

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO
DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

SANDRA DE MENDONÇA MALLET

**Denúncias e ações de enfrentamento à violência
intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de
Belo Horizonte 2011-2013.**

Belo Horizonte
2015

SANDRA DE MENDONÇA MALLET

**Denúncias e ações de enfrentamento à violência
intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de
Belo Horizonte 2011-2013.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Eliane Dias Gontijo
Coorientadora: Maria da Conceição J. Werneck Côrtes
Coorientadora: Karla Cristina Giacomin

Belo Horizonte
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomaz Matta Machado.

Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Coordenadora

Prof^a. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Prof^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof^a. Eliane Dias Gontijo

Prof^a. Elizabeth Costa Dias

Prof^a. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo



FOLHA DE APROVAÇÃO

Denúncias e ações de enfrentamento à violência intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011-2013.

SANDRA DE MENDONÇA MALLET

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 19 de agosto de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Goitijo - Orientador
UFMG

Prof(a). Karla Cristina Giacomin
Secretaria Municipal de Belo Horizonte

Prof(a). Maria da Conceicao Juste Werneck Cortes
UFMG

Prof(a). Elizabeth Costa Dias
UFMG

Prof(a). Juliana Ladeira Gabaccio
PUCMG

Prof(a) Jurilza Maria Barros de Mendonça
MPAS/DF

Belo Horizonte, 19 de agosto de 2015.

AGRADECIMENTOS

Às professoras Dra. Eliane Dias Gontijo, minha orientadora, e Dra Maria da Conceição J. Werneck Côrtes, coorientadora, por acreditarem no meu projeto. Agradeço pela dedicação, profissionalismo, compromisso que muito contribuíram para o meu aprendizado.

À Dra Karla Cristina Giacomini, coorientadora, pelos sábados inteiros dedicados, impedindo-a de participar das festas de família para contribuir com o meu aprendizado. Agradeço a competência e disponibilidade.

Agradeço à Professora Dra. Elza Machado de Melo por coordenar com brilhantismo este Mestrado Profissional.

Agradeço a Jurilza Maria Barros de Mendonça, principal responsável na minha inserção na temática do idoso, da qual faço parte há mais de 20 anos, pelos livros e artigos emprestados, bem como por ter aceitado com prontidão a compor essa banca.

Agradeço também à Dra. Elizabeth Costa Dias e Dra Juliana Ladeira Garbaccio pela disponibilidade e contribuição para o meu crescimento profissional.

Agradeço à ex-secretária da Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania Silvia Helena Rocha Rabelo por confiar no meu trabalho e permitir que eu pudesse realizar este estudo.

Agradeço ao meu pai, meu mestre maior, amor incondicional, que me ensina todos os dias novos saberes.

Agradeço aos advogados João Carlos Mallet Duarte e Marco Túlio Mallet Duarte, que além de filhos amados, são meus grandes amigos, companheiros desta jornada e que muito contribuíram com informações e explicações sobre as legislações vigentes que dizem respeito ao público idoso.

Agradeço a todos os meus irmãos em especial à psicóloga Helena de Cássia de Mendonça Mallet dos Santos, por revisar o meu texto e pelo apoio na minha vida.

Agradeço aos sobrinhos, principalmente, o geógrafo Luís Eduardo Maia Mallet, por fornecer dados importantes para este estudo.

Agradeço à minha nora Rubiana Alvarenga Sana de Moraes pelo apoio e carinho.

Agradeço à secretária executiva do Conselho Municipal do Idoso – Maria Ângela Cardoso Rangel Rodrigues e à Assistente Administrativa Andrea Félix, apoio fundamental para este estudo.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e a toda a equipe da Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa, pelos anos de trabalho juntos, desde quando entrei na Prefeitura de Belo Horizonte.

Agradeço a toda equipe envolvida com a Política Municipal do Idoso de Belo Horizonte, pela constante troca de experiências e informações.

Agradeço a todos que, de alguma maneira, fazem parte de minha trajetória e de meu eterno aprendizado.

Agradeço a Deus por mais esta conquista.

RESUMO

Introdução: A violência é um fenômeno social, de abrangência mundial. A violência contra a pessoa idosa representa um grave problema de saúde pública mundial. Organismos internacionais utilizam diferentes conceitos para o mesmo fenômeno (Abath, 2012). A Organização das Nações Unidas a define como “todo ato violento de natureza tal que acarrete dano ou incômodo à pessoa idosa” (ONU 2002), mesma definição adotada pela Action on Elder Abuse, no Reino Unido e pela Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA- 2002). Para a Organização Mundial de Saúde (2002) violência contra a pessoa idosa é qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa (WHO, 2002). Dentre os vários tipos de violência, os abusos e maus tratos podem ser de natureza física, emocional ou psicológica, financeira, sexual, abandono, negligência e autonegligência, podendo ocorrer fora ou dentro do domicílio da pessoa idosa. No Brasil, a conceituação e a classificação propostas pela OMS estão oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001).

Objetivo: Avaliar as denúncias de violência intrafamiliar registradas ou notificadas ao Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, contra as pessoas idosas, no período de 2011 a 2013. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo com componente analítico de coorte não concorrente do ano de 2013, sobre as denúncias de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (MG). **Resultados:** No período foram registradas 859 denúncias, sendo 185 (21,5%) em 2011; 310 (36,1%) em 2012 e 364 (42,4%) em 2013. No período investigado, a taxa duplicou de 6,15 / 10.000 idosos em 2011 para 12,05/10.000 idosos em 2013, com predomínio de vítimas do sexo feminino (70%), em todas as faixas etárias. A faixa etária com maior taxa de incidência foi a de 80 anos e mais, o que aponta maior vulnerabilidade neste grupo, cujo risco aumentou de 16,79/10.000 em 2011, para 34,53/10.000, em 2013. Quanto ao denunciante, as principais fontes de denúncias foram anônimas, representando 50%; as Instituições de saúde, 21%; e a família, 14%. Em relação ao domicílio da pessoa idosa, por regional administrativa, a Regional que registrou a maior taxa de denúncias no período estudado foi a Regional Nordeste (37,89 por 10.000 idosos) enquanto a Regional que menos notificou foi a Regional Centro-Sul (15,38 por 10.000 idosos) a qual abriga o maior contingente de pessoas idosas da cidade. Nos três anos investigados, o maior aumento percentual de denúncias foi observado no Barreiro que registrou um aumento de

232% no período. A tipologia da violência mais identificada nas denúncias, de modo isolado ou associado a outros tipos, foi a negligência (34%), seguida pela violência psicológica (20%) e o abandono (19%), havendo variação no ranking conforme a Regional estudada. Foi possível verificar que das 859 denúncias, 66,13% das vítimas sofreram dois ou mais tipos de violência associadas. Estas 859 denúncias possibilitaram a identificação de 1554 conjuntos de tipologias de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. Apesar de não estar incluída nas classificações de violência propostas pelo Ministério da Saúde (2001), a insuficiência familiar foi registrada nas denúncias de violência recebidas, representando isoladamente 2,6%, e quando associada ao abandono, negligência e autonegligência, atingiu 6,7% do total de denúncias nos 3 anos. Essa forma de violência apresentou distribuição semelhante nas Regionais Barreiro, Nordeste e Noroeste, em 2013. Entre as denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, 810 (94%) foram encaminhadas para a Assistência Social da Regional Administrativa, 18 (2%) para órgãos de defesa de direitos, 5 (1%) para a Saúde e 26 (3%) foram notificações de violações de direitos que já estavam sendo acompanhadas pelos serviços da PBH. Esse estudo interessou por monitorar o desfecho das denúncias recebidas no ano de 2013. Quando analisado o vínculo familiar do agressor com a vítima, verificou-se que em 165 casos (45,3%) a violência era praticada por mais de um membro da família, em 105 (28,8%) por um filho, em 45 (12,4%) pela filha e em 51 (14%) pelos demais familiares (irmãos, netos, sobrinhos e cônjuge). Dos 195 agressores identificados, 46 (23,59%) eram abusadores de álcool e droga e 9 (4,6%) apresentavam algum tipo de sofrimento mental. Do total das 364 denúncias recebidas e encaminhadas pelo Conselho Municipal do Idoso para os serviços da Prefeitura de Belo Horizonte em 2013, para 280 (77%) casos houve retorno desse encaminhamento. Em 11 casos (3%) houve cancelamento da denúncia por parte do denunciante e em 73 (20%) após 17 meses de acompanhamento, as regionais administrativas não haviam dado nenhum retorno para o CMI/BH. Do total de 280 denúncias com retorno os serviços comunicaram que: encerraram o atendimento em 151 (54%); continuam o acompanhamento em 55 (20%); e não identificaram situação de violação de direitos em 74 (26%). Os casos encerrados pelos serviços da PBH, no total de 151, 16 (10,6%) foram encaminhados para outros órgãos; 21(14%) houve esgotamento das possibilidades de intervenção dos serviços; 20 (13,2%) houve institucionalização da pessoa idosa; 55 (36,4%) houve resolução em âmbito familiar após intervenção dos serviços e 39 (25,8%) vieram a óbito. Vale salientar que em mais de um terço dos casos os serviços da PBH deram retorno para o CMI/BH, a intervenção desses foi resolutive, porém mais de um

quarto dos casos resultou em óbito da vítima. Dos retornos realizados, para o CMI/BH, o período máximo de tempo para a resposta foi de 120 semanas. **Conclusão:** O espaço familiar merece ser foco de atenção das políticas públicas principalmente no que se refere à negligência, maior índice de violência detectado. Muitas vezes a família não sabe como cuidar ou ainda não quer cuidar de seus idosos. É preciso equipamentos que promovam o cuidado diurno da pessoa idosa evitando-se assim sua institucionalização. Contudo, a opção do Estado de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve a falta de estruturas de apoio para cuidar da velhice com dependência. Esse estudo possibilitou o levantamento de algumas situações problemas e proposições conforme recomendações internacional e nacional.

Palavras chave: violência, maus tratos, envelhecimento, intrafamiliar, enfrentamento.

ABSTRACT

Introduction: Violence is a social phenomenon world-wide. Violence against the elderly is a serious problem of global public health. International organizations use different concepts for the same (Abath, 2012). The United Nations defines it as "any violent act such as to entail harm or nuisance to the elderly " (ONU 2002) , the same definition adopted by Action on Elder Abuse in the United Kingdom and the International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA- 2002). To the World Health Organization (2002) violence against the elderly is any act, single or repetitive, or omission occurring in any relationship allegedly trust , which causes harm or nuisance to the elderly (WHO, 2002). Among the various types of violence, abuse and mistreatment can be physical, emotional or psychological , financial , sexual, abandonment, neglect and self-neglect , which may occur outside or inside the home of the elderly. In Brazil, the concept and the classification proposed by WHO are made official in the National Policy Document to Reduce Accidents and Violence of the Ministry of Health (2001). **Objective:** To analyze allegations of domestic violence registered or notified to the Municipal of Belo Horizonte Senior Council against older people in the period 2011-2013. **Method:** This is a quantitative, descriptive study with an analytical component cohort not 2013 years of competing on allegations of domestic violence against the elderly received by the Municipal Council of the Elderly of Belo Horizonte (MG). **Results:** In the period 859 complaints were registered, and 185 (21.5%) in 2011; 310 (36.1%) in 2012 and 364 (42.4%) in 2013. In the investigation period, the rate doubled from 6.15/ 10,000 seniors in 2011 to 12.05/10,000 seniors in 2013, with a predominance of victims' female (70%) in all age groups. The age group with the highest incidence rate was the 80 years and more, which indicates greater vulnerability in this group, the risk of which has increased from 16.79/10,000 in as for the complainant, the main sources of complaints were anonymous, accounting for 50 %; health institutions, 21%; and family, 14%. Regarding the home of the elderly, by administrative regional, Regional which recorded the highest rate of complaints during the study period was the Northeast Regional (37.89 per 10,000 elderly) while the Regional fewer notified was the Regional Center-South (15.38 per 10,000 elderly) which houses the largest number of elderly people in the city. In the three years surveyed, the largest percentage increase of complaints was observed in Barreiro which recorded an the typology of more violence identified in the complaints , in isolation or associated with other types, it was the negligence (34%), followed by psychological violence (20%) and withdrawal (19%), with

variation in the ranking as the Regional studied. It found that of 859 complaints, 66.13% of the victims suffered two or more types of associated violence. These 859 complaints in 1554 allowed the identification of sets of domestic violence typologies although not included in the rankings of violence proposed by the Ministry of Health (2001), the familiar failure was recorded in reports of violence received, representing 2.6% alone, and when coupled with abandonment, neglect and self-neglect, reached 6,7 % of total complaints in three years. This form of violence showed a similar distribution in Regional Barreiro, Northeast and Northwest in 2013. Among the complaints received by the Municipal Council of the Elderly in Belo Horizonte, 810 (94%) were referred to the Social Welfare Regional Administration, 18 (2%) to advocacy agencies, 5 (1%) for Health and 26 (3%) were reports of rights violations that were being followed by the services of PBH. This Study interested in monitoring the outcome of the complaints received in 2013. When analyzed the family relationship of the perpetrator to the victim, it was found that in 165 cases (45.3%) the violence was committed by more than one member of family in 105 (28.8%) for a child in 45 (12.4%) by the daughter and in 51 (14%) by other family members (brothers, grandchildren, nieces and spouses). Of the identified 195 offenders, 46 (23.59%) were abusers of alcohol and drugs and 9 (4.6%) had some type of mental suffering. Of the total 364 complaints received and forwarded by the Municipal Council of the Elderly for the services of the Municipality of Belo Horizonte in 2013 to 280 (77%) cases there was return of this referral. In 11 cases (3%) there was cancellation of the complaint by the complainant and in 73 (20%) after 17 months of monitoring, administrative regional had not given any return to the CMI/BH. Of the 280 complaints with return services reported that: closed the service in 151 (54%); monitoring continues for 55 (20%); and identified no rights violation situation in 74 (26%). The cases closed by the services of PBH, totaling 151, 16 (10.6%) were referred to other agencies; 21 (14%) there was exhaustion of possibilities of intervention services; 20 (13.2%) there was institutionalization of the elderly; 55 (36.4%) were resolved in the family environment after intervention services and 39 (25.8%) have died. It is worth noting that in over a third of cases of PBH services have to return the CMI/ BH, the intervention of these was resolute, but more than a quarter of the cases resulted in the victim's death. The realized returns to the CMI/BH, the maximum period of time for response was 120 weeks.

Conclusion: The family space deserves to be the focus of attention of public politics especially with regard to negligence, the highest rate of violence detected. Often the family does not know how to care or not to care for their elderly. We need equipment that

promotes daycare elder thus avoiding the institutionalization. However, the state's option to criminalize neglect and family abandonment does not solve the lack of support structures to take care of old age with dependence. This study enabled the survey of some problem situations and propositions as international and national recommendations.

Keywords: violence, abuse, aging, intra-family, coping.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CGJ- Corregedoria Geral de Justiça
CID – Classificação Internacional de Doenças
CMI/BH – Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte
CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS - Centros de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DAV - Declaração Antecipada de Vontade
DOM – Diário Oficial do Município
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FMUFMG – Faculdade de Medicina da UFMG
GERASA – Gerência Regional da Saúde
GERASC – Gerência Regional da Assistência Social
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI – Instituição de Longa Permanência do Idoso
INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAEFI – Programa de Atendimento Especializado à família e indivíduos
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI – Política Nacional do Idoso
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PUCMINAS – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RENADI - Rede Nacional de Direitos das Pessoas Idosas
SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SIGPS – Sistema de Informação de Gestão de Políticas Sociais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMAAS – Secretaria Municipal Adjunta da Assistência Social
SMPS – Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SPC – Serviço de Proteção ao Crédito
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Pirâmide etária de Belo Horizonte em 1980	25
GRÁFICO 2	Pirâmide etária de Belo Horizonte em 2012	26
GRÁFICO 3	População idosa de Belo Horizonte por idade e sexo em 2010	26
GRÁFICO 4	Distribuição percentual das denúncias de violências, segundo a tipologia, Belo Horizonte, 2011 a 2013.	48
GRÁFICO 5	Distribuição percentual das tipologias da violência no sexo feminino, conforme faixa etária, das denúncias notificadas no CMI/BH nos anos de 2011 a 2013.	50
GRÁFICO 6	Distribuição das ocorrências por tipo, faixa etária em mulheres.	51
GRÁFICO 7	Distribuição percentual das denúncias, segundo o número de tipos de violências sofridas – Belo Horizonte, 2011 a 2013.	52
GRÁFICO 8	Tempo entre o encaminhamento da denúncia pelo Conselho Municipal Idoso e o retorno dos serviços da Prefeitura de Belo Horizonte.	56

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Fontes e encaminhamento das Denúncias no CMI/BH	38
FIGURA 2	Distribuição espacial da população idosa por Setores Censitários - Belo Horizonte (MG) - 2010	40
FIGURA 3	Taxa de denúncias no período de 2011-2013, segundo o local de domicílio da vítima, Belo Horizonte – MG.	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Perfil das vítimas e evolução da Taxa de Incidência de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa conforme denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011-2013.	45
TABELA 2	Forma de denúncia realizada no CMI/BH 2011-2013	46
TABELA 3	Distribuição da violência contra a pessoa idosa por ano e por Regional Administrativa	46
TABELA 4	Taxa de denúncias no período de 2011-2013, segundo o local de domicílio da vítima, Belo Horizonte – MG.	48
TABELA 5	Ocorrências e vítimas da violência em mulheres maiores de 60 anos, conforme faixa etária, em 2011, 2012 e 2013.	49
TABELA 6	Ocorrências e vítimas da violência em homens maiores de 60 anos, conforme faixa etária, em 2011, 2012 e 2013.	49
TABELA 7	Distribuição das tipologias da violência identificadas nas denúncias ao CMI/BH, 2011 a 2013.	52
TABELA 8	Distribuição da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, no caso de denúncias que incluem apenas uma tipologia, Belo Horizonte, 2011 a 2013.	53
TABELA 9	Distribuição das denúncias de violência familiar, segundo o local de domicílio da vítima, Belo Horizonte, 2011-2013.	53
TABELA 10	Retornos dos atendimentos de denúncias de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas recebidas em 2011, encerrados pelos serviços da PBH até maio de 2015.	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo Geral	23
2.2	Objetivos Específicos	23
3	MARCO TEÓRICO	24
3.1	Processo de envelhecimento da população brasileira	24
3.2	Repercussões do envelhecimento populacional	27
3.2.1	Na família	27
3.2.2	A inclusão do envelhecimento nas políticas sociais	28
3.3	A questão da violência contra a Pessoa Idosa	30
3.3.1	Tipologias da violência	31
3.3.2	As violências que as estatísticas revelam	32
3.3.3	Os órgãos de defesa de direitos da pessoa idosa	33
3.3.3.1	A atuação da Rede de Proteção Social ao idoso no âmbito da Prefeitura de Belo Horizonte	34
3.3.3.1.1	Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte e sua atuação na rede de proteção social ao idoso	35
4	METODOLOGIA	39
4.1	Delineamento	39
4.2	Área de estudo	39
4.3	População estudada	39
4.4	Procedimentos	41
4.5	Análise dos dados	43
4.6	Considerações éticas	44
5	RESULTADOS	45
6	DISCUSSÃO	58
6.1	Questões identificadas e proposições	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
8	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A – Tabelas sobre as tipologias da violência	83
	APÊNDICE B - Distribuição dos encaminhamentos e percentual das denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, segundo o local de domicílio da vítima e o ano de recebimento. Belo Horizonte, 2011-2013	93
	APÊNDICE C – Kaplan Meier do tempo gasto do encaminhamento até o retorno	95

ANEXO 1 - Carta de Anuência	96
ANEXO 2 - CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE BELO HORIZONTE - FICHA DE ATENDIMENTO DE DENÚNCIA	97
ANEXO 3 - Distribuição da população idosa de Belo Horizonte, 2010 e 2012	98
ANEXO 4 – Distribuição dos Programas, equipamentos e serviços para a Pessoa Idosa em Belo Horizonte em 2013	101
ANEXO 5 - População de idosos, segundo o sexo e a faixa etária, Belo Horizonte – 2011, 2012	102
ANEXO 6 - Distribuição da População Idosa nas Regionais de Belo Horizonte	103
ANEXO 7 – IDH por regiões de Belo Horizonte	103

1. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social, de abrangência mundial, presente em todos os mitos da humanidade, que consideram a luta fratricida como elemento constitutivo das organizações sociais.

Na Bíblia, a história de Caim e Abel é exemplo de como é difícil falar da trajetória humana sem reconhecer a convivência com o uso da força, da experiência de dominação e das tentativas de exclusão do outro (Minayo, 2004).

Na abordagem psicanalítica o homem quer ser feliz movido pela pulsão do princípio do prazer e odeia aquele que o frustra da realização dos seus desejos. O princípio da realidade, ou o mundo externo, cercado de leis e censuras, ao se contrapor entre o que é permitido e o que é desejado, gera a infelicidade e a violência. É certo que o homem não está feliz na civilização atual, mas em que grau os homens de épocas anteriores se sentiram mais felizes? A felicidade é algo essencialmente subjetivo e independe da idade da pessoa (Freud, 1930).

A violência contra a pessoa idosa representa um grave problema de saúde pública mundial. Organismos internacionais utilizam diferentes conceitos para o mesmo fenômeno (Abath, 2012). A Organização das Nações Unidas a define como “todo ato violento de natureza tal que acarrete dano ou incômodo à pessoa idosa” (ONU 2002), mesma definição adotada pela Action on Elder Abuse, no Reino Unido e pela Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA- 2002). Para a Organização Mundial de Saúde (2002) violência contra a pessoa idosa é qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa (WHO, 2002).

Dentre os vários tipos de violência, os abusos e maus tratos podem ser de natureza física, emocional ou psicológica, financeira, sexual, abandono, negligência e autonegligência, podendo ocorrer fora ou dentro do domicílio da pessoa idosa. No Brasil, a conceituação e a classificação propostas pela OMS estão oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001).

