Parte II — Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

10. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência

Edinilsa Ramos de Souza
Amaro Crispim de Souza
Bruno Costa Poltronieri

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, E.R., SOUZA, A.C., and POLTRONIERI, B.C. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 241-259. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0012>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

10. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência

Edinilsa Ramos de Souza, Amaro Crispim de Souza e Bruno Costa Poltronieri

“Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo” (CONFÚCIO, 551 a.C.- 479 a.C.).

Este capítulo objetiva refletir sobre a velhice – o último ciclo da vida – e suas relações com a violência. Nele, inicialmente, procuramos definir o que é ser velho e compreender o envelhecimento com base em suas diferentes dimensões, em um processo que se constitui por características individuais, mas que também é social, histórico e cultural. Em seguida, abordamos as violências que são cometidas contra as pessoas idosas, buscando identificar os fatores de risco e de proteção a elas relacionados. Por fim, destacamos a prevenção da violência nessa fase da vida, enfatizando a importância das redes de apoio social.

10.1 O que é ser velho?

Iniciamos esta reflexão com uma pergunta porque conceituar a velhice e o processo de envelhecimento é algo extremamente complexo. A compreensão do que é ser velho e do que é a velhice varia no tempo e no espaço, e expressa traços característicos da cultura local. De uma forma geral, podemos afirmar que “a velhice é apropriada e elaborada simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, a partir de fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social” (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 14).

A definição etária para identificação da velhice varia muito entre os países e culturas, apresentando uma forte ligação com o grau de desenvolvimento socioeconômico, a expectativa de vida e as taxas de natalidade da

população. Nas sociedades mais desenvolvidas socioeconomicamente, com grande parcela de pessoas idosas, elevada expectativa de vida e garantia dos direitos básicos à sobrevivência há uma visão particular sobre o que é ser velho e envelhecer. Essa concepção será diferente em outra sociedade constituída majoritariamente por jovens, cuja população tem baixa expectativa de vida e os direitos básicos à saúde, educação e habitação ainda não estão garantidos. Além disso, também contribui para percepções diferenciadas a forma como as sociedades foram historicamente se organizando e construindo seus valores culturais, sobretudo em relação à família e aos seus idosos. Portanto, para compreender tais processos é necessário situar o idoso em um meio específico, verificando até que ponto e em que medida os contextos contribuem para sua saúde ou doença.

No Brasil, por exemplo, o processo de envelhecimento da população ocorreu de forma muito acelerada, fazendo com que a esperança de vida ao nascer quase dobrasse em poucas décadas. Se compararmos o mesmo fenômeno ao ocorrido nos países europeus, podemos perceber que nestes o envelhecimento de sua população vem acontecendo de forma gradual ao longo dos últimos 140 anos.

É importante ressaltar que o envelhecimento da população não é um fenômeno exclusivo da Europa e do Brasil. Veras (2002) destaca que a esperança de vida cresceu mundialmente cerca de trinta anos no último século, sobretudo para as mulheres, o que contribui para constituir uma feminização da velhice, tendo em vista que muito mais mulheres alcançam essa fase da vida. Outra característica desse fenômeno é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos que, muitas vezes, cuidam de outro idoso ou ajudam financeiramente familiares mais jovens (CHAIMOWICZ, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Rede Internacional de Prevenção de Abusos em Pessoas Idosas (INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE, 2002) estimam que a população mundial de idosos, em 2025, será o dobro da atual, somando 1,2 bilhão de pessoas. Minayo (2003) pontua que, embora os idosos formem um grupo proporcionalmente maior nos países desenvolvidos, é nas nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento que ele mais cresce, exigindo políticas públicas e ações sociais específicas de proteção, cuidado e atenção.

A OMS teve um papel fundamental na sensibilização para as questões envolvidas no processo de envelhecimento da população mundial. A organização define como idosa a pessoa com 60 ou mais anos para

países em desenvolvimento e com 65 anos para países desenvolvidos. No Brasil, é considerada idosa a pessoa com mais de 60 anos, independentemente do sexo. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2015), essa parcela representava 14,3% da população em 2015, constituindo um grupo de aproximadamente 29,56 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade.

10.2 As dimensões do envelhecimento

A velhice pode ser definida como um processo biológico constituído pela capacidade orgânica e mental para responder às necessidades da vida cotidiana, e pela motivação para continuar buscando novos objetivos e novas conquistas. Esse processo pode ser reconhecido por sinais internos e externos do corpo que podem ser abordados por meio de distintas dimensões (BEAUVOIR, 1990).

