CAPÍTULO 18

IMPORTÂNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Maria Cecília de Souza Minayo[1]
Luiz Cláudio Carvalho de Almeida[2]

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo se organiza em torno de duas questões: apresenta um quadro sobre as principais formas de violência contra a pessoa idosa e analisa as respostas que a Política Nacional do Idoso (PNI) oferece a estes problemas, sob a perspectiva do Ministério Público. Para isso, expõe o conceito, a natureza e os tipos de violência e as suas expressões mais relevantes e persistentes no Brasil, de um lado; e de outro, analisa os principais problemas para garantir os direitos dos cidadãos acima de 60 anos.

Embora não sejam equivalentes em sua história e amplitude, neste texto, os termos violência, maus-tratos e abusos serão utilizados como sinônimos. Maus-tratos contra pessoas idosas foram descritos pela primeira vez em 1975 como "espancamento de avós" por dois pesquisadores ingleses (Baker, 1975). No Brasil, este assunto entrou na pauta apenas nas últimas décadas, pela confluência de vários motivos: o aumento exponencial desse grupo populacional no país (mais de 25 milhões atualmente); a influência das declarações das organizações internacionais sobre o envelhecimento no mundo (ONU, 1982; 1991; 1999; 2002; OMS, 2002); os movimentos nacionais que atuam com essa população; e, não menos importante, o protagonismo dos próprios idosos em suas associações de aposentados, conselhos, e movimentos por direitos. Tais ações repercutiram tanto na promulgação da PNI, em 1999, quanto na Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, conhecida como Estatuto do Idoso (Brasil, 1999).

Hoje, a definição mais universal de violência contra a pessoa idosa é a adotada desde 1995 pela Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse, utilizada inclusive pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), podendo ser assim resumida: prática de ações ou omissões cometidas uma ou muitas vezes que prejudicam a integridade física e emocional da pessoa idosa,

1. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz.
2. Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

impedem seu desempenho social e quebram sua expectativa em relação às pessoas que a cercam, sobretudo filhos, cônjuges, parentes, cuidadores e comunidade[3] (Inpea, 2014; Brasil, 2001; OMS, 2002).

Na mesma linha, pode-se ler no Estatuto do Idoso, art. 19, §1º, capítulo IV, que a violência contra esse grupo social é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. E estabelece, ainda no art. 19, que:

> os casos de suspeita ou confirmação de violência, praticados contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso (Brasil, 2003).

O Estatuto define, ainda no capítulo II, art. 10, §§ 2º e 3º, no mesmo sentido, que:

> o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais. E que é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (Brasil, 2003).

Internacionalmente, a definição mais geral da violência é tratada segundo sua natureza, numa classificação hoje já considerada universal (Brasil, 2001; OMS, 2002).

1) Abuso físico: uso da força que pode resultar em dano, dor, lesão ou morte.
2) Abuso sexual: ato ou o jogo em relações hétero ou homossexuais que estimulem ou utilizem a vítima para obter excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas, por meio de aliciamento, violência física e ameaças.
3) Abuso psicológico: menosprezo, desprezo, preconceito, discriminação e humilhação pelo fato de a pessoa ser idosa.
4) Exploração financeira ou material: uso ilegal ou impróprio dos bens e dos ativos de um idoso.
5) Abandono: deixar o idoso à sua própria sorte quando ele não é capaz de se cuidar.
6) Negligência: recusar cumprir obrigações de cuidar e proteger o idoso que necessita de amparo.

3. Para mais informações, consultar a página do Instituto Nacional de Perícias de Engenharia e Auditorias (Inpea). Disponível em: <www.inpea.net>.

7) Violência autoinfligida: negligência do próprio idoso em se cuidar, o que pode ameaçar sua saúde, segurança ou mesmo a vida.

Tomam-se aqui como exemplos os dados do módulo Ligue Idoso e do Disque 100 Direitos Humanos que compilam denúncias emitidas pelos próprios idosos ou por pessoas que tomam consciência dos maus-tratos e abusos sofridos por eles (Brasil, 2013). Embora não tenham significância estatística, estes dados mostram que, entre 2010 e 2012, 34% do total das queixas foram sobre violência física; 40,1%, sobre violência econômico-financeira; 59,3%, sobre abuso psicológico; e 68,7%, sobre negligências. As porcentagens não se somam porque frequentemente os atos de violência contra a mesma pessoa são cumulativos nas denúncias e na vida real.

Apesar das definições e das classificações citadas serem elucidativas sobre a violência pessoal, interpessoal e patrimonial, existem outras formas institucionais e sociais de abusos e maus-tratos evitáveis que devem ser ressaltadas a partir do quadro epidemiológico de lesões e mortes. Estas deveriam ser contempladas nas análises situacionais e nas propostas de atendimento e de proteção aos direitos individuais e coletivos da pessoa idosa.

2 VIOLÊNCIAS SOCIAIS QUE MATAM E AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Nesta seção do texto serão tratados os dados de mortalidade e morbidade por causas violentas, com ênfase nos acidentes de trânsito e nas quedas.

2.1 Mortes e morbidades por causas violentas

Na população acima de 60 anos no Brasil, as seis primeiras causas gerais de mortalidade são, pela ordem: *i)* doenças do aparelho circulatório (35,6%); *ii)* neoplasias (16,7%); *iii)* enfermidades respiratórias (14,0%); *iv)* doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, particularmente as diabetes (7,9%); *v)* enfermidades do aparelho digestivo (4,7%); e *vi)* violências e acidentes (3,4%).

Impressiona a magnitude dos números sobre violência: 24.669 pessoas idosas morreram em 2011 (68 óbitos por dia), e 169.673 idosos deram entrada em hospital por quedas, traumas de trânsito, envenenamentos, agressões, sufocamentos, tentativas de suicídio em 2012. Internaram-se 105.737 homens (62,2%) e 64.136 mulheres (37,8%); 50,9% por quedas; 19,2% por acidentes de trânsito; 6,5% por agressões; e 0,3% por lesões autoprovocadas (Minayo, 2013).

Em 2011, a taxa de morte por violências e acidentes em homens foi de 166 por 100.000. Em mulheres, a taxa foi de 81 por 100.000, menos da metade do grupo masculino, mas ainda muito elevada. Para os dois sexos, em 2011, a taxa média de mortes por estas causas foi de 119 por 100.000 idosos (Minayo, 2013).

