

Os idosos e a violência invisibilizada na família

Patrícia Krieger Grossi*
Mozara dos Reis de Souza**

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que no ano de 2025, o Brasil ocupe a sexta posição em número de pessoas idosas (pessoas acima de 60 anos). Calcula-se que o número de pessoas em idade avançada no Brasil será de 33,5 milhões. Tendo em vista o crescente envelhecimento da população idosa em nível mundial e no Brasil, este estudo contribui para a compreensão de problemas que afetam esse segmento populacional. Com o crescimento da população idosa, está ocorrendo um aumento do número de idosos vítimas de abuso, negligência, violência e maus-tratos. O abuso contra os idosos no interior de suas famílias parece ser visto como um acontecimento natural e que não interessa para ninguém, a não ser para a própria família, passando a ser um segredo familiar. Os idosos tendem a responsabilizar a si próprios pela situação de maltrato e não ao agressor (Figueiredo, 1998).

Um levantamento feito pela Delegacia do Idoso de Porto Alegre aponta que, do ano de 1995 a 1999, mais de 3000 idosos, perfazendo 3% desta população de Porto Alegre, realizaram denúncias de maus-tratos e violência nesta Delegacia. Estes valores demonstram apenas uma pequena porcentagem do total de idosos maltratados, pois, em sua maioria, eles temem por si próprios ou zelam pela família, deixando assim de procurar ajuda. O fato de a família ser considerada sagrada e intocável pode estar contribuindo para que as situações de abuso, negligência, violência e maus-tratos existentes neste meio permaneçam ocultas pelos envolvidos. A quebra do silêncio representa assumir-se como vítima ou como abusador, desmoralizando a família considerada sagrada e tendo de enfrentar o preconceito da sociedade (Saffioti, citado por Figueiredo, 1998, p. 133).

Este artigo objetiva apresentar alguns resultados da pesquisa binacional *Idosos e Violência Familiar: Aspectos Éticos, Antropológicos e Sociais*, envolvendo as Faculdades de Serviço Social, Odontologia, Matemática e Medicina da PUCRS e a Universidade de Buenos Aires (Faculdade de Filosofia e Letras) e patrocinada pela Fundação Vitae. Com os resultados desse estudo, pretendemos dar uma maior visibilidade social do problema e fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas específicas para lidar com essa expressão da questão social, buscando assim uma melhor qualidade de vida para os idosos.

Aspectos metodológicos

Considerando o objetivo proposto de mapear, dimensionar e identificar os tipos de maus-tratos sofridos pelas pessoas idosas, relação com o agressor e atitudes e sentimentos frente aos maus-tratos, formulou-se um questionário com base no instrumento da pesquisa *Os Idosos no RS* e em um outro formulário criado pela Associação de Gerontologia de Buenos Aires e traduzido no Brasil (Machado, 1997). A revisão de textos sobre a ética aplicada e ética gerontológica da

* Professora Dra. do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS. Coordenadora da Pesquisa Binacional Idosos e Violência Familiar: Aspectos Éticos, Antropológicos e Sociais, com o apoio financeiro da Fundação Vitae. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI.

** Bolsista de iniciação científica PBIC-PUCRS, vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI-FSS-PUCRS.

pesquisadora Alcira Bonilla, integrante dessa pesquisa, também norteou a elaboração das perguntas.

Os sujeitos da pesquisa foram 650 idosos que participaram do estudo multidimensional das condições de vida do Rio Grande do Sul (CEI, 1997). Esta amostra foi representativa dos idosos de Porto Alegre, sendo realizado um corte transversal, que propõe a seleção aleatória dos sujeitos em investigação, através da relação dos setores censitários do município de Porto Alegre, obtida junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Dos 650 idosos que fizeram parte da amostra da pesquisa anterior, constatou-se que 169 mudaram-se de residência, 71 faleceram, 16 encontravam-se acamados, dois encontravam-se viajando e 63 deles recusaram-se a participar do estudo. Foram também excluídos os que não residiam em Porto Alegre (viviam nas regiões metropolitanas), devido ao acesso. Ao total, foram entrevistados 307 idosos em seus domicílios.

Para atingir os objetivos da pesquisa, procurou-se determinar um perfil dos mesmos, baseado nos seguintes aspectos:

1) dados de identificação (idade, local de nascimento, tipo de moradia, estado civil, composição familiar, raça, nível de escolarização);

2) aspectos relacionados à saúde (condição de saúde do idoso, cuidados em relação à medicação, dietas e tratamento de saúde, acesso a planos de saúde privados, indicadores de negligência e auto-negligência);

3) relações familiares e comunitárias (sentimentos de privacidade em sua própria casa, autonomia do idoso, satisfação de necessidades básicas, presença de apoio familiar, indicadores de negligência, auto-negligência, abuso emocional, isolamento, abuso físico, entre outros);

4) aspectos econômicos (questões referentes à renda pessoal, fonte de renda, despesas e indicadores de abuso econômico).

O pré-teste do instrumento foi realizado com uma amostra intencional de 20 idosos que participavam do Coral da Totalidade da PUCRS e de um grupo de convivência numa vila carente a fim de verificar se as perguntas eram compreendidas pelos mesmos, tempo estimado para a aplicação do formulário e posterior revisão do instrumento. Os sujeitos participaram do estudo após consentimento voluntário e devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa e o sigilo das informações. Após a realização do estudo-piloto, foram apontadas as dificuldades encontradas no campo, problemas com o instrumento e avaliados os procedimentos a serem tomados. Após a revisão do instrumento, os auxiliares de pesquisa foram a campo novamente, entrevistando os 307 idosos em seus domicílios.

Após a coleta de dados, as informações foram tabuladas e submetidas à análise estatística do programa SPSS. Foram selecionados alguns casos de maus-tratos na população estudada, a fim de visualizar as contradições inerentes na família. Os dados foram analisados através de uma interlocução com o referencial teórico abordado e pesquisas já existentes.