Usualmente, a violência doméstica e intrafamiliar é subnotificada, e pesquisas feitas em várias partes do mundo revelam que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges (Reay&Browne, 2001). Assim, em defesa do agressor (membro da família), o idoso omite e ainda justifica a agressão sofrida (Berzins, 2007). Contribuem para isso o choque de gerações que costuma se somar ao imaginário social que considera a velhice como “decadência” e os idosos como “descartáveis” (Minayo & Coimbra Jr, 2002; Debert, 1999), o sentimento de menos valia, a dificuldade em expor as mazelas familiares e de tornar público o que é do mundo privado (Berzins, 2007). Tais questões mantêm o silêncio e a cumplicidade da violência (Faleiros, 2007), tornando a violência intrafamiliar um fenômeno desafiador para as políticas sociais (Berzins, 2007), especialmente quando acontece em um contexto de envelhecimento populacional acelerado e intenso, marcado por forte desigualdade social, como é o caso do Brasil (PNAD 2011).

Apesar de o vasto ordenamento legal presente na própria Constituição Federal (1988), na Política Nacional do Idoso (Lei nº8.842/1994) e no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/ 2003) sobre a questão da violência contra a pessoa idosa, faltam estruturas e recursos para promover seu efetivo enfrentamento (Minayo, 2005).

Atualmente, o país conta com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (instituído em 2002); 26 Conselhos Estaduais e 1 Conselho do Distrito Federal. Entretanto em apenas em um terço dos municípios brasileiros os conselhos estão instituídos, ou pelo menos, contam com legislação específica aprovada, segundo dados da Pesquisa Nacional de Municípios (2010).

Assim, a notificação da violência contra idosos e a defesa de seus direitos, por meio de órgãos colegiados, são fenômenos recentes na sociedade contemporânea. Somente a partir de 1990 os registros de violência contra idosos começam a se avolumar, questionando-se se teria havido aumento da violência ou melhorado o processo de notificação (Minayo, 2005).

Em novembro de 2010, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, órgão coordenador da Política Nacional do Idoso, instituiu o Disque 100 com um módulo específico de denúncias de violência contra idosos, “Módulo Idoso do Disque Direitos

Humanos”. Desde então, vêm aumentando as chamadas a esse órgão, o qual encaminha as denúncias para que sejam analisadas e solucionadas por instituições competentes.

Para atender o que preconiza a Lei 10.741/2003 no que se refere à obrigatoriedade da notificação compulsória pelos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde em 2006 implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que inclui a violência contra a pessoa idosa como objeto de vigilância epidemiológica. Em 2009 os dados desse sistema passaram a integrar o SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Além disso, em 2011, a Portaria MS/GM nº 104/2011 incluiu a violência na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em todos os serviços de saúde do Brasil.

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre os anos de 2011 a 2013, em todo o Brasil foram notificados 22.578 casos de violência doméstica contra a pessoa idosa, sendo que, em ordem decrescente de número de denúncias, os estados que mais notificaram foram: São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Paraná. A maioria das investigações mostra que as mulheres são as principais vítimas da violência no interior da casa, e os homens fora do domicílio. Em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis e mais dependentes para as atividades da vida diária são os que mais sofrem maus-tratos (Berzins, 2007).

Em Belo Horizonte, denúncias de violência e maus tratos contra as pessoas idosas são levadas ao conhecimento do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte – CMI/BH (criado por Lei municipal nº. 6.173/ 1992). Elas advêm de diversos órgãos de atendimentos (centros de saúde, unidades de pronto atendimento, disque 100, disque direitos humanos, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros), bem como de demandas espontâneas (presenciais ou por telefone).

No biênio 2010 – 2012 a pesquisadora foi membro do Conselho Nacional do Idoso e em 2011 – 2013, Presidente do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, quando se verificou que as denúncias que chegavam ao Conselho eram registradas, mas com poucos detalhes. Em parceria com os alunos do curso de Direito da PUCMINAS, foi criado um banco no Excel para registrar algumas informações sobre o perfil da vítima, violência sofrida, encaminhamentos e retornos e, mais tarde, a Auxiliar Administrativa ampliou esse

registro utilizando o Acess contendo informações também dos agressores. Desde então, a pesquisadora passou a registrar e acompanhar os casos de denúncia ao Conselho.

Observou-se que o maior índice das denúncias de violência contra a pessoa idosa acontece no ambiente intrafamiliar e visando balizar as necessidades de implementação de políticas públicas de apoio à família e/ou de novas modalidades de atendimento ao idoso o presente estudo buscou descrever e analisar as denúncias recebidas pelo CMI-BH, no período de 2011 a 2013. E em 2013 os casos foram monitorados até seus desfechos

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar as denúncias de violência intrafamiliar registradas ou notificadas ao Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, contra as pessoas idosas, no período de 2011 a 2013.

2.1 Objetivos Específicos

1. Descrever as denúncias de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa registradas no Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte.
2. Mapear o local de residência por regional administrativa de Belo Horizonte.
3. Analisar os encaminhamentos e desfechos das denúncias registradas em 2013.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Processo de envelhecimento da população brasileira

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. As Nações Unidas estima que cerca de 1 milhão de pessoas ultrapasse a barreira dos 60 anos de idade a cada mês no mundo. Na América Latina, o aumento da população idosa será de 217% entre 1980 e 2025 e, no Brasil, no mesmo período o aumento deverá atingir 412%, colocando o país no 6º lugar, no mundo, em número de pessoas idosas. Porém, enquanto os países europeus demoraram mais de um século para envelhecer, no Brasil o fenômeno acontece na metade desse tempo (SDH/PR, 2014).

No início do século XX, a expectativa de vida do brasileiro não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50 anos na metade desse século. Em 2011, a esperança de vida é de 74,1 anos sendo que as mulheres vivem, em média, sete anos a mais do que os homens (IBGE, 2012).

Até os anos de 1960, a população Brasileira era representada por uma pirâmide etária, na qual a base era a quantidade de crianças e o ápice eram as pessoas idosas. Entre os fatores que influenciaram a transição demográfica brasileira, citam-se a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, com conseqüente redução significativa da taxa de fecundidade e a descoberta da pílula anticoncepcional, que tornou possível o planejamento familiar em relação ao número de filhos. Além disso, paralelamente a esse processo, houve o avanço da medicina, principalmente com a descoberta dos antibióticos e melhorias nas condições de saneamento básico, o que levou à redução da mortalidade infantil e ao aumento da longevidade (Chaimowicz, 2013).

De acordo com o PNAD de 2012, observa-se que o envelhecimento da população brasileira, a partir da faixa etária de 60 anos, é a que mais cresce representando 20.889.849 pessoas (11%) da população geral e, nos últimos 10 anos, a população brasileira de 60 a 69 anos cresceu 21,6%, a de 80 anos ou mais cresceu 47,8% e em algumas regiões do Sul essa elevação chegou a 65% (IBGE, 2010).

Os estados com os menores percentuais de pessoas idosas na população geral são Amapá (5,9%) e Roraima, (4,9%). Em Belo Horizonte no ano de 2012 a população maior de 60

anos era de 302.174 pessoas, representando 12,6%, distribuída em 163.610 entre 60 a 69 anos, 92.519 entre 70 a 79 anos e 46.045 com 80 anos e mais (DATASUS, 2012).

O processo de envelhecimento populacional em Belo Horizonte pode ser visto nos gráficos 1 e 2. Em 1980 (Gráfico 1) a população apresentava uma base alargada da pirâmide etária, pelo predomínio da faixa de 0 a 4 anos, ao passo que em 2012 (Gráfico 2) o formato torna-se oval, com redução significativa de menores de quatro anos e, expressivo aumento de pessoas a partir dos 60 anos. Observam-se, também, nos dois gráficos e detalhadamente no gráfico 3, que a população feminina é superior à masculina.

Gráfico 01 - A pirâmide etária de Belo Horizonte em 1980.

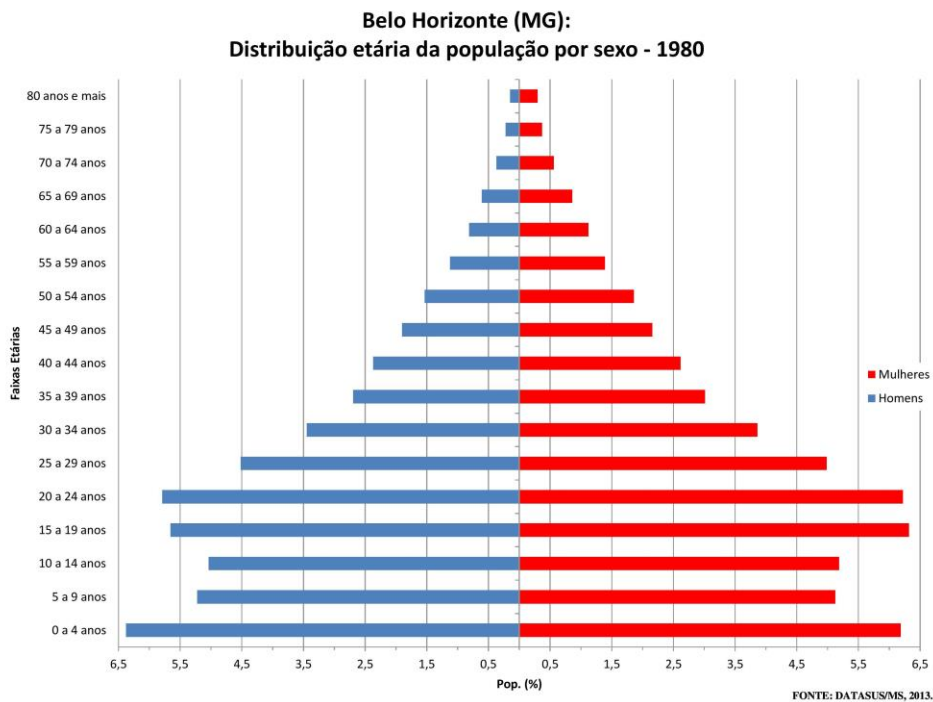


Gráfico 2 - A pirâmide etária de Belo Horizonte em 2012.

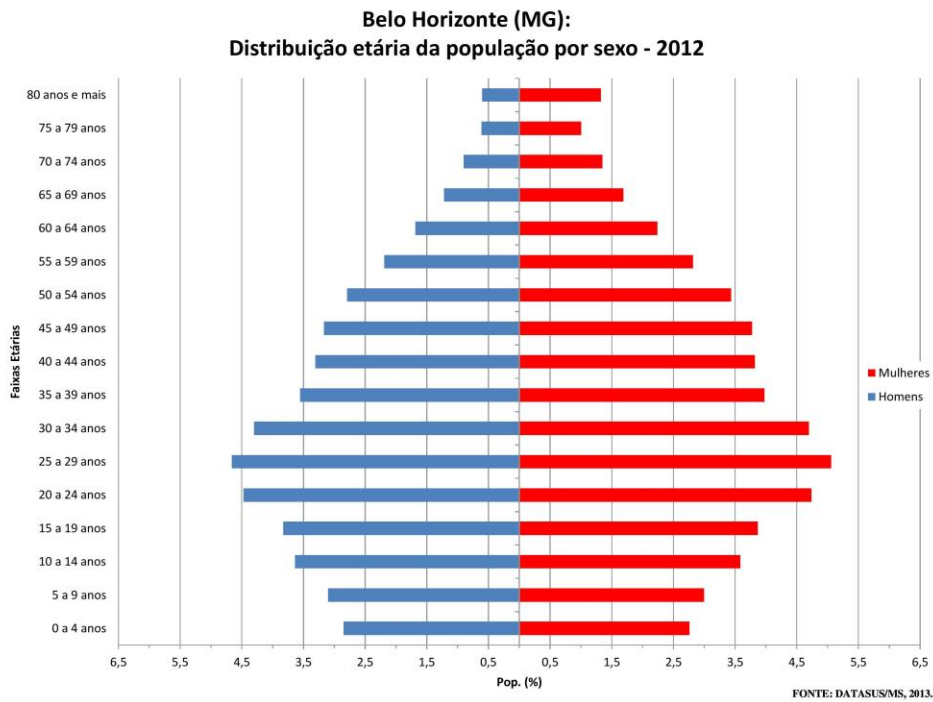
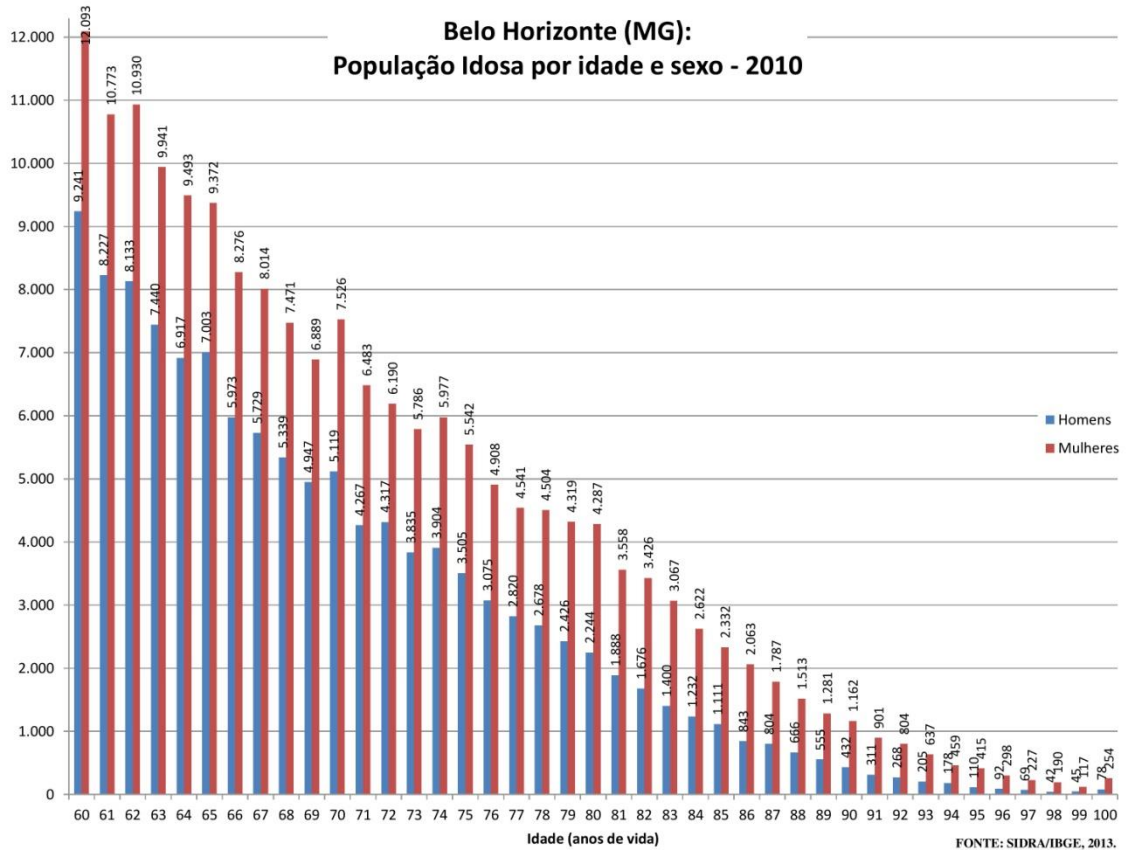


Gráfico 3 – A população idosa de Belo Horizonte por idade e sexo em 2010.



3.2 Repercussões do envelhecimento populacional

3.2.1 Na família

A família é uma das instituições sociais mais antigas e assume uma diversidade de formas ao longo do tempo e em sociedades distintas. Etimologicamente, o termo família deriva do latim *famulus*, que significa o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor (Rocha-Coutinho, 2006). Em concepção mais moderna, a família pode ser compreendida como um grupo social, formado por pessoas que vivem juntas por um determinado tempo e que possuem laços determinados por parentesco, matrimônio ou relações afetivas (Morais, 1986).

Na família tradicional, numerosa, onde todos viviam juntos, a educação era cuidada de perto por pais e mães, quase sempre presentes (Morais, 1986). Nela o cuidado com os velhos eram de responsabilidade da família e era considerado um privilégio tê-los no grupo. Diversas mudanças vêm desconstruindo esse modelo. A família se transforma se adapta e se reorganiza por conta da redução do número de filhos, das diversas formas de relacionamentos e de casamentos, recasamentos, do surgimento de novas funções institucionais e pessoais, das mudanças nas relações de gênero e na participação da mulher no mercado de trabalho. O grupo familiar está em busca de uma reestruturação e reidentificação, visto que as mudanças sociais se evidenciam na estruturação família moderna, com espaço maior para a igualdade e valorização de seus membros (Morais, 1986).

A transição demográfica com conseqüente maior longevidade e aumento do número de idosos leva a mudanças na estrutura e nas funções da família que se refletem nas diversas esferas sociais e nas relações humanas (Morais 1986). A família é a mais direta fonte de apoio informal aos idosos em situações de co-residência ou não. Os membros de uma família “se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de conflito cooperativo, onde se cruzam diferenças por gênero e intergeracionais”. Todas essas transformações desencadeiam a necessidade de se conhecer em maior profundidade o impacto do fator social longevidade nas relações da família multigeracional contemporânea, com vistas a detectar os aspectos bons e ruins relativos a essa convivência, suas facilidades, dificuldades e necessidades, e a identificação de relações estabelecidas no

âmbito familiar e a proposição de formas alternativas de uma coeducação para a velhice (Camarano, 2004).

Culturalmente, o cuidado recai sobre a mulher, ou seja, desresponsabiliza o Estado da função de cuidar, mas lhe atribui à responsabilidade de fiscalizar e punir. Isso significa desconsiderar as mudanças na família, no papel social da mulher e no envelhecimento da própria população idosa (Camarano, 2013). Porém, a família negligenciada pelo Estado é a mesma que é acusada por ele de negligente pela falta de cuidado ao idoso dependente, sem que lhe seja oferecida nenhuma ajuda (Lemos, 2013).

3.2.2 A inclusão do envelhecimento nas políticas sociais

3.2.2.1 O Envelhecimento na Agenda Internacional

Na década de 80 a questão da velhice começou a fazer parte da agenda política. A Organização das Nações Unidas, em 1982 promoveu uma Assembleia intergovernamental em Viena, que marcou a discussão sobre políticas públicas a favor da população idosa, que foi denominado como a “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento”.

Essa Assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental sobre o envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação, para garantir segurança econômica e social aos idosos e identificar oportunidades para a sua integração no processo de desenvolvimento dos países.

O Plano Internacional de Ação adotado na I Assembleia Mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas, a saber: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. No que se refere à família esse plano determina apoio à unidade familiar, apoio aos que prestam cuidados e serviços sociais de apoio a toda a família.

Em 1991, foi aprovada a Resolução nº 46/91, na Assembleia Geral das Nações Unidas, contendo os Princípios das Nações Unidas para o idoso sendo esses: independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade.

Em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a “Proclamação sobre o Envelhecimento” que estabeleceu o ano de 1999 foi declarado o Ano Internacional dos Idosos com o slogan “*Uma sociedade para todas as idades*”.

A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em 2002 em Madri reformulou o Plano de Ação de Viena, de 1982, mostrando a necessidade de mudanças devido ao acelerado processo de envelhecimento populacional, inclusive nos países em desenvolvimento. Nessa Assembleia, também, foram aprovados dois documentos, a Declaração Política e um Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento que contém um conjunto de recomendações para aos governantes, frente ao acelerado processo de envelhecimento.

O Plano recomenda adotar três prioridades: o engajamento das pessoas idosas no desenvolvimento da sociedade; a promoção da saúde e bem-estar e a garantia de um ambiente propício e favorável para se envelhecer. Solicita, também, para esse segmento, que os governantes promovam ações e políticas públicas que gerem condições para a promoção de estilos de vida saudáveis; o acesso aos serviços sociais e de proteção dos direitos; a possibilidade de trabalho; o acesso à habitação, educação e lazer; a promoção da solidariedade intergeracional; os cuidados para as pessoas idosas com dependência física, mental e social. O então chamado “Plano de Madrid” norteou as políticas públicas para a população idosa em todo o mundo, como também é abordado o tema violência e maus tratos.

3.2.2.2 O Envelhecimento na Agenda das Políticas Públicas Brasileiras

No Brasil, várias iniciativas ocorreram a partir da década de 1970. A Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) . Em 1988, a Constituição Federal incluiu a pessoa idosa no capítulo que trata sobre Seguridade Social e o artigo 230 preleciona que:

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

Isso é reafirmado no artigo 3º do Estatuto do Idoso (2003). Em 1993 foi formulada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei nº 8.742) que garante o benefício de

prestação continuada para as pessoas idosas com renda inferior a um quarto do salário mínimo.

Outro marco histórico aconteceu em 1994 quando da promulgação da Lei nº 8.842 que estabelece a Política Nacional do Idoso, porém sua regulamentação somente ocorreu em 1996, com a publicação do Decreto nº 1.948. As principais diretrizes dessa política consistem em: atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas à formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar os atendimentos dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar.

Em 1999, o Ministério da Saúde elabora a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/GM) que define medidas preventivas para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico.

Finalmente em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, instrumento legal conta com 118 artigos que visa à proteção das pessoas idosas e reforçando as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso.

3.3 A questão da violência contra a pessoa idosa

O Estatuto do Idoso, no seu artigo 4º reza que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei (BRASIL, 2003).

Neste tópico serão apresentadas as tipologias da violência, as estatísticas da violência contra a pessoa idosa e o sistema de defesa de seus direitos, legalmente instituídos, e a atuação da Rede de Proteção social ao idoso no âmbito da Prefeitura de Belo Horizonte.

3.3.1 – Tipologias da Violência

As categorias e tipologias para designar as várias formas de violência mais praticadas contra a população idosa estão oficializadas no documento *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde* (2001). São as tipologias da violência.

Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física: expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocá-los dor, incapacidade ou morte.

Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos: correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.

Abuso sexual, violência sexual: termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero relacional, utilizando pessoas idosas. O abuso sexual visa obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Abandono: forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

Negligência: refere-se à recusa ou a omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país; ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para aqueles que se encontra em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

Abuso financeiro e econômico: consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

Autonegligência: diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.

3.3.2 As violências que as estatísticas revelam

No Brasil o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) em seu artigo 19 preconiza que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória, pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

No âmbito da saúde pública, as notificações de acidentes e violência que podem ou não levar a óbito são reconhecidas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como “causas externas”. No entanto, esse conceito envolve a violência interpessoal, nas suas mais diversas tipologias, bem como acidentes de trânsito (colisões de veículos, motos e atropelamento), afogamento, quedas, exposição à fumaça, ao fogo e às chamas, contato com animais e plantas venenosas (SIH/SUS/DATASUS/2015). Estudos sobre as causas externas desse banco de dados auxiliam a entender os resultados das várias expressões da violência física.

No Brasil, em 2011 as principais causas de morte entre as pessoas acima de 60 anos foram: doenças do aparelho circulatório (35,6%), neoplasias (16,7%), enfermidades respiratórias (14,0%), doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, particularmente o diabetes (7,9%), enfermidades do aparelho digestivo (4,7%), causas externas (3,4%) respectivamente. (SIM; MS, 2011). Em Belo Horizonte, no mesmo ano, o indicador de mortalidade por causas externas da população acima de 60 anos foi de 378 por 100.000 habitantes (SIM; MS, 2011), enquanto o indicador de morbidade no mesmo período e mesma faixa etária foi de 91,56 – número de internações por 10.000 habitantes.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, por meio do Disque 100 “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos”, informou que de 2010 a 2012 houve um aumento de 199% no número de denúncias. Nesse conjunto de dados ressaltam as seguintes violências: negligência (68,7%), seguidas pelos abusos psicológicos (59,3%), abusos financeiros, econômicos e violência patrimonial (40,1%). Os maus-tratos físicos vêm em último lugar (34%), entretanto os dados acima citados mostram que a violência contra a pessoa idosa é muito mais abrangente e difusa do que a que aparecem nas taxas de internações hospitalares e mortes (Brasil, 2012).

3.3.3 Os órgãos de defesa de direitos da pessoa Idosa

3.3.3.1 Os Conselhos de Direitos

Os conselhos de direitos são espaços institucionais de controle democrático de interlocução do Estado com a sociedade resultante da conquista dos movimentos sociais no processo de democratização do Estado brasileiro (Avritzer, 2011).

A Constituição de 1988 consagrou o princípio da participação dos conselhos na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas existentes. Os conselhos de políticas públicas são compostos por representantes de organizações sociais e do Poder Público, em regime paritário, e podem ter caráter consultivo e/ou deliberativo. Leonardo Avritzer (2011) destaca que na atualidade temos mais conselheiros do que vereadores nos municípios.

“A institucionalização de arenas participativas indica uma expansão dos recursos disponíveis aos cidadãos para influenciar as políticas públicas nos diferentes níveis e áreas de atuação dos governos. Os conselhos de políticas, deliberativos ou consultivos, incorporados aos arranjos institucionais de diversas áreas de políticas públicas no Brasil, constituem exemplos de tais práticas. Esses conselhos configuram “pontos de entrada” para coalizões de cidadãos e seus líderes na arena executiva, facultando-lhes a interação face-a-face com os representantes eleitos ou com os seus agentes (gestores não-eleitos e burocracias públicas)” (Anastasia, 2006).

A recente democracia no Brasil e a fragilidade da participação cidadã inviabilizam o efetivo monitoramento das denúncias de violência contra a pessoa idosa.

Cumprir fazer um paralelo com a violência contra a criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza a existência do Conselho Tutelar, que é um dos órgãos que compõem o Sistema de Garantia da Criança e do Adolescente. Ao ser informado de um caso, o Conselho Tutelar deve atuar para garantir que a transgressão do direito não aconteça ou sua restauração, caso a violação já tenha ocorrido. Esse conselho também deve ser atuante e ter preocupação preventiva, aplicando medidas e efetuando encaminhamentos frente a uma ameaça. São nove Conselhos Tutelares em Belo Horizonte, um em cada regional administrativa.

Os Conselheiros tutelares e seus suplentes são escolhidos pela comunidade mediante eleição sob a responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e a fiscalização do Ministério Público. Após eleitos, esses são capacitados e trabalham com a carga horária de 40 horas semanais e são remunerados. No caso da pessoa idosa, essa não é sujeito de tutela e os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa por não terem estrutura para atuarem nos casos de denúncias, encaminham para os serviços especializados da Assistência Social e/ou da Saúde para averiguação e intervenção. Ressalte-se que os Conselheiros não são remunerados. Na curatela em caso de abuso, os trâmites são os mesmos de qualquer outra denúncia.

Além disso, quando se avalia o funcionamento dos conselhos de idosos nos Estados e Municípios do Brasil, em sua maioria, verificam-se dificuldades na articulação entre sociedade civil e governo, falta de investimento dos gestores estaduais e municipais em infraestrutura para funcionamento. Além disso, em alguns conselhos a presidência é sempre governamental, sendo somente consultivos, sem poder de deliberação. Essas informações são fruto dos encontros macrorregionais que o Conselho Nacional do Idoso organizou em 2012, com presidentes dos conselhos estaduais do idoso de todos os Estados. Os relatos obtidos foram semelhantes no que tange à falta de recursos humanos e financeiros. Certificaram também necessidade de capacitação de conselheiros e colaboradores nas temáticas Políticas Públicas, Legislações pertinentes e Envelhecimento.

3.3.3.2 A atuação da Rede de Proteção social ao idoso no âmbito da Prefeitura de Belo Horizonte

A rede municipal de atendimentos as pessoa idosa vítimas de violência é descentralizada, ou seja, cada uma das nove regionais administrativas do município realiza a abordagem da suposta vítima e de seus familiares, como também, se necessário, os encaminham para outros serviços.

Em cada Regional esse primeiro contato é realizado por técnicos com graduação em Serviço Social ou Psicologia, vinculados à Equipe de Regulação e Verificação de Indícios da Secretaria Regional da Assistência Social. Esse grupo tem como funções: avaliar os casos, por meio da busca ativa na rede interna e externa; discutir cada caso em rede

municipal; realizar a visita domiciliar e demais ações necessárias para subsidiar a emissão do relatório circunstanciado do caso.

Feita a primeira abordagem, os casos são registrados e passam por uma análise preliminar para confirmação de endereço, tipo de violação e busca ativa no SIGPS (Sistema de Informação e Gestão de Políticas Sociais). Esse banco de dados subsidia os técnicos da Secretaria Municipal de Políticas Sociais e de suas secretarias adjuntas com informações dos atendimentos já prestados.

Os casos que demandam intervenções são distribuídos à equipe técnica do PAEFI – Programa de Atendimento Especializado à família e indivíduos, para avaliação inicial, apropriação e intervenção necessária.

Contudo, no que tange à abordagem e ao atendimento à violência, a Prefeitura de Belo Horizonte enfrenta várias dificuldades, dentre as quais destacamos: a) a Equipe de Regulação e Verificação de Indícios da Secretaria Regional da Assistência Social, formalmente prevista, não conta com recursos humanos e infraestrutura adequada, o que dificulta a realização de uma metodologia-padrão de abordagem da violência, assim cada regional administrativa atua de forma diferente conforme seus recursos; b) o gestor municipal não tem representação legal para realizar a visita domiciliar na situação de violência. Assim, o técnico só tem permissão para entrar na residência da vítima se os familiares permitirem; c) muitos gestores das Regionais Administrativas da Assistência Social desconhecem os fluxos e os documentos a serem preenchidos para a notificação do caso.

3.3.3.2.1 Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte e sua atuação na rede de proteção social ao idoso

O Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte – CMI/BH foi criado pela Lei nº 6.173, de 29 de maio de 1992, com caráter permanente e deliberativo, vinculado à Secretaria Municipal de Ação Social. Em 1º de janeiro de 2005, a Prefeitura de Belo Horizonte, por meio da Lei nº 9.011, dispõe sobre a nova estrutura organizacional da Administração Direta do Poder Executivo e, no seu artigo 94, inciso VI, esse Conselho sai da Secretaria Municipal de Ação Social e passa para a Secretaria Municipal de Políticas Sociais.

Esse conselho atua promovendo e divulgando os direitos dos idosos, estabelecendo critérios para o funcionamento das entidades não governamentais e acompanhando os

programas de atendimento a esses cidadãos. Compete a ele incentivar a participação popular na elaboração dos planos, programas e aperfeiçoamento da Política Municipal de atendimento ao idoso, bem como promover campanhas de formação à sociedade civil sobre os direitos da pessoa idosa (PBH, 2005).

O CMI/BH, segundo legislação que vigorou até dezembro de 2011, não era paritário, não tinha alternância na presidência e a sociedade civil prevalecia com número de membros bem superior ao do governo. Dos 18 membros do Conselho, apenas três eram governamentais. Como a representatividade governamental era mínima, as secretarias temáticas eram suplentes uma das outras, ou seja, o representante da Secretaria de Esporte era suplente do representante da Secretaria Municipal de Saúde, contudo, as Secretarias Titulares e Suplentes não estavam desenhadas em nenhum documento legal, pois eram determinadas pelo Prefeito.

Em 29 de dezembro de 2011, a lei nº 10.354 substituiu a lei nº 6.173, de 29 de maio de 1992, o que ampliou o número de conselheiros desse conselho para 34 e definiu caráter paritário para a representação governamental e da sociedade civil.

Esse conselho apresenta a seguinte estrutura: uma secretária executiva e uma técnica Analista de Políticas Públicas (a pesquisadora) com atividades diárias, enquanto os conselheiros comparecem somente nas reuniões das comissões e na plenária. A secretária executiva é contratada por empresa terceirizada, o que ao final de cada ano, leva o CMI-BH à insegurança da continuidade da contratação da pessoa já contratada. Já aconteceram situações em que o cargo da secretária executiva ficou vacante durante meses até que a situação administrativa se regularizasse. A presidência da sociedade civil, no atual mandato foi substituída, por desligamento do ex- presidente, da entidade que representava. No atual mandato a presidência é exercida pela representante da sociedade civil organizada que se faz presente quando lhe é solicitado. Nenhum dos conselheiros recebe qualquer ajuda de custo para sua permanência ou participação no conselho.

Quanto ao seu funcionamento, o Conselho tem uma reunião ordinária mensal, sempre na primeira quarta-feira do mês. A plenária é iniciada com a capacitação dos conselheiros, com temas definidos na plenária anterior ou nas comissões temáticas, tais como: representatividade, controle social, orçamento público para a população idosa,

enfrentamento à violência, entre outros. Na sequência, acontece a aprovação da ata, a apresentação dos encaminhamentos das comissões temáticas para serem deliberadas e demais assuntos pautados pela mesa diretora, que é composta pelo presidente (atualmente, um representante da sociedade civil); vice-presidente (sociedade civil); primeiro e segundo secretário (governo).

Diariamente, o CMI/BH recebe denúncias de diversos órgãos de atendimentos, tais como: centro de saúde, unidades de pronto atendimento, hospitais públicos e privados; centros de saúde; UPAs – Unidades de Pronto Atendimento, Associação e Movimento de Idosos, disque 100, Disque Direitos Humanos, Ministério Público, Defensoria Pública e outros, como também demandas espontâneas, sejam de modo presencial ou por telefone. Nesse último caso, temos de um lado da linha, o denunciante que apresenta a denúncia, geralmente um pedido de socorro ocasionado pelo descaso humano, e do outro lado a secretária executiva desse conselho, que é graduada em psicologia.

O Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, no ano de 2006, criou a comissão de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, formada por conselheiros e colaboradores, cabendo-lhe conhecer a rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa para verificar as estruturas oferecidas. Porém, os órgãos de proteção e defesa da pessoa idosa do estado sofrem com problemas de recursos humanos e materiais, o que restringe a quantidade de atendimentos e afunila o exercício de suas atribuições. Na contramão dessa rede de proteção, com baixa capacidade operacional, a violência intrafamiliar contra pessoas idosas só faz aumentar.

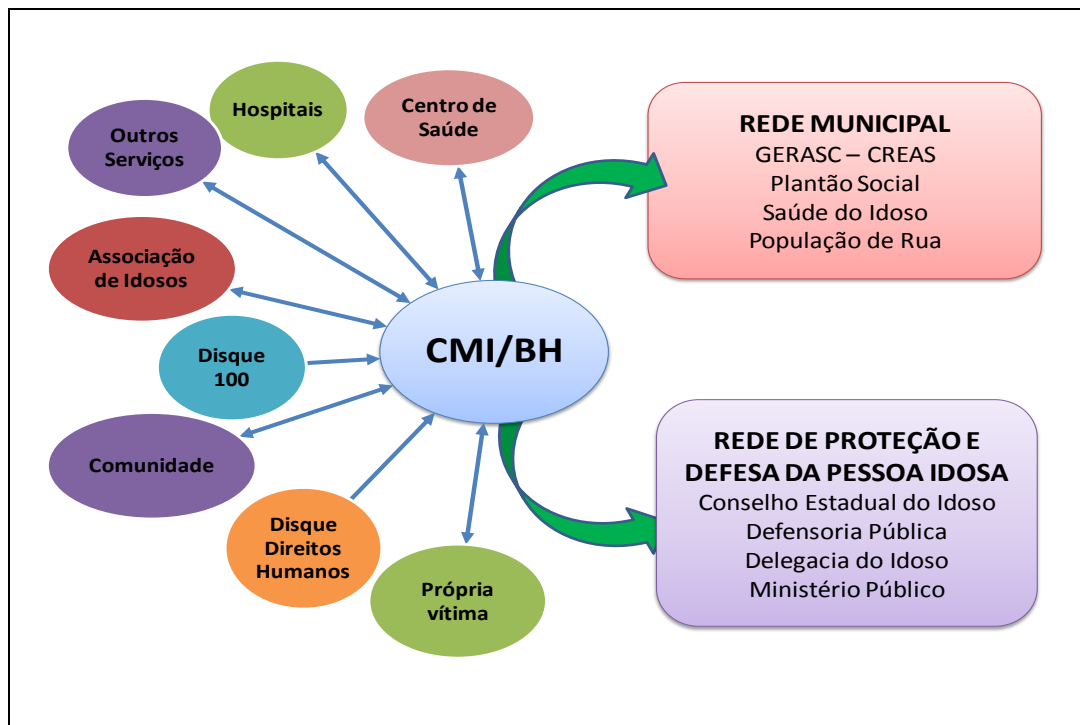
Como a Comissão de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa se reúne apenas mensalmente cabe à secretária executiva desse conselho preencher a ficha da violência intrafamiliar (Anexo 2), gerar relatório das denúncias e encaminhá-los a GERASC – Gerência Regional da Assistência Social ou GERASA – Gerência Regional de Saúde, Plantão Social. Em seguida os encaminhamentos são monitorados, com demanda de retorno sobre o caso para ser encaminhado ao denunciante, quando solicitado.

Quando a intervenção ultrapassa as competências do âmbito municipal a denúncia é encaminhada para a rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa estadual, incluindo: o Conselho Estadual do Idoso, a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais,

a Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência e a Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso – Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Usualmente, retornos sobre esses encaminhamentos não são cobrados.

Na figura 1 estão representados de forma esquemática as fontes e destino das denúncias de violência contra a pessoa idosa recebidas no CMI/BH.

Figura 1 – Fontes e encaminhamentos das denúncias no CMI/BH



Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Assim, essa dissertação buscou conhecer e analisar a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa denunciada no Conselho Municipal do Idoso nos anos de 2011 a 2013, como também verificar no ano de 2013 o desfecho em relação à resolução da situação que motivou a denúncia, os retornos e óbitos, de modo a propiciar a implementação de políticas públicas de apoio à família com idosos.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de estudo descritivo com componente analítico de coorte não concorrente sobre as denúncias de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas, recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (MG), abrangendo o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013.

4.2 Área de estudo

O município de Belo Horizonte possui 2.375.151 habitantes, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2010) e está dividido em nove regionais administrativas, com seus respectivos Distritos Sanitários. Conta com 25 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e nove Centros de Referências Especializados da Assistência Social (CREAS) sediados nas regionais, responsáveis pelo atendimento de casos de violação de Direitos. No âmbito da Saúde, 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão distribuídas pelo território, com 83% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (Anexo 4).

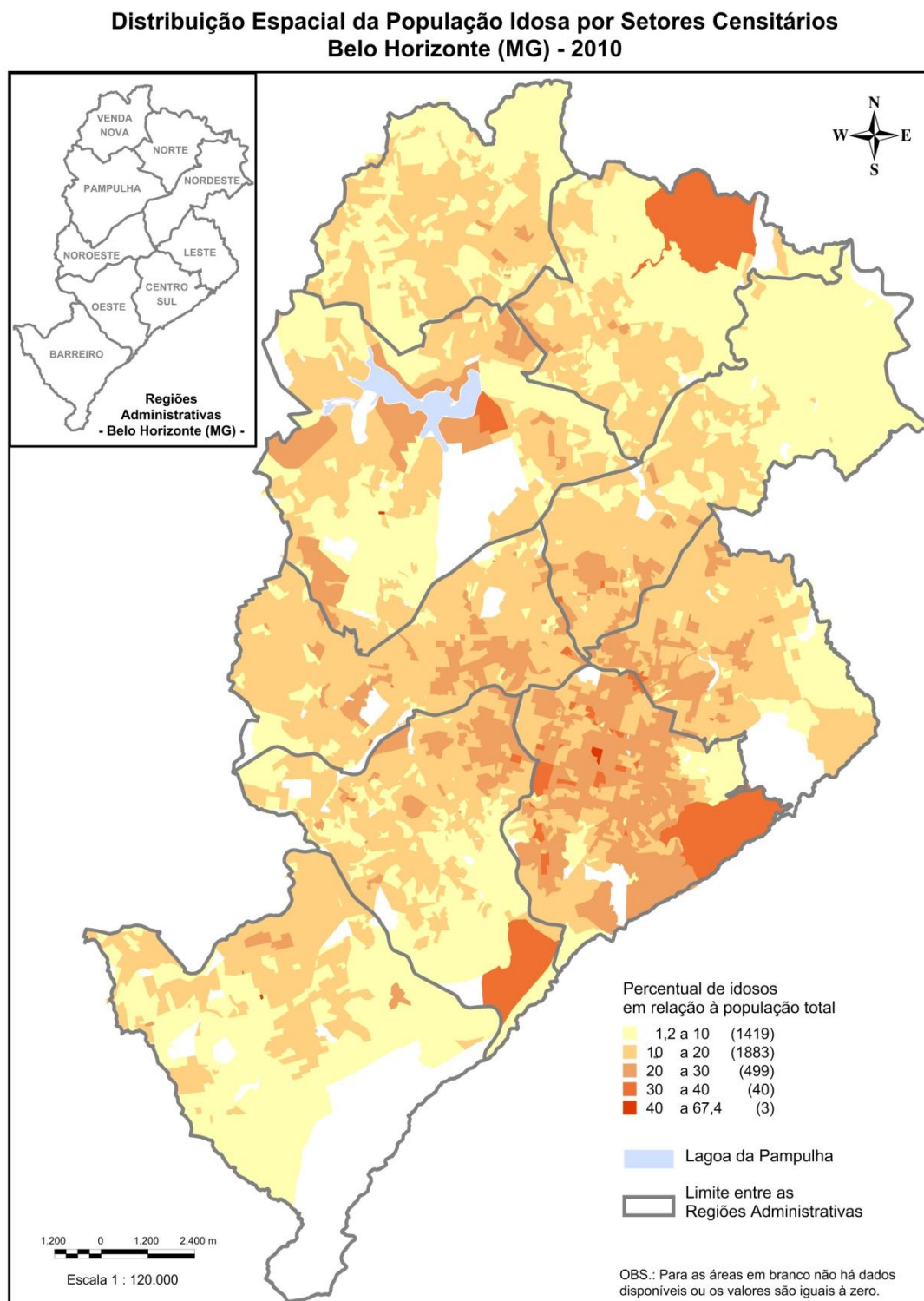
4.3 População estudada

De acordo com o censo 2010 o município de Belo Horizonte tem uma população de 299.277 pessoas idosas (Anexo 3), o que representa 12,61% da população total, distribuídas nas nove Administrações Regionais, conforme apresentado na Figura 2.

A regional Centro Sul possui o maior número de idosos, com 50.814 pessoas com mais de 60 anos, seguida pelas regionais: Noroeste 48.278; Leste 35.401; Oeste 35.341; Nordeste 34.245; Barreiro 27.492; Venda Nova 26.073; Norte 21.165 e Pampulha 20.468 (Anexo 3 IBGE/2010).

Pode-se observar no mapa a distribuição da população idosa no município de Belo Horizonte, a parte que está aglomerada e escura do mapa com grande concentração de pessoas idosas refere-se a Instituições de Longa Permanência do Idoso (ILPI).

Figura 2 – Distribuição espacial da população idosa por Setores Censitários– Belo Horizonte (MG) - 2010.



Fonte: GSFP/SMPS/PBH, 2013
Base Cartográfica: PRODABEL, 2012
Elaboração: GSTACIPS/GCEP/SMPS, 2013

4.4 Procedimentos

Crêterios de inclusão

O estudo investigou as denúncias de viola o de direitos intrafamiliar de idosos residentes em Belo Horizonte registradas no Conselho Municipal do Idoso nos anos de 2011 a 2013, feitas por cidadãos ou Institui es, por meio telef nico, presencial ou eletr nico.

Instrumento de coleta de dados

A fonte de dados foi o formulário de denúncia utilizado pelo Conselho (Anexo 2), preenchido por uma psicóloga capacitada para caracterizar as vítimas e identificar a tipologia da violência, e que, também, exerce a fun o de secretária executiva do Conselho. O formulário   estruturado em 19 itens que incluem: dados do denunciante, da vítima e do violador; tipologia de viola o, encaminhamentos e vias de denúncia (telefone, presencial, eletr nico).