Assim, do ponto de vista individual, as características pessoais, genéticas e de personalidade podem favorecer ou dificultar a adaptação das pessoas a essa nova fase da vida. Isso nos introduz na dimensão psicológica do envelhecimento, que se pode expressar por uma inadequação entre o processo biológico de envelhecer e as exigências do meio em que a pessoa vive. As angústias vividas nessa tentativa de se adequar à nova realidade podem provocar transtornos emocionais, como medo, fobia e isolamento social diante da desvalorização da velhice pela sociedade. Contribuem para a ocorrência de rupturas da trajetória psíquica e afetiva acontecimentos vitais ou modificações fisiológicas como:

- privações sensoriais e comprometimento da motricidade resultantes de doenças, gerando limitações e incapacidades;
- a aposentadoria, que pode tornar o idoso, material e financeiramente, dependente de sua família e de outras pessoas;
- privações sociais; com a diminuição do seu dinamismo, ocorre uma propensão à introversão e situações de isolamento social favorecem o aparecimento de medos, angústias e solidão;
- acontecimentos dolorosos como rupturas com o trabalho, perda de amigos e familiares que morrem, entre outras situações que contribuem para seu isolamento e solidão;
- permanência em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) ou hospitais, levando à perda do seu referencial domiciliar e da sua subjetividade;
- acometimento de doenças crônicas e degenerativas como as síndromes demenciais e doença de Parkinson que levam o idoso a

uma condição de dependência e falta de autonomia para realizar as atividades do dia a dia.

A forma como a sociedade se apropria do processo de envelhecimento revela a dimensão social desse fenômeno. É comum que com o avançar da idade a pessoa tenha seu ambiente alterado, seja por rupturas com o trabalho, com amigos e familiares, seja por mudanças no domicílio ou outras. Essas mudanças podem revelar a diminuição do dinamismo, a negação das vontades e da subjetividade do idoso, o que promove processos de introversão e isolamento social, favorecendo o aparecimento do medo, da angústia e da solidão.

As características biológicas e psicológicas não são independentes dos contextos socioculturais, o que significa que as pessoas enfrentarão limitações físicas, psicológicas e barreiras sociais que podem limitar seus horizontes, tendo como pano de fundo preconceitos e estereótipos que acarretam desrespeito e falta de cuidado em maior ou menor grau, em função do espaço social onde estejam inseridas.

A velhice pode ser entendida como um ponto do ciclo da vida orgânica e social, e o idoso é visto, socialmente, como aquele que tem sinais de senilidade e incapacidade física e mental.

Portanto, a visão que se tem desse segmento populacional pode se basear em paradigmas negativos, no qual o idoso é dependente e vulnerável em termos econômicos, de saúde e de autonomia, sem possuir mais qualquer papel social, e a velhice é vista como sinônimo de perdas. Essa visão, embora negativa, orientou algumas políticas públicas no Brasil, dirigidas à promoção de direitos sociais e à universalização da aposentadoria.

Os primeiros marcos legais relacionados com a garantia de direitos dos idosos no Brasil datam de 1891, quando a Constituição Federal fez referência à aposentadoria por invalidez e não por idade (RAMOS, 2002). Somente a partir de 1934, a legislação passou a contemplar a aposentadoria por idade, sendo esse benefício ofertado em razão de o idoso ser considerado vulnerável e dependente. No entanto, apenas a partir de 1980 esta visão sobre o idoso começa a mudar, seguindo a influência dos debates internacionais sobre a entrada de novas estratégias e políticas para os idosos, sendo a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento um marco para a constituição de novas políticas em diversos países do mundo e no Brasil (CAMARANO, 2016).

Na Constituição brasileira de 1988 foi introduzido o conceito de seguridade social, e a responsabilidade sobre o idoso é dividida entre a família, a sociedade e o Estado, os quais devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Entre os direitos sociais garantidos aos idosos, atualmente, está a gratuidade nos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos, o atendimento preferencial em todas as instituições, e o benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 65 anos com renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e inscritas no cadastro único (CAMARANO; PASINATO, 2004). No Brasil, o salário mínimo desde janeiro de 2018 é de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais), equivalente a cerca de 300 dólares à época.

O quadro a seguir apresenta uma síntese cronológica recente das principais políticas direcionadas especificamente aos idosos no Brasil.

Quadro 1 – Cronologia das principais políticas direcionadas aos idosos no Brasil

Ano	Política
1994	Lei n. 8.842 institui a Política Nacional do Idoso, que cria o Conselho Nacional do Idoso
1999	Portaria n. 1.395 institui a Política Nacional de Saúde do Idoso
2002	Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas
2003	Lei n. 10.741 institui o Estatuto do Idoso. Os artigos 19 e 57 determinam que é responsabilidade dos profissionais da saúde e instituições notificarem os casos de abuso aos Conselhos do Idoso (municipais, estaduais ou federais)
2005	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, pela Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, para o período 2005-2006
2006	Portaria n. 2.528 atualiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
	1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com criação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi)
2007	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, para o período 2007- 2010
2009	Decreto n. 6.800 dá nova redação ao artigo 2º da Política Nacional do Idoso, que define as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos
2010	2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
2011	3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
	Lei n. 12.461 altera a Lei n. 10.741, ao estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde
2013	Lei n. 12.896 veta a exigência de comparecimento do idoso enfermo aos órgãos públicos e assegura o atendimento domiciliar para obtenção de laudo de saúde
2017	Lei n. 13.466 assegura prioridade especial aos idosos maiores de oitenta anos
2018	Decreto n. 9.328, de 2018, institui a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, que incentiva as cidades a promoverem ações destinadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população, principalmente das pessoas mais vulneráveis

Fonte: Elaboração dos autores.