Apresentação e discussão dos resultados

Perfil dos idosos

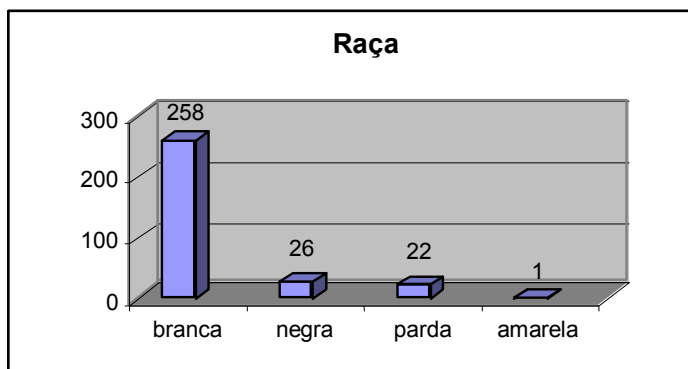
A partir das informações coletadas dos 307 idosos entrevistados provenientes de diferentes bairros de Porto Alegre, caracterizamos a amostra dos sujeitos da pesquisa segundo o gênero, faixa etária, raça, estado conjugal, coabitação, nível de escolaridade, nível de renda, tipo de moradia e meio onde nasceu.

Dos 307 participantes do estudo, 224 são do sexo feminino (73%), e 83 do sexo masculino (27%), o que se assemelha aos dados da pesquisa anterior (CEI, 1997) e o levantamento estatístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Observa-se uma feminilização dos idosos brasileiros, que vem acompanhada de uma feminilização da pobreza o que também é uma tendência mundial. No Brasil, desde 1950, as mulheres apresentam uma expectativa de vida maior frente aos homens (vivem, em média, 5 anos a mais do que os homens). Segundo a OMS, dos 70% de pobres do mundo, 70% são mulheres.

A maioria dos idosos que participaram do estudo são brasileiros, perfazendo um total de 295 pessoas (96,1%), sendo que 190 são provenientes de meio urbano (63%) e 112 (37%), são do meio rural. Observou-se que, embora a população procedente do meio urbano tenha se mostrado superior ao de meio rural, a porcentagem (37%) de idosos procedentes do meio rural demonstra nitidamente o processo migratório dos idosos. No Brasil, assim como em outros países latino-americanos, o crescimento da população idosa caracteriza-se por ser um fenômeno urbano. Com a persistência deste aspecto, acredita-se que, no século XXI, 82% dos idosos brasileiros estejam morando nos meios urbanos. Esta procura deve-se às melhores condições de emprego, acesso à alimentação, moradia adequada e principalmente assistência médica e social. Além disso, observou-se que, na década de 60, houve um declínio acentuado da fecundidade, o que levou ao aumento da população idosa no Brasil. Estima-se que de 2000 a 2025 o crescimento da população idosa deverá ser de 130%.

A urbanização e as mudanças no mercado de trabalho auxiliam a redistribuição das populações entre os meios urbanos e os meios rurais. No ano de 1930, dois terços da população do Brasil viviam nas zonas rurais e atualmente três quartos da mesma vivem nos meios urbanos. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias formam-se a partir de várias gerações, tornando necessários mecanismos de apoio aos integrantes dessas famílias, formando o modelo de família nuclear (Portaria n° 1395 do Ministério da Saúde, Dez/99).

A maior parte dos idosos participantes da pesquisa são brancos, 258 (84%), 26 (8,5%) são negros e 22 (7,2%) são pardos. Analisando a influência da cor das pessoas em relação ao maltrato pode-se considerar que cada raça possui uma cultura e que cada cultura age de maneira diferente da outra. Para Gabinet (1996), o abuso independe da classe ou da cultura, existindo uma visão diferente de cultura para cultura na maneira como lidar com o maltrato. No nosso estudo, a raça não foi uma variável significativa na questão dos maus-tratos.



Durante a análise do estado civil, observou-se que a maioria dos idosos são viúvos, 165 (54%), seguidos de 111 (36%) casados ou que residem com companheiros.

Nos casos de viuvez, o idoso é levado a morar com filhos, netos ou outros parentes. Para Figueiredo (1998), a chegada do idoso na família de seu filho gera alterações para ambas as partes. A autonomia, a liberdade e a privacidade de todos sofre alterações. O idoso pode passar a ser visto pela família como um empecilho, uma sobrecarga. Este pode ser um fator que contribui para aumentar o risco do idoso sofrer algum tipo de abuso ou maltrato. Identificou-se na pesquisa que 19 (6,2%) deles estavam separados e 12 (3,9%) solteiros.

A média de idade dos sujeitos da pesquisa foi de 74,4 anos, a média de idade dos homens foi de 79,95 anos e das mulheres de 74,54 anos. A idade máxima entre os entrevistados foi de 93 anos, sendo este uma mulher. Figueiredo (1998) refere que as relações e os papéis no meio familiar são estabelecidos com base no gênero e idade de seus integrantes. Mesmo sendo a velhice um aspecto biológico, pode ser analisada do ponto de vista social, político, cultural e ideológico. As rápidas mudanças culturais de nossa sociedade não são acompanhadas pelos idosos, fazendo com que se sintam desvalorizados e impotentes.

A classificação da escolaridade dos idosos participantes do estudo foi realizada com base nas denominações utilizadas na fase escolar dos mesmos, tais como primário, ginásio e secundário. A pesquisa revelou que 17 (5,6%) dos entrevistados são analfabetos, 161 (53,8%) fizeram ginásio, 30 (10%) secundário e 30 (10%) curso superior.

Em relação à moradia, observou-se que 188 idosos residem em casas (61,2%) e 117 (38,1%) residem em apartamentos e somente 2 (0,7%) residem em quartos ou cômodos. A maior parte deles residem em casa própria, 263 (85,7%), 11 (3,6%) em moradia alugada, 14 (4,6%) em moradia cedida, 13 (4,2%) em moradia emprestada e 2 (0,7%) residem no emprego. Identificou-se ainda que 242 idosos (78,7%) residem acompanhados e 65 (21,3%) sozinhos. Entre os que moram acompanhados, 108 (35,2%) vivem com companheiros (as) ou cônjuge, 136 (44,3%) com filhos e 77 (25,1%) com os netos.