Para caracterizar a vítima foram analisadas as variáveis: idade (agrupada em três faixas de dez anos, a partir de 60 anos), sexo, local de residência (por Administra o Regional) e grau de dependência. Os demais dados que constam no formulário, não fizeram parte desse estudo por falta de informa es nos relatórios de retorno dos serviços.

O grau de dependência, para as atividades da vida diária foi definido segundo a Resolu o 283/2005 do Ministério da Saúde, que a classifica em 3 graus sendo: grau I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; grau II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimenta o, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com altera o cognitiva controlada; grau III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

Investigaram-se sete categorias previstas na Portaria MS/GM n  737, a saber: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e autonegligência.

Sobre a origem das denúncias descreveu-se a identificação ou não do denunciante e sua relação com a vítima se membro da família, se órgão da rede de proteção e defesa de direitos da pessoa idosa ou se a própria vítima.

As denúncias foram analisadas segundo as taxas de ocorrência por regional e seu atendimento pela rede municipal de proteção dos direitos da pessoa idosa, a saber: a Gerência Regional da Assistência Social, a Gerência Regional de Saúde e os encaminhamentos para outros órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência e Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso – Ministério Público do Estado de Minas Gerais).

As taxas de incidência de denúncias foram calculadas em relação à população estimada pelo IBGE para 2011 e 2012, e em 2013 foi considerada a população de 2012. Para mapear a distribuição das denúncias por regional administrativa e calcular as taxas de denúncia de violência, aplicou-se o crescimento global da população de idosos às proporções populacionais de cada regional administrativa segundo os dados do IBGE/2010, para o ano de 2012 (Anexo 3).

Componente coorte não concorrente

A análise das denúncias recebidas em 2013 incluiu, além daquelas realizadas nos anos anteriores, a identificação de características do agressor e os desfechos dos casos, utilizando-se metodologia de estudo de coorte não concorrente.

Todas as denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte em 2013 foram identificadas e acompanhadas até maio de 2015 para avaliação dos desfechos obtidos nos relatórios de retorno dados pelos locais para onde os casos foram encaminhados.

Além das características das vítimas já descritas caracterizaram-se também os agressores segundo: sexo, vínculo com a pessoa idosa, se é usuário de drogas lícitas e/ou ilícitas ou portador de sofrimento mental.

Após leitura detalhada dos relatórios de retorno feita pela pesquisadora, os desfechos foram classificados em seis categorias:

1. Resolução em âmbito familiar após intervenção dos serviços;
2. Encaminhamento para outros órgãos de defesa de direitos;
3. Institucionalização da pessoa idosa;
4. Esgotamento das possibilidades de intervenção por ineficácia;
5. Óbito da pessoa idosa;
6. Inserido na rede.

Todos os desfechos foram analisados segundo o tempo de ocorrência, ou seja, o intervalo de tempo decorrido entre o encaminhamento da denúncia pelo Conselho, os retornos dos serviços municipais.

É importante ressaltar que os serviços da Prefeitura de Belo Horizonte não têm o caráter punitivo para os agressores, e nem tem por objetivo encontrar culpados e inocentes, para ela o importante é a proteção ao idoso e o fortalecimento de vínculos familiares. Cessada essa possibilidade, o caso é encaminhado para outros órgãos de defesa que têm atribuições punitivas contra os agressores, com aplicação de medidas protetivas, o que pode ocasionar no afastamento do agressor da vítima.

4.5 Análises dos dados

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das características das vítimas e dos agressores segundo a distribuição de frequência e calculadas as taxas de ocorrências de denúncias por população residente nas regionais.

As denúncias de violência recebidas em 2013 e seus desfechos foram analisados segundo o intervalo de tempo entre seu registro e o retorno do serviço. A observação de cada indivíduo iniciou-se a partir da chegada, ou registro da denúncia (Cox & Oakes, 1984), e o evento final corresponde ao retorno do encaminhamento dado à denúncia, analisados pelo método de Kaplan Meier (Kaplan & Meier, 1958).

4.6 Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pela Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Secretaria e Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania e pelo COEP Pesquisa da Plataforma Brasil - UFMG CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 40662115.7.0000.5149.

Para utilização do Banco de Dados do CMI-BH obteve-se a anuência da Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania, órgão ao qual o referido Conselho está vinculado. Os nomes das supostas vítimas de violência intrafamiliar e dos supostos agressores não foram identificados. O Banco de dados manteve-se sob a responsabilidade da equipe de pesquisadores enquanto durar a pesquisa e será utilizado unicamente para essa finalidade.

5 – RESULTADOS

Entre 2011 e 2013, o Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte recebeu 859 denúncias de violência intrafamiliar, sendo: 185 (21,5%) em 2011; 310 (36,1%) em 2012 e 364 (42,4%) em 2013 (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil das vítimas e evolução da taxa de incidência de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, conforme denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, 2011-2013.

Características da vítima	2011			2012			2013		
	n	%	TI 10.000 idosos	n	%	TI 10.000 idosos	n	%	TI 10.000 Idosos
Feminino	131	70	7,23	231	74,5	12,69	241	66,2	13,24
Masculino	54	30	4,51	79	25,5	6,57	123	33,8	10,23
60 a 69 anos	42	22,70	2,58	61	19,67	3,73	80	21,97	4,89
70 a 79 anos	66	35,68	7,16	130	41,94	14,05	125	34,34	13,51
80 anos e mais	77	41,62	16,79	119	38,39	25,84	159	43,69	34,53
Taxa média anual			6,15			10,26			12,05
<i>Grau de Dependência</i>									
Grau I	68	36,8		179	57,7		243	66,76	
Grau II	73	39,4		110	35,5		102	28,02	
Grau III	44	23,8		21	6,8		19	5,22	
Total	185	100		310	100		364	100	

T.I. - Taxa de Incidência

Observa-se que, no período investigado, a taxa de incidência de denúncias duplicou passando de 6,15/10.000 idosos em 2011 para 12,05/10.000 idosos em 2013, com predomínio de vítimas do sexo feminino (70%), tendo havido aumento em todas as faixas etárias. O risco de violação de direitos nesse grupo foi de 16,79/10.000 em 2011, atingindo 43,69/10.000, em 2013. Verificaram-se, inclusive, quatro casos de pessoas idosas acima de 100 anos de idade, vítimas de violência intrafamiliar.

Predomínio das vítimas com 80 anos e mais, predominando o sexo feminino em todas as faixas etárias.

As vítimas nos anos de 2012 e 2013, em sua maioria, (58% e 67% respectivamente) eram independentes para as atividades da vida diária (Grau I).

Tabela 2 – Forma de denúncia realizada no CMI/BH 2011-2013.

Do Denunciante	2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%
Anônimo	59	31,9	150	48,4	182	50
Instituição Saúde	49	26,5	72	23,3	76	20,9
Familiar da vítima	35	18,9	40	12,9	49	13,5
Órgãos da Defesa de Direitos	28	15,1	18	5,8	29	8,0
Próprio idoso	12	6,5	27	8,7	18	4,9
Assistência Social	02	1,1	01	0,3	8	2,2
Outros	00	0,0	02	0,6	2	0,5
TOTAL	185	100	310	100	364	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso/BH

A principal fonte foi anônima, representando metade das denúncias em 2012 e em 2013. Deve-se valorizar, também, como fonte de informação as Instituições de saúde (21%). A própria família é o principal violador e acusador, representando 14% dos denunciadores. Nos três anos investigados, o maior aumento percentual de denúncias foi observado no Barreiro que registrou aumento de 232% no período.

Tabela 3. Distribuição da violência contra a pessoa idosa por ano e por regional Administrativa

Administração Regional/ Ano	Denúncias/Ano						Total	
	2011		2012		2013		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Barreiro	12	6,5	18	5,8	55	15,1	85	9,90
Centro-Sul	22	11,9	22	7,1	35	9,6	79	9,20
Leste	26	14,1	59	19,0	42	11,5	127	14,78
Nordeste	31	16,8	55	17,7	45	12,4	131	15,25
Noroeste	33	17,8	45	14,5	64	17,6	142	16,53
Norte	17	9,2	27	8,7	36	9,9	80	9,31
Oeste	13	7,0	27	8,7	27	7,4	67	7,80
Pampulha	9	4,9	18	5,8	29	8,0	56	6,52
Venda Nova	22	11,9	39	12,6	31	8,5	92	10,71
Total	185	100,0	310	100,0	364	100,0	859	100,0

Fonte: Conselho Municipal do Idoso

A estimativa das Taxas de denúncias no período de 2011 – 2013, segundo o local de domicílio da vítima em Belo Horizonte (Figura 3 e Tabela 4) aponta que a Regional Nordeste registrou a maior taxa de denúncias (37,89 por 10.000 idosos) no período estudado, enquanto a Regional com menos denúncias foi a Centro-Sul (15,38 por 10.000 idosos), que abriga o maior contingente de pessoas idosas.

Figura 3- Taxa de denúncias no período de 2011-2013, segundo o local de domicílio da vítima. Belo Horizonte – MG.

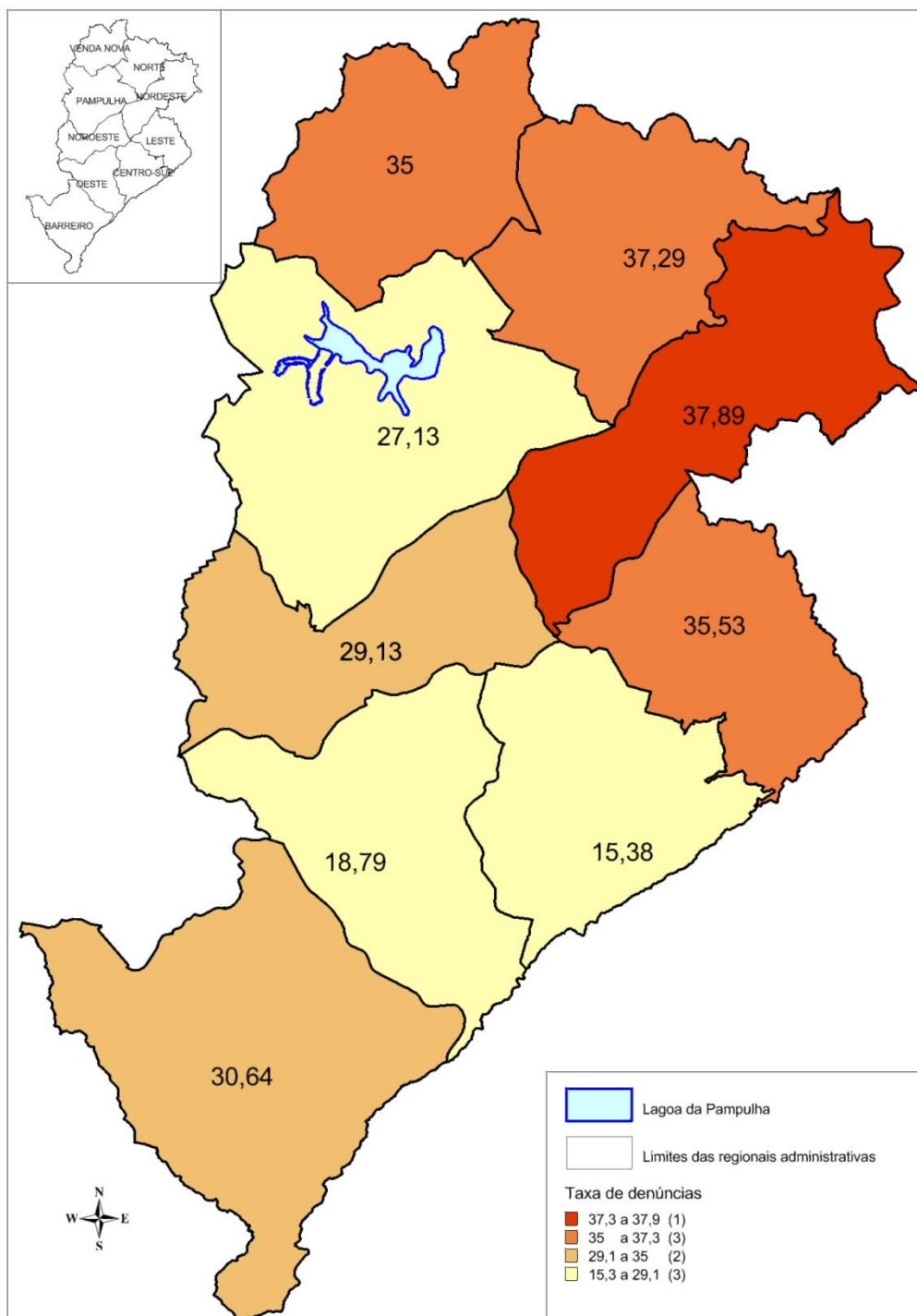


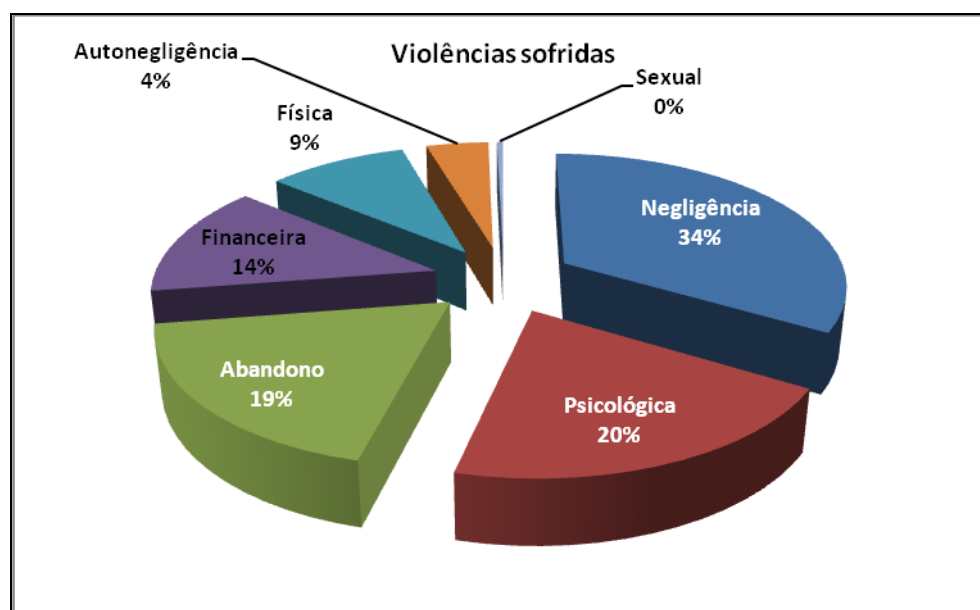
Tabela 4. - Taxa de denúncias no período de 2011-2013, segundo o local de domicílio da vítima, Belo Horizonte – MG.

Administração Regional/A no	População de idosos			Taxa de denúncias/ 10.000 habitantes
	N	%	Total	
Barreiro	85	(9,90)	27.740	30,64
Centro-Sul	79	(9,20)	51.340	15,38
Leste	127	(14,78)	35.747	35,53
Nordeste	131	(15,25)	34.570	37,89
Noroeste	142	(16,53)	48.740	29,13
Norte	80	(9,31)	21.454	37,29
Oeste	67	(7,80)	35.656	18,79
Pampulha	56	(6,52)	20.638	27,13
Venda Nova	92	(10,71)	26.289	35,00
TOTAL	859	100	302.174	28,43

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Em relação às tipologias da violência, no período investigado, a negligência liderou o ranking das violências sofridas (gráfico 4) e as mulheres mais idosas foram às principais vítimas. As mulheres e homens muito idosos foram os mais negligenciados, abandonados ou ainda sofreram abuso financeiro (Gráfico 5 e 6 e Tabela 5 e 6).

Gráfico 4 - Distribuição percentual das denúncias de violência, segundo a tipologia, Belo Horizonte, 2011 a 2013



Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tabela 5 – Ocorrências e vítimas da violência em mulheres maiores de 60 anos, conforme faixa etária, em 2011, 2012 e 2013*

Faixa etária Tipos /Anos	60 a 69			70 a 79			80 e +			TOTAL	
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	N	%
Negligência	14	20	32	25	51	44	36	60	79	361	33,0
Psicológica	16	20	19	17	39	34	24	38	40	247	22,7
Abandono	6	11	20	13	27	19	15	28	44	183	16,8
Financeira	7	3	12	13	15	19	22	26	31	148	13,6
Física	11	8	8	10	15	20	13	12	17	114	10,5
Autonegligência	2	0	2	3	4	4	5	3	6	29	2,9
Sexual	1	0	0	1	1	0	2	1	0	6	0,5
TOTAL	57	62	93	82	152	140	117	168	217	1088	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

*Em alguns casos foram denunciados mais de um tipo de violência

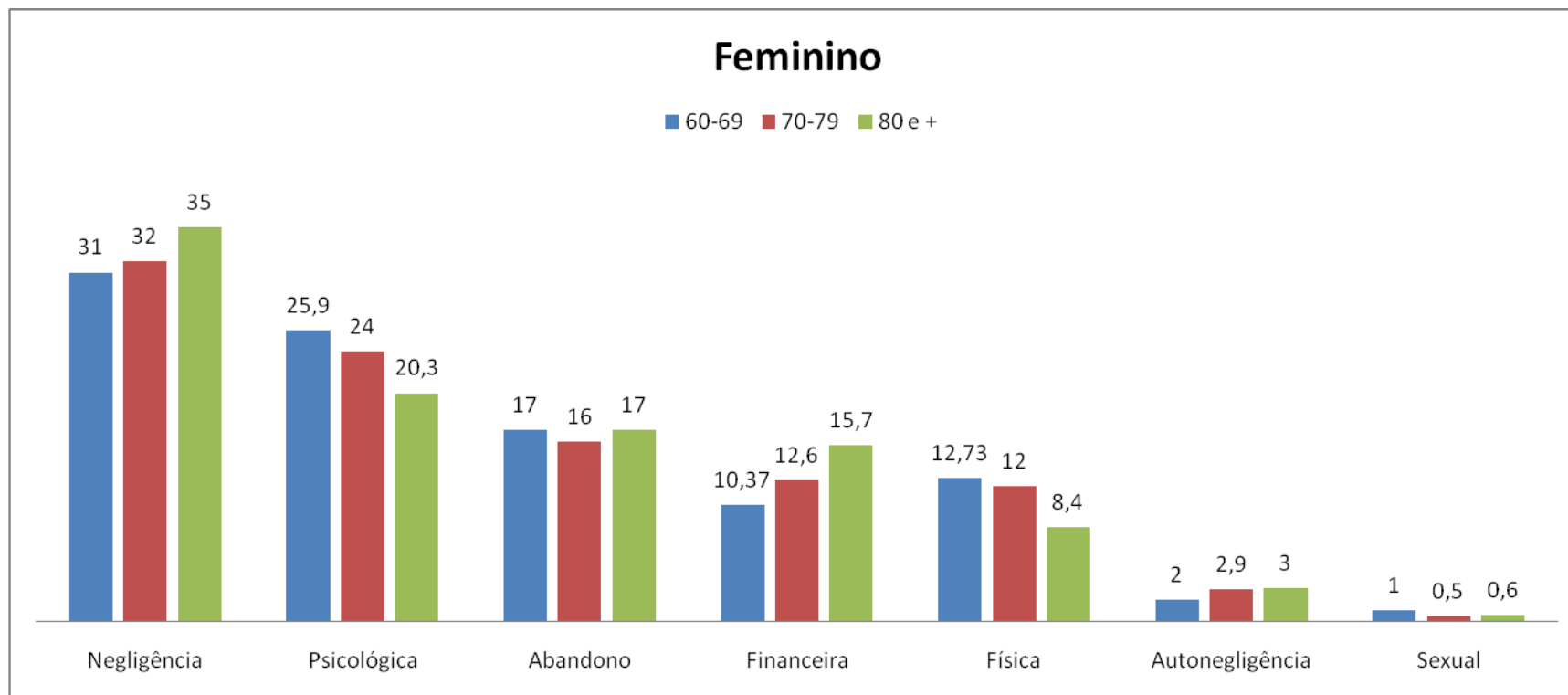
Tabela 6 – Ocorrências e vítimas da violência em homens maiores de 60 anos, conforme faixa etária, em 2011, 2012 e 2013*

Faixa etária Tipos / Anos	60 a 69			70 a 79			80 e +			TOTAL	
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	n	%
Negligência	7	11	20	8	21	27	17	17	32	160	34,3
Abandono	3	7	17	7	15	21	10	8	20	108	23,2
Psicológica	4	4	5	10	11	12	6	4	13	69	14,8
Financeira	0	3	7	10	4	8	10	4	15	61	13,1
Autonegligência	1	2	6	3	3	8	5	2	6	36	7,7
Física	3	3	3	5	5	5	1	2	5	32	6,9
Sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	18	30	58	43	59	81	49	37	91	466	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

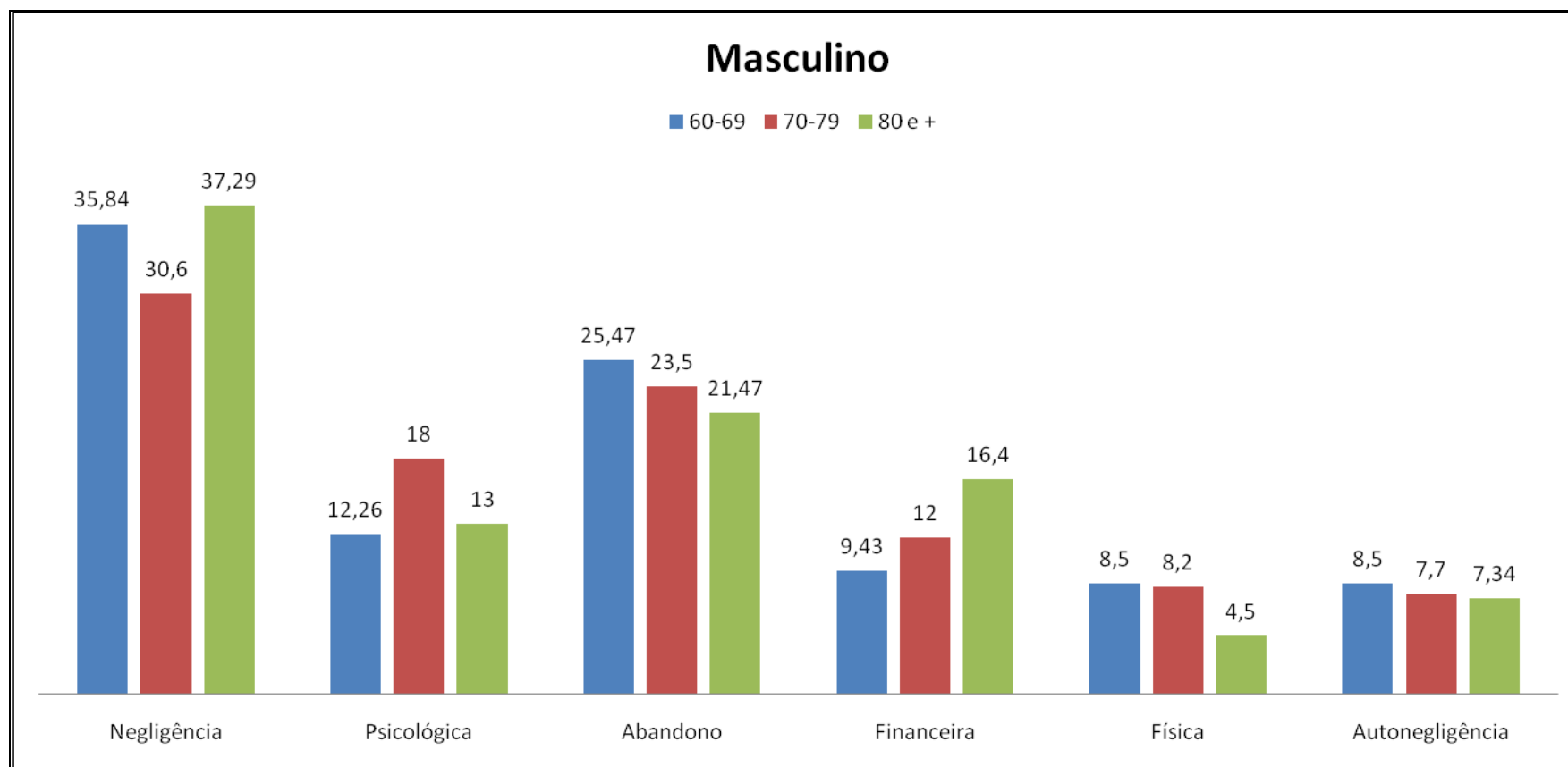
*Em alguns casos foram denunciados mais de um tipo de violência.