A construção desse conjunto de marcos legais vem implementando, na realidade brasileira, um processo de mudança na abordagem da velhice com o objetivo de transformar a última fase da vida num momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal, através de maior participação social e manutenção ou constituição de seus papéis ocupacionais. Essa dimensão ética visa resgatar o idoso como possuidor de uma vida ativa, de uma identidade que busca criar uma nova imagem na qual o envelhecimento é considerado uma conquista social. O idoso é aquele que tem disponibilidade para o consumo, que contribui com a família, a sociedade e o desenvolvimento econômico. Tais mudanças conferem ao idoso um protagonismo econômico e social na família, assumindo, muitas vezes, o papel de único provedor ou provedor majoritário do sustento do grupo familiar, o que deve ser estudado com mais profundidade, pois pode se constituir em fator de risco importante, como poderá ser visto ainda neste capítulo.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), de 2005 a 2015 diminuiu a proporção de idosos ocupados que recebiam aposentadoria de 62,7% para 53,8%, e aumentou de 47,6% para 52,3% a participação de pessoas com 60 a 64 anos ocupadas. Isso reforça a desigualdade social existente no país em relação às condições de trabalho, renda e alterações legislativas nas regras dos regimes previdenciários, cujo objetivo tem sido postergar a concessão de aposentadoria.

No ano de 2000, 42,8% das pessoas com 60 anos ou mais tinham um rendimento mensal de um salário mínimo. A síntese de indicadores sociais do IBGE indicou que arranjos familiares com, ao menos, uma pessoa de 60 anos ou mais diminuía a vulnerabilidade socioeconômica dos idosos e familiares que residiam com eles, pois a aposentadoria ou a pensão que o idoso recebe ajuda de maneira importante o sustento da casa. O IBGE (2015) aponta que 75,6% dos idosos de 60 anos ou mais de idade eram aposentados e/ou pensionistas, em 2015, e que 69,0% do rendimento das pessoas nessa mesma faixa etária era proveniente de aposentadoria ou pensão. Tal panorama mostra que o envelhecimento brasileiro traz uma dualidade: cresce a quantidade de idosos que necessitam de cuidados prolongados, porém cresce também a participação dos idosos no provimento do lar.

Em relação à moradia para as pessoas idosas, o IBGE (2015) constatou que o arranjo familiar composto por casal sem filho foi mais comum (35,8%) do que o formado por casal com filhos (25,3%). Destaca-se ainda o crescimento de novos arranjos familiares, como o aumento do

número de netos e bisnetos que vivem sob a custódia dos avós, sendo, na maioria das vezes, cuidados e sustentados por eles.

Em 2000, quase seis milhões de idosos tinham filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Tal fenômeno pode contribuir positivamente no que concerne ao diálogo e à solidariedade entre as gerações, desde que o idoso não seja explorado e possa ser visto como alguém que tem uma contribuição social a oferecer. Essa informação é fundamental para desmistificar a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes. Pelo contrário, ele desempenha um papel socioeconômico de grande importância na família.

Os Capítulos 3 e 11 deste livro aprofundam as mudanças pelas quais a família brasileira passou nas últimas décadas, sendo essa uma questão relevante para o aumento da vulnerabilidade e do risco de vitimização do idoso.

As mudanças na composição da família, em grande medida impostas pelas necessidades socioeconômicas, mas também pela adoção de novos estilos de vida, diminuem os contatos entre os familiares e provocam rupturas nas relações intergeracionais, muitas vezes afrouxando os vínculos afetivos, o que vem a ser um fator predisponente para a violência.

Nos novos arranjos familiares, é possível que muitos idosos prefiram e tentem viver sozinhos, mas não podemos esquecer que uma parte deles é afastada do convívio familiar mesmo contra a sua vontade. É bom também lembrar que, nessa fase da vida, a pessoa pode ser acometida por doenças que exigem cuidados específicos e a tornam dependente. Nessas circunstâncias, o idoso precisa se sentir valorizado e receber a atenção e o carinho da família, o que nem sempre acontece.

Você encontrará mais informações sobre pessoas com deficiências e necessidades especiais no Capítulo 14 deste livro, “Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência”.

Minayo (2003) destaca que, do ponto de vista socioantropológico, devemos considerar os diferentes contextos históricos que revelam atribuições e poderes para cada ciclo de vida. Em relação aos idosos, observa-se uma tendência de desinvestimento político e social. Muitas culturas apresentavam o hábito de separar ou segregar os idosos de forma real ou simbólica, desejando sua morte. Nas sociedades ocidentais, esse hábito se manifesta principalmente nos conflitos intergeracionais, nos maus-tratos, negligências e discriminações.