Desde 1996 até 2011, os dois principais motivos de mortes violentas de idosos no Brasil foram quedas e acidentes de transporte. Neste período, houve um leve decréscimo dos homicídios, de 9,7% em 1996, para 8,4% em 2011. Os suicídios, no entanto, representam hoje mais de 8% do total das mortes violentas na faixa etária em questão, mostrando tendência de crescimento ao longo do tempo. Neste caso, é também notória a sobremortalidade masculina. Estudos como os de Minayo e Cavalcante (2010) e de Cavalcante e Minayo (2012) mostram que a morte autoinfligida de pessoas idosas acaba sendo um indicador da falta de qualidade de vida: isolamento, negligências com situação social e de saúde, doenças graves, deficiências e transtornos mentais não assistidos, juntos, compõem as principais causas, seguidas de depressão, conflitos familiares e conjugais.

Pela significância na vitimização de pessoas idosas, é importante dar realce aos acidentes de transporte e às quedas, dois problemas que aumentam a partir dos 60 anos. O peso destes fatores é enorme tanto na mortalidade (uma média de 65% das causas violentas) como na morbidade – em 2012, houve 169.673 hospitalizações por violências, sendo 50,9% por quedas, e 19,2% por acidentes de trânsito, como já mencionado (Minayo, 2013).

As *quedas* constituem um problema complexo: suas causas podem provir de problemas de saúde até serem frutos de negligências, descasos e descuidos. As mulheres são as que mais morrem por este agravo. Nos grupos acima de 80 anos, a porcentagem de óbitos chega a 50,6% do total das mortes violentas. Estudos revisados por Minayo, Souza e Paula (2010) mostram que os fatores associados às quedas são múltiplos e combinados: idade avançada, demência, *deficit* visual, osteoporose, perda de equilíbrio, hipertensão arterial, tonturas recorrentes associadas a problemas auditivos, fraqueza nos membros inferiores, incontinência urinária, uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, diagnóstico de comorbidades e comprometimento anterior da marcha e da mobilidade. No caso dos medicamentos, a maior associação com quedas foi o uso de remédios que tratam de problemas cardíacos; psicoativos (remédios que agem no sistema nervoso, alteram a função do cérebro e temporariamente mudam a percepção das coisas, o humor, o comportamento e a consciência do que se passa); e benzodiazepínicos (tranquilizantes que fazem diminuir a ansiedade, a tensão, o medo e ajudam a dormir).

O local de ocorrência mais comum dos tombos é a casa, nos horários da manhã e da noite. As quedas da própria altura apresentam maior incidência, e os traumatismos cranioencefálicos chegam a 15,1%. Apesar de mais de 27% dos lares brasileiros abrigarem pessoas idosas, não há ainda uma sensibilidade dos familiares quanto ao perigo das quedas e sobre o que se pode ser feito para evitá-las. Também os idosos que moram sozinhos têm elevada probabilidade de sofrer queda e não contar com ajuda imediata, segundo o estudo de Ribeiro *et al.* (2008), que encontrou 20% dos casos estudados nesta situação.

Entre as principais causas das quedas em casa estão pisos e tapetes escorregadios. Os locais mais comuns para os acidentes são: a beira da cama, a cozinha e o banheiro. Tombos também ocorrem porque a pessoa tenta acessar objetos em armários mais altos que a sua altura ou por ausência de iluminação suficiente em casa. Em estudo que incluiu visita domiciliar a 87 idosos e idosas que haviam sofrido queda, Ferrer, Parracini e Ramos (2004) não encontram nenhuma residência segura e livre de riscos, evidenciando desconhecimento ou negligencia.

As consequências mais relevantes das quedas costumam ser: medo de cair outra vez; mudança dos hábitos de vida; tendência à repetição, pelo enfraquecimento muscular; restrição de atividades costumeiras; e diminuição do equilíbrio e da qualidade de vida em geral. Estudos da área de saúde (Coutinho, Bloch e Coeli, 2012) constatam que mais de 25% das pessoas idosas que sofreram queda grave morrem no primeiro ano depois do acidente. Uma pessoa idosa imobilizada e acamada por queda está muito mais suscetível, sobretudo, a enfermidades respiratórias e depressão, por perda da independência. Doença cardíaca, pneumonia, sangramento digestivo, septicemia, embolia pulmonar, diabetes e acidente vascular encefálico foram causas associadas aos óbitos no ano seguinte à fratura (Coutinho, Bloch e Coeli, 2012).

Os acidentes de transporte constituem a segunda causa de mortes violentas em pessoas idosas, e os índices deste tipo de agravo têm crescido em todo o mundo. Dada à vulnerabilidade desta população, os acidentes requerem muito tempo para recuperação, diminuindo a possibilidade de sobrevivência.

A ocorrência de mortes no trânsito difere conforme o aumento da idade e o sexo. Em 2011, no grupo entre 60 a 69 anos, morreram mais homens (37,2%) que mulheres (36,0%), ainda que as porcentagens se aproximem. Na faixa dos 70 aos 79 anos, as diferenças entre idosos (32,3%) e idosas (24,0%) continuaram. No grupo de 80 anos ou mais, por sua vez, a porcentagem de mortes, embora elevada, diminui muito entre homens (18,3%) e mais ainda entre mulheres (7,2%). Tais dados sugerem que os idosos e as idosas mais jovens se locomovem mais; boa parcela deles dirige seus próprios veículos, estando mais exposta à violência no trânsito (Minayo, 2013).

Entre os fatores e as variáveis relevantes que influenciam a maior fragilidade das pessoas idosas no ambiente externo, destacam-se os *deficits* visuais, auditivos, motores e cognitivos, além das condições psicológicas e sociais. Muitos sofrem comorbidades e tomam remédios que apresentam efeitos colaterais indesejáveis e simultâneos. Embora tais vulnerabilidades estejam frequentemente associadas a características típicas da faixa etária, o sistema de transportes é responsável por prover mais segurança para esta população.

No trânsito, a liberdade para ir e vir com segurança e a acessibilidade são fundamentais para a pessoa idosa. Quando envelhecem, em geral, os idosos querem desfrutar a vida fora de casa, gostam de andar a pé e utilizam o transporte público. Porém, quando ouvidos, os idosos definem o ambiente viário como inseguro e hostil (Sant´Anna, 2006), e consideram o poder público omisso e incompetente nas respostas que propõem para aumentar sua segurança. Assim, embora a caminhada seja o meio de mobilização preferido desta população, o prazer e a autonomia de ir e vir muitas vezes são tolhidos pelo medo de cair ou de se acidentar nas calçadas esburacadas, pelo medo de ser atropelada ou de ser vítima da falta de civilidade ou imprudência dos que dirigem.

