

Copyright © 2003 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ EDITORA

ISBN: 85-7541-028-8

1ª edição: 2003

1ª reimpressão: 2006

Capa, Projeto Gráfico: *Carlota Rios e Cortesef*
Editoração Eletrônica: *Cláudio Roberto e Cortesef*
Revisão e Padronização de Originais: *Renata Bonfim*
Revisão Final: *Cecília Moreira*

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

795v Violência sob o olhar da saúde: infopolítica da
contemporaneidade brasileira./ organizado por Maria Cecília
de Souza Minayo et al. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2003.
[284]p.

1. Violência-tendências 2. Vulnerabilidade 3. Causa
Básica de Morte 4. Saúde 5. Acidentes I. Souza, Edinilza
Ramos de (org)

CDD - 20.ed. - 304.640981

2006
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 - 1ª andar - sala 112 - Manguninhos
21041-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9007
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br/editora

Maria Cecília de Souza Minayo
(organizadora)

*Doutora em Ciências, professora e
pesquisadora do Centro Latino-Americano
de Estudos de Violência e Saúde Jorge
Carri (CLAVES) da Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz)*

Edinilza Ramos de Souza
(organizadora)

*Doutora em Ciências, professora e
pesquisadora do Departamento de
Epidemiologia e Métodos Quantitativos em
Saúde (DEMQS) da Escola Nacional de
Saúde Pública (ENSP)/CLAVES/Fiocruz*

Simone Gonçalves de Assis

*Doutora em Ciências, professora e
pesquisadora do DEMQS/ENSP/
CLAVES/Fiocruz*

Suely Ferreira Deslandes

*Doutora em Ciências, professora e
pesquisadora do Instituto Fernandes
Figueira (IFF)/CLAVES/Fiocruz*

Romeu Gomes

*Doutor em Ciências, professor e pesquisador
do IFF/CLAVES/Fiocruz*

Kathie Njaine

*Doutoranda em Saúde Pública,
pesquisadora-bolsista do CLAVES/Fiocruz*

Patrícia Constanينو

*Doutoranda em Saúde Pública,
pesquisadora-bolsista do CLAVES/Fiocruz*

Cosme Marcelo

Furtado Passos da Silva

*Doutorando em Engenharia Biomédica, ex-
pesquisador-bolsista do CLAVES/Fiocruz e
estatístico do Instituto Brasileiro de
Geografia e Estatística (IBGE)*

Ana Cristina Reis

*Mestre em Saúde Pública, sanitária do
Departamento de Dados Vitais da
Secretaria de Estado da Saúde (SES-RJ) e
pesquisadora-bolsista do CLAVES/Fiocruz*

Liana Ximenes

*Mestranda em Saúde da Criança e da
Mulher do IFF e pesquisadora-bolsista do
CLAVES/Fiocruz*

AUTORES

SANTOS, D. M. dos. *Violência institucional em serviço de saúde: representações sociais de mulheres em processo de parturição*, 2000. Dissertação de

Mestrado. Salvador: Universidade Federal da Bahia.

SCHRAIBER, L. B. & DOLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3 (5): 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9 (1/2): 3-5, 2000.

SIMÃO, M. O. et al. Alcoolismo feminino: revisão de aspectos relacionados à violência. *Revista ABP-APAL*, 19 (4): 139-148, 1997.

SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. *Análise das tendências da produção acadêmica sobre violência e acidentes*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz-Cnpq, 2001.

SUÁREZ, M. & BANDEIRA, L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C. & UNBEHAUM, S. G. (orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 295-320.

SUÁREZ, M.; MACHADO, L. Z. & BANDEIRA, L. M. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L. & DIAZ, J. (orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec; Brasília: Population Council, 1999. p. 277-309.

TAVARES, D. M. C. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública*, 2000. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

TETELBOM, M. et al. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (3): 145-148, 1991.

TUESTA, A. de V. A. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de Saúde*, 1997. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

VICENTE, R. A. G. *Raím com ele, pior sem ele? Uma investigação com mulheres vítimas de violência*, 1999. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Psicologia Clínica, Universidade Católica de São Paulo.

VIGARELLO, G. *História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

XAVIER, I. de M. Violência de gênero presente na relação mulher e Aids: olhar da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 7 (1): 14-18, 1999.

AS MÚLTIPLAS MENSAGENS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

Maria Cecília de Souza Minayo & Edmilza Ramos de Souza

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), junto com a Rede Internacional de Prevenção de Abusos em Idosos (Inpea), acaba de lançar um texto executivo sobre a problemática da violência contra idosos, visa a partir deles próprios (2002). Também, nesse ano (2002), a OMS tornou público ao mundo outro documento, no qual trata especificamente da questão dos idosos e propõe ações relacionadas à prevenção da violência e à promoção da vida. A preocupação com o processo de crescimento acelerado da população idosa no Brasil levou à criação de uma Política Nacional do Idoso, concretizada na Lei nº 8.842, de 1994, após estudos e debates de organizações governamentais e não governamentais. Essa política, votada no Congresso Nacional e sob a coordenação e promoção do Ministério da Previdência e Assistência Social, visa a evitar a exclusão da população idosa do processo de desenvolvimento do país e de seus eventuais benefícios.

Só em 1999, o Ministério da Saúde criava sua política específica – Política Nacional de Saúde do Idoso – e, em 2001, oficializava sua preocupação com o problema da violência contra o idoso, através de uma portaria sobre a “Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências”, em cujo texto o tema é enfocado especificamente. Esse conjunto de iniciativas internacionais e nacionais coloca em pauta um problema antigo, mas de baixa visibilidade, enfocando-o como prioridade. Depois de realizar uma vasta revisão bibliográfica nas bases de dados nacionais e internacionais, pode-se concluir que esse é um assunto ainda de pouca relevância na área da saúde, sobretudo no Brasil. Portanto, a contribuição deste texto

encaminha-se em dois sentidos: apresentar uma análise exploratória sobre dados de morbidade e de mortalidade por violência nesse grupo populacional e discutir a dimensão do problema por meio de uma revisão da bibliografia internacional e nacional, enfatizando uma visão ampliada e específica da situação desse grupo populacional. Tendo em vista as diferenças delimitações que se encontram sobre o assunto, neste texto consideramos como idosa a população de 60 anos em diante, ponto de corte mais comumente adotado internacionalmente, sobretudo, nos estudos epidemiológicos.