O convívio entre idosos e seus filhos pode ser conturbado. Figueiredo (1998) defende que há uma inversão de papéis quando pais idosos e filhos jovens iniciam um convívio contínuo que não existia anteriormente, no qual os filhos começam a tomar conta dos pais. Os idosos, quando crianças, aprenderam com o perfil patriarcal de seus pais; dificilmente conseguirão aceitar o perfil de patriarca oprimido nos tempos modernos. Os idosos que necessitam de ajuda de terceiros para sobreviver, como os que moram com a família devido a problemas de saúde, apresentam maior risco de sofrer algum tipo de abuso ou maltrato, quando não há entendimento entre idoso e família.

Quando ocorrem conflitos no meio familiar, troca de papéis, problemas com espaço, autoritarismo, não cumprimento de direitos e deveres, certamente haverá dificuldade por parte dos membros da família em expressar sentimentos e emoções como raiva, vergonha, amor, prazer, angústia e medo, podendo ser este outro fator responsável pela repressão dos idosos no meio familiar. Isso foi evidenciado na fala de uma idosa do estudo. Disse ela: “Eu não podia nem escolher o canal de TV, não podia ligar para o meu filho a hora que eu quisesse e a casa era minha, a TV era minha...” (sic).

Em muitas situações, o fato de os idosos possuírem casa própria faz com que seus filhos e netos venham morar com os mesmos, propiciando a ocorrência do maltrato. Sánchez (1997) defende que brigas conjugais, desentendimentos com filhos, a falta de recursos econômicos e a falta de espaço são fatores que podem contribuir para o abuso e maltrato familiar contra o idoso, mesmo sendo este o proprietário do local onde reside a família. Outro aspecto que, segundo Gabinet (1996), pode contribuir para que ocorra o maltrato contra o idoso é o fato de a residência do idoso passar a ser de proprietários, neste caso companheiros, filhos, netos e outros parentes,

que visam ao benefício pessoal. Este aspecto é bastante relevante, visto que a maior parte dos idosos (85,7%) residem em casas próprias e acompanhados (78,7%). Além destes aspectos podem ser citadas ainda situações de negligência envolvendo a residência onde vive o idoso. Para Zimerman (2000), a violência também pode ser evidenciada em lares que oferecem riscos para a saúde, segurança e bem-estar do idoso, como presença de degraus elevados e iluminação inadequada, gerando uma falta de adequação às necessidades do idoso. Um dos casos que mais nos chamou a atenção nessa pesquisa era de uma idosa que não dispunha de luz elétrica na sua residência, necessitando utilizar o chuveiro elétrico do vizinho ou se conformar com os banhos frios. O filho dela, que residia no mesmo terreno, desligava a chave de luz da sua casa, impedindo que ela usufruísse da eletricidade em sua residência, alegando que gerava muitos gastos na sua conta de luz.

Silva (2000) refere que existe muitas denúncias de parentes que vão morar com o idoso e acabam apropriando-se de seus bens e ameaçando-o de expulsão de sua própria casa, utilizando de violência física e psíquica para tentar forçá-lo a transferir ou inventariar seus bens ainda em vida (Silva, citado por Mateus, 2000).

Em relação ao estado de saúde, 50,8% dos idosos alegam que é bom, 10,1% ruim e 39,1% o consideram regular. A situação de atendimento à saúde é deficiente para a população brasileira de um modo geral. Tratando-se da população idosa, as coisas pioram, sendo que os idosos que dependem do atendimento do SUS, além de enfrentarem filas intermináveis para conseguir uma consulta médica, os medicamentos de que necessitam não são encontrados com facilidade na rede pública e não há reserva de leitos hospitalares para eles. Neste sentido, Zimerman (2000) defende que os idosos brasileiros necessitam maior atenção e respeito às suas características particulares, como por exemplo a internação de maior duração e a reserva de leitos para os idosos doentes. Identificou-se através da pesquisa que a maior parte deles vão à consulta médica regularmente, 82% teriam ido ao médico nos últimos seis meses. Dos que classificaram seu estado de saúde como ruim, 90,3% foram à consulta médica, os que classificaram como regular 89,8% consultaram e dos que classificaram como sendo boa 76,9% referiram ter consultado. O número de idosos que relatou estar acompanhado na última consulta médica apresentou pouca diferença em relação aos que relataram estar sozinhos. Referiram estar acompanhados na última consulta 153 (49,8%), sendo que destes, 140 acompanhados por familiares e o restante por pessoas não parentes e 143 (46,6%) referiram estar sozinhos. Devido ao fato de a porcentagem de idosos sozinhos ser elevado, mesmo mostrando-se inferior a dos idosos que foram acompanhados, esta situação pode identificar negligência familiar.

As situações de violência e maltrato contra os idosos vêm sendo consideradas como problema de saúde pública. O interesse da saúde pela violência existiu devido à conscientização referente aos valores da vida e aos direitos de cidadania e de mudanças no perfil da morbimortalidade do país e do mundo. “A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter edêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” (*Organización Panamericana de la Salud*, citado por Machado e Queiroz, 2002, p. 792).

Para Machado e Queiroz (2002), a violência é uma das grandes preocupações da área da saúde, pois atinge todos os grupos etários e classes sociais, causando a morte, lesões, traumas físicos e emocionais de grande intensidade. O interesse pela violência contra mulheres e crianças pode ser explicado pelo aumento no crescimento da população infante-juvenil. Porém, a partir da década de 1980, constatou-se um crescimento da população idosa (60 anos ou mais), aumentando os riscos das doenças crônico-degenerativas, tornando-os dependentes e propensos aos maus-

tratos. Na nossa pesquisa, não foram incluídos idosos dependentes, isto é, que estariam mais vulneráveis ao abuso.

Dos 307 idosos, 176 (57,3%), não possuem plano de saúde, contando apenas com o Sistema Único de Saúde (SUS) para suprir suas necessidades no que diz respeito à saúde e 129 (42%) possuem plano de saúde privado, além do SUS.