Os idosos reclamam principalmente da longa espera pelo transporte público; de os motoristas não pararem nos pontos; dos grosseiros arranques desferidos por condutores, que não os esperam se acomodarem em seus assentos; das dificuldades de acesso aos trens e aos metrôs; e das sinalizações inexistentes em travessias perigosas. Reclamam dos carros que avançam sobre os pedestres ou dos sinais que se fecham muito rapidamente e não esperam que eles cheguem do outro lado das ruas e das avenidas. Para a população idosa que vive no campo, os problemas talvez sejam outros, mas também precisam ser levados em conta: a falta de transportes públicos; e, quando eles existem, as longas distâncias que têm que caminhar para acessá-los. Muitas pessoas idosas ficam isoladas em situações de emergência, precisando de socorro urgente.

2.2 Violência estrutural, institucional e familiar

Nesse item, abordam-se as formas como a sociedade atua de forma violenta contra a pessoa idosa, em suas estruturas e instituições, inclusive na instituição familiar. É preciso ressaltar que, entre todos os idosos, os que mais sofrem violência são os mais dependentes física, mental e economicamente.

2.2.1 Violência estrutural

Denomina-se violência estrutural a que se fundamenta na organização da sociedade e na cultura. No caso da pessoa idosa, são relevantes as representações do velho como uma pessoa inútil e descartável (Corte, Mercadante e Gomes 2006; Minayo, 2005; 2006), a naturalização da pobreza e dos processos de dominação oriundos da desigualdade social, da penúria, das diferenças de gênero e das discriminações. Estas atingem, sobretudo, os mais desprovidos de bens materiais (Minayo, 2013). A desigualdade não é privilégio da população idosa, mas, nesta etapa da vida, ela castiga mais. Embora o Brasil tenha reduzido os índices de pobreza na população idosa (IBGE, 2013), apenas 6% hoje estão abaixo da linha de pobreza, e somente 25% dos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais. Portanto, a maioria é pobre. As pessoas acima de 60 anos no limite da pobreza têm muito menos

possibilidade de escapar desta situação que qualquer outra faixa etária. Ao contrário, a pobreza na idade avançada tende a aumentar a dependência. Assim, a relação entre dependência, pobreza e velhice adquire maior importância nesta altura da vida.

Desta forma, as condições de vida devem ser consideradas violentas quando elas se constituem como fator de risco, causa de conflito ou de isolamento para a pessoa idosa. Neste sentido, a aglomeração e a falta de privacidade vivenciadas em famílias intergeracionais de baixa renda constituem risco para a violência. Mesmo considerando que os abusos ocorrem quando a vítima e o agressor vivem separadamente, a probabilidade é maior quando o perpetrador mora na mesma casa. Igualmente, o isolamento na velhice pode acontecer ainda quando a pessoa vive rodeada pela família, mas não é percebida, ouvida, ou sua vontade não conta.

As mulheres são as principais vítimas da violência estrutural (Salgado, 2002). Pesquisas gerontológicas (Lima-Costa *et al.*, 2011; 2012) mostram que em idade avançada, as pessoas estão muito mais expostas à pobreza, à solidão e à viuvez, têm mais problemas de saúde e menos oportunidades de contar com um companheiro. Isto ocorre por várias razões: nunca no país houve compensação ou reconhecimento ao direito à aposentadoria para as mulheres, cujo trabalho primordialmente ocorreu no âmbito doméstico e no cuidado dos maridos e dos filhos. Existe discriminação sexual no mercado de trabalho formal, com as mulheres ganhando menos e, por este motivo, com aposentadorias mais baixas. Muitas não têm direito à pensão de seus maridos.

2.2.2 Violência institucional

Constitui um capítulo muito especial no conjunto de maus-tratos infligidos às pessoas idosas no Brasil, embora as leis para protegê-las sejam comparadas às melhores do mundo. Barroso (2001) compilou 53 leis, decretos, resoluções e portarias nos quais as pessoas idosas são mencionadas como sujeitos de direitos e objeto de proteção social. Portanto, mais que amparo legal, é necessário que a Constituição e as leis se cumpram, para o que o próprio Estado não se torne um violador dos direitos da pessoa idosa.

No nível das instituições de prestação de serviços, as de saúde, as de assistência e as de previdência são as campeãs de reclamações nos órgãos de proteção, como Defensoria, Ministério Público e delegacias de idosos. Quando ouvidas, as pessoas idosas queixam-se da pouca consideração com elas e de que os serviços são exercidos por uma burocracia impessoal que atende mal aos mais pobres, causando imenso sofrimento aos que não têm condições de optar por outros serviços (Wanderbroocke, 2012).

Apesar do reconhecido êxito da Estratégia Saúde da Família (ESF), há muitas fragilidades entre as normas e a prática social do setor em relação aos idosos. O serviço de saúde pública é o principal pesadelo deste contingente populacional,

que também é o mais penalizado pelos preços abusivos dos planos de saúde. O *deficit* é ainda maior nos centros de atenção psicossocial (Caps), que não estão preparados para atender às necessidades dos idosos. Observam-se falhas na formação dos serviços e dos profissionais de saúde, e falta também, aqui, como na maioria dos países, um sistema de referência para encaminhamento, seguimento e efetiva solução dos diferentes casos de abusos.

Uma forma de violência institucional muito frequente ocorre nas relações e nas formas de tratamentos que as instituições de longa permanência para idosos (Ilpis) dispensam às pessoas idosas lá residentes. Porto (2008) demonstrara que, numa Ilpi no Estado do Rio Grande do Sul, as pessoas idosas entrevistadas se queixaram de agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros e, em menor grau, de abusos físicos. Berzins (2009), numa pesquisa sobre a mesma problemática na cidade de São Paulo, revela que as pessoas idosas se queixam da falta de escuta, da frieza, da rispidez, da desatenção e das negligências.