Os dados quantitativos sobre a mortalidade e a morbidade da população idosa brasileira, no período de 1980 a 1998 e 1980 a 2000, que aqui se apresentam, são retirados de trabalhos elaborados por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) (Souza et al., 2001; 2002). As fontes principais dos dados utilizados para esses estudos foram os bancos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (no caso dos óbitos), e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), a partir da 'autorização de internação hospitalar', para o caso da morbidade. A causa básica dos óbitos foi avaliada segundo a nona revisão, da Classificação Internacional de Doenças (CID9), de 1980 até 1995, e de acordo com a décima revisão, a partir de então. Na nona, o grupo das chamadas 'causas externas' abrangia os códigos E800 a E900 do capítulo suplementar, e na décima, são categorizadas nos códigos V01-Y98, comportando os homicídios, os suicídios e os óbitos por acidentes em geral. A morbidade está classificada no capítulo XIX da CID10, referindo-se a lesões por violências e envenenamentos.

Realizou-se um levantamento bibliográfico da produção da epidemiologia e da área de saúde pública em geral no *Madline* (anos 2000 e 2001), no *Lilacs* e na base *Inforna Biblioteca Eletrônica* do Claves/Fiocruz para toda a década de 90. Os intervalos de tempo são diferenciados, pois a quantidade de material internacional é mais vasta, e, no caso brasileiro, mesmo ampliando-o para toda a década, apenas oito referências foram encontradas no *Lilacs* e no *Inforna/Claves*. Releu-se, portanto, a produção científica nacional à luz das fontes internacionais, buscando as bases teóricas oferecidas pelos autores e o conhecimento dos dados quantitativos e qualitativos apresentados sobre o grupo social: a vítima, o agressor, as formas mais recorrentes de violência e as sugestões de cuidados clínicos e sociais e de políticas públicas. Aqui só serão referidos os textos que ajudaram a configurar o quadro das violências e das causas externas, pois em todo o material pesquisado há muita repetição de dados, de conceitos, ou, em grande parte dos artigos, são analisadas realidades locais de forma apenas descritiva.

DEFINIÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

O documento da OMS/Inpea assume a definição oficial do Reino Unido para falar da prevenção de abuso contra idosos: "considera-se abuso contra idosos um ou repellidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles" (OMS/Inpea 2002,3). No texto brasileiro sobre a Política de Prevenção de Acidentes e Violências (2001), o abuso contra idosos é tratado a partir da definição dos dois conceitos gerais (acidentes e violências) e depois na especificidade desse grupo. Esse conjunto de definições se desdobra, em ambos os documentos, nas categorias de abusos físicos, psicológicos e sexuais; e, ainda, abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência.

É importante assinalar que, no caso do setor da saúde, a epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema mede a magnitude das violências que ocorrem no cotidiano da vida, das instituições e do próprio Estado. Para isso usa o conceito de 'causas externas' que é preciso ser diferenciado da noção de 'violência'. 'Causas externas' é uma categoria classificatória estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, que se contrapõem às doenças e problemas de saúde identificados como 'internos'. 'Violência' é um conceito referente às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando se empregam diferentes formas, métodos e meios de ferimento e aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais.

Neste texto, estão referidos, ao mesmo tempo, o contexto social da violência e a epidemiologia das causas externas. As violências contra idosos, também, freqüentemente, são denominadas maus-tratos e abusos, e este último é o termo mais utilizado pela OMS/Inpea no documento já mencionado (2002). Omittiu-se uma avaliação sobre as últimas duas noções usadas aqui como sinônimo de 'violência', termo empregado prioritariamente pelo documento oficial do Ministério da Saúde brasileiro (2001).

MULTIPLICIDADE DE SENTIDOS DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

As violências contra pessoas mais velhas precisam ser compreendidas tendo em vista, pelo menos, três parâmetros: demográfico, socioantropológico e epidemiológico. Do ponto de vista demográfico, a referência é um segmento populacional em acelerado crescimento em quase todos os

países do mundo. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão e dificuldades de garantir o atendimento de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que os países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. No entanto, não se trata de um fenômeno apenas nacional. Veras (2002) comenta que a esperança de vida cresceu mundialmente cerca de 30 anos neste último século. O documento da OMS/Inpea (2002) prevê que em 2025 a população mundial de idosos será o dobro, atingindo 1,2 bilhão. Embora esse grupo seja 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. No caso brasileiro, apesar de toda essa velocidade, a maioria dos velhos está na faixa de 60 a 69 anos (a faixa em que a violência mais incide), e a população idosa representa 9% da população total (Camarano, 2002). Na Europa, os grupos acima de 70 anos são os que mais crescem (Veras, 1995). De qualquer forma, hoje os velhos são mais de 14 milhões de cidadãos brasileiros, sendo impossível que os problemas que lhes dizem respeito passem despercebidos no país (Camarano, 2002). Assim, mesmo que a vitimação dos velhos seja um fenômeno cultural secular, cujas manifestações são também facilmente reconhecidas nas mais antigas estatísticas epidemiológicas, a quantidade de idosos dá realce a esse problema, pois ele se impõe, do ponto de vista social.

Mas não é apenas a quantidade que torna o tema dos abusos contra os mais velhos uma relevância. Poderia até acontecer um movimento contrário a esse reconhecimento, se a sociedade civil internacional e nacional não estivesse com os sentidos tão aguçados para tudo o que diz respeito aos direitos humanos e sociais. Colocar em pauta o tema dos abusos contra idosos (o último grupo específico que entrou na pauta do diagnóstico sobre o impacto da violência sobre a saúde e a sociedade, e também, nas estratégias de prevenção) significa que as sociedades democráticas e as organizações internacionais condenam as ações e relações que tendem ao domínio e ao aniquilamento desse segmento etário e qualquer forma de relação e de comunicação que redunde em mortes ou lesões físicas, emocionais e espirituais.

Antropológica e culturalmente, as propostas de superação das diversas formas de violência contra os velhos passam a considerar suas necessidades sob sua própria ótica, neste mundo em que sua presença maciça faz parte das profundas transformações demográficas, sociais e econômicas.