O fato de mais da metade dos idosos entrevistados não possuir plano de saúde privado, evidencia a necessidade do treinamento dos profissionais do SUS para manejar não apenas com as doenças que acometem os idosos, mas também com as situações de maltrato e negligência. Acredita-se que junto ao processo de envelhecimento seja normal ocorrer um declínio funcional e na maior parte das instituições o problema de maus-tratos na velhice não é considerado como sendo um problema de saúde. Machado e Queiroz (2002), ressaltam que, em casos de maltrato contra crianças, os profissionais da saúde têm obrigação de realizar denúncias, diferentes dos casos de maltrato contra idosos, onde os profissionais alegam o envolvimento de questões familiares, negando-se assim a proteger a saúde dos mesmos. O treinamento desses profissionais deve basear-se na avaliação e identificação para uma possível intervenção em casos de maltrato e negligência. A avaliação baseia-se no processo de identificação a partir de exames físicos e história clínica, social e familiar. O conhecimento do perfil da vítima e do agressor também são aspectos fundamentais para a identificação dos casos de maltrato e, finalmente, se for necessário, a intervenção. A identificação dos maus-tratos em idosos já está sendo realizada através da implantação do Observatório de Acidentes e Violências na rede de hospitais-sentinela do RS, em que a PUCRS, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, realizou uma capacitação dos trabalhadores da saúde.

Um dado que nos chamou a atenção é que 56,6% dos familiares dos idosos (174) possuem plano de saúde privado, mas somente 23% desses familiares incluem o idoso como dependente. Este dado demonstra que os idosos que possuem plano de saúde privado (42%), o têm por possuir plano próprio e não por ser dependente de algum familiar que o possua.

Este aspecto da não inclusão do idoso em plano de saúde pode ocorrer devido à falta de condições financeiras da família para pagá-lo para seu idoso ou por negligência dos familiares para com o mesmo. Grossi e Ibias (2001) definem negligência como situação que implica o esquecimento ou a falha em atender as necessidades básicas do idoso.

Em relação aos cuidados com a saúde, a pesquisa identificou que 196 idosos (63,8%) referem não realizar tratamento odontológico e somente 110 (35,8%) buscam o tratamento, sendo que os problemas periodontais e outros se acentuam na Terceira Idade. Dos pesquisados, 166 (54,1%) não necessitam de prótese dentária e 98 (31,9%) referiram necessitar. Destes 98 que necessitam, 38 relataram não ter conseguido, sendo que na metade dos casos isso ocorre devido à falta de recursos econômicos.

A maioria dos pesquisados, 212 (69,1%), não possuem prescrição de dieta especial, enquanto que 91 deles (29,6%) o possuem. Identificou-se que dos que necessitam de dieta especial, 14,4% não a seguem. Destes, 23% não seguem por falta de dinheiro. Zimmerman (2000) salienta que o salário dos aposentados, pelo qual trabalharam uma vida toda, é reduzido, não cobrindo muitas vezes o pagamento de sua alimentação e medicação. Outros 23% porque não gostam da dieta e 30,8% porque não querem. A pesquisa revelou indícios de autonegligência entre os idosos, pois 53,8% dos 91 que necessitam de dieta especial não a seguem porque não querem ou porque não gostam. Machado e Queiroz (2002) definem a autonegligência como conduta de uma pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança, como recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado.

Em relação a casos de alcoolismo e/ou drogas na família, 250 idosos (81,4%), referiram não apresentar familiares com este tipo de dependência, enquanto que 54 (17,6%) admitiram ter esta situação. Apesar de o número de familiares com alcoolismo no convívio familiar não ter sido elevado, dos 54 idosos que possuem um familiar alcoolista, mais de 50% destes (32) sofrem algum tipo de abuso, seja emocional (gritos, xingamentos, ameaças) seja físico (agressões, empurrões). A presença de pessoas dependentes química no meio familiar é fator de risco para a ocorrência de abuso contra o idoso. Gabinet (1996), considera que, quando a pessoa que cuida do idoso apresenta problemas de alcoolismo, dependência de drogas ou dificuldades emocionais, aumenta o risco de ocorrência do maltrato.

Quanto ao uso de bebidas/drogas pelos próprio idoso identificou-se que 239 idosos (77,9%) não utilizam, 63 idosos (20,6%) o fazem raramente e 4,2% fazem sempre ou com frequência. O uso de drogas restringiu-se a 1,6% dos entrevistados. A literatura aponta que a utilização de álcool e/ou drogas por parte dos idosos também representa um fator relevante para a ocorrência do maltrato.

A pesquisa procurou identificar ainda, se os idosos costumam passear e com quem passeiam, constatando que 149 deles (48,5%) costumam passear com a família, 85 (27,7%) passeiam sozinhos, 62 (20,2%) com amigos e 51 (16,6%) não passeiam. O fato de 16,6% deles não passearem pode revelar indícios da existência de negligência ou do abandono por parte dos familiares. Os idosos, em muitos casos, são privados do lazer por familiares ou por si próprios, pelo fato de se considerar erroneamente que pessoas com idade avançada não necessitam de lazer. Porém, a responsabilidade da falta de lazer para pessoas idosas não depende apenas de seus familiares, mas também da sociedade. Sánchez (1997) define que a responsabilidade familiar não deve ser a única alternativa de cuidado e atenção para o idoso, que os valores sociais devem voltar-se para o cuidado dos idosos necessitados, independente de eles possuírem ou não o apoio de suas famílias.

Medidas para a proteção da população idosa devem ser estabelecidas e seus direitos defendidos por leis que o protejam, assim como existem para as crianças e para as mulheres. Deve haver uma educação comunitária para que apareça o abuso e o maltrato contra as pessoas com idade avançada e um estímulo para as vítimas buscarem ajuda, gerando mais atenção da comunidade para este tipo de violência (Feriela, 1992).

Ao serem questionados com quem gostariam de viver na impossibilidade de residir com familiares, identificou-se que 141 (45,9%) preferiam viver sozinhos, 51 (16,6%) gostariam de viver em casa geriátrica, 44 (14,3%) com outros parentes e 16 (5,3%) com amigos. As hipóteses (1,2%) de viver em hospital, com acompanhantes, com filhos e com namorado também foram levantadas pelos idosos.

A pesquisa procurou traçar um perfil econômico dos idosos através da identificação da origem da renda familiar, tipo de trabalho exercido pelo mesmo e número de pessoas que dependem da renda familiar, procurando identificar a violência econômica. A renda da maioria dos idosos, 73,3%, provém da aposentadoria, 30,3% de pensão, 5,9% de aluguéis, 4,6% de serviços eventuais, 4,2% salários, 4,2% de poupança, 4,2% da ajuda de familiares e 2% de serviços permanentes. E, 2,9% dos idosos não sabem ou não responderam a este item. Muitos idosos relataram que, para eles, violência era o valor da aposentadoria que recebiam, que mal dava para se sustentarem e o descaso do governo com a situação dos aposentados.