As idosas também são maioria nas Ilpis, sendo dependentes, portanto, do poder público ou de outrem. Muitas são abandonadas porque possuem pouco ou nenhum recurso financeiro, são solteiras ou viúvas, ou foram deixadas pelos filhos (Freitas, 2009). Sobre elas, de forma cruel, incidem os efeitos da violência estrutural e da violência simbólica, quando destituídas de suas casas, seus pertences, das relações familiares, das amizades, da vizinhança e de suas próprias histórias. Para acentuar o doloroso processo de despersonalização, as lpis costumam infantilizar as idosas, levando-as a omitir sua voz e os seus desejos, e a obedecer às regras que os funcionários querem lhe impor.

Outro tipo de violência institucional por omissão do Estado ocorre pelo número insignificante de equipamentos públicos de apoio social às famílias, para cuidar de seus idosos. Censo sobre as Ilpis realizado por Camarano e Kanso (2010) mostra que elas atendem hoje 84.000 pessoas idosas, o que representa menos de 0,5% da população idosa. As mulheres predominam (57,3%) nestes estabelecimentos, geralmente pequenos, com capacidade para cerca de 30 internos e funcionando em plena capacidade. Dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados no momento do censo. Diante das mais de 25 milhões de pessoas idosas brasileiras, o país apresenta o número irrisório de 3.548 Ilpis. Destas, só 218 eram públicas, a maioria é filantrópica, e apenas 22% recebiam contribuição pública. Em dois terços dos municípios brasileiros, não há nenhum tipo de abrigamento ou qualquer outra estratégia de apoio aos familiares de idosos. Os centros de referência de assistência social (Cras) e os centros de referência especializados de assistência social (Creas) na prática não resolvem o problema da pessoa idosa dependente, pois neles não existe um atendimento específico às suas necessidades.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus-tratos são praticados também por empresas, sobretudo, por bancos, lojas e planos de saúde, que aplicam aumentos abusivos e frequentemente se recusam a bancar determinados serviços essenciais à saúde das pessoas idosas. Elas são também vítimas de estelionatários e de várias modalidades de abusos financeiro, cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e mental, impingindo-lhes, por exemplo, modalidades de crédito consignado, com o conluio de parentes. São vítimas de roubos e furtos nas agências bancárias, nos caixas eletrônicos, nas lojas, nas ruas, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção assinalam, com muita frequência, suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de valor, de forma violenta ou sorrateira.

2.2.3 Violência intrafamiliar

A família é o maior porto seguro das pessoas idosas. No Brasil, mais de 90% delas moram com filhos, filhas, netos ou outros parentes. Uma parte vive sozinha. Mais de 27% dos lares brasileiros têm pelo menos uma pessoa idosa que faz parte de famílias intergeracionais. Nelas, 29,1% dos membros têm de 60 a 79 anos, e 4,6%, de 80 anos ou mais. Embora haja aumento do número de pessoas idosas que vivem sozinhas (cerca de sete milhões, sendo 40% mulheres), é na família que ocorre a maior parte das violências contra elas, embora a maioria não seja denunciada. Sentimentos de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represália fazem parte das atitudes dos idosos ante os agressores. Muitos preferem conviver com maus-tratos a abrir mão de um relacionamento afetivo de toda a vida.

Pesquisas revelam que cerca de dois terços dos agressores são filhos, parentes e cônjuges. Os motivos: choque de gerações, aglomeração de pessoas nas residências, falta de condições, disponibilidade de tempo e vontade para cuidar dos idosos. Estes muitas vezes são considerados por familiares como decadentes e descartáveis (Minayo, 2005; Debert, 1999). Investigações de base populacional (Moraes, Apratto Junior e Reichenheim, 2008; Sanches, 2006) indicam que os idosos que mais sofrem são os que têm depressão, transtornos mentais, incontinência urinária e fecal, diabetes, reumatismo e comorbidades.

A maioria das pesquisas mostra sinergia entre os familiares agressores e as pessoas idosas agredidas (Menezes, 1999; Minayo, 2005; Anetzberger, 2000; Ortmann *et al.*, 2001; Wolf, Daichman e Bennett, 2002; Minayo, 2013) e um perfil típico do abusador familiar: filhos mais que filhas, noras, genros e cônjuges. A caracterização desta relação em grande parte dos estudos é coincidente: agressor e vítima vivem na mesma casa; filhos dependentes financeiramente dos pais de idade avançada; idosos e idosas dependentes dos filhos para a sobrevivência; abuso de álcool e drogas por parte dos familiares; ambiente de vínculos afetivos frouxos na

família; isolamento social dos familiares e da pessoa idosa; agressividade do idoso e da idosa com os familiares; e história de violência na família.

Muitos estudos desmistificam a ideia comum de que cuidadores familiares seriam os principais agressores das pessoas idosas em casa. Pesquisadores como Kleinschimidt (1997) e Reay e Browne (2001) constataram que esta relação só se torna violenta quando o cuidador se isola socialmente; sofre depressão ou problemas psiquiátricos; tem laços afetivos frouxos com o idoso; ou ele próprio foi vítima de violência por parte da pessoa a quem ele assiste.

3 A PNI E A DEFESA DE SEUS DIREITOS

Antes de tudo, é preciso salientar que a análise da violência contra o idoso não se resume a um estudo eminentemente criminal, como se pode ver na descrição anteriormente citada. O contexto em que a violência se desenvolve possui raízes em outros elementos, tais como falta de estrutura de apoio, conflitos familiares, ineficiência de mecanismos de acesso à justiça e outros. Portanto, a não implementação das diretrizes e dos princípios que norteiam a PNI, conforme previsão dos arts. 3º e 4º da Lei nº 8.842/1994, tem como consequência o recrudescimento do ambiente hostil, que leva à violência.

Assim, em muitas situações, sobretudo caracterizadas pelo envelhecimento dependente, a tensão que se origina das condições que cercam o idoso (família com histórico de violência e abusos ou apoio inexistente, pobreza, atuação de terceiros mal-intencionados) gera episódios de violência que retratam o efeito e não a causa do sofrimento testemunhado nos registros policiais. Neste sentido, note-se que todas as ações governamentais, e não apenas a prevista no art. 10, inciso VI, da Lei nº 8.842/1994, tem como objetivo último, ainda que indireto, a prevenção da violência contra o idoso.

Desta forma, a análise que se pretende não se resume a um escrutínio de tipos penais, mas, sim, numa visão mais ampla, que permita a percepção de que o enfrentamento da violência contra o idoso ultrapassa a análise criminal e exige a aplicação dos princípios que norteiam a política nacional, tal como balizados na Lei nº 8.842/1994.