Isso significa que, do ponto de vista do interesse público, a idade cronológica precisa ser ressignificada como um princípio norteador de novos direitos e deveres. Sociologicamente sabe-se que a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice não constituem propriedades substanciais que os indivíduos adquiram com o avanço da idade. "O processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social" (Minayo & Coimbra Jr., 2002, 14). E geralmente, nos diferentes contextos históricos, há uma atribuição de poderes para cada ciclo da vida, que, na realidade, tende a ser um 'desinvestimento' político e social na pessoa do idoso. A maioria das culturas costuma separar esses indivíduos e segregá-los, real ou simbolicamente, desjeando sua morte. Nesse sentido, são muito interessantes a escolha do título e a forma de apresentação do problema pelo documento da OMS/Inpea. *Missing voices*, seguido do subtítulo: *views of older persons on older abuse*, de um lado politiza a questão; e de outro, reconhece a voz desse grupo social, portanto, considerando-o como ator.

Estudo de Riffotis (2000) sobre diferentes etnias africanas mostra como, nessas tribos onde impera uma rígida divisão de funções etárias, essa intenção de aniquilamento político dos velhos é ritualizada, pois, numa determinada fase da vida, eles são levados para morrerem, em cavernas distantes dos seus povoados. Nas sociedades ocidentais, esse desejo de aniquilamento se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, nos maus-tratos e negligências, cuja elaboração cultural e simbólica se diferencia em forma de desigualdades que ocorrem no tempo, por classes, por etnias, e por gênero.

Seria de esperar, pelo referido acima, que os velhos se conformassem com seu lugar na divisão de direitos e deveres, culturalmente atribuída, pelos ciclos de vida. Mas não é o que parece ocorrer, pois a forma como a sociedade adulta e jovem discrimina os velhos se contrapõe às expectativas que eles alimentam sobre as comunidades em que vivem. É bastante significativa ainda a pesquisa do antropólogo Leo Simmons (1945) sobre idosos de 71 sociedades indígenas, mostrando que, em todas elas, encontrou os seguintes desejos expressos pelos idosos: viver o máximo possível; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda e proteção para a sua progressiva diminuição de capacidades; continuar a participar das decisões da comunidade; prolongar ao máximo conquistas e prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito. Essa vontade de participação e o êxito de sua contribuição para a sociedade, no caso bra-

sileiro, estão descritos em interessantes trabalhos sociológicos e antropológicos como os de Simões (2000); Camarano (1999); Heck & Langdon (2002); e Bassit (2002); Minayo & Coimbra Jr. (2002); Minayo (1995;2002).

No caso brasileiro, as violências contra a geração mais velha se expressam em tradicionais formas de discriminação, como a pecha que lhes é atribuída de 'descartáveis' e 'peso social'. Por parte do Estado, esse grande regulador do curso da vida, o idoso hoje é responsabilizado pelo custo insustentável da Previdência Social e, ao mesmo tempo, sofre uma enorme omissão quanto a programas de proteção específicos, embora uma política específica tenha sido formulada a seu favor (MS, 1999). No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus-tratos e negligências. A essa forma de violência, o documento da OMS/Inpea denomina 'abuso estrutural'. Mas esse abuso também se expressa no controle e no saque da renda do idoso, por parte de seus familiares. No Brasil, em 1999, a contribuição do idoso para a renda familiar era de 58%, na área rural, e de 51,3%, na área urbana. O impacto dessa contribuição é maior na região Nordeste do que na Sudeste. Camarano (2002), ao citar esses dados, chama atenção para duas questões extremamente imbricadas. Primeiro, que o grau de dependência do idoso brasileiro é determinado pela renda que ele aufera da Previdência Social e, segundo, alerta para o fato de que importante proporção de famílias depende dessa renda. No entanto, nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, onde choque de gerações, problemas de espaço físico e dificuldades financeiras costumam se somar ao imaginário social que considera a velhice como 'decadência'. Vários trabalhos analisam essa violência difusa que perpassa a mídia (Souza et al. 2002) e que reproduz e dramatiza a percepção socialmente construída (Minayo & Coimbra Jr., 2002; Minayo, 2002).

Do ponto de vista epidemiológico, os dados de incidência e prevalência e as séries históricas permitem ir dimensionando o problema e colocando questões para os processos de prevenção de acidentes e violências e de formulação de políticas de qualidade de vida, como exporemos a seguir.

A MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS NO BRASIL

No perfil de mortes de idosos no Brasil, nos anos de 1980 a 2000, as causas externas representam 3,5% da mortalidade geral, ocupando, nesse conjunto, o sétimo lugar. A análise de séries temporais indicou tendência de queda desse tipo de óbitos nesse período, bem como sazonalidade, ou

seja, elevação das taxas no mês de julho. Em 1980, essas causas significavam 3,5% da mortalidade geral nessa faixa etária (ou seja, na população de 60 anos ou mais) e, em 2000, 2,6%, tendo sido superada pelas doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e passando, portanto, de sexta para sétima colocação no *ranking* da mortalidade geral.

No caso das 'causas externas', os dados referentes à mortalidade no período de 1980 a 2000 apresentaram-se estáveis ao longo dos anos estudados. Em 1986, foram verificados os maiores coeficientes, tanto no sexo masculino (162,4 por 100.000) quanto no sexo feminino (66,5 por 100.000 habitantes). Também, em todo o período, observamos diferenças estatisticamente significativas no risco de morrer por violências e acidentes, sendo esse risco muito mais elevado entre homens do que entre mulheres: a razão mais constante é de 2,2 óbitos masculinos para cada óbito feminino.

Tomando como base os anos de 1980 e 2000, em termos proporcionais, na faixa etária de 80 anos ou mais, a mortalidade de mulheres idosas por causas violentas predominou sobre a do grupo de homens. Constatou-se também que, em números absolutos, a mortalidade masculina é maior no grupo de 60 a 69 anos, diminuindo com o avançar da idade. Nessa faixa de idade, em 2000, a proporção foi de 3,5 mortes masculinas para cada óbito feminino. Essa relação passou para 1,9 entre 70 e 79 anos; e para 0,9 na população de 80 anos ou mais, evidenciando-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade e entre os sexos.