Gráfico 5 - Distribuição percentual das tipologias da violência no sexo feminino, conforme faixa etária, das denúncias notificadas no Conselho Municipal do Idoso nos anos de 2011 a 2013.



Fonte: Conselho Municipal do Idoso/Pesquisa violência contra a Pessoa Idosa

Gráfico 6 – Distribuição percentual das tipologias da violência no sexo masculino, conforme faixa etária, das denúncias notificadas no Conselho Municipal do Idoso nos anos de 2011 a 2013.

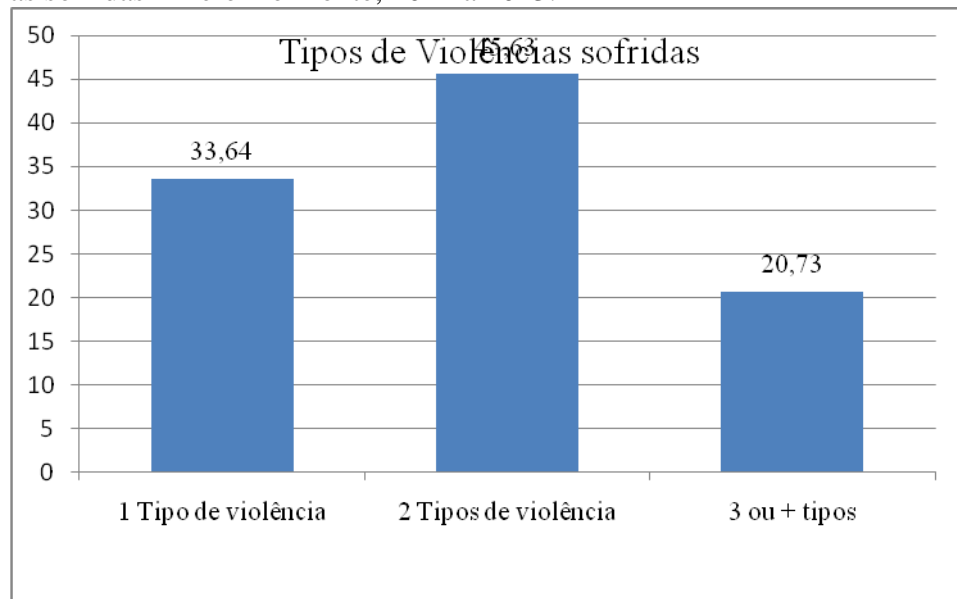


Fonte: Conselho Municipal do Idoso/Pesquisa violência contra a Pessoa Idosa

Nesse estudo, foi possível verificar que das 859 denúncias, 66,1% das vítimas sofreram dois ou mais tipos de violência associadas (Gráfico 7).

Identificaram-se 1554 associações tipologias de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, entre 2011 e 2013, conforme apresentado na Tabela 7. Vale ressaltar que das 316 denúncias de violência psicológica, 27 (8,5%) eram relativas a cárcere privado.

Gráfico 7 - Distribuição percentual das denúncias, segundo o número de tipos de violências sofridas – Belo Horizonte, 2011 a 2013.



Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte.

Tabela 7 - Distribuição das tipologias da violência identificadas nas denúncias recebidas pelo CMI/BH, 2011 a 2013.

Tipos de violência	n	%
Negligência	521	33,5
Psicológica	316	20,33
Abandono	291	18,72
Financeira	209	13,45
Física	146	9,4
Autonegligência	65	4,2
Sexual	6	0,4
TOTAL	1554	100

Na tabela 8, estão demonstrados os tipos de violência quando a denúncia incluiu apenas uma tipologia destacando-se a negligência (41,6%) como forma mais frequente também neste grupo.

Tabela 8 – Distribuição da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, no caso de denúncias que incluíam apenas uma tipologia, Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Tipologia	n	%
Negligência	111	41,6
Psicológica	83	31,1
Abandono	31	11,6
Autonegligência	26	9,7
Física	9	3,4
Financeira	7	2,6
TOTAL	267	100

Fonte: CMI/BH

A análise dos tipos de violência associadas incluiu a distribuição por regionais administrativas de Belo Horizonte e um quadro geral dessas associações está apresentado no Apêndice A.

Apesar de não incluída nas tipologias da violência propostas pelo Ministério da Saúde (2001), a insuficiência familiar estava entre as tipologias identificadas nas denúncias de violência recebidas. Esses dados estão demonstrados na tabela 9 segundo a Regional Administrativa de domicílio.

Tabela 9 – Distribuição das denúncias de violência familiar, segundo o local de domicílio da vítima, Belo Horizonte, 2011-2013.

Administração Regional	Insuficiência Familiar/Ano			
	2011	2012	2013	Total
Barreiro	0	2	11	13
Centro-Sul	0	0	2	2
Leste	0	7	4	11
Nordeste	2	3	9	14
Noroeste	0	4	11	15
Norte	0	0	5	5
Oeste	0	4	2	6
Pampulha	2	4	3	9
Venda Nova	0	2	4	6
Total	4	26	51	81

Das 859 denúncias recebidas a insuficiência familiar isolada representou 2,6%, enquanto quando associada ao abandono, negligência e a autonegligência atingiram 6,7% do total de denúncias nos três anos. Essa forma de violência apresentou distribuição semelhante nas Regionais Barreiro, Nordeste e Noroeste, em 2013.

Encaminhamentos

Dentre as denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, 810 (94%) foram encaminhadas para a Assistência Social Regional, 18 (2%) para órgãos de defesa de direitos; 5 (1%) para a Saúde e 26 (3%) foram notificações de violações de direitos que já estavam sendo acompanhadas pelos serviços.

A distribuição dos encaminhamentos das denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, segundo o local de domicílio da vítima e o ano de recebimento, está apresentada no Apêndice B.

Análise de denúncias recebidas em 2013 e seus desfechos

Em 2013, a distribuição das denúncias apresentou comportamento semelhante aos anos anteriores: das 364 denúncias 334 (92%) foram encaminhadas para a Assistência Social, 11 (3%) para órgãos de defesa de direitos, 2 (1%) para a Saúde e 17 (5%) foram notificações de violações em que já estavam em acompanhamento pelos serviços.

Analisando-se o vínculo familiar do agressor com a vítima verificou-se que em 165 casos (45,3%) a violência era praticada por mais de um membro da família, em 105 (28,8%), por um filho, em 45 (12,4%), pela filha e em 45 (12,4%) pelos demais familiares (irmãos, netos, sobrinhos e cônjuge) e 4 (1,1%) pelo próprio idoso.

Dos 195 agressores identificados, idosos não incluídos, 46 (23,59%) eram abusadores de álcool e droga e 9 (4,6%) apresentavam algum tipo de transtorno mental.

Do total das 364 denúncias recebidas e encaminhadas pelo Conselho Municipal do Idoso para os serviços da Prefeitura de Belo Horizonte em 2013, somente para 280 (77%) casos houve retorno desse encaminhamento. Em 11 casos (3%) houve cancelamento da denúncia

por parte do denunciante e em 73 (20%), após 17 meses de acompanhamento, o CMI/BH ainda não havia recebido qualquer retorno das respectivas Regionais Administrativas.

Do total de denúncias com retorno (280), após 17 meses, os serviços comunicaram que encerraram o atendimento em 151 (54%) (Tabela. 10); continuam o acompanhamento em 55 (20%), e não identificaram situação de violação de direitos em 74 (26%).

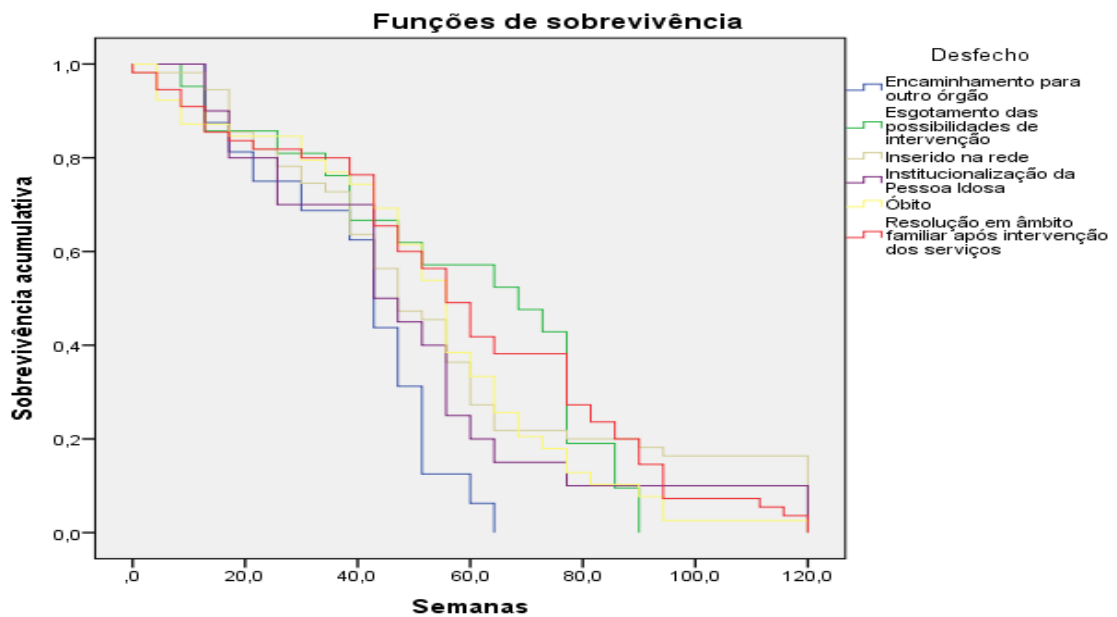
Tabela 10 - Retornos dos atendimentos de denúncias de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas recebidas em 2011, encerrados pelos serviços da PBH até maio de 2015

Resolução	n	%
Encaminhamento para outros órgãos	16	10,6
Esgotamento das possibilidades de intervenção	21	14,0
Institucionalização da pessoa idosa	20	13,2
Resolução em âmbito familiar após intervenção dos serviços	55	36,4
Óbito	39	25,8
TOTAL	151	100

Apesar de a intervenção dos serviços ter sido resolutiva em mais de um terço dos casos deve-se ressaltar que óbitos ocorreram em 26% dos idosos que receberam denúncias de violação de direitos, no período anterior de até 12 meses da morte. O período máximo para resolução dos desfechos foi de 120 semanas.

O intervalo de tempo entre a denúncia, o encaminhamento da denúncia e o retorno dos serviços está apresentado no gráfico 8.

Gráfico 8. Tempo entre o encaminhamento da denúncia pelo Conselho Municipal do Idoso e retorno dos serviços da Prefeitura de Belo Horizonte



Dentre as possibilidades de desfechos, o encaminhamento para outros órgãos foi o mais ágil. Todos os casos foram encerrados num período inferior a 65 semanas. É interessante ressaltar que, dentre os encaminhamentos, metade deles demorou, em média, pouco mais de 40 semanas. Com isso, verifica-se que o tempo médio dos desfechos para os encaminhamentos para outros órgãos é homogêneo e concentrado em torno da média.

O “esgotamento das possibilidades de intervenção” figura com o segundo menor tempo. Todos os casos foram resolvidos em até 90 semanas. Contudo, 80% dos casos demoraram, pelo menos, 75 semanas para sua resolução.

O “inserido na rede” verificou-se que 50% dos casos demoraram até 45 semanas para que o serviço comunicasse o Conselho que o caso foi inserido na rede, ressaltando que em 18% a demora foi de 95 a 120 semanas

Quando da denúncia foi resolvida por meio da “institucionalização da pessoa idosa” em 50% dos casos o tempo decorrido entre a denúncia e o desfecho foi de aproximadamente 40 semanas e 80% em 60 semanas; vale ressaltar que apenas 10% dos casos foram de 80 a 120 semanas.

Dentre os desfechos, a “resolução em âmbito familiar após intervenção dos serviços” aparece como o mais heterogêneo ou com maior dispersão no tempo para a resolução. Isso se comprova pelo fato de que os casos foram completamente resolvidos apenas quando transcorridas as 120 semanas, ou seja, o período máximo para resolução. Outro indicador que demonstra como essa categoria de desfecho possui grande dispersão deve-se ao fato de que 50% dos casos foram resolvidos, em média, durante 60 semanas, ou seja, a metade do tempo possível. Esse foi o desfecho com a tendência mais linear, dentre todas as categorias existentes.

Em relação aos óbitos, o estudo revelou que 50% ocorreram até 55 semanas após a denúncia de violação de direito enquanto 20% das mortes ocorreram entre a 80^a e a 120^a semanas.

6. DISCUSSÃO

O estudo confirmou a importância do estudo sobre a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa no município de Belo Horizonte e demonstrou que é a mais denunciada no Conselho Municipal do Idoso. Os dados concordam com os de Faleiros (2007) nas 27 capitais brasileiras sobre violência contra idosos, com dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso e Portador de Deficiência, do Disque Direitos Humanos e do Ministério Público, onde se verificou que, em Belo Horizonte, o maior registro referia-se a maus tratos familiares (57,15%) e apontou significativo aumento da denúncia intrafamiliar, em todas as regiões do Brasil. Além disso, em relação à forma de denúncia, a maioria anônima, segundo esse autor isso se deve a implementação de diferentes canais de denúncia, que possibilitam que essa possa ser feita sem que o denunciante seja identificado.

Na sequência, a segunda maior fonte de denúncias foi efetuada pelas instituições de saúde. Contudo, se considerarmos que o município de Belo Horizonte dispõe de 147 Centros de Saúde e que as 587 Equipes de Saúde da Família alcançam uma cobertura de 86,93% da população (RAG2014/SMSA), a participação das instituições de saúde, embora com tendência crescente, ainda é ínfima. Nos três anos observados, a média de denúncias de violência contra a pessoa idosa por UBS – Unidade Básica de Saúde sequer atingiu um caso por Unidade, tendo sido respectivamente de 0,33 denúncias por UBS em 2011; de

0,49 em 2012 e de 0,54 em 2013. Se considerada a média por equipe de Saúde da Família, as médias caem para 0,08 denúncias por equipe em 2011; 0,12 em 2012 e 0,13 em 2013. Isso sugere que as instituições de saúde não estão cumprindo a contento o papel preconizado nas legislações, principalmente após o aperfeiçoamento da obrigatoriedade das notificações, trazidas pela Lei nº 12.461/11 que alterou o artigo 19 do Estatuto do Idoso.

No que concerne à especificidade de gênero, todas as investigações mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas, enquanto fora do domicílio, os homens são as vítimas preferenciais (MENEZES, 1999; MINAYO, 2002; WOLF, 1995). Em Belo Horizonte, os registros do Conselho Municipal do Idoso reiteram que a principal vítima é a mulher idosa, bem como é estarrecedor verificar que o segmento mais vulnerável seja o da parcela muito idosa, aquela acima dos 80 anos, em ambos os sexos. A Lei 13.104 de 09 de março de 2015 alterou o artigo 121 do código penal criando a figura do feminicídio prevendo como qualificadora a conduta de matar a mulher por razão de condições do sexo feminino, ou seja, quando envolver violência doméstica e familiar ou menosprezo ou discriminação a condição de mulher.

Ademais, a lei prevê ainda como causas de aumento de pena que varia de um terço até a metade se o feminicídio for praticado: durante a gestação ou nos três meses posteriores ao parto; contra a pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência; na presença de ascendente ou descendente da vítima. A pena base desses crimes é de 12 a 30 anos de reclusão.

No que se refere a distribuição da violência conforme a regional administrativa, a regional Nordeste (IDH 0,801 – PNUD 2010) foi a que liderou o número de denúncias ao CMI/BH, onde o rendimento médio mensal da população residente é de R\$ 429,02 (PNUD/2000). Em contra partida, a regional que teve menos denúncia foi a Centro Sul, a qual, apesar de contar com moradores mais idosos, apresenta melhor IDH (IDH 0,914) e maior rendimento mensal da população residente, em torno de R\$ 1.584,28 (PNUD/2000). A regional Centro - Sul, de maior renda, é também a região da cidade que apresenta maior número de idosos que moram sozinhos, embora estejam menos representados nas denúncias recebidas pelo Conselho.

Existem três possíveis explicações: considerando que familiares são os principais agressores, os idosos que moram sozinhos teriam menor risco de ter seus direitos violados; o menor suporte social pode dificultar a denúncia, pois, também ficou comprovado que membros da família constituem a principal fonte da denúncia; e ainda a melhor situação socioeconômica deste grupo de idosos, uma vez que no nosso meio arranjo multigeracionais refletem muito mais uma questão de sobrevivência do que cultural (Camarano, 2010).

Para Kinsella e Velkoff (2001), as melhorias nas condições financeiras podem permitir que uma grande proporção de idosos torne-se apta a viver sozinho. Para o Brasil, (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007) observaram que as chances do idoso morar sozinho crescem com o aumento da renda. Analisando os domicílios de Belo Horizonte, em 1991, Ferreira (2001) observou que, quanto maior a renda aumenta de forma significativa às probabilidades de ocorrência de domicílios unipessoais. Enquanto em estudo realizado em Itabuna (d'Alencar, 2005) dos 49 casos de denúncia recebidos pelo Conselho Municipal do Idoso daquela cidade, apenas seis idosos moravam sozinhos. Para Queiroz (2010) as mulheres idosas, mais vitimizadas pela violência, vivem mais sozinhas, têm nível mais baixo de instrução e renda e apresentam um número maior de queixas de saúde.

Contudo, estudos realizados sobre a tipologia da violência contra idosos não são consensuais quanto à relação entre a questão econômica e violência familiar contra idosos. No Distrito Federal, Oliveira et al (2012) encontraram situação divergente da apontada no presente estudo: Brasília, possuidora de uma renda per capita e nível socioeconômico muito superior aos demais municípios, apresentou número maior de casos de violência contra idosos do que Ceilândia, município com menos recursos. Enquanto em 2013, a Central Judicial do Distrito Federal ao analisar as denúncias recebidas nos anos de 2010 a 2013, observou que, em relação às regiões administrativas do Distrito Federal com maior incidência de casos de violência, Ceilândia, com 18,20%, superou Brasília, com 11,13% e Taguatinga, com 11,02%.

Isso sugere que o fator determinante para que a violência doméstica aconteça não se deve apenas ao nível socioeconômico ou ao arranjo domiciliar, mas outros fatores como a falta de preparo dos familiares, as condições de carência econômica e a existência de história de

violência entre seus entes, contribuem para que as famílias maltratem física ou moralmente seus idosos (Oliveira et al, 2012).

Ao analisar a questão da desigualdade de renda e da criminalidade, Resende e Andrade (2012) notaram que o nível de pobreza e a desigualdade de renda são as variáveis com maior grau de distinção entre crimes contra a pessoa e contra a propriedade: a desigualdade de renda é um fator determinante de crimes orientados para a transferência de propriedade, mas não tanto para crimes passionais contra a vida ou contra a pessoa.