Uma percentagem significativa dos que participaram do estudo, 125 (40,7%), referiram que de sua renda depende apenas uma pessoa, 83 (27%) referiram que dependem da renda duas pessoas e 31 (10%) referiram que três pessoas dependem da renda. Quanto aos demais,

perfazendo um total de 37 (12,2%) referem de quatro a sete pessoas e 16 idosos (5,2%) não responderam a esta questão. A soma dos idosos que referiam que três ou mais pessoas dependem da mesma renda perfaz um total de 22,2%. Freitas (2002) identifica que o aumento do desemprego e do número de divórcios propicia o retorno dos filhos adultos para a casa de seus pais, desenvolvendo uma dependência emocional e financeira. Este fato pode levar ao abuso financeiro ou material do idoso. O autor conceitua abuso financeiro ou material como a exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não-consentido de recursos financeiros de um idoso. Em relação a sua maior despesa, 142 idosos (46,3%) afirmam que seu maior gasto é com a alimentação, 72 deles (23,3%) referiram que seu maior gasto é com saúde (medicamentos), 17 (5,5%) referiram habitação, 11 (3,6%) ajuda familiar, 11 (3,6%) referiram outros gastos e 30 (9,7%) não souberam responder. Percebe-se que os gastos com a alimentação são os prevalentes na população idosa, seguindo-se os gastos de saúde, o que corrobora a pesquisa anterior realizada em 1995 (CEI, 1997) com essa mesma população.

Nas perguntas referentes aos aspectos econômicos dos idosos, a pesquisa procurou identificar se era o próprio idoso que recebia seu dinheiro, constatando que 225 (73,3%) deles recebem o seu dinheiro, 37 (12,1%) nunca recebem o dinheiro, 23 (7,5%) com frequência ou raramente e 15 (4,9%) não responderam a esta questão.

Sentimento de privacidade e autonomia nos idosos: a violência invisibilizada

Quando questionados acerca de sua privacidade, os sujeitos do estudo posicionaram-se da seguinte maneira: 254 (82,7%) afirmaram ter sempre privacidade, 39 (12,7%) tem privacidade com frequência e 13 (4,3%) referiram ter privacidade raramente ou nunca.

Um dos dados que nos chama a atenção em relação à privacidade, refere-se ao local onde o idoso dorme. Existe uma associação entre o local onde dorme o idoso e o sentimento de privacidade, que independe da classe social e do número de cômodos na residência. Identificou-se que a maioria deles, 289 (97,1%), dormem no quarto, 6 (2%) na sala e 2 (0,7%) em peça única (cozinha/sala/quarto). Através do cruzamento das variáveis, verificou-se que dos idosos que dormem no quarto, 84% sentem que tem privacidade e dos que dormem fora do quarto, 44% relatam ter privacidade, o que significa que 56% dos idosos que dormem fora do quarto sentem-se sem privacidade. A falta de privacidade é uma das questões que evidenciam a violência invisibilizada, perda da autonomia do idoso que não se sente à vontade em sua própria casa.

Outra questão que buscou evidenciar negligência familiar foi o acompanhamento do idoso nas consultas médicas. Constatou-se que na última consulta médica, 153 (49,8%) estavam acompanhados e 143 (46,4%) sozinhos. Através do cruzamento das variáveis, percepção do estado de saúde e presença de acompanhante nas consultas, verificou-se que 71% dos idosos que referiram estado de saúde ruim foram à consulta acompanhados, 32,1% dos mesmos com estado de saúde bom também foram acompanhados. Portanto, estes dados indicam que os idosos em pior estado de saúde estão sendo acompanhados em suas consultas médicas, em geral por familiares. Nos casos em que o idoso classificou seu estado de saúde como ruim e não esteve acompanhado pode-se identificar indícios de negligência por parte de seus familiares ou cuidadores. Outro aspecto a ser destacado em relação ao acompanhamento do familiar nas consultas é o fato de o familiar responder as perguntas direcionadas ao paciente. Verificou-se que 45,9% dos acompanhantes dos idosos nunca respondem as perguntas feitas pelo médico ao idoso, 80 idosos (26,7%) referem que os acompanhantes respondem sempre ou frequentemente ao médico, o que

evidencia um não respeito à capacidade de decisão do idoso sobre assuntos do seu interesse e 32 idosos (10,4%) referiram que os acompanhantes raramente respondem as perguntas.

Gabinet (1996) defende que durante o processo de intervenção nos interesses dos idosos, deve-se respeitar a autonomia do mesmo, de maneira que ele tenha o direito de determinar e controlar seus assuntos de acordo com sua capacidade, além de manter sua dignidade. Assim sendo, idosos que apresentam capacidade de decisão são perfeitamente capazes de responder questões que dizem respeito a sua saúde, não necessitando da intervenção de seus familiares. Segundo Zimerman (2000), o idoso deve ser escutado e respeitado nas tomadas de decisão em relação a sua própria saúde e vida. A não ser nos casos em que os idosos não se encontram em condições de decidir sobre sua própria vida. Essa atitude de não respeito à capacidade de responder, agir e opinar sobre assuntos de seu interesse pode ser considerada um tipo de violência, que, na maioria das vezes, passa despercebida pelos familiares, pelos profissionais da saúde e pelo próprio idoso. Uma das idosas entrevistadas comentou que, quando acompanhava sua mãe de 85 anos à consulta, os médicos sempre dirigiam as perguntas aos familiares. Sua mãe havia sofrido isquemia cerebral, mas estava perfeitamente lúcida. Ela comentava durante as consultas médicas: “Doutora, por que não faz a pergunta para mim? Estou entendendo perfeitamente e posso respondê-la” (sic).

Em relação à utilização de medicações de uso contínuo, 230 idosos (74,9%) referiram que fazem uso deste tipo de medicamento e 74 (24,1%) não fazem este uso. A utilização das medicações contínuas são ligadas normalmente às doenças crônicas. Doenças estas que acometem os idosos e apresentam-se como fator de risco para a própria idade. O envelhecimento sem a presença de doenças é uma exceção; por outro lado, a presença da doença não indica que o idoso não possa comandar e organizar sua vida de maneira independente. (Portaria n ° 1395 do Ministério da Saúde, Dez/99).