No conjunto das violências, segundo os dados aqui analisados, as que mais vitimaram os idosos no período estudado foram os 'acidentes de trânsito e transporte, as quedas e os homicídios'. Essas três causas específicas representaram 54,1% do total dos óbitos por violência entre os idosos em 1980 e 52,7% em 2000. É importante destacar que, embora ainda seja a causa violenta mais significativa de mortes da população com mais de 60 anos, os 'acidentes de trânsito e transporte' decresceram proporcionalmente, caindo de 33,2%, em 1980, para 27,1%, em 2000. Ao contrário, as 'quedas' e os 'homicídios' apresentaram crescimento proporcional, passando, respectivamente, de 13,7% e 7,2%, em 1980, para 15,2% e 10,4%, em 2000. Também as proporções de suicídios tendem a se elevar, pois corresponderam a 6,7%, em 1980 e 7,5%, em 2000. Observa-se alta proporção de causas externas com 'intenção indeterminada', embora de 19,4%, em 1980, tenham baixado para 13,9%, em 2000.

Seis unidades da federação destacam-se como as mais violentas para os idosos, pois as taxas de mortalidade por causas externas nesses espaços socioculturais estão entre 115,7 e 198,0 por 100.000 idosos. São elas:

Roraima (198,0), Rondônia (140,2), Mato Grosso (139,3), Rio de Janeiro (126,3), Distrito Federal (125,0) e Mato Grosso do Sul (124,8). Na Paraíba (44,5) e no Maranhão (36,5) foram encontradas as taxas mais baixas.

Na distribuição espacial dos 'acidentes de trânsito e transporte' que vitimaram os idosos em 2000, o Distrito Federal (44,7), Rondônia, (44,4), Goiás (39,6), Roraima (38,1), Espírito Santo (37,6%), Paraná (34,1) e Tocantins (30,6) têm as taxas mais elevadas. Pará (9,5) e Acre (9,9) apresentaram as menores taxas por 100.000 idosos.

As 'quedas', causa específica cuja relevância só é precedida pelos óbitos por lesões e traumas no trânsito, em 2000 tiveram as maiores taxas encontradas no Distrito Federal (40,1), Rio de Janeiro (32,9), Espírito Santo (29,6), Paraná (26,1), Roraima (22,9) e Goiás (19,8). Para esse tipo de agravo, as menores taxas foram encontradas no Acre (3,3), na Paraíba (3,4) e no Piauí (3,8). Estudo realizado por Uchikawa & Gomes (1999) num grande hospital geral de São Paulo sobre os arquivos hospitalares de 1995, encontrou que 54% dos idosos internados por causas externas o foram por quedas, e 63% desse grupo apresentavam traumatismo crânio-encefálico. Do total dos internados, 23% foram a óbito.

A distribuição espacial da mortalidade por 'homicídios' evidencia as maiores taxas por 100.000 habitantes em 2000 em Roraima (45,7), Mato Grosso (42,3), Rondônia (20,8), Amapá (20,6), Pernambuco (19,7), Mato Grosso do Sul (18,5), Espírito Santo (16,8), Maranhão (3,7) e Paraíba (4,0) destacam-se como as unidades da federação que apresentaram as menores taxas de mortalidade por homicídios de idosos em 2000.

Nas principais capitais das regiões metropolitanas, a mortalidade por violências e acidentes ocupou entre o sexto e o oitavo lugar no conjunto das causas de óbito de idosos, em 2000. Os agrupamentos poderiam ser assim comentados: oitava posição em Belém e Fortaleza, sétima em Recife, Belo Horizonte, Vitória e Rio de Janeiro e em sexta posição encontramos São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, Salvador e Natal.

Nas capitais de regiões metropolitanas há algumas especificidades dignas de nota: Recife destaca-se pelas altas proporções de 'homicídios' nesse grupo etário; e Curitiba se evidencia pelas elevadas proporções de 'suicídios' que atingiram, em 1998, 16,3% do total dos óbitos por causas externas. Também em Curitiba, é considerável o aumento proporcional de mortes por 'quedas', que passaram de 1,7%, em 1980, para 26,4%, em 1998, e 12,6%, em 2000. Salvador apresentou uma relação de 5 óbitos masculinos para cada óbito feminino na faixa etária de 60 a 69 anos, em 1998, relação entre os sexos mais elevada do país. A análise de séries temporais no período de 1980 a 2000 indicou haver uma tendência de diminuição na vitimação

desse grupo etário em Belém. Em Porto Alegre, é importante evidenciar três questões: a melhoria na qualidade dos dados sobre causas externas, havendo um decréscimo considerável na proporção de informações sobre 'causalidade e intencionalidade ignoradas': passaram de 36,6%, em 1980 para 3,5% em 1998 e 6,1% em 2000. Em segundo lugar, deve ser ressaltada a elevada proporção de 'suicídios' entre idosos. Essas proporções passaram de 10,9%, em 1980, para 15,8%, em 1998, e 15,3%, em 2000. E por fim, é digno de nota o considerável aumento nas mortes por 'quedas', nessa capital, indo de 2%, em 1980, para 32,2%, em 1998, e 28,2%, em 2000, no conjunto das causas externas. É claro que a melhoria de qualidade dos dados, graças ao investimento na vigilância epidemiológica da região metropolitana, está refletida no crescimento das proporções de óbitos por causas específicas. Isso fica claro em relação à precariedade dos dados por causas externas em Natal e Salvador, cujo grupo de causas externas com intencionalidade ignorada é bastante elevado. Em 2000, a falta de informações que pudessem qualificar as causas representava 25% em Salvador e 50% em Natal.

Em resumo, destaca-se, felizmente, uma clara tendência decrescente das mortes por causas externas em idosos no Brasil como um todo e nas 11 capitais de regiões metropolitanas. Isso só não foi observado no município de Belo Horizonte, que apresentou tendência crescente.

Num trabalho focalizado sobre o estado do Rio de Janeiro, Souza et al. (1998) mostraram que aí predominam, como causas violentas de morte de idosos, 'acidentes de trânsito e quedas'. Estas últimas vitimam, sobretudo, mulheres na faixa dos 70 ou mais anos de vida. Porém, fica evidente, também, o crescimento de óbitos por 'sufocação' no período de 1980 a 1994, indicando falhas nos serviços assistenciais e ausência de prestação de cuidados médicos.

No Brasil, as informações sobre 'morbidade por causas violentas' em idosos ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta a subnotificação em todo o mundo. Por meio de investigações mais localizadas, com trabalho de campo e busca ativa, alguns autores estimam que cerca de 70% das lesões e traumas sofridos pelos velhos não aparecem nas estatísticas. Considerando essa limitação, entende-se que os dados existentes permitem perceber a gravidade dos problemas e observar onde devem ser realizados investimentos do sistema de saúde e das políticas sociais de proteção. Por isso, há que se trabalhar a partir do que existe e buscar-se melhorar as informações desde sua origem.