3.1 Estatuto do Idoso: marco legal no enfrentamento da violência

Sob o ponto de vista jurídico, o marco legal no que se refere às normas de proteção ao idoso contra a violência é a Lei nº 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, que prevê normas de natureza civil, criminal e administrativa com o intuito de prevenir e reprimir a violência perpetrada contra o idoso.

Em linhas gerais o art. 4º do estatuto define a regra geral protetiva: "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" (Brasil, 2003). Em sequência a lei prevê medidas de proteção em seu art. 45, estipula sanções administrativas em seus artigos 56 a 58, e tipifica crimes nos artigos 96 a 108. Assim, procurou o legislador sancionar de maneira ampla as ofensas aos direitos da pessoa idosa, prevendo formas de punição autônomas entre si e que abarcassem as mais variadas hipóteses de violência.

Cumpre ser registrado, por oportuno, que muito embora o Estatuto do Idoso seja por excelência a norma reguladora dos direitos desse segmento populacional, ele não é o único ato normativo aplicável nas situações de violência contra o idoso, devendo ser lembrado, por exemplo, que se tratando da mulher idosa ainda tem a Lei nº 11.340/2006, nacionalmente conhecida como Lei Maria da Penha.

Consigna-se, ainda, que se optou neste momento, por uma questão metodológica, centrar-se na análise no Estatuto do Idoso, não se olvidando da existência de uma variada rede normativa incidente sobre situações que envolvam violência, destacando-se, sobretudo, a Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a PNI.

Ainda que a legislação específica de proteção ao idoso não classifique os tipos de violência – como o faz, por exemplo, a Lei Maria da Penha em seu art. 7º – pode-se concluir que todas as expressões de violência são sancionadas pela norma, ainda que de forma difusa e nem sempre com base em disposições criminais. Neste contexto, cumpre ser analisada a eficácia das sanções previstas no que se refere ao seu escopo principal de prevenir a violência e reprimir a ilicitude que vitima a pessoa idosa.

3.2 As normas de proteção ao idoso conforme sua natureza

Na verdade, do ponto de vista ontológico, não existem diferenças entre as sanções impostas. Todas pressupõem uma resposta estatal ao descumprimento de uma norma cogente. As diferenças residem no grau de gravidade e no regime jurídico que irá regular a aplicação da norma.

No mais das vezes, em casos em que as vítimas integram grupos vulneráveis ou hipervulneráveis (conceito utilizado com muita propriedade pelo ministro do Superior Tribunal de Justiça Antônio Herman Benjamin no voto vencedor do Recurso Especial nº 951513/RS), a cessação da situação de risco causada pela violência não prescinde de uma atuação estatal protetiva e paralela à atuação estatal repressiva. Ou seja, não basta punir o ofensor, é preciso proteger a vítima. Este contexto, presente no direito do idoso, também caracteriza o direito da infância e da adolescência e os casos de proteção contra a violência doméstica.

3.3 O conceito de situação de risco como balizador da ação estatal protetiva

O conceito básico que autoriza a atuação protetiva estatal em relação ao idoso é o de *situação de risco*, entendida como aquela em que há lesão ou ameaça de lesão a direitos fundamentais da pessoa idosa decorrente da ação ou da omissão de agentes públicos ou não – indicados por lei como garantidores de tais direitos.

O art. 43 do Estatuto do Idoso prevê as hipóteses em que se tem a situação de risco, quais sejam: *i)* por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; *ii)* por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento; e *iii)* pela condição pessoal. *Grosso modo*, o Estatuto do Idoso possibilita a aplicação de medidas de proteção em todas as situações de violência.

Para Rossana Campos Cavalcanti Pinheiro, medidas de proteção são:

> aquelas aplicadas pela autoridade competente (juiz ou representante do Ministério Público), destinadas a proteger, amparar e retirar da situação de risco em que se encontram as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sempre que os direitos destas, reconhecidos pelo Estatuto do Idoso, forem ameaçados ou violados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso da família, curador, ou entidade de atendimento; bem como em razão da condição pessoal do idoso (Pinheiro, 2006, p. 281).

Em seguida, em seu art. 45, o Estatuto do Idoso arrola medidas específicas de proteção que podem ser aplicadas pela via judicial (por meio de ação própria) ou pela via extrajudicial (mediante a atuação do Ministério Público). Note-se que o uso da expressão "entre outras" no *caput* do art. 45 deixa claro que o rol de medidas protetivas é meramente exemplificativo, permitindo-se a aplicação de outras ações não previstas na legislação ou previstas em outras leis, como a medida de afastamento do lar ou a proibição de aproximação prevista na Lei Maria da Penha (art. 22, incisos II e III).

Recentemente, cumpre registrar, a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça admitiu a aplicação de medidas de proteção da Lei Maria da Penha independentemente da existência da investigação ou processo penal (recurso especial nº 1419421/GO, relatado pelo ministro Luis Felipe Salomão).

3.4 Aplicação de medidas de proteção: judicialização ou não?

A aplicação de medida de proteção sem a necessidade de processo judicial constitui um avanço na legislação, ainda que não se trate de novidade, vez que segue como referência a mesma possibilidade prevista na seara do Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 136 da Lei nº 8.069/1990). Isto porque a judicialização da demanda em certas situações compromete a celeridade exigida para a solução do caso.

Tal solução é coerente com o caminho que parece seguir o Poder Judiciário na busca da diminuição de volumes de processo. Não se trata aqui de retirar a importância das questões referentes aos direitos dos idosos, mas de reconhecer que a intervenção judicial, de acordo com as circunstâncias do caso concreto, nem sempre é a mais adequada para a solução do problema.

Contudo, nem toda medida de proteção pode ser aplicada sem a intervenção judicial. Apenas aquelas para cuja aplicação não haja restrição de direitos. Nesse rol, são exemplos: o encaminhamento à família mediante termo de responsabilidade (art. 45, inciso I, do Estatuto do Idoso); a orientação, o apoio e o acompanhamento temporários (art. 45, inciso II do Estatuto do Idoso); e o abrigo, desde que seja a pedido do próprio idoso com capacidade preservada (art. 45, incisos V e VI do Estatuto do Idoso).

Por sua vez, outras medidas de proteção só podem ser aplicadas pela via judicial, como, o afastamento compulsório do agressor da residência da pessoa idosa. Em casos como este, faz-se necessário o ajuizamento da ação própria, garantindo-se ao réu o direito à ampla defesa e ao contraditório.