Finalmente, queremos realçar a dimensão existencial do envelhecimento, a qual ressalta a velhice como o lugar da solidão. Este é o período da vida em que a pessoa se vê diante de si mesma, sem as amarras e as ilusões que as tarefas cotidianas lhe proporcionavam. Não tendo mais os pretextos dos afazeres rotineiros, só lhe resta o enfrentamento com a sua própria história. A introspecção pode, por um lado, ser o ponto de partida de um processo em que as novas conquistas e novas realizações são sempre um horizonte possível. Por outro lado, não se pode negar a

existência de uma velhice que considera essa fase da vida uma espera pelo fim.

Portanto, o processo coletivo de envelhecimento de uma população, assim como a vivência individual e particular dessa experiência, possui várias dimensões a partir das quais pode ser abordado e é diferenciado em função do momento histórico, do local e da cultura que se considere.

10.3 O que é violência contra a pessoa idosa

A história da família de Cabral

A família Cabral é atendida por uma equipe do centro de saúde e é um exemplo dos vários tipos de problemas sociais e de violência envolvendo famílias inteiras. Maus-tratos, negligência, abandono, fome, desnutrição, deficiência motora, deficiência mental, distúrbios psíquicos, alcoolismo, tuberculose, Aids, abuso sexual, prostituição e uso de drogas estão presentes na história dessa família e no cotidiano de seus familiares.

No centro de toda a trajetória de pobreza e exclusão social está dona Rosa que, aos 60 e poucos anos de idade, cuida do pai, dos nove filhos e dos netos. Ela é evangélica e sofre de diabetes. Mora sozinha num barraco cedido que não tem banheiro nem água canalizada. Atualmente está para ser despejada. Ao redor, em outros barracos, estão o ex-marido de dona Rosa – que bebe muito e também é diabético –, os filhos e os netos. Recentemente, a senhora teve que dar uma atenção especial à filha, quando ela quebrou a perna e ficou imobilizada por 45 dias. A moça é alcoólatra e sempre traz problemas para a mãe.

Dona Rosa é negra e estudou até a 3ª série primária. Engravidou ainda adolescente e teve uma filha sozinha. Quando a criança tinha apenas dois anos, ela conheceu um rapaz, com quem foi morar, na casa da sogra. O companheiro assumiu a paternidade da menina, registrando-a em seu nome. Dona Rosa e o marido tiveram mais oito filhos. Ele trabalhava numa casa de móveis, não consumia bebidas alcoólicas, mas era mulherengo. Aos poucos, começou a maltratar dona Rosa e, quando as crianças eram pequenas, ele a expulsou de casa junto com os filhos. Ela foi embora do bairro com as nove crianças e só voltou quando foi chamada para cuidar da sogra, doente e também maltratada pelo filho.

Quando dona Rosa conseguiu se separar do companheiro, ele não manteve contato com os filhos e nem ajudou a criá-los. Trabalhando como faxineira para sustentar a família, todos os dias, ao sair de casa, deixava a comida pronta. A filha mais velha cuidava dos irmãos menores enquanto

a mãe trabalhava. Todos frequentaram a escola. No entanto, mesmo com os filhos crescidos, a família continuou a passar necessidade. Faltava comida. Dona Rosa ficou doente e foi internada num hospital psiquiátrico.

Após esse episódio, dona Rosa não voltou a morar com os filhos. Ela sentia que agora dava trabalho aos outros e estava incomodada porque ouvia “muito barulho na cabeça”. Há alguns anos, havia se tornado protestante, o que a ajudou muito. Hoje em dia, diz sentir-se bem melhor; deixou de tomar tranquilizantes e, quando necessário, utiliza um chá caseiro como calmante. Lamenta sua condição de vida e a de seus filhos, que não a ajudam. Na verdade, eles também precisam de ajuda. Alguns lidam com drogas ilegais; outros consomem bebidas em excesso; uma delas está envolvida com prostituição; e outra, ainda, é deficiente mental e foi internada após um surto psiquiátrico. Essa moça também é suspeita de ter praticado abuso sexual contra a filha, que passou uns tempos morando com dona Rosa.

Dona Rosa lutou durante anos para satisfazer, ainda que minimamente, as necessidades materiais e afetivas dos filhos, em detrimento de suas próprias necessidades, muitas vezes esquecidas. Chegou um momento em que não suportou tantos sofrimentos e miséria, aliados às cobranças constantes por parte dos filhos e netos. Resultado: adoeceu, “pirou”, “pifou”. Posteriormente, reconstruiu como pôde sua rede de relações, primeiramente apoiada apenas nos serviços de saúde e, em seguida, de forma preponderante, na religião e na Igreja Evangélica, que a ajudaram a melhorar sua identidade e autoestima.