A análise do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revela que 6,2% das internações de homens idosos e 7% das idosas mulheres, no ano

de 1999, foram realizadas por 'lesões e envenenamentos'. Desse conjunto, 63,2% se referiram a fraturas; 19,7%, a lesões traumáticas; 6,3%, a ferimentos; 3,5%, a luxações; 3,1%, a amputações. Do total de 69.637 internações registradas do SIH/SUS, 55% foram devidas a quedas e 23,4%, a acidentes de transporte e trânsito, sobretudo a atropelamentos (Souza et al., 2001). Portanto, para dimensionar a situação de violências e acidentes da qual é vítima a população mais velha, além de analisar os óbitos e as notificações hospitalares é preciso observar a gama de eventos não mortais como agressões físicas e psicológicas, retratando abusos e negligências a que estão sujeitos na vida familiar, comunitária e nas instituições. Os registros policiais mostram que pessoas idosas são vítimas de seqüestros, roubos, assaltos, invasão de domicílio, roubo de propriedade e de veículos, em proporção menor, mas da mesma forma que outros grupos populacionais.

Alguns estudos internacionais e nacionais (Payne et al., 1992; Souza et al. 1999; 2001) referem que, enquanto os acidentes de trânsito e de transporte são a primeira causa específica de mortes de idosos, 'quedas' são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo pelo qual procuram os serviços de emergência. As 'quedas' ocorrem mais freqüentemente entre o quarto e o banheiro, dentro do ambiente doméstico, ao atravessar as ruas, ao subir nos ônibus ou ao se locomoverem dentro deles, e se associam à instabilidade de visual e postural mais típicas da idade. Esses autores ressaltam a existência de uma razão de três quedas não fatais para cada queda fatal e observam que a elevada relação entre óbitos e lesões, realmente, está associada sobretudo a negligências em prover proteção aos idosos e, em segundo lugar, associam-se a outros tipos de maus-tratos por parte dos familiares ou dos cuidadores, dentro dos lares ou nas instituições de abrigo. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que moram em instituições sofre pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização, e metade dos idosos que sofrem esse tipo de lesão falece dentro de um ano; grande parte dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Isso representa altos custos financeiros e sociais.

PROBLEMAS EVIDENCIADOS PELA BIBLIOGRAFIA NACIONAL E INTERNACIONAL

Considera-se que os dados descritos anteriormente são a ponta do *iceberg* de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências, familiares ou institucionais, em relação aos idosos. A primeira observação a ser explicitada pela literatura consultada é a grande diferença de amadurecimento das informações dos países da América do Norte e da Europa, em relação ao que é produzido no Brasil e na América Latina. No caso brasileiro, o tema apenas está sendo tocado e problematizado, fato que pode ser atribuído, ao lado de uma falta de prioridade, à novidade do crescimento acelerado de um grupo populacional que, até bem poucas décadas, não era tão significativo.

Os nove textos registrados nas bases nacionais não constituem uma linha de pesquisa que se aprofunda, mas assuntos ainda dispersos, aqui descritos em ordem cronológica: (1) um ensaio sobre 'velhos de rua no Brasil' (Silva, 1996) que se configura apenas como uma denúncia do problema; (2) um perfil sobre 'depressão e suicídio no idoso' (Correa, 1996); (3) um texto sobre 'abuso de pessoas idosas na família' (Figueiredo, 1998); (4) um estudo epidemiológico descritivo sobre o 'extremo da vida sob a mira da violência' (Souza et al., 1998); (5) um estudo etnográfico da 'violência revelada à violência silenciada' em idosos (Menezes, 1999); (6) um estudo epidemiológico descritivo sobre a 'evolução do idoso vítima de acidentes de causa externa no âmbito hospitalar' (Graziano & Pereira, 1999); (7) uma análise crítica sobre a 'morte de idosos na Clínica Santa Genevêva' (Guerra et al., 2000); (8) uma análise quantitativa dos atendimentos a idosos por causas externas, em dois serviços de emergência hospitalar (Souza et al., 1999); (9) uma introdução ao tema da violência contra os idosos nas Américas e no Brasil (Minayo, 2000). Infelizmente, o estágio inicial em que se encontra o tratamento do tema nos permite apenas dizer que ele passou a fazer parte da pauta dos estudiosos do impacto da violência sobre a saúde, mas apenas na segunda metade da década de 90.

Feita essa ressalva a respeito da pouca relevância da produção nacional, é importante ressaltar vários pontos em comum com a literatura internacional. Um deles é a universalidade do problema. Estudos de várias culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas idosas de todos os *status* socioeconômicos, étnias e religiões, são vulneráveis aos maus-tratos (Menezes, 1999; Dhar, 2000; Kosberg & Garcia, 1995). Buscando descrever melhor os pontos tratados na introdução, diríamos que as violências contra os velhos ocorrem de várias formas: física,

sexual, emocional e financeira, e, frequentemente, uma pessoa de idade sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus-tratos. O estudo apresentado pela OMS/Inpea em *Missing Voices* (2002) reporta as seguintes categorias de abuso encontradas em investigação multicêntrica: 'abuso estrutural e societal', que se refere às negligências e abandonos¹ que dizem respeito à saúde e das instituições; 'negligências e abandonos' que dizem respeito à ausência ou privação de cuidados; 'desrespeito e atitudes de menosprezo' correspondendo ao não-reconhecimento; 'abusos verbais, emocionais e psicológicos' que se referem às ofensas que diminuem a auto-estima da pessoa; 'abusos físicos e abusos legal e financeiro'. Esta última categoria, como o próprio nome indica, diz respeito ao uso indevido das posses ou bens dos idosos sem o seu consentimento.