É importante assinalar que, contrariando o senso comum, no contexto da violência, muitas vezes as medidas de proteção cíveis afiguram-se, em diversas situações, mais eficazes para a cessação da situação de risco que a sanção penal, de natureza mais grave.

Os variados tipos de violência perpetrados contra o idoso, embora igualmente cruéis, nem sempre encontram em sede penal o mesmo tipo de reposta punitiva. Tanto que muitas vezes caracteriza-se certa sensação de impunidade perante a sociedade (o que, aliás, não é exclusividade das normas penais relativas à proteção do idoso). A título de exemplo tenha-se em mente a violência psicológica. Sob o ponto de vista normativo, permite-se a utilização do conceito consagrado no art. 7º, inciso II da Lei Maria da Penha:

> qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Brasil, 2006).

Tratando-se de pessoa idosa, são comuns os casos de ofensas reiteradas, menosprezo e humilhações, que não raro conduzem o idoso a um estado depressivo. Considerando-se o disposto pelo art. 96, § 1º do Estatuto do Idoso, a pena para quem desdenha, humilha, menospreza ou discrimina pessoa idosa é de seis meses

a um ano de reclusão e multa, podendo ser aumentada em um terço se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agressor.

Note-se que, sob o prisma criminal, trata-se de infração de menor potencial ofensivo, que admite transação penal e outros benefícios (conforme arts. 76 e 89 da Lei nº 9.099/1995). Ou seja, a possibilidade de efetiva sanção contra o agressor é remotíssima. Porém, considerando-se a aplicação concomitante de sanções civis (medidas específicas de proteção) esta situação poderá ensejar, conforme o caso, o afastamento do agressor, a substituição de uma eventual curatela; e a condenação do agressor ao pagamento de alimentos, por exemplo.

O que se quer destacar é que as questões envolvendo a violência contra o idoso não se exaurem, no campo do direito, à incidência de normas de natureza penal, recebendo a atenção de todo um arcabouço normativo de cunho protetivo. Deve ser salientado ainda que, para a aplicação eficaz das medidas de proteção, é imprescindível a existência de estruturas de serviços e de acolhimento vinculadas à rede socioassistencial, o que, como se viu, é falha e, na maioria dos casos, inexistente.

Em muitas situações em que a violência parte da própria família, simplesmente afastar ou prender o agressor não soluciona a questão, podendo inclusive acentuar a situação de violência. Isto porque, ao afastar o agressor, a vítima pode ficar sem qualquer referência familiar e em situação de completo abandono, o que manterá a situação de risco vigente, transmudando-se apenas a espécie de violência. Esta situação fica patente, particularmente, quando o idoso que sofre maus-tratos se recusa a prestar queixa dos familiares, por medo do desamparo ou do recrudescimento de sua situação. Em casos como este, é necessária a existência de uma estrutura de acolhimento e cuidado, de responsabilidade do Estado.

3.5 Importância da rede socioassistencial

Tanto no aspecto da prevenção à violência quanto no da proteção após o episódio de abuso, a presença de uma rede socioassistencial consistente em serviços e estruturas de apoio e acolhimento é fundamental para eficácia das metas vislumbradas na PNI.

Todavia, a despeito do direito à preferência na formulação e na execução de políticas públicas, tais estruturas são insuficientes ao atendimento da demanda. Tanto assim que estudos recentes indicam que menos de 10% das Ilpis em funcionamento no Brasil são públicas (Camarano e Kanso, 2010).

Reconhecer a necessidade de uma rede estruturada de proteção não é o mesmo que reduzir o tema à construção de residências de longa permanência. Na verdade, considerada a variedade de violências, o que se demanda é também uma diversificada rede de serviços e estruturas que possa atender ao idoso nas especificidades da condição em que este se encontra. Neste contexto, assumem

relevância os serviços de apoio ao cuidador e as estruturas intermediárias, como o Centro-Dia e a Casa-Lar (art. 10, inciso I, alínea b da Lei nº 8.842/1994).

Cumpre salientar, ainda, que há violências que se concretizam dentro das instituições asilares e que estas também merecem atenção da norma. Nestes casos, além da repressão penal imposta aos agressores, o Estatuto do Idoso ainda estabelece normas sancionatórias de cunho administrativo.

3.6 Em relação à violência institucional

O Estatuto do Idoso tipifica como infração administrativa os fatos descritos em seus arts. 56, 57 e 58, e prevê um procedimento de apuração em seus artigos 59 a 63. Em relação a tais infrações administrativas, a sanção é normalmente pecuniária, mas, em caso mais graves, pode gerar a interdição da Ilpi.

Aliás, o Estatuto do Idoso arrola no art. 55 uma série de sanções específicas para entidades de atendimento que vão desde uma simples advertência até o fechamento da unidade ou a interdição do programa (no caso de entidades governamentais), ou a proibição de atendimento a idosos (no caso de entidades não governamentais).

Para apuração de irregularidades em entidade de atendimento, a qual deverá ser feita judicialmente, o Estatuto do Idoso prevê o rito descrito pelos artigos 64 a 68. Os artigos 48 a 50 servem de parâmetro geral normativo a respeito das obrigações das entidades de acolhimento em contrapartida aos direitos dos idosos institucionalizados.

3.7 Sobre a notificação compulsória

Para fins de prevenção e repressão à violência contra o idoso, o Estatuto do Idoso também se vale do dispositivo da notificação compulsória, prevista no art. 19, que impõe ao responsável pela prestação do serviço de saúde, seja público ou privado, o dever de comunicar à autoridade sanitária "qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico" (Brasil, 2003; 2011). Pela dicção do art. 19, além da autoridade sanitária, deverão ser comunicados os seguintes órgãos, de acordo com as respectivas atribuições em relação ao caso descrito: *i)* autoridade policial; *ii)* Ministério Público; *iii)* Conselho Municipal do Idoso; *iv)* Conselho Estadual do Idoso; e *v)* Conselho Nacional do Idoso.

A importância da notificação compulsória vai além da deflagração de procedimentos investigatórios, pois por meio de tais dados é que se permitirá a construção de um perfil epidemiológico que servirá de base para a construção de políticas públicas de combate à violência. Não é por outro motivo que o § 2º do art. 19 do Estatuto do Idoso faz referência à Lei nº 6.259/1975, que dispõe justamente sobre normas de vigilância epidemiológica.