Em relação às dificuldades dos idosos em lembrar o horário das medicações e a ajuda dos familiares em lembrar este horário identificou-se que 181 dos pesquisados (59%) referiram não ter dificuldade de lembrar os horários dos medicamentos, sendo que somente 41 (13,4%) raramente tem esse problema e 56 deles (18,2%) tem sempre, ou freqüentemente, dificuldades em lembrar os horários. Ainda em relação à dificuldade de lembrar horários, 5 idosos (1,6%) não souberam responder a esta questão. No que se refere à ajuda familiar para lembrar os horários das medicações, 137 deles (76,5%) disseram que os familiares nunca ou raramente ajudam a lembrar os horários dos medicamentos e 48 (15,6%) referiram que os familiares sempre ou freqüentemente os ajudam a lembrar dos horários dos medicamentos. Identificou-se que 60% dos idosos que possuem dificuldades em lembrar os horários dos medicamentos não recebem ajuda dos familiares, mesmo residindo com os mesmos, revelando indícios de negligência por parte dos familiares.

Dos 54 (17,6%) idosos que relataram a existência do uso de álcool e/ou drogas por parte de seus familiares, quando questionados sobre as atitudes destes familiares sob efeito destas substâncias, observou-se que 20 (6,5%) sofrem violência emocional através de xingamentos, 11 (3,6%) relatam que o familiar fica mais quieto, 7 (2,3%) que o familiar agride fisicamente, 7 (2,3%) que o familiar se isola até o efeito da droga passar, 6 (2%) o familiar permanece indiferente e 4 (1,3%) que o familiar o ameaça. Apesar desse dado não ser estatisticamente significativo no universo dos idosos pesquisados, deve ser levado em consideração uma vez que 57,4% dos idosos que possuem um familiar com problemas de alcoolismo e/ou drogadição no convívio familiar sofrem um tipo de maltrato. Figueiredo (1997) define o abuso físico como ato que causa dor ou lesão física ou coerção física e o abuso psicológico como atos que geram

angústia mental (medo, temor da violência, isolamento, depravação, sentimento de vergonha, indignação e impotência).

Abaixo, ilustramos alguns casos de maltrato identificados na pesquisa, para demonstrar a complexidade do fenômeno e as contradições presentes nas falas das idosas.

Caso D. Maria

D. Maria é uma idosa de 76 anos, viúva e que reside sozinha. Relata que nunca interfere nas discussões em família, sentindo-se triste e indignada quando as discussões ocorrem. Sente-se sozinha e deprimida quando está na casa da filha. D. Maria comenta que já sofreu violência psicológica da neta, que a ofendeu. A neta costuma agredi-la emocionalmente quando está sob efeito de drogas. Diante das ofensas verbais da neta, sente-se impotente e triste, costumando chorar e desabafar com amigos. Procurou ajuda com outros membros da família sem sucesso. A agressão emocional da neta e o descaso dos familiares acabou gerando angústia na idosa, taquicardia, pressão alta, necessitando ser internada no hospital. A idosa continua fornecendo uma mesada para a neta e a filha e relata se sentir bem em poder ajudar os seus familiares (Grossi, Barrili e Souza, 2002, p. 26-27).

Percebemos que, apesar de esta senhora reconhecer a violência emocional, a falta de apoio familiar, o isolamento e o próprio abuso econômico são invisibilizados. A idosa gasta a maior parte dos seus rendimentos na ajuda econômica a seus familiares, que falham no atendimento às suas necessidades básicas de afeto, atenção e respeito, o que gera danos à sua saúde física e emocional, afetando sua qualidade de vida.

Caso D. Vanessa

D. Vanessa tem 74 anos, viúva e reside com os netos. A senhora relata que possui saúde debilitada e nenhum plano de saúde privado, apesar de os familiares possuírem. A idosa relata que o namorado da neta, que reside junto com ela, já a empurrou no sofá, impedindo-a de realizar uma ligação telefônica para o filho. Outra discussão ocorreu em função da programação da televisão, pois o namorado da neta quer decidir quais os programas a serem assistidos, impedindo D. Vanessa de assistir aos programas que lhe agradam, apesar de o aparelho ter sido adquirido pela idosa. Quando ela reclamou os seus direitos, alegando que a moradia era dela bem como os eletrodomésticos, o namorado da neta se retirou da casa por três semanas. Retornou com um pedido de desculpas e um rancho. Após algumas semanas de paz, as discussões continuaram. D. Vanessa informa que a relação com sua família é ótima e sente-se valorizada pela mesma. Afirma também não sofrer nenhum tipo de violência.

Este fragmento da vida de D. Vanessa demonstra o quão invisibilizada é a violência psicológica. A falta de privacidade em sua própria casa, dificuldades de impor suas decisões e capacidade de autonomia, o que ficou evidenciado pela disputa de poder com o namorado da neta, que procura se impor, inclusive fisicamente. Outra forma de violência é a negligência familiar, uma vez que os familiares possuem plano de saúde privado e não incluem a idosa que possui saúde debilitada no mesmo (tendo condições econômicas para tal), tendo que enfrentar longas horas no SUS, aguardando uma ficha para marcação de consultas.

Caso D. Sofia

D. Sofia está com 68 anos, é casada, reside com o cônjuge e seus filhos. Costuma passar o dia cuidando do esposo que quebrou o fêmur, não podendo sair da cama. A queda do esposo ocorreu na casa da amante. D. Sofia sente-se humilhada com esta situação, pois além de ter que cuidar do seu marido acamado, pois a amante recusou-se a fazê-lo, recebe visitas constantes desta em sua casa. Os conflitos com o cônjuge são constantes e este a humilha, grita e a ofende moralmente na frente dos próprios filhos. Enquanto o esposo trabalhava, possuíam uma vida sem privações. Hoje não possuem nenhuma pensão ou benefício. Possuem um plano de saúde que é pago pela ex-patroa de D. Sofia. A idosa informa que sente vergonha dos vizinhos e que os filhos já perderam o respeito pelo pai. Costuma ser impedida de sair pelo marido, assim como receber visitas. Pretende colocar o marido num asilo, pois alega não ter mais condições psicológicas para cuidá-lo, mas sente medo.