A pesquisa chama atenção para a dificuldade que os próprios idosos têm de falar da violência que sofrem, e muitos tendem a negar que o problema acontece com eles. O documento descreve os vários contextos em que os abusos e maus-tratos ocorrem: nas situações de aposentadorias e de isolamento físico ou simbólico, nos abrigos e asilos, nos serviços de saúde. E, por fim, alerta para as diferenciações de gênero e de *status* socioeconômico como categorias diferenciadoras das formas de abuso. Essa classificação pode ser entendida como uma tipologia universalizada, pois todos os autores que fazem investigação empírica ou têm analisado arquivos de Emergências Hospitalares e de Institutos Médicos Legais comprovam eventos dessa natureza como bases de lesões e traumas físicos, mentais e emocionais (Chavez, 2002; Pavlik et al., 2001; Menezes, 1999; Ministério da Saúde, 2001; dentre outros). Por exemplo, Wolf (1995), numa revisão de várias pesquisas canadenses, ressalta como abusos mais frequentes os de origem financeira (12,5%), a agressão verbal (1,4%) e agressões físicas (0,5%).

Os estudos internacionais (Chavez, 2002; Pavlik et al., 2001; Kleinschmidt, 1997) têm mostrado que 90% dos casos de violência e de negligência contra idosos ocorrem no seio da família, sendo que 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges dos idosos vítimas. Por isso, é preciso dar atenção a esse problema, tratado por vários autores como Rudolph & Hughes (2001); Chavez (2002); Reay & Browne (2001); e William & Schaffer (2001). As análises internacionais, além de mostrarem o ambiente familiar como conflituoso e abusivo, ressaltam também que a questão do idoso continua a ser, universalmente, problema de responsabilidade das famílias que, na maioria das vezes, não têm preparo algum ou não contam com disposição ou condições para atender adequadamente as pessoas nessa categoria etária. Estudos nacionais (Menezes, 1999) e internacionais (Anetzberger et al., 1994; Gulbrandsen, 2000; Ortmann et al., 2001; Wolf, 1997; dentre outros)

evidenciam que existe um perfil do abusador familiar, que, por ordem de frequência, costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas, a seguir, noras e genros, e, por último, esposos. Em estudo sobre essa situação em Barcelona, Ruiz Sanmarín et al. (2001), numa amostra de 307 idosos acima de 70 anos, encontram o seguinte perfil de agressores: 57% eram filhos e filhas; 23% eram genros e noras; 8%, um dos cônjuges. Anetzberger et al. (1994) também evidenciaram como principais agressores, filhos homens, em 56,5% dos casos; e filhos homens solteiros com idade menor que 49 anos, em 78,3% dos casos, num estudo qualitativo realizado com abusadores e não-abusadores, nos Estados Unidos.

O perfil típico do 'agressor' foi mais aprofundado por alguns autores que se perguntaram pelas situações de risco que os idosos vivenciam nos lares. As circunstâncias observadas em todo o mundo como agravantes para o abuso são as seguintes: o agressor viver na mesma casa que a vítima; o fato de filhos serem dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada; ou os idosos dependerem da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência; abuso de álcool e drogas pelos filhos, outros adultos da casa ou pelo próprio idoso; haver na família ambiente e vínculos fracos, pouco comunicativos e pouco afetivos; isolamento social dos familiares e da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares; haver história de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, padecerem de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psicológico (Schlamborg & Gans, 2000; Gulbrandsen, 2000; Ortmann et al., 2001; Wolf, 1997; Ruiz Sanmarín et al., 2001; Chavez, 2002; Reay & Browne, 2001; Williamson & Schaffer, 2001; Menezes, 1999; Lachs et al., 1998; Anetzberger et al., 1994).

Dentre todos os fatores, a grande maioria dos estudiosos ressaltam a forte associação entre maus-tratos aos velhos e dependência química (Gomberg, 1999). Segundo Anetzberger et al. (1994), 50% dos abusadores que entrevistaram tinham problemas com bebidas alcoólicas. Anetzberger et al. (1994) e Chavez (2002) assinalam que os agressores físicos e emocionais dos idosos usam álcool e drogas numa proporção três vezes mais elevada que os não-abusadores.

Alguns autores vêm desmistificando a idéia de que os cuidadores familiares seriam os maiores agressores e que as situações de maus-tratos e negligências tenderiam a piorar quanto mais o idoso fosse dependente e mais tempo exigisse de atenção e dedicação. Ora, pesquisadores como Kleinschmidt (1997) Reay & Browne (2001) constataram que essa relação, sem dúvida estressante, só se transforma em violenta quando o cuidador se

isola socialmente, quando sofre de depressão, quando são frouxos os laços afetivos entre o idoso e ele, ou quando quem assiste à pessoa idosa foi vítima de violência por parte dela.

Dizem Williamson & Schaffer (2001) que análises multivariadas sugerem ser a qualidade da relação pré-fermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso em relação ao cuidador que determina a forma positiva ou negativa como este último percebe seu trabalho (como castigo ou como ato de dedicação amorosa), sendo preditiva de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. Nesse sentido, é muito ilustrativo o trabalho de Caldas (2002), em que, por meio de uma abordagem fenomenológica, ouve e interpreta a ótica dos cuidadores sobre o impacto em suas pessoas e em suas famílias da convivência com idosos em processo de demência. A autora mostra como vai havendo sucessiva adaptação dos cuidadores familiares a uma situação geralmente degenerativa, podendo incluir depressão, sacrifícios pessoais e generosa dedicação.

No que concerne à especificidade de gênero, estudos mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens; e ao contrário, na rua, eles são as vítimas preferenciais. De ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficit cognitivo, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. E, concomitantemente, as consequências dos maus-tratos para eles são também a experiência de depressão, desesperança, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações de maus-tratos (Wolf, 1995).

A partir da quase totalidade dos trabalhos existentes, dá para concluir que a violência contra os idosos é um problema generalizado vinculado a relações intra e intergeracionais, havendo muito poucos casos de exceção a esse problema. Existem estudos específicos e comparativos, como o organizado por Kosberg & Garcia (1995) sobre a Austrália, a Finlândia, África do Sul, Hong Kong, Irlanda e Israel, que mostram a universalidade e as diferenças, por realidades socioculturais estudadas.

No sentido de demonstrar as especificidades, pode-se dizer que os indicadores de prevalência variam de países para países. Nos Estados Unidos e no Canadá, os autores mostram que 10% da população idosa sofre algum tipo de violência ou de negligências (Wolf, 1995; Chavez, 2002; Kleinschmid, 1997), estimativa que contempla, inclusive, os índios americanos. Estudos pontuais realizados em Singapura mostram uma prevalência de 2,9% (Cham et al., 2001). Uma pesquisa de cunho

epidemiológico num distrito de Barcelona revelou a prevalência de 11% (Ruiz Sammartin et al. 2001). É importante ressaltar que os altos índices de prevalência dos Estados Unidos e do Canadá (Scott, 1994) podem ser, ao contrário, um indicador de maior vigilância sobre o problema, uma vez que em todo o mundo existe a subnotificação de maus tratos.