Depois de tanto sofrimento, dona Rosa descobriu, ou recuperou, a generosidade para consigo mesma. Ao menos do ponto de vista subjetivo, obteve uma melhora de “qualidade de vida”. Atualmente, usufrui do prazer de fazer compras pessoais parceladas e de quitar suas dívidas com o dinheiro que ganha do próprio trabalho. Por algumas semanas, esteve na praia vendendo hambúrgueres para pagar um perfume e um CD de música evangélica. Embora continue sem ter onde morar ou como viver dignamente, não deixa de dar apoio aos filhos e aos netos, a cada problema que surge.

Fonte: Essa história e muitas outras abordando famílias ao longo dos ciclos vitais estão relatadas na tese de doutorado “A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades”, de Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (2002).

Retornamos, nesta parte do texto, aos conceitos de violência que já foram amplamente tratados no Capítulo 1 deste livro, e ressaltamos que nunca é demais lembrar que se trata de questão complexa que dificilmente pode ser abrangida de modo completo, em uma única definição. Aqui consideramos a definição da World Health Organization/International Network for the Prevention of Elder Abuse

Violência contra a pessoa idosa é definida como “um ou repetidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

(WHO/INPEA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) para **violência contra a pessoa idosa** por ser a mais conhecida.

A problemática da violência contra a pessoa idosa foi denominada pela primeira vez no campo da saúde por Baker (1975), como “espancamento de avós”. De lá para cá, o conhecimento avançou e permitiu identificar que as violências que acometem a pessoa idosa têm características que são comuns a outros grupos sociais, mas também possuem especificidades. Os idosos, como os demais grupos sociais, estão submetidos às violências física, psicológica e sexual, já bem descritas no Capítulo 1. No entanto, há violências que são particularmente comuns nessa fase da vida, como é o caso do abuso financeiro, da negligência, do abandono e da autoviolência.

Na categoria de abuso econômico e financeiro, podemos situar os casos de apropriação indevida, ou ilegal e não consentida, dos recursos monetários e patrimoniais do idoso por parte de familiares. Essa situação tem sido frequente no Brasil, como mostra o estudo de Souza *et al.* (2008), a partir das informações registradas na Delegacia do Idoso e no Ministério Público do Rio de Janeiro, no qual a usurpação de aposentadorias e pensões por membros da família foi uma das principais queixas dos idosos. Já pesquisa liderada por Bolsoni e colaboradores (2016), no município de Florianópolis (SC), apontou a violência financeira como o segundo tipo mais frequente de violação entre idosos.

A negligência contra a pessoa idosa se manifesta nas situações de privação de cuidados. Tais situações são mais evidentes quando faltam condições financeiras para o sustento do idoso e quando surgem problemas de saúde, o que não quer dizer que elas não ocorram em outros contextos. Com o avançar da idade, é comum o surgimento de problemas de saúde que limitam a autonomia da pessoa idosa; nessas situações, as famílias assumem mais frequentemente os cuidados como administrar o uso de medicações, auxiliar no banho, na alimentação e tudo mais que for preciso. As negligências são justamente o oposto a esses cuidados, isto é, quando principalmente os familiares ou aqueles responsáveis por atender às necessidades dos idosos não o fazem da forma devida. Apesar de a negligência ser percebida muitas vezes no ambiente familiar, as instituições hospitalares e asilares são muito criticadas no Brasil pelo histórico de negligência com que tratam os idosos pelos quais são responsáveis.

O abandono é expresso pela segregação física ou simbólica do idoso, como privação da vida social e familiar. Em várias sociedades, inclusive na brasileira, durante muitos anos foi determinado um local de isolamento

dos idosos em grandes instituições, denominadas instituições de longa permanência para idosos, comumente ainda conhecidas como asilos ou abrigos. Em muitas delas, os idosos recebem cuidados massificados, com limitada possibilidade de expressão de sua individualidade, e se encontram distanciados de seu meio familiar e comunitário. Apesar de gradativamente estarem surgindo no Brasil formas mais saudáveis de convivência com a velhice, ainda persistem situações em que idosos são “esquecidos” pelas famílias nos asilos, hospitais e nas próprias residências. Existe também uma velhice completamente abandonada pela família e pelo poder público, que perambula pelas vias públicas e faz delas seu local de moradia, em uma condição extrema de exclusão social (ESCOREL, 1999).

Conforme foi discutido no Capítulo 7, a violência autoinfligida abrange o suicídio consumado, tentativas de suicídio, ideações suicidas e autonegligências (MINAYO, 2016). A autonegligência é expressa pela ausência ou recusa de cuidados do idoso consigo mesmo. São exemplos dessa forma específica de violência o não uso ou o uso inadequado de medicamentos, alimentos e entorpecentes. A ideação suicida é o pensamento que fomenta o desejo de acabar com a própria vida, enquanto o suicídio se caracteriza por ser o ato intencional para acabar com ela. Minayo (2016) ressalta que há uma linha tênue entre a autonegligência e a tentativa de suicídio, por exemplo, o que confere complexidade para intervir junto a idosos com comportamento suicida. Segundo a portaria GM/MS n. 1.271/2014, casos de tentativa de suicídio são de notificação imediata no âmbito municipal.