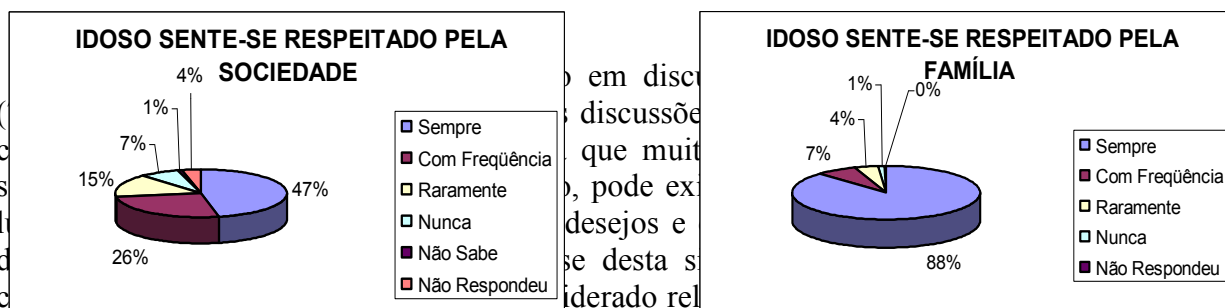
A violência psicológica presente neste relato inclui a agressão verbal crônica, ameaças, humilhação constante, insultos e isolamento social intencional, entre outros. O fato de o marido ter relações sexuais extraconjugais também é uma forma de violência emocional que afeta a autoestima e o ego da esposa. A negligência também está presente, através do isolamento, de qualquer forma de suporte social e negação do direito à visita de amigos. Percebe-se que a idosa demonstra ter consciência da violência sofrida e busca a internação do esposo em uma instituição asilar como revida à violência sofrida, o que acaba se constituindo numa *síndrome do pequeno poder* (Saffioti, 1996), *um contra-poder no sentido de resgatar um pouco a dignidade e autonomia perdidas no relacionamento*.

Outra expressão de violência está evidenciada na própria socialização da mulher para as tarefas domésticas, para cuidar dos filhos e do marido, sendo que esse estereótipo de gênero passou a ser naturalizado e incorporado por muitas mulheres por várias gerações, que ainda sentem-se responsáveis pela manutenção do lar e preservação da imagem idealizada da família, constituindo-se assim em uma violência invisibilizada. A recusa em aceitar esse papel pode levar a mulher idosa a ser vista como uma transgressora, inadequada por não cumprir o papel de gênero tradicional construído socialmente.

A literatura especializada aponta que existem duas formas de negligência: a passiva e a ativa. A negligência passiva consiste em não prover as necessidades básicas e cuidados necessários de maneira não intencional (Exemplo: não visitar o idoso, não levar o idoso a passear, etc.). Por outro lado, a negligência ativa consiste no não provimento das necessidades básicas em relação à saúde física e mental de forma intencional. A violência geralmente ocorre numa relação de confiança e causa prejuízos à qualidade de vida do idoso, violando seus direitos à integridade física, emocional, moral e capacidade de autonomia.

A complexidade do fenômeno da violência na população idosa exige um olhar e uma intervenção interdisciplinar que possa atender às diferentes expressões de violência. O foco de atenção deve ser dirigido ao idoso (vítima de maltrato), ao cuidador, à comunidade em geral e profissionais da rede de apoio. A intervenção deve levar em conta as condições físicas e mentais da pessoa idosa, a existência de uma rede de apoio familiar, a intensidade, frequência e tipo de violência, os fatores de risco para a violência, a relação do agressor com o idoso, entre outros fatores. Recentemente foi aprovado o Estatuto do Idoso que determina punição penal para todas as formas de negligência contra os mesmos, assegurando na lei desde a garantia do atendimento prioritário na área de saúde aos direitos básicos como alimentação, moradia e lazer. A comunidade deve estar atenta para o problema e denunciar casos de maus-tratos nas Delegacias Especializadas.

A maior parte dos idosos, 290 (94,4%), sentem-se respeitados na família, seguido de 288 (93,8%) que se sentem respeitados na comunidade e 233 (72,7%) na sociedade. Observa-se também que 47 (15,3%) dos idosos sentem-se respeitados raramente na sociedade, 13 (4,2%) raramente são respeitados na família e 8 (2,6%) na comunidade. Na sociedade, 23 (7,5%) nunca se sentem respeitados, 6 (2%) na comunidade e 3 (1%) na família. De uma maneira geral, observa-se que os idosos sentem-se menos respeitados na sociedade e mais respeitados na família.



idosos não costumam expressar sempre suas vontades e opiniões na família e 22% deles raramente ou nunca são ouvidos pelos familiares e em 54% dos casos, deixam de satisfazer suas necessidades para satisfazer as dos outros.

Apesar de indícios de violência invisibilizada, a maioria dos idosos (86,6%) classificam como bom o relacionamento familiar, 35 (11,4%) classificam como regular, 2 idosos (0,7%) classificam como ruim e 2 (0,7%) não sabem classificar o relacionamento com seus familiares. Em relação ao sentimento de segurança na família, verificou-se que 94,7% dos idosos alegam sentir-se seguros e 14 idosos (4,6%) relataram que raramente ou nunca se sentem seguros no ambiente familiar. Outro fator a ser levado em consideração é o bem-estar subjetivo dos idosos. Aqui, 71% deles referem se sentir sempre felizes e 5% dos idosos entrevistados raramente ou nunca se sentem felizes.

A preservação da imagem familiar é muito importante, sendo que muitos idosos que alegaram sofrer maltrato na família, classificam o relacionamento como bom. Muitas vezes, a violência é ocultada, minimizada ou naturalizada. Um dos registros do entrevistador evidencia essas contradições. Uma idosa entrevistada alegou que nunca havia sofrido maltrato e quando a filha chegou informou que a mãe dela havia sofrido violência conjugal durante anos, cessando com o falecimento do cônjuge, fato omitido pela idosa.