CONCLUSÕES

Referindo a atenção dos sistemas de saúde ao problema das violências contra idosos que, como já dissemos anteriormente, ultrapassam em muito as lesões e traumas que chegam aos serviços ou aos óbitos, estudos médicos, sobretudo do setor de emergência, mostram o pouco envolvimento dos profissionais de saúde com a problemática dos maus-tratos contra os idosos, mesmo quando, em seu diagnóstico, fica evidente a existência de violências como causas das lesões (Deslandes, 2002; Chavez, 2002). Continua aqui também a lógica que define seu não-envolvimento com problemas que consideram do âmbito privado ou fora da competência da medicina. O texto de Hirsch & Loewy (2001), escrito especialmente para médicos, alerta-os para a necessidade de melhorar seu diagnóstico em casos de maus-tratos e ensina-lhes a reconhecer alguns sinais, ultrapassando, assim, o mero cuidado com a lesão física, pela qual um idoso os procura. Esses autores dizem que é preciso prestar atenção à aparência desse cliente: ao fato de que procure seguradamente seus cuidados para o mesmo diagnóstico; a suas repetidas ausências às consultas agendadas; aos sinais físicos suspeitos; e às explicações improváveis de familiares para determinadas lesões e traumas. E concluem instruindo os médicos para que, no caso de diagnosticarem a ocorrência de abusos ou negligências, devem providenciar um monitoramento mais cuidadoso. Sugerem que se incluam visitas domiciliares periódicas, e, se for o caso, que denunciem às autoridades competentes a existência dos maus-tratos, para que se tomem providências relativas à proteção das vítimas e a penalidades contra os abusadores.

Visando à prevenção é preciso ficar claro que dentre as principais causas externas de morbidade e de mortalidade destacam-se 'os acidentes de trânsito e transporte e as quedas'. Essa constatação está indicando a necessidade de medidas específicas tanto no âmbito público quanto no privado, assim como de esclarecimento e educação sobre as providências que poderiam ajudar a prevenir e a diminuir as ocorrências e os deletérios efeitos sobre a autonomia de vida das vítimas. Maior tempo de sinalização

para a travessia de ruas, melhor iluminação, calçadas sem obstáculos e buracos, conservação das vias, reeducação de motoristas de coletivos para garantir o respeito e a segurança podem colaborar para a prevenção de acidentes nessa faixa etária (Souza et al., 1999). Em relação ao idoso condutor, é necessário garantir sua capacitação mediante os requisitos necessários previstos no Código de Trânsito Brasileiro, com o objetivo de garantir sua segurança na condução de veículos, bem como a prevenção de acidentes provocados por ele em função de suas próprias limitações. Do mesmo modo, cuidados básicos de segurança, principalmente nas moradias, apoio nos banheiros, tapetes antiderrapantes e melhor iluminação, dentre outros, poderiam evitar a ocorrência de quedas fatais.

Do ponto de vista do atendimento à saúde, é preciso aumentar e melhorar o controle de medicamentos, sobretudo os psicotrópicos – ansiolíticos, sedativos e hipnóticos – de uso freqüente entre idosos (Perodeau, 2002), acompanhar e rever periodicamente o uso desses medicamentos e investigar seus efeitos adversos, preferir monodrogas em detrimento das associações em doses fixas e suspender o seu uso sempre que possível (Rozenfeld, 2002).

É crucial, a partir deste momento histórico, que sejam propiciados amplos programas de capacitação para cuidadores de idosos, a fim de se prevenirem as várias formas de violência física, psicológica, sexual e negligência. Sendo a violência contra idosos um problema cultural, é importante também que se façam programas de sensibilização para que o respeito a esse grupo social fortaleça o nível de cidadania de toda a sociedade. Acima de tudo, é preciso contar com os mais velhos como uma categoria social poderosa em números e na contribuição que traz para o desenvolvimento do Brasil. Velhos, de cabelos brancos ou coloridos, são novos e relevantes atores, movimentando a vida social, a economia e a cultura do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANATZBERGER, G. J.; KORBIN, J. E. & AUSTIN, C. Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2): 184-193, 1994.
- BASSIT, A. Z. História de Mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 175-191.
- CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 51-72.
- CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Brasília: Ipea, 1999.
- CAMARANO, A. A. Brazilian population ageing, well-being in social policies. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, 2002, p. 27-36.
- CHAM, G. W. & SEOW, E. The pattern of elderly abuse presenting to an emergency department. *Singapore Medical Journal*, 41(12): 567-568, 2000.
- CHAVEZ, N. *Violence against elderly*, 2002. Disponível em: <http://www.health.org/referrals/resguides.asp>. Acesso em: 15.out.2002.
- CORREA, A.C.O. Depressão e suicídio no idoso. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(3): 149-157, 1996.
- DESLANDES, S. F. *Fragéis deuses*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- DHAR, H.L.. Primitive society, health & elderly. *Indian Journal of Medical Science*, 54(3): 98-101, 2000.
- FIGUEIREDO, S. C. S. Abuso de pessoas idosas na família. *Gerontologia*, 6(3): 126-135, 1998.
- COMBERG, E. S. L. *Abuse of the elderly*. Massachusetts: Allyn & Bacon Editors, 1999.
- GRAZIANO, K. U. & PEREIRA, V. G. Evolução do idoso vítima de acidentes por causa externa, no âmbito hospitalar. *Gerontologia*, 7(1): 52-61, 1999.
- GUERRA, H.L. et al. A morte dos idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público poderia ter evitado. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2): 545-551, 2000.
- GULBRANDSEN, P. Patients in general practice who experienced violence or threats from someone they knew well. *Tidskrift for lægeforen*, 120(7): 839-842, 2000.
- HECK, R. M. & LANGDON, E.J.M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida de uma comunidade rural. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002. pp. 129-152.

