SM () 05 ou mais SM
- 2.9. Origem da renda: () Aposentadoria () Pensão () Benefício de Prestação Continuada () Ajuda de Familiares () Ajuda de Terceiros () Outros
- 2.10. O (a) sr.(a) cuida do seu dinheiro? () Sim () Não. Em caso negativo, por quê e quem cuida?
- 2.11. Excluindo a sua renda, quantas pessoas contribuem para a renda familiar? E quem são?
- 2.12. Está trabalhando atualmente? Caso afirmativo em quê:
- 2.13. Qual sua escolaridade? () nunca foi a escola () de 1ª a 4ª série () de 5ª a 8ª série () 1º ou 2º Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós-graduação completo/incompleto

3. FATORES DE RISCO:

- 3.1. O(a) sr.(a) fuma atualmente? () Sim () Não, já fumou, mas parou () Não, nunca fumou

- 3.2. O(a) sr.(a) ingere ou já ingeriu bebida alcoólica? () Sim () Não. Em caso positivo, com que frequência o(a) sr.(a) ingere bebida alcoólica?
- 3.3. O(a) sr.(a) é portador de alguma doença? () Sim () Não. Em caso positivo, quais?
- 3.3.1. Caso tenha alguma doença, o(a) sr.(a) recebe acompanhamento médico? () Sim () Não. Em caso negativo, por quê?
- 3.3.2. Em caso positivo, como é feito este acompanhamento? () de 3 em 3 meses () de 6 em 6 meses () uma vez por ano () menos de 1 vez por ano () raramente () nunca
- 3.3.3. Onde realiza seu tratamento de saúde? () UBS () CAIMI () PS () POLICLÍNICAS () OUTROS
- 3.4. O sr.(a) possuem algum tipo de dependência ou alguma limitação que não permite o desenvolvimento de atividades como tomar banho sozinho(a), comer e vestir. () Sim () Não. Caso positivo, quais?
- 3.4.1. O(a) sr.(a) recebe cuidado de alguém? () Sim () Não. Caso afirmativo de quem o(a) sr.(a) recebe esses cuidados?
- 3.4.2. Que tipo de cuidados o(a) sr.(a) recebe?
- 3.5. Como o sr.(a) vê a sua família e como é o seu relacionamento?
- 3.6. O sr(a) percebe que mudou quem manda na sua família? Os outros membros da família fazem sua vontade?
- 3.7. O sr.(a) participa de grupos de idosos? () Sim () Não

4. SOBRE A VIOLÊNCIA:

- 4.1. O(a) sr.(a) já sofreu algum tipo de violência? () sim () Não. Que tipo de violência sofreu?
- 4.2. Onde e, em que situação ocorreu a violência?
- 4.3. Quem foi o(a) agressor(a)? E qual a relação de parentesco?
- 4.4. O agressor desenvolve alguma atividade remunerada? Qual?
- 4.5. O que motivou a violência?
- 4.6. O(a) sr.(a) denunciou a violência sofrida? Em caso positivo, por quê?
- 4.7. Na sua visão porque há violência contra idosos? O que poderia ser feito para reduzir ou acabar com ela?
- 4.8. Como o(a) sr.(a) se vê sendo idoso(a) hoje?

4. POLÍTICA DE ATENÇÃO AO IDOSO:

- 5.1. O(a) sr.(a) conhece alguma instituição que protege os idosos contra a violência? () Sim () Não. Em caso afirmativo citar quais?
- 5.2. Já foi em algumas delas? citar
- 5.3. Como o(a) sr.(a) conheceu ou ouviu falar do Núcleo Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa? E do CIPDI e da Delegacia do Idoso?
- 5.4. O que o(a) sr.(a) acha do CIPDI e da Delegacia do Idoso e seus serviços prestados?
- 5.5. Quais profissionais o(a) atendeu? O que achou do serviço recebido e dos profissionais (As, Psi, Adv ou Del)?
- 5.6. O que acha que está bom e o que precisa melhorar?
- 5.7. Depois que fez a denúncia, diminuiu ou acabou a violência contra você na sua família? O que mudou?
- 5.8. O(a) sr.(a) conhece ou já ouviu falar no Estatuto do Idoso? () Sim () Não () Já ouviu falar.

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 0328.0.115.000-10, intitulado: “**A POLÍTICA DE COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSO(A) DESENVOLVIDO NUMA INSTITUIÇÃO DE MANAUS: LIMITES E POSSIBILIDADES**”, tendo como pesquisadora responsável Ana Paula de Souza Oliveira.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 06 de outubro 2010.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

ANEXO 2

Ficha de Cadastro e Registro de Ocorrência utilizada no Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

 SEAS SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA		
2) Zona da Ocorrência:	3) Ocorreu outras vezes ?	
<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não	
III - DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO:		
1) Número de envolvidos:		
<input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois ou mais <input type="checkbox"/> Ignorado		
2) Relação do agressor com a Pessoa Atendida:		
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado (a) <input type="checkbox"/> Cuidador (a) <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-namorado (a) <input type="checkbox"/> Patrão (a) <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Pessoa com vínculo familiar <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____		
IV – ATENDIMENTOS REALIZADOS NO CENTRO INTEGRADO:		
<input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Jurídico		
V – ENCAMINHAMENTO DA PESSOA ATENDIDA:		
<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada do Idoso <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência <input type="checkbox"/> Centros de Referência da Família <input type="checkbox"/> Centros de Referência da Assistência Social – CRAS <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> CAIMI <input type="checkbox"/> _____		

ANEXO 3

Tabelas para coleta de dados sobre a violência

VÍTIMAS

	TIPO	Feminino/idade							Masculino/idade							Total
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
Intrafamiliar ou doméstica	Física															
	Financeira															
	Negligência (roupa, comida, remédio, limpeza, por ex.)															
	Psicológica															
	Sexual															
	Abandono															
	Discriminação															

Tabela baseada em Faleiros, 2007.

ENCAMINHAMENTOS

Violência	Encaminhamentos							
TIPO	SOS Idoso	Assistência Social	Polícia-Delegacia	Ministério Público	ONG'S	Conselho	Serviço de Saúde	Para Casa
Física								
Financeira								
Negligência (roupa, comida, remédio, limpeza)								
Psicológica								
Sexual								
Abandono								
Discriminação								

Tabela baseada em Faleiros, 2007.

ANEXO 4

Termo de Anuência do Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - CIPDI

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos com a execução do projeto de pesquisa intitulado “ A política de combate a violência contra idoso (a) desenvolvido numa instituição de Manaus: limites e possibilidades”, sob a coordenação da Prof.ª Dr.ª Yoshiko Sasaki do Programa de Pós Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 13 de julho de 2010


 Marlene de Oliveira
 Cidadania - SEAS


 Marlene de Oliveira
 Chefe de Depto. de Proteção Social Especial – DPSE
 Chefe de Depto. de Proteção Social Especial - DPSE

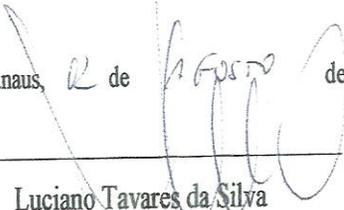
ANEXO 5**Termo de Anuência da Delegacia Especializada em Crimes contra Idoso**



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“A política de combate a violência contra idoso (a) desenvolvido numa instituição de Manaus: limites e possibilidades”**, sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Yoshiko Sasaki do Programa de Pós Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 02 de AGOSTO de 2010.



Luciano Tavares da Silva
Delegado - Departamento de Polícia Metropolitana