Conclusões

A pesquisa abordou aspectos associados à violência contra a pessoa idosa, na sua multidimensionalidade. A violência contra os idosos, indiferente do sexo, é uma expressão de abuso de poder e controle exercido sobre um grupo de pessoas que são estigmatizadas socialmente por não se encontrarem mais no sistema produtivo. Muitas vezes, essas pessoas idosas são vistas como um estorvo social, vulneráveis à exploração econômica pelos familiares e pelo próprio Estado através do pagamento de pensões inadequadas àqueles que contribuíram uma vida inteira com seu trabalho, não podendo nem ter o direito de se aposentar com dignidade.

Portanto, ser *velho* significa muitas vezes, ser excluído de vários lugares, do processo de tomada de decisões na família e em outras dimensões de sua vida social uma vez que as pessoas idosas se encontram inseridas em uma sociedade “que não atribui aos idosos um papel social,

pela existência de preconceitos em relação aos deficientes e fisicamente não-atraentes” (Quinn e Tomita, citado por Fernandes e Assis, 1999, p. 146).

Os resultados do estudo indicam que a população idosa, por ser predominantemente feminina, de baixo nível de escolarização e baixo poder aquisitivo, necessita de políticas públicas com viés de gênero e classe. Uma educação para o processo de envelhecimento é pertinente e necessária dentro das políticas de prevenção à violência doméstica contra a pessoa idosa no sentido de desmistificar a imagem do idoso com a imagem de uma pessoa *velha*, que possui a dimensão pejorativa de ser alguma coisa gasta, usada, que não tem mais valor.

Na análise, apontamos fatores de risco de maus-tratos como a dependência econômica do cuidador da pessoa idosa, o abuso de álcool e/ou drogas pelo familiar, entre outros. Estes são fatores a serem levados em conta pelas políticas de prevenção à violência familiar.

O desconhecimento da existência da Delegacia de Proteção ao Idoso por parte de 88% dos idosos entrevistados é outro fator preocupante. Foi fornecido a cada sujeito participante da pesquisa que assim o desejasse, um Manual do Idoso elaborado pela Delegacia de Proteção ao Idoso de POA que contém informações sobre os direitos deles, crimes comuns cometidos contra eles e endereços de sites eletrônicos e grupos de convivência para a Terceira Idade.

A formulação da Lei Federal n. 8.842 prevê como função do Estado “promover e defender os direitos da pessoa idosa” e “zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos” (Fernandes e Assis, 1999). Entretanto, vale ressaltarmos que não basta termos direitos de cidadania, mas a possibilidade de exercermos uma cidadania plena. O fenômeno da violência contra a pessoa idosa exige um olhar interdisciplinar e complexo, envolvendo todos os setores da sociedade civil e pública para que os idosos, como a maior parte da população brasileira não sejam apenas “cidadãos de papéis” (Dimenstein, 2000).

Muitos estudos utilizam categorias analíticas para abordar o fenômeno dos maus-tratos contra idosos, não levando em conta a percepção do idoso frente a isso. Por exemplo, um idoso que deixa de satisfazer suas necessidades pessoais para cuidar de um neto pode sentir-se útil e valorizado pela família, enquanto que outro idoso pode sentir-se revoltado ou contrariado. As reações do idoso frente aos maus-tratos são condicionadas por fatores objetivos e subjetivos que irão condicionar suas respostas e a própria concepção que ele tem de violência ou maltrato.

A pesquisa também contribuirá na elaboração de políticas públicas específicas, elaboração de sistema de vigilância de acidentes e violências na rede de saúde pública e privada para identificação dos maus-tratos de idosos, que já está sendo implantado no Estado através do Observatório de Acidentes e Violências. Os resultados da pesquisa estão sendo encaminhados ao Conselho Estadual do Idoso e outros órgãos públicos no sentido de desvelar a violência invisibilizada que o idoso sofre na família e na sociedade, demonstrando a complexidade do fenômeno e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas específicas para lidar com essa questão social.

A questão da violência contra idosos, incidente nas relações familiares, está conectada não apenas à violência contra esse grupo, em particular, mas à violência sobre a sociedade como um todo, através da pobreza, racismo e práticas discriminatórias que afetam não apenas as pessoas idosas, mas todos os grupos oprimidos que se encontram inseridos marginalmente na sociedade. Conseqüentemente, uma resposta apropriada à violência contra idosos inclui a luta por uma mais ampla justiça social na perspectiva da cidadania e dos Direitos Humanos.

Referências

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Alguns aspectos da população idosa brasileira*. Portaria nº 1395, dezembro, 1999, p. 1 a 4.
- DIMENSTEIN, G. *O cidadão de papel*. 19. ed. São Paulo: Ática, 2000.
- FERICLA, J. *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos, 1992.
- FERNANDES, M. G. M.; ASSIS, J. F. Maus-tratos contra idosos: definições e estratégias para identificar e cuidar. *Gerontologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 144-149, 1999.
- FIGUEIREDO, Sumaya Cristina Silva. Abuso em pessoas idosas: algumas considerações. *Gerontologia*, Uberaba, v. 5, n. 3, p. 140-142, 1997.
- FIGUEIREDO, Sumaya Cristina Silva. Abuso de pessoas idosas na família: um ensaio. *Gerontologia*, Uberaba, v. 6n. 3, p. 126-135, 1998.
- GABINET, I. St. *Joseph's health centre woman abuse protocol*. Toronto, ON, 1996.
- GROSSI, P. K. *Violência contra a mulher na esfera doméstica: rompendo o silêncio*. Dissertação de Mestrado, PUCRS, 1994.
- IBGE. *Anuário estatístico*. Censo demográfico brasileiro de 1995, 1997.
- MACHADO, L. Elder abuse and neglect: a new challenge on aging in Brazil. Proceedings of the World Congress of Gerontology; Adelaide, Austrália, 1997.
- MACHADO, Laura; QUEIROZ, Zally. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002, p. 791-797.
- MATEUS, Simone Biehler. Disputa por bens causa violência contra o idoso. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, set. 2000.
- SÁNCHEZ, Carmen Delia. *Intervención y manejo en casos de abuso y maltrato de personas ancianas*. Quinto Encuentro de Trabajo Social, Mexico Centroamérica y el Caribe. San Ruan, Julho, 1997.
- ZIMERMAN, Guite. *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.