Em uma comunicação apresentada na II Conferência Nacional sobre a Terceira Idade, em Maputo, Moçambique, Silva (2009) descreveu a situação de abuso e violência que a terceira idade sofre no país. Com base nos resultados de suas pesquisas (SILVA, 2001, 2003) avançou uma tipologia de violência/abuso onde se destaca, além das violências anteriormente citadas, a violação dos direitos básicos, tais como falta de identificação civil, falta de comida, falta de renda, não prioridade nas filas, falta de cuidados de saúde, falta de implementação pelas instituições dos benefícios sociais a que a terceira idade tem direito.

A magnitude das várias violências acima descritas não é devidamente conhecida porque muitas vezes a sociedade e os próprios idosos as “naturalizam” e não as percebem como violências, o que gera considerável sub-registro dos casos nas instituições que atendem as pessoas idosas. Muitas dessas ocorrências sequer chegam ao conhecimento de qualquer instituição.

Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, cuja fonte é a Declaração de Óbito, e do Sistema de Informações sobre Internações, cuja fonte é a Autorização para Internação Hospitalar, constituem sistemas nacionais do Ministério da Saúde, são de livre acesso e podem ser encontrados no site: www.datasus.gov.br

O que conhecemos mais amplamente se refere aos impactos que a violência provoca na saúde dos idosos, na forma de mortes e de internações hospitalares, que cobrem os eventos mais graves e são traduzidos em indicadores epidemiológicos. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, permitem calcular a taxa de mortalidade por causas externas, grupo que engloba todos os acidentes e as violências (DATASUS, 2009).

Em 2009, essa taxa foi de 110,3 por 100 mil habitantes idosos brasileiros, variando de 154 no sexo masculino e 75,2 no feminino. Entre esses eventos fatais, destacam-se as lesões no trânsito e as provocadas por quedas. As primeiras representaram 29,2% dos óbitos de homens idosos por causas externas e 18,8% das mortes de mulheres idosas por essas mesmas causas. Em ambos os sexos, a taxa de mortes por lesões no trânsito foi 27,8/100 mil habitantes com 60 ou mais anos; entre os homens, foi 44,9 e, entre as mulheres, 14,1/100 mil habitantes idosas nessa faixa etária (DATASUS, 2009).

Os registros das internações hospitalares no Brasil contabilizaram mais de 160 mil hospitalizações de idosos por causas externas, em 2011. As quedas foram responsáveis por 84.201 dessas internações e as tentativas de suicídio totalizaram 589 hospitalizações nesse ano, trazendo à tona prováveis negligências e violências domésticas. Mas, a violência que ocorre no trânsito gerou a necessidade de 14.394 internações de idosos, sobretudo pedestres, e as agressões somaram mais 3.602 registros (DATASUS, 2009).

Pouco se conhece sobre as violências menos graves que acometem as pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde, de segurança pública ou de direitos humanos no Brasil. Dentre os motivos para a desinformação estão a não investigação dos casos com o consequente não registro dos mesmos e a inexistência de sistemas de informação adequadamente estruturados para o armazenamento dessas informações.

10.4 Fatores de risco para a violência contra o idoso

A literatura internacional indica que 90% dos casos de violência contra pessoas idosas ocorrem no seio da família e 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges. Filhos homens, noras, genros e esposos são os principais perpetradores de violência, mesmo quando ocupam a função de cuidador (MINAYO; SOUZA, 2003).

Os estudos apontam que os idosos são mais vulneráveis quando:

- o agressor e o idoso vivem na mesma casa;
- há dependência financeira entre o idoso e os demais membros da família;
- há uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente familiar;
- a família ou o cuidador tende a se isolar socialmente;
- o cuidador ou o idoso sofre de depressão ou qualquer tipo de doença mental ou psiquiátrica;
- há pouca comunicação e os laços afetivos da família ou do cuidador com o idoso são frouxos;
- há histórico prévio de violência na família ou o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

Esses fatores costumam estar imbricados com aspectos próprios do processo de envelhecimento e das relações familiares. Muitas vezes, os atores envolvidos estão ligados por fortes laços consanguíneos, que acabam mascarando ou impedindo a detecção de todos os elementos que constituem a dinâmica da violência. Os idosos são particularmente vulneráveis, pela diminuição da capacidade funcional, ou seja, pela restrição do desempenho satisfatório das atividades da vida diária e do autogerenciamento, e pela perda do lugar social, agravada pela aposentadoria.