Tratando-se de crime, a autoridade policial deverá ser comunicada, permitindo-se na mesma situação optar-se pelo Ministério Público. Caso vislumbre-se a adoção de medida específica de proteção, a comunicação deverá ser feita invariavelmente ao Ministério Público. E, por fim, se a partir do caso concreto relatado se alcançar a possibilidade de irregularidade em instituição ou a ineficácia ou a omissão na execução de política pública, os conselhos de direitos deverão ser instados.

De todos os órgãos listados como destinatários da comunicação, o Ministério Público é o que congrega, ainda que sem exclusividade, atribuições em todas as possibilidades de medidas de proteção, sejam criminais, cíveis ou administrativas. Para tal conclusão, basta um breve passar d'olhos no rol de atribuições previsto no art. 74 do Estatuto do Idoso. Contudo, é necessário frisar que a atuação do Ministério Público não exclui a dos demais órgãos. Ao revés, em muitas situações o Ministério Público se mobiliza no sentido de instar tais órgãos a agirem dentro de sua respectiva competência administrativa sem substituí-los. Na verdade, quanto maior o rol de órgãos com poder de fiscalização, maior a efetividade do controle sobre o cumprimento e a aplicação dos direitos corporificados na legislação de proteção ao idoso.

Por fim, cumpre ser registrado que o art. 57 do Estatuto do Idoso prevê como infração administrativa "deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento" (Brasil, 2003).

3.8 Omissões estatais e o acesso à justiça

Não se poderia deixar de registrar que nas últimas duas décadas houve avanços na qualidade de vida da população idosa. Como pontos positivos destacam-se: o benefício de prestação continuada para os maiores de 65 anos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família (art. 20 da Lei nº 8.742/1993, com a redação que lhe foi dada pela Lei nº 12.435/2011); o incentivo à participação do idoso na cultura por meio de descontos (art. 23 da Lei nº 10.741/2003); ou o direito ao atendimento prioritário (Lei nº 10.048/2000).

Todavia, a implementação da política do idoso em sua plenitude pressupõe a sensibilidade de perceber que, diante da longevidade da população, há uma diversidade de tipos de envelhecimento que demandam estratégias específicas. Se, por um lado, para o idoso que envelhece de forma ativa, já se permite trilhar caminhos para uma maior inserção social; por outro, para aquele que decai em saúde e se torna dependente, não se vislumbra ainda uma rede de suporte adequada.

No mais das vezes, o atendimento das demandas deste segmento da população idosa, mormente se agregado à sua condição vem o estigma da pobreza, muito há o que se construir para a efetividade de direitos previstos na legislação de regência.

A falta de uma rede de abrigos, pública ou conveniada ao Sistema Único de Assistência Social (Suas), e as dificuldades de articulação no nível governamental entre as áreas de assistência social e saúde são, por exemplo, alguns dos fatores que têm dificultado o atendimento das demandas da população idosa carente e dependente, fazendo com que apenas por meio de ações judiciais, individuais ou coletivas, estes direitos sejam atendidos.

Não é por outra razão que o Estatuto do Idoso dedica um título inteiro ao acesso à justiça da população idosa, destacando-se o art. 79, o qual, antevendo a necessidade de mecanismo de coerção do Estado para implementação de direitos, estipula que:

> regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de: I – acesso às ações e serviços de saúde; II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante; III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infectocontagiosa; IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso(Brasil, 2003).

Assim, a aplicação da norma ainda pressupõe em muitos casos a provocação do Poder Judiciário para suprimento das omissões estatais no que se refere à aplicação da PNI, sobretudo em relação às ações governamentais previstas na Lei nº 8.842/1994 (art. 10).

4 CONCLUSÃO

Prevenir a violência e promover os direitos dos idosos é fundamental para a longevidade. Estudos vêm mostrando que a população idosa vitimada por maus-tratos apresenta uma taxa de mortalidade muito mais alta que a que não sofre abuso (OMS, 2002). Por isso é difícil separar a violência visível e que mata e deixa marcas da que é relacional e intangível. No entanto, falar daquilo que é difuso e oculto, mas nem por isso menos insidioso, ajuda a sociedade a ficar atenta à magnitude e à intensidade deste problema.

É de fundamental importância o papel do Ministério Público na tarefa impostergável de fazer cumprir a PNI e, de forma muito particular, o Estatuto do Idoso. Com atuação ativa, preventiva e corretiva, essa instituição pública pode, de um lado, induzir a formação de uma rede de proteção imprescindível; e de outro, acionar os outros entes públicos, como o setor de saúde e de assistência social para que estes deem respostas efetivas aos idosos que necessitam de seus cuidados. Uma das maiores barreiras no cumprimento do Estatuto do Idoso são as deficiências do sistema público de atenção e proteção aos idosos, para atendê-los e acolhê-los adequadamente.

Mas é preciso ir além, criando-se mecanismos de proteção coletiva em áreas como transporte e moradia, tendo em vista que hoje muitos idosos morrem ou se lesionam por falta de adequação das casas às suas limitações, por necessidades e pelas deficiências das vias públicas e dos transportes.

No mesmo sentido, como já se sabe, idosos dependentes físicos, mentais, sensoriais e sociais são os que mais sofrem todos os tipos de violência – físicas, psicológicas, sexuais, financeira e patrimoniais, além de negligências e abandonos (Baltes e Smith, 2006; Barbosa *et al.*, 2011). Portanto, é preciso desenvolver ações concretas previstas no Estatuto do Idoso para este segmento, inclusive com viés de gênero (as mulheres são as principais vítimas). Ainda que a grande maioria dos idosos seja saudável e a orientação da política nacional se organize no sentido de preservar e promover ao máximo suas condições de autonomia, o país ainda carece de equipamentos públicos para acolher devidamente esta parcela da população que mais precisa de cuidados. Não se pode deixar apenas na conta das famílias a solução desse problema – em sua maioria, elas não possuem condições materiais e financeiras de oferecer os tratamentos adequados A negligência com os idosos mais desvalidos e necessitados combina várias faces da violência social, estrutural, institucional. É importante assinalar que o cuidado com o idoso dependente é hoje uma demanda política e social no mundo inteiro.