Para d'Alencar (2005), a violência contra as pessoas idosas não é anônima: tanto a vítima, quanto os agressores possuem nomes e endereços. Em geral os agressores são os próprios familiares (filhos, filhas, afilhados, netos, genros, noras), mas também se incluem vizinhos e conhecidos, com idades entre 16 e 75 anos, com ocupações variadas e em grande número, desempregados (d'Alencar, 2005).

Os resultados do presente estudo confirmam a literatura nacional e internacional que apontam o familiar como o maior agressor, representados pelos filhos, em dois terços dos casos, especialmente os do sexo masculino (Chaves, 2002; Reay & Browne, 2001; Williamson & Schaffer, 2001).

Por sua vez, Faleiros (2007) ressalta que, nas relações interpessoais, como na violência intrafamiliar, existiria, ao mesmo tempo, uma cumplicidade e um medo que se impõe pelo autoritarismo do agressor ou pelo simbolismo ou imaginário de uma confiança entre vítima e agressor. Assim, a denúncia ou a revelação da violência provocaria o rompimento dessa confiança e do pacto de silêncio tacitamente estabelecido entre ambos.

Apesar disso, as características da violência traduzem situações de conflitos cotidianamente vividos pelas famílias, violentadas pela ausência de condições mínimas de sobrevivência, falta de moradia decente, falta de saneamento básico, falta de emprego. Assim a maioria dos idosos encontra-se duplamente vitimizada, tanto pela estrutura social, quanto pela estrutura familiar. As situações de desemprego, as condições de desnutrição, o consumo de drogas (alcoolismo e outros tipos), a deterioração dos vínculos afetivos na família propiciam a existência de padrões de conduta agressivos para a resolução de conflitos cotidianos na família (D'Alencar, 2005).

Quanto às tipologias identificadas, no ranking das violências, os estudos ressaltam que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é a principal forma de violência tanto doméstica quanto institucional (MS, 2001). Em Belo Horizonte, a negligência lidera em todas as Administrações Regionais e o abandono aparece em 2º ou 3º lugares.

Ao analisar os estudos que tratam da produção acadêmica da violência na velhice, Castro et al (2013) observam que a questão da violência doméstica, especialmente a negligência, desponta como o tipo mais pesquisado de violência contra o idoso. Porém, permanece uma das formas de violência menos conhecida e denunciada, por se tratar de um grupo de pessoas que usualmente apresentam alterações fisiológicas e funcionais (Castro et al, 2013).

Em caso de negligência, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), em seu artigo 47, trata da assistência interdisciplinar e intersetorial as pessoas idosas vítimas de acidentes e de violências e estabelece linhas de ação a serem adotadas. Segundo essa lei, devem ser implementadas práticas de assistência social básica e, nos casos de violência, estão previstos serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão.

Souza e Minayo (2010) reforçam a necessidade da preservação da identidade e da dignidade do idoso em todos os ambientes de atendimento. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), ainda no artigo 47, refere-se à necessidade de um serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência. Embora esse serviço ainda não esteja instituído no município de Belo Horizonte, desde 2006, o CMI-BH discute um fluxo de atendimento nos serviços para identificar precocemente pessoas idosas em risco de ficarem abandonadas no hospital. No período investigado 15 pessoas idosas encontravam-se abandonadas em hospitais (dados não demonstrados).

Quanto ao abuso psicológico, houve 27 casos de cárcere privado de pessoas idosas. Essa situação infringe o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), em seu Artigo 10, Parágrafo 1º, Inciso: I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais. A negligência e a violência psicológica não deixam marcas

aparentes, são imperceptíveis aos olhos, mas aprisionam e condenam suas vítimas a viverem intensos sofrimentos e riscos que podem acarretar no desenvolvimento de doenças psicossomáticas, especialmente quando essas violências são causadas por pessoas da família (Menezes, 2010).

Dados apresentados pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República com base nas ligações recebidas pelo serviço “Disque 100”, entre 2011 e 2013, as denúncias de abuso financeiro contra as pessoas idosas quadruplicaram no país nesse período, passando de 4.052 para 16,8 mil. O mesmo relatório mostrou também que, em Minas Gerais, em apenas dois anos, essa violência foi multiplicada por quatro, saltando de 318 denúncias em 2011 para 1.328 registros em 2013, sendo o terceiro estado com maior número de denúncias. Em 2013, a violência financeira representou 43% de todas as queixas, ficando atrás apenas da violência psicológica e da negligência.

Essa violência vai desde a utilização indevida da renda do idoso até formas psicológicas de pressioná-lo a contrair empréstimos consignados para familiares. Segundo dados do Banco Central, em julho de 2014, empréstimos consignados para aposentados e pensionistas do regime geral da Previdência Social somaram R\$ 4,1 bilhões, crescimento de 15,5% em 12 meses e de 10% no acumulado ano.

Enquanto isso, o indicador de inadimplência divulgado pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), referente a agosto de 2014, mostra um percentual acima da média do país (5,09%) nas faixas etárias mais avançadas. De acordo com a economista-chefe do SPC, o endividamento entre os mais velhos preocupa porque vem mostrando forte crescimento: “Muitos idosos não estão sabendo usar o crédito, emprestam o cartão para o filho, para o neto, comprometendo a aposentadoria, que não é elástica” (Marcela Kawaut, 2014).

No que se refere a essa forma de violência, nesse estudo foram identificados 209 casos de violência financeira causados pelos familiares, o que confirma a necessidade de políticas públicas para evitar o endividamento das pessoas idosas.

Nos três anos de estudo foram identificados 81 casos de insuficiência familiar. A incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência e iatrogenia são as grandes síndromes geriátricas descritas por Isaacs (1965), contudo a família é uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento da pessoa, reduzindo ou

exacerbando suas incapacidades. Dessa maneira Moraes (2012) sugere que sejam incorporadas às grandes síndromes geriátricas: a incapacidade comunicativa e a insuficiência familiar.

Entretanto, todas as situações de violência aqui descritas revelam que a família não está conseguindo suprir as necessidades de cuidado da população idosa (Lemos 2013). No nosso meio, o cuidado de idosos frágeis recai predominantemente sobre uma mulher (esposa, filha, nora, neta). Camarano (2013) discute que o artigo 3º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), enquanto desresponsabiliza o Estado da função de cuidar, coloca sobre a família a responsabilidade pelo cuidado do idoso dependente, mas desconsidera as mudanças na família, do papel social da mulher e do envelhecimento da própria população idosa. A mesma lei atribui ao Estado à responsabilidade de fiscalizar e punir as famílias que não cuidam (ou não conseguem cuidar) ainda que o Estado não cumpra a sua parte e não lhe ofereça qualquer ajuda (CAMARANO, 2013).

No ano de 2013, foram investigados alguns desfechos de interesse citados na metodologia do presente estudo, revelando que um quinto dos casos permanece sem retorno dos serviços e um quarto deles resulta em óbito da vítima. A questão é: seria essa uma forma de negligência do Estado? Qual resposta os profissionais que atuam na abordagem da violência poderão dar para essas famílias que não cuidam porque não podem, e/ou ainda, não são capacitadas para o cuidado? A quais equipamentos de proteção essas pessoas idosas deverão ter acesso enquanto a questão da violência intrafamiliar não estiver resolvida?

Urge, portanto, uma atuação das três esferas de governo no que se refere ao suporte à família. Devem-se discutir as diversas modalidades de atendimento ao idoso não asilar já previstas no decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996, que regulamenta a lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso – PNI, quais sejam: Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno: Hospital Dia e Centro-Dia, Casa Lar, Oficina Abrigada de Trabalho, Atendimento domiciliar e outras formas de atendimento por iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

O Programa Maior Cuidado, instituído desde 2012, revela a preocupação do município de Belo Horizonte quanto à necessidade de apoiar famílias que têm dificuldades em oferecer o cuidado a idosos dependentes. Essa iniciativa oferece atendimento domiciliar aos idosos frágeis em situação de semidependência e dependência funcional e em situação de vulnerabilidade social, residentes em áreas de alto risco adstritas aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Trata-se de uma iniciativa intersetorial, coordenada pela Secretaria Municipal de Adjunta de Assistência Social (SMAAS), com a co gestão e participação da SMSA BH e o acompanhamento da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS). De acordo com a Coordenação da Atenção à Saúde do Adulto e Idoso participam do projeto 53 Centros de Saúde e 26 CRAS, e já foram atendidas 972 pessoas idosas (542 semidependentes e 430 dependentes); 686 do sexo feminino, atendidos por 127 cuidadores contratados.

Dado o universo de idosos frágeis que demandam cuidados – estima-se que 16% dos idosos de Belo Horizonte apresentam algum grau de incapacidade, sendo 3,3% acamados, o Programa Maior Cuidado é absolutamente oportuno e necessário, mas sua abrangência é ainda insuficiente e tímida, sendo necessário instituir uma política de cuidados, como propõe Camarano (2010), com repasse de recursos financeiros das três esferas.

Outra realidade que precisa ser levada em consideração é o aumento de idosos cuidando de idosos, em famílias cujos filhos já envelheceram e os mais velhos não morreram. Queiroz (2006) cita que pesquisas realizadas nos últimos anos têm mostrado que, em geral, as mulheres são as principais cuidadoras e que são filhas na meia-idade ou já são idosas jovens, têm problemas de saúde, dedicam muitas horas de seu dia para o cuidado do familiar idoso e apresentam depressão e estresse. Essa situação se enquadra nos fatores de risco para as situações de negligência doméstica.

Um dado alarmante, a comprovação de 26% de óbitos, no período de um ano após a denúncia de violência, suscita uma série de indagações e aponta a necessidade de investigação específica desses óbitos de vulneráveis. Verificou-se que todos os óbitos se tratavam de denúncias de negligência. Porém, não foi possível averiguar se a situação de negligência foi devidamente registrada nas Declarações de Óbito. O Conselho Municipal do Idoso, em parceria com o Ministério Público, deveria discutir a responsabilidade coletiva - da família, da sociedade e do Estado - no desenlace do óbito ao invés de

simplesmente arquivar a denúncia. Também caberia implantar um comitê para averiguação de morte de pessoas idosas vítimas de violência, à semelhança do que acontece em caso de óbito materno.

O Ministério da Saúde por meio do Decreto 1.119, de 5 de junho de 2008, regulamenta a vigilância de óbitos maternos, ou seja, de mulheres em idade fértil, entre 10 a 49 anos de idade, no intuito de identificar os principais fatores de risco associados à morte para possibilitar a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências. Para essa investigação foi criado um comitê composto por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal.

Nesse sentido, a pesquisadora tentou junto à secretária atual, da Secretaria de Direitos de Cidadania, para que essa solicitasse à Secretaria de Saúde do município a liberação para o CMI/BH das causas de morte registradas na Declaração de Óbito das 39 pessoas idosas identificadas no estudo. Entretanto, até a entrega desse estudo não ocorreu à reunião proposta por ela, mas ficou o compromisso de ser colocada nas agendas, essa pauta.

Se não houver uma política de suporte a essas famílias e se, os óbitos por negligência continuarem sem uma maior investigação e possível punição dos responsáveis, as mortes de idosos negligenciados continuarão a ser considerados eventos naturais e esperadas como processo fisiológico do envelhecimento.

Esse estudo também acompanhou o tempo gasto do encaminhamento da denúncia pelo Conselho Municipal do Idoso até o retorno dos relatórios dos serviços da Prefeitura de Belo Horizonte, informando os resultados das intervenções no ano de 2013. É importante ressaltar que os serviços da Prefeitura de Belo Horizonte não têm o caráter punitivo para os agressores, nem têm por objetivo encontrar culpados e inocentes. Os desfechos de interesse estudados foram: encaminhamento para outros órgãos de defesa de direitos, esgotamento das possibilidades de intervenção dos serviços, informação de que o caso foi inserido na rede, institucionalização da pessoa idosa, resolução em âmbito familiar, após intervenção dos serviços e óbitos.

Diante de uma denúncia de violência, o importante é a proteção ao idoso e o fortalecimento de vínculos familiares. Cessada essa possibilidade, o caso é encaminhado para outros órgãos de defesa que tem atribuições punitivas contra os agressores com aplicação de medidas protetivas, podendo afastar o agressor da vítima.

No que se refere ao “encaminhamento para outros órgãos de defesa de direitos”, após a leitura dos relatórios foi possível identificar que os serviços encaminharam para outros órgãos, denúncias, quando as medidas a serem tomadas ultrapassavam as atribuições dos serviços da PBH, como, por exemplo, a necessidade de instaurar o inquérito civil e ação civil pública para a proteção dos direitos e/ou a necessidade da aplicação de medidas protetivas, o que caberia ao Ministério Público. Esse desfecho foi o mais ágil de todos os outros, ou seja, 50% dos casos demoraram cerca de 40 semanas (10 meses) para retorno ao conselho informando o fato, entretanto, um tempo relativamente grande para esse encaminhamento, contudo foi o tempo que os serviços tentaram intervir para fortalecimento de vínculos, mas sem sucesso.

No desfecho “esgotamento das possibilidades de intervenção” 80% dos casos demoraram, pelo menos 75 semanas, o que quer dizer, aproximadamente 1 ano e 4 meses, para emitir relatório para o Conselho informando que os serviços não conseguiram resultados positivos nas intervenções propostas, sequer conseguiram despertar o interesse da vítima no encaminhamento para outros órgãos de defesa de direitos.

Também é sabido que o idoso cognitivamente capaz pode escolher em permanecer na situação de violência, talvez pelo sentimento de menos valia ou devido aos laços afetivos que tem com o agressor. Essa situação pode gerar frustração e sentimento de impotência nos profissionais, entretanto é importante que esses continuem dando apoio à vítima, visando o fortalecimento da auto-estima para que a pessoa idosa possa romper com a situação abusiva (Berzins, 2007).

Quando se analisa o desfecho “Inserido na rede”, após os 17 meses de acompanhamento, é lamentável que em 50% dos casos os serviços demoraram em média 50 semanas (1ano) para informar ao conselho que a denúncia procedia e que estava sendo acompanhada pelos serviços de atendimento, mas sem nenhuma outra informação adicional.

O desfecho “institucionalização da pessoa idosa” ocorre no âmbito da Assistência Social. Até conseguir vaga nas instituições conveniadas – Belo Horizonte não tem ILPI pública - e retornar ao CMI/BH, o tempo solicitado para a institucionalização foi relativamente rápido, ou seja, 50% dos casos demoraram 40 semanas (10 meses), tempo para a equipe verificar a situação da pessoa idosa e identificar a situação familiar, conforme preconiza o Estatuto do Idoso. De acordo com essa lei, em seu artigo 37, parágrafo 1º, a assistência na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família (BRASIL, 2003).

O desfecho “resolução em âmbito familiar” sugere que os serviços conseguiram fortalecer vínculos, sensibilizar os familiares. Observou-se que 50% dos casos demoraram cerca de 60 semanas (1 ano e dois meses), tempo esse para que a intervenção dos serviços fosse efetiva e cessasse as situações de violação de conflito e retorno ao CMI/BH.

Outro dado importante é que o Conselho Municipal do Idoso encaminhou apenas 1% dos casos de denúncias à Saúde, isso ocorreu porque o serviço da assistência social sempre contacta com os serviços de saúde, buscando informações sobre a vítima, antes de qualquer intervenção.

Outra questão que merece destaque é a não identificação da situação de violação de direitos em 74 (26%) denúncias. Algumas hipóteses foram aventadas: os técnicos que realizam a visita domiciliar estaria capacitado para identificar a violência intrafamiliar? O atendimento à possível vítima teria acontecido na presença do agressor? O atendimento foi realizado levando em conta a privacidade que o atendimento necessita?

Por outro lado, na leitura de muitos relatórios de retorno dos serviços, verificou-se que muitas pessoas idosas, negligenciadas pelas famílias, estavam com a doença de Alzheimer e não eram bem cuidadas, porque os familiares trabalhavam fora e, tampouco era institucionalizada, por haver divergência de opinião entre os familiares quanto à institucionalização. Isso ocorre por falta de diálogo na família, poucas pessoas conversam sobre o próprio envelhecimento ativo e saudável e menos ainda sobre a possível dependência e perda cognitiva.

Para evitar essa situação, hoje consta no Código de Normas dos Serviços Notariais e de Registro do Estado de Minas Gerais/Provimento número 260/CGJ/2013, em seu Capítulo X - Das Declarações Antecipadas de Vontade (DAV), nos artigos 259, 260 e 261 que: artigo 259 poderá ser lavrada por instrumento público a declaração antecipada de vontade de pessoa capaz, também denominada diretrizes antecipadas, que se consubstancia em um conjunto de instruções e vontades e respeito do corpo, da personalidade e da administração familiar e patrimonial para eventualidade de moléstia grave ou acidente que venha a impedir a pessoa de expressar sua vontade; artigo 260 para declaração antecipada de vontade, o declarante poderá orientar os profissionais médicos sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade; artigo 261 no instrumento público lavrado no Livro de Notas em que for feita a declaração antecipada de vontade, o declarante poderá constituir procuradores para, na eventualidade de não poder expressar sua vontade, administrar seus bens e representá-lo perante médicos e hospitais sobre cuidados e tratamentos a que será submetido.

Por sua vez, muitos cuidadores familiares que se sentem sobrecarregados e solicitam ajuda dos outros familiares, sem êxito, acabam por denunciar a violência em razão de conflitos familiares, de problemas na divisão das responsabilidades para o cuidado ao idoso. Contudo, essa demanda deveria ser abordada no âmbito do apoio às famílias pela Saúde, de modo a prevenir a violação de direitos.

Nesse sentido, recomenda-se que nas Unidades Básicas de Saúde tenham equipe multiprofissional de atendimento ao idoso e, no momento em que fosse identificada uma situação de dependência fosse realizado um Plano de Cuidado com a presença de todos os familiares, sensibilizando-os para a divisão de tarefas. Normalmente, quando o caso chega ao Conselho em forma de denúncia, os vínculos familiares já estão fragilizados e/ou rompidos, pelo desgaste da falta de apoio de todos.

Além disso, a violência contra a pessoa idosa cresce em ritmo acelerado, e é fato que essa velocidade impede a obtenção da tão almejada qualidade de vida nessa fase da vida (Bezerra & Rosa, 2014). Ao contrário, quanto ao desfecho “óbito”, foi observado nos relatórios de retornos que tratavam de situações de negligência familiar e verificou-se que 50% dos óbitos ocorreram até 60 semanas (1 ano e 2 meses). Não seriam esses óbitos reveladores da negligência do Estado? Não poderiam ter sido evitados? Essa situação teria

tido outro desfecho caso houvesse um lugar de acolhimento aos idosos vítimas de negligência familiar?

No ano 2000, a PBH (Administração Célio de Castro) passou a oferecer, na regional norte, um equipamento vinculado à Secretaria de Direitos de Cidadania, que atendia toda a cidade de Belo Horizonte, cujo objetivo era dar suporte às famílias e cuidar das pessoas idosas com necessidades de apoio para as atividades da vida diária, por tempo determinado. Entretanto, esse equipamento foi extinto em setembro de 2006. Será que sua continuidade não diminuiria óbitos por negligência?

No mesmo ano, foi publicado o Plano de Ação de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (2006), com o objetivo de promover ações para o cumprimento do Estatuto do Idoso, do Plano de Ação Internacional para o envelhecimento (ONU/2002) e das deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em maio de 2006, em Brasília.

A I Conferência deliberou pela necessidade de implantar nos municípios, residências temporárias, com financiamento público, para acolher pessoas idosas vítimas de violência familiar quando se esgotassem todas as tentativas de sua permanência familiar; garantir o funcionamento de serviços de controle de denúncias de violência, contando com equipe multiprofissional especializada, dentre outras, criar grupos de caráter interinstitucional e interprofissional com representação dos Conselhos do Idoso, para recebimento e apuração de denúncias.

Essa conferência teve como tema central a Construção da Rede Nacional de Direitos das Pessoas Idosas – RENADI e, a segunda conferência, análise dessa rede, apontou avanços e desafios. Nela, o enfrentamento à violência contra a pessoa idosa foi amplamente discutido e dentre as deliberações pertinentes destacam-se: incentivar a implementação do Plano de Ação para o Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, envolvendo o Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacias especializadas do idoso e delegacias comuns, Ordem dos Advogados do Brasil, comissões de direitos humanos, Poder Legislativo, gestores estaduais e municipais; implementar nos Estado e Municípios o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à violência contra a Pessoa Idosa e fortalecer os conselhos de idosos, conforme recomenda o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

A RENADI foi pensada como possibilidade de gerar novas formas de organização, quando estruturas rígidas e conservadoras cederiam lugar a processos de criatividade e inovação, proporcionando novas propostas para efetivação das ações (MENDONÇA, JB & PEREIRA, PAP, 2013).

Por sua vez, na III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi deliberada a proposta de criação, nos estados e municípios, de ouvidorias, linkando com o Disque 100, sobre as demandas e fluxo de atendimento e criação do Conselho Curador do Idoso nos moldes do Conselho Tutelar.

Nesse sentido, em novembro de 2011, o CMI/BH em parceria com a Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa de Belo Horizonte realizou o I Seminário Municipal de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa com os objetivos de criar o fluxo de encaminhamentos das denúncias dentro da Prefeitura de Belo Horizonte; apresentar os avanços e desafios na defesa dos direitos da população idosa e elaborar o calendário único dentro da rede municipal e sociedade civil organizada, da Campanha de Enfrentamento à violência para celebrar o dia 15 de junho, que foi instituído em nível nacional como o Dia Mundial de Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.