Além dos fatores de risco relacionados com o ambiente familiar, há fatores do ambiente comunitário e social. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), moradia e vizinhança seguras e apropriadas são essenciais para o bem-estar do jovem e do idoso. No entanto, nas periferias das grandes cidades brasileiras existem cinturões de pobreza que reúnem milhares de pessoas em situação de precariedade financeira e exclusão social, sem as mínimas condições de sobrevivência (ESCOREL, 1999). As moradias das pessoas idosas residentes nessas áreas costumam ser improvisadas e, quase sempre, inadequadas aos seus problemas de saúde e de segurança. E os obstáculos nelas existentes e no seu entorno aumentam o risco de quedas (RIBEIRO *et al.*, 2008). O censo demográfico de 2010 constatou entre as características de moradia dos idosos que 93,8% residiam em domicílios que não possuíam rampas em seu entorno. Outro resultado que merece ser mencionado é o expressivo percentual de idosos que residiam em domicílios sem calçada no entorno (24,2%), o que sugere pouca atenção com a circulação de pedestres (IBGE, 2016).

Pelo fato de não serem polos habitacionais planejados, o poder público não se faz presente, por exemplo, com serviços de saneamento, abastecimento de água e energia elétrica, e coleta de lixo, ficando a população confinada em verdadeiros guetos, quando se sabe que a garantia de transporte e outros serviços pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento da pessoa idosa.

Além desses fatores, a própria violência da área onde o idoso reside reforça o pacto de silêncio em relação à violência intrafamiliar, pois tanto ele como seus vizinhos temem as retaliações que podem acontecer contra o parente agressor (SOUZA *et al.*, 2008).

10.5 Fatores de proteção contra a violência

Refletir sobre os fatores protetores da violência contra a pessoa idosa requer resgatar alguns conceitos fundamentais como rede social, apoio social e rede de apoio social, que foram sintetizados por Souza *et al.* (2008) com base em alguns autores, conforme destacado a seguir.

Rede social é tudo aquilo com que o sujeito interage; tudo o que faz parte da rede relacional do indivíduo (SLUSKI, 1997). Os relacionamentos com a família e os amigos pressupõem troca de afeição, estão associados com o bem-estar subjetivo e estão presentes nas redes sociais (ERBOLAT, 2002). Tanto a família como amigos e vizinhos são fontes naturais de proteção e inclusão social, com as quais as pessoas encontram companhia, a possibilidade de compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas (DOMINGUES, 2000).

Apoio ou suporte social é qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. São trocas mútuas nas quais tanto aquele que recebe quanto o que oferece o apoio é beneficiado por conseguir maior sentido para sua vida.

Estudiosos do apoio social apontam o seu papel na prevenção das doenças, manutenção e recuperação da saúde, pois ele ajuda a criar uma sensação de coerência e controle da vida, afetando benéficamente o estado de saúde das pessoas (GRIEP *et al.*, 2003; VALLA; STOTZ, 1994).

O conceito de **rede de apoio social** está vinculado às relações de troca, que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. Esse conceito tem implícita a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar uma teia.

As redes de apoio social ao idoso podem ser:

- a) Formais – políticas públicas direcionadas à população idosa, em geral agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da proteção e previdência social, dentre outros. As principais modalidades que compõem as redes estaduais de assistência à saúde do idoso são: internação hospitalar, atendimento ambulatorial, centro-dia e assistência domiciliar. Para o acompanhamento social adequado ao idoso, faz-se de extrema importância estimular a pessoa idosa a integrar os serviços de convivência e de fortalecimento de vínculos, também conhecidos como centros ou núcleos de convivência. Esses serviços são ofertados no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e favorecem a ampliação das trocas culturais, de vivências, o fortalecimento dos vínculos familiares, e estimulam a convivência sociocomunitária (POLTRONIERI; LOUREIRO, 2018).
- b) Informais – relações marcadas pela “espontaneidade e reciprocidade” (LEMOS; MEDEIROS, 2002) que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar. Considera-se rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos. Todas essas relações que ocorrem na vida social do idoso contribuem para a proteção e o apoio na garantia dos direitos previstos por lei.

A família é, em muitos casos, o único apoio com que as pessoas idosas podem contar, constituindo-se como o principal componente de sua rede de apoio social, devido à ausência ou ao pouco suporte formal oferecido pelas instituições da comunidade e pelo Estado. Em algumas culturas, é comum observar que a “tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente” (SAAD, 1991, p. 8).

Considera-se a família, os amigos e os vizinhos suportes informais, pois nesses relacionamentos ocorrem intercâmbios benéficos, sendo a valorização da amizade um fator extremamente importante para idosos que não possuem familiares ou que estejam afastados de seu convívio. São os amigos e a comunidade que substituem o cuidado familiar, constituindo-se, muitas vezes, como o único apoio do idoso, até mesmo para encaminhá-lo a um serviço formal de atendimento. Entretanto, do ponto de vista jurídico brasileiro, a sociedade e a família têm responsabilidade solidária ao Estado no tocante ao cuidado da pessoa idosa. Caso esse não cumpra seu papel, a sociedade e a família devem atuar visando garantir os direitos básicos desse grupo.