É importante ressaltar também que os registros de morte e de internações hospitalares por violências abrangem apenas os traumas e as lesões mais graves e que chegam às unidades de saúde. Por isso, os dados estatísticos constituem apenas a ponta do *iceberg* dos problemas sociais, familiares, médicos e de segurança que os idosos têm que enfrentar, problemas estes que acabam convergindo para o setor de saúde.

Portanto, as medidas que poderiam reverter o quadro de violências têm várias dimensões.

1) As macrossociais devem abranger as famílias, as instituições e o Estado, com melhorias no transporte público, nas calçadas, na adaptação do ambiente doméstico; isto é, são medidas que diminuiriam as mortes e as lesões por violências no trânsito e as quedas em casa e na rua.

2) Serviços públicos com projeto preventivo que crie condições de prolongar a vida dos idosos com qualidade e que tenha um olhar compreensivo e adequado para suas necessidades específicas.

3) Talvez as mais cruciais sejam aquelas que contemplem os idosos dependentes do ponto de vista financeiro, físico, sensorial e mental, pois são as principais vítimas de maus-tratos, abusos e abandonos. Sobretudo, é fundamental apoiar as famílias que abrigam pessoas idosas vulneráveis, para que estas possam ser cuidadas adequadamente, com a competência e o afeto que merecem no final da vida.

4) O Estado brasileiro não pode ser omisso na criação de Ilpis devidamente credenciadas e na construção de várias outras formas de apoio às famílias que não têm condições de cuidar de seus idosos em casa. Exemplos não

faltam de países que há muito assumiram como questão pública e social criar equipamentos que respeitem e promovam a dignidade dos idosos nos diversos estágios do envelhecimento e de situação de saúde.

REFERÊNCIAS

ANETZBERGER, G. J. Caregiving: primary cause of elder abuse? **Generations**, v. 24, n. 2, p. 46-51, 2000.

BAKER, A. A. Granny-battering. **Modern geriatrics**, v. 5, p. 24, 1975.

BALTES, P.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, v. 17, n. 36, p. 7-31, 2006.

BARBOSA, A. L. *et al.* Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percepcionadas pelos cuidadores formais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 12, n. 1, p. 119-129, 2011.

BARROSO, C. T. B. **O idoso no direito positivo brasileiro.** Brasília: MJ, 2001.

BERZINS, M. V. **Violência institucional contra a pessoa idosa**: a contradição de quem cuida. 2009. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRASIL. Portaria nº 1395/GM de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 dez. 1999.

_____. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Portaria MS/GM n. 737 de 16 maio 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 192, 3 out. 2003.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>.

_____. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 2011.

_____. **Respeito**. Direito da pessoa idosa. Responsabilidade de todos. Brasília: SEDH, 2013.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 27, n. 1, p. 2.232-2.235, 2010.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 8 p. 1.943-1.954, 2012.

CORTE, B.; MERCADANTE, E.; GOMES, M. R. Quais são as imagens dos idosos na mídia? *In*: CORTE, B. (Org.). **Velhices**: reflexões contemporâneas. São Paulo: Sesc/PUC, 2006. p. 25-46.

COUTINHO, Evandro Silva Freire; BLOCH, Katia Vergetti; COELI, Claudia Medina. One-year mortality among elderly people after hospitalization due to fall-related fractures: comparison with a control group of matched elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 801-805, 2012.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

FERRER, L. P.; PARRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas de idosos na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8, n. 2, p. 149-154, 2004.

FREITAS, A. V. S. **Por trás dos muros**: um estudo sobre a vida de idosos em instituição de longa permanência. 2009. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores de 2012 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INPEA – INSTITUTO NACIONAL DE PERÍCIAS DE ENGENHARIA E AUDITORIAS. **Rede internacional para a prevenção de maus-tratos contra o idoso**. São José: Inpea, 2014. Disponível em: <www.inpea.net>. Acesso em: 10 jul. 2014.

KLEINSCHIMIDT, K. C. Elder abuse: a review. **Annals of Emergency Medicine**, v. 30, n. 4, p. 463-472, 1997.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

_____. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Revista Saúde Pública**, v. 46, p. 100-107, 2012. Suplemento 1.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada**. 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos**: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: SEDH, 2005.

_____. Visão antropológica do envelhecimento humano. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Velhices**: visão contemporânea. São Paulo: PUC; Sesc, 2006. p. 47-60.

_____. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: SDH, 2013.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2.709-2.718, 2010.

MORAES, C.; APRATTO JUNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família em Niterói. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Missing voices**: views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO/Inpea, 2002.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano Internacional sobre o Envelhecimento**. *In*: ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO, 1. Viena: ONU, 1982.

_____. **Princípios das nações unidas para as pessoas idosas**. Resolução nº 46/1991 da Assembleia Geral das Nações Unidas. Genebra: ONU, 16 dez. 1991.

_____. **Uma sociedade para todas as idades**. Ano Internacional dos Idosos. Genebra: ONU, 1999.

_____. **Declaração de Madrid**. *In*: ASSEMBLEIA DA ONU SOBRE O ENVELHECIMENTO, 2. Madrid: ONU, 2002.

ORTMANN, C. et al. Fatal neglect of the elederly. **Journal of Legal Medicine**, v. 114, n. 3, p. 191-193, 2001.

PINHEIRO, N. M. (Coord.). **Estatuto do Idoso comentado**. Campinas: LNZ, 2006.

PORTO, I.; KOLLER, S. H. Violência contra idosos institucionalizados. **Psic** – Revista de Psicologia, São Paulo, v. 9. n.1, p. 1-9, 2008.

REAY, A. M.; BROWNE, K. D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. **Aging Mental Health**, v. 5, p. 56-62, 2001.

RIBEIRO, A. P. *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1.265-1.273, 2008.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANCHES, A. P. R. A. **Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo**: estudo SABE, 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANT'ANNA, R. M. **O ambiente viário na percepção de pedestres idosos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. Disponível em: <http://www.cbtu.gov.br/estudos/pesquisa/anpet/PDF/4_168_AC.pdf> Acesso em: 10 jun. 2014.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S. **A Violência familiar na perspectiva de idosos e profissionais no contexto da atenção primária à saúde**. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

WOLF, R.; DAICHMAN, L.; BENNETT, G. Abuso de idosos. *In*: WOLF, R.; DAICHMAN, L.; BENNETT, G. (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. p. 122-144.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMARANO, A. A. O novo paradigma demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3.446-3.447, 2013.