Os encaminhamentos desse seminário deram-se em dois eixos: a prevenção da violência e o atendimento aos idosos já vitimados. Foram propostas as seguintes ações: a primeira abordagem da denúncia deveria ser realizada por equipes multiprofissionais, das regionais administrativas, capacitadas e organizadas com composição intersetorial; essas equipes também devem garantir a inserção das famílias e indivíduos com direitos violados nos serviços públicos, conforme indícios de vulnerabilidades e riscos sociais; articulação das políticas públicas com os órgãos de defesa de direitos para que a Promotoria de Defesa dos Direitos do Idoso responsabilize extrajudicialmente o violador, por meio da aplicação da Medida de Proteção, e/ou judicial- civil ou criminal, conforme o caso, o município deve estabelecer o fluxo de atendimento à pessoa idosa vítima de violência; criar equipe intersetorial, com nomes publicados no DOM, para avaliar, distribuir e monitorar os casos de violência contra a pessoa idosa em Belo Horizonte, que deverá funcionar no Conselho Municipal do Idoso; a gravidade da violência deve ser graduada conforme escala adotada na Saúde para atendimento imediato; o fluxo intersetorial para atendimento à pessoa idosa vítima de violência deve ser definido; criação de um formulário online para notificação da

violência contra a pessoa idosa, com senha específica, de fácil acesso, para avaliar e adicionar novos dados no atendimento.

Em relação à política de prevenção foram consensuados: a capacitação sobre envelhecimento e violência contra a pessoa idosa aos agentes públicos que atuam CRAS/(Centro Regional da Assistência Social /NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e centros de saúde, coordenadores de grupos de convivência do idoso e lideranças comunitárias para que possam ser multiplicadores; a inserção do tema envelhecimento, valorização da pessoa idosa e enfrentamento à violência nas capacitações existentes nas secretarias temáticas e regionais; a utilização da mídia (TV, rádio, jornal do ônibus, jornal das igrejas) para discutir sobre envelhecimento, defender a valorização da pessoa idosa e o enfrentamento à violência visando atingir os idosos que não frequentam os grupos de convivência de idosos, centros de saúde, NASF e outros.

Depreende-se dessas proposições que, embora o tema violência contra a pessoa idosa esteja sendo incluída, debatida e deliberada nas Conferências de idosos e em Seminários específicos, a efetivação das ações propostas ainda está muito distante da necessidade e da urgência que a análise das denúncias do CMI/BH revela.

Assim, os dados aqui apresentados demonstram como se deu a atuação do CMI/BH junto aos serviços municipais e aos órgãos de defesa de direitos. Os prazos entre as denúncias e os desfechos ainda estão muito dilatados. Observa-se que os órgãos de defesa de direitos (Defensoria Pública, Delegacia do Idoso e Ministério Público) falham no encaminhamento do retorno acerca dos desfechos dos atendimentos para o Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte.

Esses resultados revelam que o CMI/BH precisa ser fortalecido para aprimorar sua atuação, incluindo a garantia de recursos humanos para o recebimento e monitoramento das denúncias. Também apontam a ausência de recursos e equipamentos, previstos em várias normas, que poderiam efetivamente intervir favoravelmente na prevenção e enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos. Fica patente que, em nível municipal, é urgente e necessária a organização dos serviços, a definição e institucionalização desses com definição de competências, dos fluxos e da constituição de um efetivo sistema de defesa de direitos da pessoa idosa que seja capaz de dar respostas

efetivas, e em tempo hábil, para um público cada vez mais idoso e ainda muito mais vulnerável.

6.1- Questões identificadas e proposições

Este estudo possibilitou a identificação de algumas questões que poderão ser amenizadas com as proposições preconizadas nas recomendações internacional e nacional para o envelhecimento populacional.

Questão identificada – Negligência familiar - estima-se que 16% dos idosos de Belo Horizonte apresentam algum grau de incapacidade, sendo 3,3% acamados.

Proposições

1. O Programa Maior Cuidado vire política pública com repasse financeiro, das três esferas de governo conforme preconiza a PNI e o Estatuto do Idoso.
2. Implementar outras modalidades de atendimento ao idoso Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno: Hospital Dia e Centro-Dia, Casa Lar, Oficina Abrigada de Trabalho, Atendimento domiciliar e outras formas de atendimento por iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade (Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996, que regulamenta a lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso – PNI).
3. Não cabe ao Estado somente punir a negligência familiar, mas implementar políticas públicas de apoio as famílias.

Questão identificada – alto índice de óbitos 26% dos retornos seguidos de negligência.

Proposições

1. Possibilitar o controle social do Conselho Municipal do Idoso, fornecendo a Declaração de Óbitos das pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar registrada nesse conselho, para averiguar se a situação de maus tratos foi devidamente registrada.
2. Promover parceria entre o Conselho Municipal do Idoso e Ministério Público, para discutir a responsabilidade coletiva - da família, da sociedade e do Estado - no desenlace do óbito ao invés de simplesmente arquivar a denúncia.
3. Implantar um comitê para averiguação de morte de pessoas idosas vítimas de violência, à semelhança do que acontece em caso de óbito materno.

Questão identificada - a não identificação da situação de violação de direitos em 74 (26%) denúncias.

Proposições

1. Criar mecanismos de proteção para que os profissionais que acompanham as famílias possam denunciar para os serviços de saúde a violência intrafamiliar.
2. Capacitar os profissionais sobre envelhecimento e enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.
3. Proporcionar política intersetorial de atendimento ao idoso e à família.

Questão identificada – falta de padronização dos relatórios retorno dos serviços das gerências regionais de assistência social.

Proposições

1. Institucionalizar um modelo de relatório único para todos os atendimentos de denúncias realizadas pelos serviços da Prefeitura de Belo Horizonte, a serem encaminhados ao Conselho Municipal do Idoso.
2. Institucionalizar o fluxo de atendimento nos serviços para identificar precocemente pessoas idosas em risco de ficarem abandonadas no hospital, conforme art. 47 do Estatuto do Idoso.
3. Implementar Conselho Curatelaes no mesmo molde dos Conselhos Tutelares.
4. Promover diálogo sobre o envelhecimento e divulgar o Testamento Vital ou Declaração Antecipada de Vontade (DAV).
5. Criar serviço de mediação de conflitos para ajudar aos familiares no que diz respeito à divisão de tarefas no cuidado da pessoa idosa.
6. Proporcionar que as Unidades Básicas de Saúde tenham equipe especializada para realizar um Plano de Cuidado para o idoso frágil sensibilizando as famílias.

Questão identificada - Dificuldade familiar com o envelhecimento, cuidado na situação de dependência e divisão de tarefas.

Proposições

1. Criar serviços de mediação de conflitos
2. Criar nas unidades básicas de saúde equipes especializadas para realizar “Plano de Cuidado” para o idoso frágil sensibilizando as famílias.

Questão identificada – O Conselho Municipal do Idoso como porta de entrada para as denúncias de violação de direitos

Proposições

1. Criar serviço no executivo para entrada e tratamento das denúncias e o Conselho Municipal do Idoso ser notificado visando balizar a necessidade de Políticas Públicas.
2. Institucionalizar o fluxo de violência no Município.
3. Articular com a rede de defesa e proteção ao idoso estipulando as atribuições de cada um no que se refere ao atendimento às vítimas.

Questão identificada – Necessidade de preparação de toda a sociedade para a velhice.

Proposições

1. Promover o diálogo na mídia sobre o envelhecimento e cuidado.
2. Divulgar o Testamento Vital ou Declaração Antecipada de Vontade.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil apresenta um conjunto amplo de desigualdades estruturais, econômicas, sociais e culturais. Devido a nossa grande heterogeneidade, possuímos uma agenda com desafios sociais para enfrentar. Traduzindo isso na arena política, todos nós somos sujeitos de direitos e temos demandas de acordo com a nossa causa. Contudo, em um país com tantas necessidades sociais, o recurso chega para quem articula melhor, solicita primeiro, ou seja, para os movimentos mais organizados ou, ainda, para aqueles que conhecem a norma e os seus direitos. Os que não sabem de seus direitos ficam excluídos das discussões, manipulados. Isso se traduz na urgência do enfrentamento da ignorância política (Anastasia, 2006).

Muito ainda temos que avançar no exercício da democracia de alta intensidade, o efeito perverso de padrões muito acentuados de desigualdades sociais, culturais sobre o desempenho das instituições democráticas tem apontado que os cidadãos têm dificuldades em traduzir direitos instituídos em capacidades que lhes garantam o exercício efetivo de tais direitos (Avrizer, 2011).

Segundo Avrizer (2011), os executivos e legisladores estão preocupados com a manutenção do cargo e do eleitorado, entretanto é de vital importância que eles traduzam

os interesses dos cidadãos em políticas e tais políticas em resultados. Porém, esses interesses só serão preconizados através da pressão da maioria do eleitorado.

No que diz respeito aos direitos das pessoas idosas, por serem presas fáceis dos empréstimos consignados, do endividamento e de todas as outras formas de violência, é importante que elas se tornem protagonistas de suas próprias escolhas e imponham limites às situações abusivas.

Diferentemente de muitas décadas atrás, hoje o envelhecimento é parte da agenda política internacional e nacional, mas precisa avançar muito como objeto de política pública. No Brasil, mais de 95% dos idosos residem com as famílias ou em suas próprias casas, assim é preciso investir muito na competência dos familiares para abrigá-los com respeito e dignidade. Contudo isso não é tarefa muito fácil, basta verificar o alto índice de violência intrafamiliar aqui abordado.

Assim, a temática sobre envelhecimento deve ser incluída desde os primeiros anos de ensino até a universidade, para diminuir os conflitos geracionais e proporcionar esse diálogo na família.

O espaço familiar merece ser foco de atenção das políticas públicas principalmente no que se refere à negligência, maior índice de violência detectado. Muitas vezes a família não sabe como cuidar ou ainda não quer cuidar de seus idosos. Precisamos de equipamentos que promovam o cuidado diurno das pessoas idosas evitando assim sua institucionalização. Contudo, a opção de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve a falta de estruturas de apoio para cuidar dos velhos com dependência. O Estado viola os direitos dos idosos ao abandonar a família que realmente não tem como lidar com tal dependência, especialmente aquelas de baixa renda (Giacomin e Couto, 2013).

A Prefeitura de Belo Horizonte tem um projeto muito interessante chamado Maior Cuidado, nessa ação são contratados cuidadores de idosos para atendimento domiciliar, orientando a família no cuidado e aliviando o cuidador familiar em alguns dias, passando o cuidado para esses profissionais. Esse projeto tem ajudado muito na saúde dos idosos, entretanto, ainda é muito tímido em relação à demanda.

O Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte assume o papel de porta de entrada das denúncias de violação de direitos, contudo o Conselho não é um órgão executivo das políticas públicas, mas exerce o controle social. O Estatuto do Idoso, no seu artigo 19 preconiza que os Conselhos deverão ser notificados sobre a violação de direitos visando o monitoramento delas e apontar a necessidade de implementação e fortalecimento das políticas públicas no município.

Em que pese à obrigação legal de denunciar a violência intrafamiliar contra idosos, a julgar pelas denúncias recebidas no CMI/BH, a atuação das equipes de saúde ainda deixa muito a desejar.

Muitas propostas já foram elaboradas por equipe técnica qualificada e robusta da Prefeitura de Belo Horizonte, contudo, é primordial que o envelhecimento faça parte da agenda política nas três esferas de governo.

8. REFERÊNCIAS

ABATH, Marcela de Brito; Márcia Carréra Campos Leal; Djalma Agripino de Melo Filho, Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.15 no.2 Rio de Janeiro 2012.

ALENCAR, R. S. (2005). Punidos por envelhecer. Estudos interdisciplinares envelhecimento Alencar, R. S. (2005). Punidos por envelhecer. *Estudos interdisciplinares envelhecimento*

ANASTASIA, Fátima; INÁCIO, Magna. Democracia, poder legislativo, interesses e capacidades. **Instituições políticas, participação e processos de globalização.** – Belo Horizonte: UFMG, 2006. Disponível em:
http://www.rejuma.org.br/wiki/images/5/55/Democracia_Poder_Legislativo.pdf

AVRITZER, Leonardo; PEREIRA, Maria de Lourdes Dolabela. Democracia, participação e instituições híbridas. **Controle Público e Democracia.** - Belo Horizonte: UFMG, 2011.

BERZINS, M. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. Coordenadoria de Desenvolvimento e Políticas de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde/ SP. 2007. Disponível em:
http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado

BEZERRA, M.L.B.F & ROSA, Edinete Maria. Percepção de maus-tratos no domicílio pelo idoso morador no município de Juazeiro. Revista de Geriatria & Gerontologia, 2014. Volume 8 nº 1 – Edição: Jan/Fev/Mar/2014. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2014-1.pdf>

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26.

BRASIL, **Constituição Federal/88.** Disponível em:
<<http://www.legjur.com/legislacao/htm/cf8800000001988?gclid=COWm0ZPg3r0CF SsQ7Aodt1MAFw>.

BRASIL, Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008 - Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm.

BRASIL, Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos, 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, **O compromisso de todos para o envelhecimento digno no país.** Brasília, 2011.

BRASIL, Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa/** Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

BRASIL. Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Institui o **Estatuto do Idoso**. Disponível em Vade Mecum Acadêmico de Direito Rideel. In: Angher, Anne Joyce (org.). 14. Ed. atual. e ampl. – São Paulo: Editora Rideel, 2012.

BRASIL. Lei 8.842 de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. - Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

BRASIL, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Anais da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI – Brasília, 2006.

BRASIL, Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Articulação Social. **Conselhos Nacionais**. Brasília, 2010.

BRASIL, Secretaria-Geral da Presidência da República. **Democracia Participativa. Nova relação do estado com a sociedade 2003-2010**. Brasília, 2011.

BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília, 2014.

Defensoria Pública do DF.; Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT Mapa da Violência contra a Pessoa Idosa no Distrito Federal, Brasília, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Julian a Leitão e. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: Os Novos Idosos Brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia et al. As instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em <http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/td_1840.pdf>

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. A relação entre renda e morar sozinha para idosas mineiras, 2003. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 2006, Diamantina. *Anais...* Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2006.

CASTRO. A.P.;GUILAM.M.C.R.;SOUSA.E.S.S.;MARCONDES.W.B. Violência na velhice:abordagens em periódicos nacionais indexados, 2012.

CHAIMOWICZ, F. “Envelhecimento populacional e saúde dos idosos. - Belo Horizonte NESCON UFMG: 2013.167 p. Disponível em
<<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>

CHAVEZ, N., 2002. VIOLENCE AGAINST ELDERLY.14 APRIL 2002
<[HTTP://WWW.HEALTH.ORG/REFERRALS/RESGUIDES.ASP](http://WWW.HEALTH.ORG/REFERRALS/RESGUIDES.ASP)>

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO – Lei 6.173/1992. Disponível em:
<http://direitoidoso.braslink.com/05/6173-92_belohorizonte.html>

COX, D.R. and Oakes, D. (1984), Analysis of Survival Data, London: Chapman and Hall.

DATASUS, Pnad 2011. Disponível em < www.datasus.gov.br.

DATASUS, Pnad 2012. Disponível em < www.datasus.gov.br.

DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.

Economia: Registros de exploração financeira de idosos quadruplicam entre 2011 e 2013. Postado em 16/09/2014 06:00 / atualizado em 16/09/2014 07:25; Marinella Castro, 2014. Disponível em:
http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2014/09/16/internas_economia,569294/registros-de-exploracao-financiera-de-idosos-quadruplicam-entre-2011-e-2013.shtml

FALEIROS, V.P.;A.M.L.;PENSO,M.A. O conluio do silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. São Paulo: Roca,2009.

FALEIROS, V.P. Violência contra a pessoa idosa, ocorrência, vítimas e agressores. Brasília: Universa, 2007.

FERREIRA; F. P. M. Estrutura domiciliar e localização: um estudo dos domicílios com idosos em Belo Horizonte. 2001. 168f. Tese (Doutorado em Demografia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

FREUD, Sigmund “Mal estar na Civilização”. Disponível em:
<http://cei1011.files.wordpress.com/2010/04/freud_o_mal_estar_na_civilizacao.pdf>

_____. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho, 2011 Revista Brasileira de Estudos de População, vol.28 no.1 São Paulo Jan./June 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982011000100012>.

GIACOMIN, Karla Cristina. & COUTO, Eduardo Camargos. (2013, junho). O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 17.01.14.

_____. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 17.01.14.

ISAACS, B. Some characteristics of geriatric patients. *Scott. Med. J.*, Glasgow, v. 14, p. 243- 251, 1969.

KAPLAN, EL; Meier, P. (1958). "*Estimativa não paramétrica a partir de observações incompletas*". *J. Amer. Estatista. Assn.*

KINSELLA, K., & Velkoff, V. A. (2001). *An aging world: 2001*. Washington: U.S. Government Printing Office

LEMOS C. *Sinais Sociais* | Rio de Janeiro | v.8 n. 22 | p. 9-86 | maio-ago. 2013.

MARTELLO, Alexandro. Economia: Número de inadimplentes sobe 3,95% em outubro, diz SPC Brasil. Disponível em: >
<http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2014/11/numero-de-inadimplentes-sobe-395-em-outubro-diz-spc-brasil.html>.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros & FERREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente*. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/13328/9622>

MENEZES, M. R., 1999. *Da Violência Revelada à Violência Silenciada*. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MINAS GERAIS, Defensoria Pública do Estado, *Guia da Pessoa Idosa*, 2008.

MINAYO, M.C.S. *Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil* Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde - Rio de Janeiro RJ.

MINAYO, M.C.S & ET AL . *Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa*. Centro Latino-Americano de Estudos

de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010

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

MINAYO, Maria Cecília. **Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2005

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra todos: O avesso do respeito à experiência à sabedoria.** 2. ed. - Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JR, Carlos Everaldo Álvares. Introdução: entre a liberdade e a dependência – reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JR., Carlos Everaldo Álvares (orgs.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 2528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acessado em: 12 de set de 2011.

MORAES, Edgar Nunes. Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organizacao Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

Morais R. O que é ensinar. São Paulo: EPU; Ano: 1986 Editora: E P U

Município de Belo Horizonte, LEI N° 9.011, DE 1° DE JANEIRO DE 2005
Dispõe sobre a estrutura organizacional da Administração Direta do Poder Executivo e dá outras providências.

Município de Belo Horizonte, Lei 10.364, de 29 de dezembro de 2011. Disponível em: < portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...

OLIVEIRA.M.L.C.;GOMES.A.C.G.;AMARAL.C.P.M.;SANTOS.L.B. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva, 2002.

ONU (Organização das Nações Unidas) 2002. Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento. Assembleia Mundial Sobre el Envejecimiento 2. Madri

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncias. Texto para Discussão 1200-IPEA, 2006. 33p.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2011). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/.../pnad2011>>.

_____. Provimento N°260/CGJ/2013 – Código de Normas dos Serviços Notariais e de Registros do Estado de Minas Gerais/Versão atualizada em março/2015. Sistema de Informação de agravos e notificação (SINAN). DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih//FIdescr.htm>>.

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001. Publicada no DOU nº 96 Seção 1E de 18/05/2001.

Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão de 2014.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcelos. O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, W. (Org.). Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010.

REAY, A. M.; BROWNE, K. D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. **Aging Mental Health**, Londres - UK, v. 5, n. 1, p. 56-62, 2001.

RESENDE JP, Andrade MV. Crime Social, Castigo Social: Desigualdade de renda e taxas de criminalidade nos municípios Brasileiros. *Est. Econ.*, São Paulo, 2011; 41(1): 173-195

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. Transmissão Geracional e Família na Contemporaneidade. In: Família e Gerações. Org. Myriam Lins de Barros. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

WHO — World Health Organisation (2002b), *World Report on Violence and Health*, Genebra, WHO, disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

WILLIANSO, G. M.; SHAFFER, 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*, v. 16, p. 217-226, 2001.

WOLF, R. S. Maltrato en ancianos. In: PEREZ, A. (Org.). Atención de los ancianos: un desafío para los noventa. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1995.

APÊNDICE A - Tabelas sobre as Tipologias da Violência

Tipologias da violência por Regional Administrativa.