As redes de apoio são, com frequência, as únicas possibilidades de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana. Estando debilitada, a pessoa reduz suas iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Isso porque as relações sociais têm por base uma troca em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade.

A rede social do idoso possui uma característica fundamental – ela se restringe na medida em que ele vai envelhecendo, perdendo autonomia e independência. Segundo Sluski (1997), duas questões importantes contribuem para esse processo: uma está relacionada com a dificuldade do idoso em criar novos vínculos devido à falta de motivação e oportunidades; a outra está relacionada com a pouca energia para manter ativos os vínculos já existentes. Dessa forma, é necessário incentivar o idoso e a sua comunidade a criarem novos vínculos, participando de novas redes de relacionamento, mantendo viva a possibilidade de se promover uma melhor qualidade de vida.

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas.

Assim, analisar o contexto no qual o idoso está inserido é fundamental para compreendê-lo melhor, e as redes sociais comunitárias. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), o principal instrumento para o combate ao isolamento social e à solidão na velhice é o apoio social.

Para refletir

Quais as redes de apoio social que existem na sua comunidade voltadas para a proteção da pessoa idosa? Como elas atuam?

Para consolidar seus conhecimentos

Exemplifique um caso de violência contra a pessoa idosa, vivido ou ouvido, que caracterize o contexto do seu município. Procure identificar a(s) violência(s), os fatores de risco e de proteção nele envolvidos.

10.6 Referências

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics*, Beckenham, n. 5, p. 20-24, 1975.

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

BOLSONI, C. C. *et al.* Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 671-682, 2016.

BRASIL. Decreto n. 6.800, de 18 de março de 2009. Dá nova redação ao artigo 2º da Política Nacional do Idoso, que define as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 17 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 142, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO (Brasil). *Plano de ação internacional para o envelhecimento*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 26 nov. 2012.

CAMARANO, A. A. Introdução. In: ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GLACOMIN, K. C. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no programa médico de família: dificuldades e potencialidades*. 2002. Tese (Doutorado)– Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CHAIMOWICZ, F. *Saúde do idoso*. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DO IDOSO, 1., 2006, Brasília. *Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa*: Renadi. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2006. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2., 2010, Brasília. *Anais eletrônico* [...]. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p556.htm>. Acesso em: 26 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 3., 2011. Brasília. *Anais eletrônico* [...] Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2011. Disponível em: http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/pessoa_idosa/3a-conferencia-nacional. Acesso em: 26 nov. 2012.

DATASUS. Brasília, DF: DATASUS, 2009. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 26 nov. 2012.

DOMINGUES, M. *Mapa mínimo de relações*: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ERBOLAT, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ESCOREL, S. *Vidas ao léu*: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GRIEP, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

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

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais*: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE. *Missing voices*: views of older persons on elder abuse. Genebra: International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002.

LEMO, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MINAYO, M. C. S. Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In: MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SILVA, R. M. S. (org.). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC, 2016. p. 35-58.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS, 2005.

POLTRONIERI, B. C.; LOUREIRO, A. P. Ações da terapia ocupacional no idoso com depressão: definições e caminhos para a intervenção. In: BERNARDO, L. D.; RAYMUNDO, T. M. (org.). *Terapia ocupacional e gerontologia: interlocuções e práticas*. Curitiba: Appris, 2018. p. 331-342.

RAMOS, P. R. B. *Fundamentos constitucionais do direito à velhice*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, jul./ago. 2008.

SAAD, S. M. Tendências e consequências do envelhecimento populacional no Brasil. In: A POPULAÇÃO idosa e o apoio familiar. São Paulo: Fundação SEADE, 1991. p. 3-10.

SILVA, T. *The elderly and human rights: abuse of the elderly in Mozambique*. Cambridge: Carr Centre for Human Rights Policy: John F. Kennedy School of Government: Harvard University, 2001.

SILVA, T. Violência contra a pessoa idosa: do invisível ao visível. In: CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE A TERCEIRA IDADE, 2., 2009, Maputo. *Anais [...]*. Maputo: Ministério da Mulher e Acção Social, 2009.

SILVA, T. Violência doméstica: factos e discursos. In: SANTOS, B. et al. (org.). *Conflito e transformação social: uma paisagem das justiças em Moçambique*. Porto: Afrontamento, 2003.

SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, E. R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, jul./ago. 2008.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Educação, saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

VERAS, R. P. A. A era dos idosos: os novos desafios. In: OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO EM SAÚDE DE IDOSOS NO BRASIL, 1., 2002, Ouro Preto. *Anais [...]*. Ouro Preto: Ministério da Saúde: Fiocruz: UFMG, 2002. p. 89-96.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). *Família: rede, laços e políticas públicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 93-105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization, 2002.