- HIRCH, C.H. & LOEWY, R. The management of elder mistreatment: the physicians's role. *Wiener klin wochenschr*, 113(10): 384-392, 2001.
- KLEINSCHMIDT, K.C. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine*, 30(4): 463-472, 1997.
- KOSBERG, J. & GARCIA, J.L. *Elder abuse: International and Cross-Cultural Perspective*. New York: Haworth Press, 1995.
- LASCHS, M.S. et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5): 428-432, 1998.
- MACHADO, L. M. Vozes ignoradas: percepções sobre a violência contra os idosos. *Documento da 1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde dos idosos no Brasil*. Ouro Preto, MG, 2002. p. 97-102.
- MENEZES, M. R. de. *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*, 1999. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MINAYO, M. C. S. A relevância do tema violência, no cuidado da população idosa. *Argumentos de Geriatria e Gerontologia*, 4(2):15-24, 1995.
- MINAYO, M. C. S. Prevenção de violências e acidentes contra os idosos: uma meta necessária. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde dos idosos no Brasil*. 2002. p. 103-110.
- MINAYO, M. C. S. & COIMBRA JR, C.E. *Antropologia, Envelhecimento e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de saúde do idoso*. Brasília: MS, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de prevenção de acidentes e violências*. Brasília: MS, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & REDE INTERNACIONAL DE PREVENÇÃO DE ABUSO EM PESSOAS IDOSAS. *Missing Voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO/INPEA, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002.
- ORTMANN, C. et al. Fatal neglect of the elderly. *Journal of Legal Medicine*, 114(3): 191-193, 2001.
- PAVLIK, V.N. et al. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of statewide database. *American Journal of Geriatric Society*, 49(1): 45-48, 2001.
- PAVNE, F.J. et al. Falls Among the Elderly: a Community Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 82(6): 892-894, 1992.
- PERODEAU, G. Long-term use of benzodiazepines by the elderly. A psychosocial perspective. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde dos idosos no Brasil*, p. 125-132, 2002.
- REAY, M. & BROWNE, K.D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Mental Health*, 5(1): 56-62, 2001.
- RIFIOTIS, T. O ciclo vital contemplado: a dinâmica dos sistemas etários em sociedades negro-africanas. p. 27-35. In: LINS E BARROS, M. (org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- ROZENFELD, S. O uso inadequado de medicamentos entre idosos. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde dos idosos no Brasil*, p. 133-137, 2002.
- RUDOLPH, M.N. & HUGHES, D.H. Emergency assessments of domestic violence, sexual dangerousness, and elder and child abuse. *Psychiatric Services*, 52(3): 281-306, 2001.
- RUIZ SANMARTIN, A. et al. Violência doméstica: prevalência de suspeita de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5): 331-334, 2001.
- SCHIAMBERG, L.B. & GANS, D. Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and intergenerational character of quality life. *International Journal of Aging Human Development*, 50(4): 329-359, 2000.
- SCOTT, E. Canada's family violence initiative: partnerships. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1): 218-222, 1994.
- SJUWADE, P.O. Cross-cultural perspective on Elder abuse as a family dilemma. *Social Behavior and Personality*, 23(3): 247-251, 1995.
- SILVA, M.A.M. O. Velhos de rua no Brasil. *A terceira idade*, 9(12): 5-18, 1996.
- SIMÕES, J.A. A velhice e o espaço público. In: LINS E BARROS, M.M. (org.) *Velhice ou terceira idade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 25-34.

SIMMONS, L. W. *The role of the aged in primitive society*. New Haven: Yale University Press, 1945.

SOUZA, E. R. et al. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no estado do Rio de Janeiro". *Gerontologia*, 6(2): 66-73, 1998.

SOUZA, E. R. et al. La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia en dos hospitales públicos de Río de Janeiro. *Cuadernos Médico Sociales*, 76: 71-82, 1999.

SOUZA, E. R. et al. Mortalidade por causas externas em idosos no Brasil, estados e regiões metropolitanas. *Boletim Ciênc/Sociedade*, 2001.

SOUZA, E. R. et al. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 191-209.

UCHIKAWA, G. K. & GOMES, V. P. Evolução do idoso, vítima de acidentes de causa externa, no âmbito hospitalar. *Gerontologia*, 7(1): 52-61, 1999.

VERAS, R. P. *Pais jovens com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1995.

VERAS, R. P. A era dos idosos: os novos desafios. *1ª Oficina de Trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, 2002. p. 89-96.

WILLIAMSON, G. M. & SHAFER, D. R. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. The family relationship in late life project. *Psychology Aging*, 16(2): 217-226, 2001.

WOLF, R. S. Maltrato en ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E. (org.). *Atención de los ancianos: un desafío para los noventa*. Washington: Opas, 1995. p. 35-42.

WOLF, R. S. Elder abuse and neglect: causes and consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1): 153-174, 1997.

DROGAS E VULNERABILIDADE ÀS VIOLÊNCIAS

Sueley F. Destlandes

INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é analisar as principais tendências da produção científica de autores brasileiros da área da saúde sobre uso de drogas. O período de recorte eleito foi o de 1990 a 2000. Toma-se como pressuposto que as complexas relações que envolvem o uso/uso indevido de drogas lícitas e ilícitas constituem um cenário de vulnerabilidade à violência. Diante de tantas opções de análise, dada a heterogeneidade do acervo, optou-se por dois caminhos. Primeiro, buscou-se identificar nessa produção seus interlocutores, os sujeitos a quem são dirigidas as análises, a visibilidade que lhes é conferida e a leitura a eles destinadas. O segundo exercício foi o de tentar mapear, *grasso modo*, o debate de fundo da área da saúde: a discussão sobre prevenção e atenção. Numa análise transversal, buscou-se identificar as correlações feitas pelos autores entre o uso indevido/comércio de drogas e violências.

Feita essa cartografia sintética das intenções deste capítulo, busca-se agora a defesa da hipótese que sustenta o trabalho e justifica sua inclusão neste livro: a correlação sociológica entre uso e comércio de drogas e vulnerabilidade à violência.

O uso de drogas (consideradas todas as que alterem estados de consciência) é uma prática comum à própria história humana (Bucher, 1996) e é capaz de produzir tantos efeitos psíquicos e corporais de extremo prazer como de intenso sofrimento. Como se observa em adolescentes e jovens, o uso de substâncias pode propiciar a inserção em grupos de sociabilidade ou, em contrapartida, pode levar a inacreditáveis níveis de exclusão e segregação social. Complexas e contraditórias, as relações entre consumo e