Tipologias da Violência – Regional Barreiro 2011 a 2013 85 denúncias

TIPOLOGIAS	N	%
Autonegligência	4	5
Insuficiência Familiar	1	1,2
Negligência	23	27
Psicológica	6	7
Abandono e autonegligência	1	1,2
Abandono e insuficiência familiar	2	2,3
Negligência e abandono	11	13
Negligência e financeira	3	3,5
Negligência e física	1	1,2
Negligência e insuficiência familiar	2	2,3
Psicológica e financeira	2	2,3
Psicológica e física	14	16,5
Negligência, abandono e insuficiência familiar	6	7
Negligência, insuficiência familiar e autonegligência	2	2,3
Psicológica, sexual e física	2	2,3
Psicológica, negligência e financeira	1	1,2
Psicológica, financeira e física	2	2,3
Psicológica, negligência e física	1	1,2
Psicológica, negligência e abandono	1	1,2
TOTAL	85	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Nordeste 2011 a 2013 131 denúncias

TIPOLOGIAS	N	%
Negligência	9	6,8
Negligência e financeira	6	4,6
Negligência, financeira e abandono	9	6,8
Negligência, financeira, insuficiência familiar e autonegligência	1	0,8
Negligência e abandono	24	18,3
Negligência e Insuficiência Familiar	6	4,6
Negligência, abandono e Autonegligência	1	0,8
Negligência, financeira e física	1	0,8
Negligência, financeira, física e abandono	1	0,8
Negligência, abandono e insuficiência familiar	1	0,8
Financeira	2	1,5
Financeira e abandono	1	0,8
Financeira e autonegligência	1	0,8
Psicológica	13	10
Psicológica e Financeira	9	6,8
Psicológica e Física	9	6,8
Psicológica, negligência e Financeira	4	3
Psicológica, negligência, financeira e física	1	0,8
Psicológica, negligência e física	3	2,3
Psicológica, negligência e abandono	4	3
Psicológica e negligência	7	5,4
Física	3	2,3
Insuficiência familiar	4	3
Abandono	6	4,6
Insuficiência familiar e autonegligência	2	1,5
Abandono e Autonegligência	1	0,8
Autonegligência	2	1,5
TOTAL	131	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Noroeste 2011 a 2013 (142 denúncias)

TIPOLOGIAS	N	%
Negligência	24	17
Negligência e financeira	9	6,3
Negligência, financeira e abandono	5	3,5
Negligência e abandono	23	16
Negligência, abandono e insuficiência Familiar	1	0,7
Negligência e Autonegligência	2	1,4
Negligência e física	1	0,7
Negligência, financeira, física e abandono	1	0,7
Negligência e insuficiência familiar	6	4,2
Autonegligência	6	4,2
Psicológica	10	7,1
Psicológica, negligência e insuficiência familiar	1	0,7
Psicológica, negligência e financeira	4	3
Psicológica e Física	6	4,2
Psicológica e financeira	3	2,1
Psicológica, negligência, Financeira e física	1	0,7
Psicológica, financeira e física	6	4,2
Psicológica, negligência e física	3	2,1
Psicológica, negligência e abandono	1	0,7
Psicológica e abandono	2	1,4
Psicológica e negligência	8	5,6
Psicológica, sexual, negligência e abandono	1	0,7
Psicológica, sexual, negligência, financeira e física	1	0,7
Física	2	1,4
Física, abandono e autonegligência	1	0,7
Insuficiência familiar	4	3
Abandono	5	3,5
Insuficiência familiar autonegligência	1	0,7
Abandono e Autonegligência	2	1,4
Abandono e insuficiência familiar	2	1,4
TOTAL	142	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Centro Sul 2011 a 2013 79 denúncias

TIPOLOGIAS	N	%
Negligência	11	13,9
Negligência e financeira	6	7,6
Negligência e abandono	18	22,7
Negligência, financeira e física	1	1,3
Negligência e Autonegligência	1	1,3
Negligência, abandono e Insuficiência Familiar	2	2,5
Negligência, financeira e abandono	4	5
Negligência, autonegligência e abandono	1	1,3
Negligência e psicológica	2	2,5
Psicológica	5	6,3
Psicológica e Financeira	1	1,3
Psicológica e Física	7	8,8
Física e sexual	2	2,5
Psicológica, negligência e Financeira	5	6,3
Psicológica, financeira e abandono	1	1,3
Psicológica, financeira e física	1	1,3
Psicológica, negligência e física	3	3,8
Psicológica, negligência, financeira, física e abandono	1	1,3
Psicológica, negligência, financeira e abandono	1	1,3
Psicológica, negligência e abandono	1	1,3
Abandono	1	1,3
Abandono e Autonegligência	2	2,5
Financeira	1	1,3
Autonegligência	1	1,3
TOTAL	79	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Leste 2011 a 2013 denúncias 127 denúncias

TIPOLOGIAS	N	%
Negligência	16	12,6
Negligência e financeira	7	5,5
Negligência e abandono	21	16,5
Negligência e física	3	2,4
Negligência e Autonegligência	7	5,5
Insuficiência Familiar	5	3,9
Negligência e insuficiência familiar	4	3,1
Negligência, física e abandono	1	0,8
Negligência, física e insuficiência familiar	1	0,8
Negligência, financeira e abandono	7	5,5
Negligência, financeira, abandono e insuficiência familiar	1	0,8
Psicológica	16	12,6
Psicológica e Financeira	5	3,9
Psicológica e Física	5	3,9
Física	2	1,6
Física e autonegligência	2	1,6
Psicológica, negligência e Financeira	3	2,4
Psicológica, negligência, financeira e abandono	2	1,6
Psicológica, financeira e física	4	3,1
Psicológica e negligência	2	1,6
Abandono e financeira	1	0,8
Abandono	2	1,6
Financeira	2	1,6
Financeira e física	1	0,8
Autonegligência	7	5,5
TOTAL	127	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Norte 2011 a 2013 (80 denúncias)

TIPOLOGIAS	N	%
Negligência	4	5
Negligência e financeira	6	7,5
Negligência, financeira e abandono	4	5
Negligência e abandono	14	17,5
Negligência, financeira, abandono e autonegligência	1	1,2
Negligência e física	1	1,2
Negligência, financeira e física	2	2,5
Negligência, abandono e insuficiência familiar	1	1,2
Financeira e abandono	2	2,5
Psicológica	11	13,9
Psicológica, negligência, financeira e abandono	2	2,5
Psicológica, negligência e financeira	1	1,2
Psicológica e Física	8	10
Psicológica, negligência, Financeira e física	1	1,2
Psicológica, negligência e física	1	1,2
Psicológica, negligência, física e abandono	2	2,5
Psicológica e negligência	7	8,9
Psicológica, negligência e abandono	1	1,2
Insuficiência familiar	1	1,2
Abandono	3	3,8
Abandono e autonegligência	1	1,2
Insuficiência familiar autonegligência	3	3,8
Autonegligência	3	3,8
TOTAL	80	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Oeste 2011 a 2013 (67 denúncias)

TIPOLOGIAS	N	%
Negligência	4	6
Negligência e financeira	3	4,5
Negligência, financeira e abandono	6	8,9
Negligência e abandono	10	14,9
Negligência, abandono e autonegligência	1	1,5
Negligência e física	1	1,5
Negligência e insuficiência familiar	2	3
Psicológica	5	7,4
Psicológica, negligência, financeira e física	2	3
Psicológica, negligência e financeira	3	4,5
Psicológica e Física	8	11,9
Psicológica e financeira	2	3
Psicológica, financeira e física	1	1,5
Psicológica, negligência e física	3	4,5
Psicológica, negligência, financeira e abandono	3	4,5
Psicológica e negligência	1	1,5
Insuficiência familiar	3	4,5
Abandono	7	10,4
Abandono e autonegligência	1	1,5
Autonegligência	1	1,5
TOTAL	67	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Pampulha 2011 a 2013 (56 denúncias)

TIPOLOGIAS	N	%
Financeira	1	1,8
Física	1	1,8
Negligência	14	25
Psicológica	9	16
Abandono	2	3,6
Insuficiência Familiar	1	1,8
Autonegligência	1	1,8
Abandono e insuficiência familiar	2	3,6
Negligência e abandono	2	3,6
Negligência e insuficiência familiar	2	3,6
Financeira e física	1	1,8
Insuficiência familiar e autonegligência	1	1,8
Psicológica e financeira	2	3,6
Psicológica e física	3	5,2
Abandono e autonegligência	1	1,8
Negligência, financeira e abandono	7	12,4
Psicológica, negligência e financeira	1	1,8
Psicológica, negligência e física	1	1,8
Psicológica, negligência e insuficiência familiar	2	3,6
Psicológica, financeira e física	1	1,8
Negligência, financeira, abandono e insuficiência familiar	1	1,8
TOTAL	56	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – Regional Venda Nova 2011 a 2013 (92 denúncias)

TIPOLOGIAS	N	%
Abandono	5	5,4
Autonegligência	1	1,1
Financeira	1	1,1
Física	1	1,1
Insuficiência familiar	3	3,2
Negligência	6	6,5
Psicológica	8	9
Abandono e autonegligência	1	1,1
Abandono e insuficiência familiar	1	1,1
Negligência e financeira	7	7,6
Negligência e abandono	19	20,6
Negligência e insuficiência familiar	1	1,1
Negligência e física	1	1,1
Psicológica e autonegligência	1	1,1
Psicológica e financeira	3	3,2
Psicológica e negligência	3	3,2
Psicológica e física	6	6,5
Psicológica e abandono	1	1,1
Negligência, abandono e autonegligência	1	1,1
Negligência, financeira e abandono	4	4,3
Psicológica, negligência e física	3	3,2
Psicológica, financeira e física	3	3,2
Psicológica, negligência e financeira	5	5,4
Psicológica, negligência e abandono	2	2,2
Psicológica, financeira e abandono	2	2,2
Psicológica, negligência e autonegligência	1	1,1
Psicológica, negligência, financeira e abandono	1	1,1
Psicológica, negligência, financeira e física	1	1,1
TOTAL	92	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

Tipologias da Violência – 2011 a 2013 (859 denúncias)

TIPOLOGIAS	N	%
Abandono	31	3,6
Autonegligência	26	3,0
Financeira	7	0,8
Física	9	1,0
Insuficiência familiar	22	2,6
Negligência	111	13,0
Psicológica	83	9,6
Abandono e Autonegligência	10	1,2
Abandono e financeira	4	0,5
Abandono e insuficiência familiar	7	1,0
Financeira e autonegligência	1	0,1
Financeira e física	2	0,2
Física e autonegligência	2	0,2
Física e sexual	2	0,2
Insuficiência familiar e autonegligência	7	0,8
Negligência e insuficiência familiar	23	2,7
Negligência e abandono	142	16,5
Negligência e Autonegligência	10	1,2
Negligência e financeira	47	5,5
Negligência e física	8	1,0
Psicológica e Física	66	7,7
Psicológica e financeira	27	3,1
Psicológica e abandono	3	0,3
Psicológica e negligência	30	3,5
Psicológica e autonegligência	1	0,1
Física, abandono e autonegligência	1	0,1
Negligência, financeira e abandono	42	5,0
Negligência, Insf. Familiar e Autonegligência	2	0,2
Negligência, abandono e insuficiência Familiar	11	1,3
Negligência, financeira e física	4	0,5
Negligência, física e abandono	1	0,1
Negligência, física e insuficiência familiar	1	0,1
Negligência, autonegligência e abandono	4	0,5
Psicológica, negligência e insuficiência familiar	3	0,3
Psicológica, negligência e financeira	27	3,1
Psicológica, física e sexual	2	0,2
Psicológica, financeira e física	18	2,1
Psicológica, financeira e abandono	7	1,0
Psicológica, negligência e física	18	2,1
Psicológica, negligência e abandono	10	1,1
Psicológica, negligência e autonegligência	1	0,1
Negligência, financeira, física e abandono	2	0,2
Negligência, financeira, abandono e insuficiência familiar	2	0,2
Negligência, financeira, insuficiência familiar e autonegligência	1	0,1
Negligência, financeira, abandono e autonegligência	1	0,1
Psicológica, negligência, Financeira e física	6	0,7
Psicológica, negligência, financeira e abandono	9	1,0
Psicológica, negligência, física e abandono	2	0,2
Psicológica, sexual, negligência e abandono	1	0,1
Psicológica, negligência, financeira, física e abandono	1	0,1
Psicológica, sexual, negligência, financeira e física	1	0,1
TOTAL	859	100

Fonte: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte

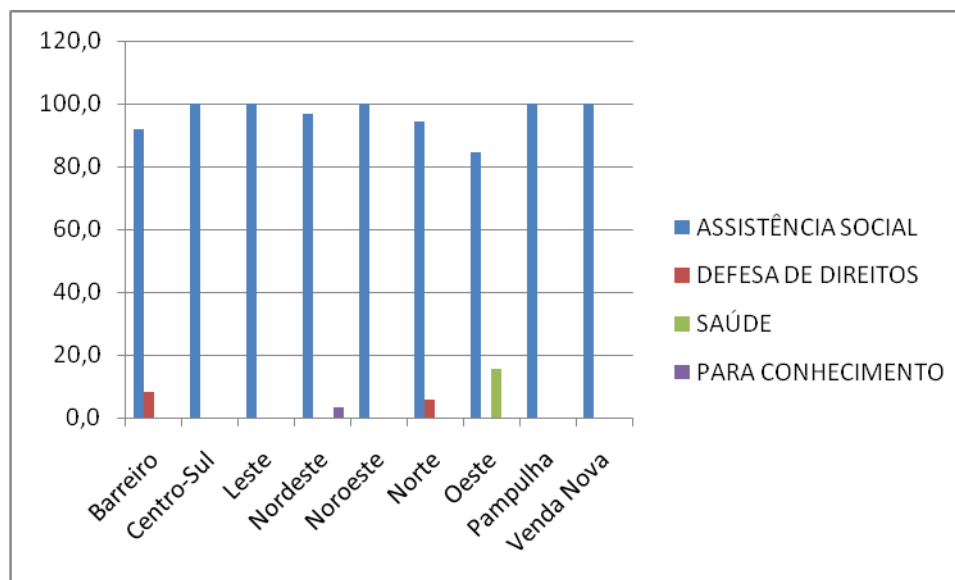
APÊNDICE B - Distribuição dos encaminhamentos das denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, segundo o local de domicílio da vítima e o ano de recebimento. Belo Horizonte, 2011-2013*.

Administração Regional/Ano	ENCAMINHAMENTOS															
	Assistência Social				Defesa de Direitos				Saúde				Para Conhecimento			
	2011	2012	2013	Total	2011	2012	2013	Total	2011	2012	2013	Total	2011	2012	2013	Total
Barreiro	11	18	48	77	1	0	5	6	0	0	0	0	0	0	2	2
Centro-Sul	22	19	34	75	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	3
Leste	26	55	35	116	0	2	1	3	0	1	0	1	0	1	6	7
Nordeste	30	55	42	127	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	2
Noroeste	33	42	61	136	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	2	4
Norte	16	27	35	78	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Oeste	11	26	27	64	0	1	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0
Pampulha	9	16	23	48	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2	4	6
Venda Nova	22	38	29	89	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	180	296	334	810	2	5	11	18	2	1	2	5	1	8	17	26

Fonte: Conselho Municipal do Idoso

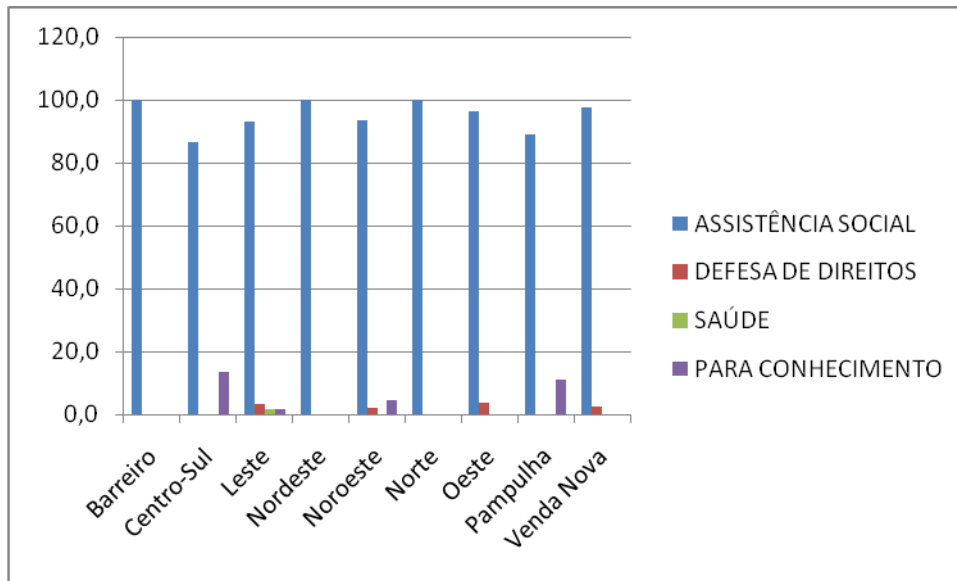
*A coluna “para conhecimento”, os serviços já estavam atendendo às denúncias e comunicaram o CMI/BH.

Distribuição percentual dos encaminhamentos das denúncias de violência contra a pessoa idosa recebidas no Conselho Municipal de Belo Horizonte, no ano de 2011.



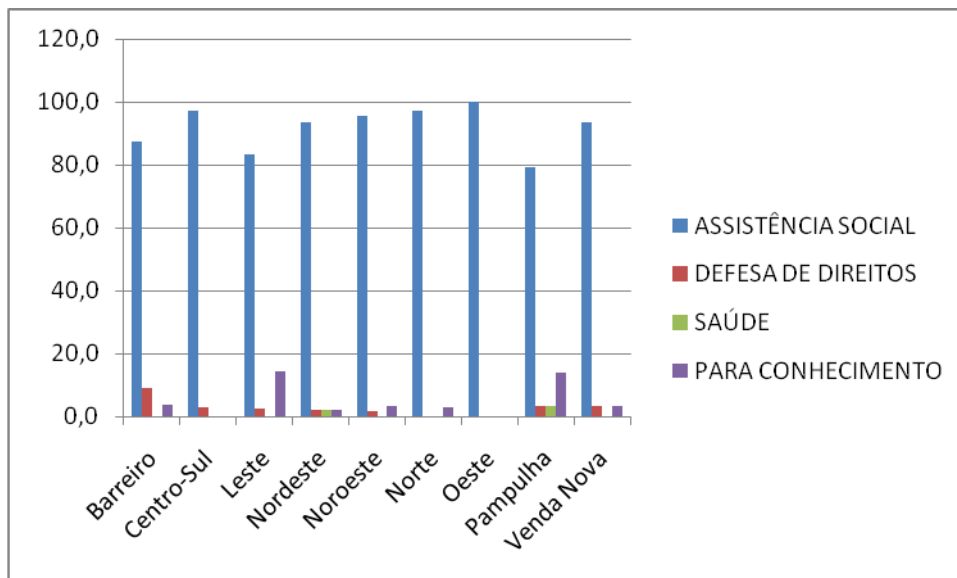
Fonte: Conselho Municipal do Idoso

Distribuição percentual dos encaminhamentos das denúncias de violência contra a pessoa idosa recebidas no Conselho Municipal de Belo Horizonte, no ano de 2012.



Fonte: Conselho Municipal do Idoso

Distribuição percentual dos encaminhamentos das denúncias de violência contra a pessoa idosa recebidas no Conselho Municipal de Belo Horizonte, no ano de 2013.



Fonte: Conselho Municipal do Idoso

APÊNDICE C – Kaplan Meier do tempo gasto do encaminhamento até o retorno.

Sobrevivência acumulada % dos registros até 100% (1,0) até (0,0) Médias e medianas para tempo de sobrevivência

Desfecho	Média ^a				Mediana			
	Estimativas	Modelo padrão	Intervalo de confiança de 95%		Estimativas	Modelo padrão	Intervalo de confiança de 95%	
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior
Encaminhamento para outro órgão	39,643	4,056	31,692	47,593	42,857	2,835	37,301	48,413
Esgotamento das possibilidades de intervenção	57,755	5,942	46,110	69,401	68,571	16,348	36,530	100,613
Inserido na rede	55,714	4,616	46,666	64,762	47,143	4,328	38,661	55,625
Institucionalização da Pessoa Idosa	49,500	6,737	36,296	62,704	42,857	9,583	24,074	61,640
Óbito	52,637	4,262	44,283	60,992	55,714	2,894	50,043	61,386
Resolução em âmbito familiar após intervenção dos serviços	58,442	4,250	50,112	66,772	55,714	3,972	47,929	63,500
Geral	54,216	2,094	50,112	58,321	51,429	2,095	47,322	55,536

^a estimativa estará limitada ao maior tempo de sobrevivência se for censurada.

ANEXO 1

Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins que autorizo e concordo com o pleno desenvolvimento da pesquisa “CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE BELO HORIZONTE: denúncias e ações de enfrentamento a violência intrafamiliar”, sob a responsabilidade da Sandra de Mendonça Mallet, mestranda e da Eliane Dias Gontijo, Professora e Orientadora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto será realizado através das denúncias recebidas no Conselho Municipal do Idoso nos anos de 2011, 2012 e 2013, de acordo com a metodologia descrita no referido projeto.



Silvia Helena Rocha Rabelo
Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania
Prefeitura de Belo Horizonte

silvia Helena Rocha Rabelo - BM: 105.317-3
Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania
SMADC

ANEXO 2
CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE BELO HORIZONTE
FICHA DE ATENDIMENTO DE DENÚNCIA

1. **Tipo de Denúncia:** 1() Anônima 2() Espontânea 3() Outros

Dados de Referência da Pessoa Idosa

2. Idade: _____ anos
3. Sexo: 1() feminino 2() masculino 3() mais de 1 idoso
4. Vínculo do violador com a pessoa idosa: _____
5. Violador trabalha? 1()sim 2()não
6. Idade do violador: _____ sexo 1() feminino 2() masculino
 Trabalha 1() sim 2() não Usuário de drogas 1() lícitas 2() ilícitas
 3() lícitas e ilícitas 4() não é usuário 5() não sabe informar
7. Quantos moram com a pessoa idosa? _____
8. Vínculo da Pessoa Idosa com os moradores da casa: _____
9. Tem filhos? 1()sim 2()não
10. Quantos? _____
11. **Perfil da Pessoa Idosa:** 1() independente 2() dependente
12. Tem procurador? 1() sim 2() não
13. É curatelado: 1()sim 2() não
14. Trabalha: 1()sim 2() não
15. 1()Aposentado 2() Pensionista 3() Aposentado e pensionista 4() outro
 5() benefício 6() não sabe 7() não informado.
16. **Tipo de Moradia:** 1()alugada 2()própria 3()cedida 4()invadida
17. **Problema de Saúde:** 1() Hipertensão 2() Diabetes 3() AVC
 4() Alzheimer 5() Depressão 6() Demências 7() Confusão Mental
 8() Outros.
18. **Suspeita do Tipo de Violação – em que o caso se encaixa:**
 1() Abandono 2() Psicológica 3() Negligência 4() Auto negligência
 5() Violência Financeira 6() Agressão física 7() Sexual
 8() Cárcere privado 9() Insuficiência familiar.
19. **Encaminhamentos:**

ANEXO 3

Distribuição da população idosa de Belo Horizonte, 2010 e 2012.

Administração Regional/Ano	População de idosos em 2010	População de idosos em 2012
Barreiro	27.492	27.740
Centro-Sul	50.814	51.340
Leste	35.401	35.747
Nordeste	34.245	34.570
Noroeste	48.278	48.740
Norte	21.165	21.454
Oeste	35.341	35.656
Pampulha	20.468	20.638
Venda Nova	26.073	26.289
TOTAL	299.277	302.174

Fonte: IBGE/2010

**População residente total, mulheres e faixa etária por Região Administrativa
Belo Horizonte, 2010**

Região Administrativa	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 a 94 anos	95 a 99 anos	100 anos ou mais
BARREIRO	6.901	5.002	3.101	1.750	798	332	95	19
CENTRO-SUL	11.085	8.406	6.812	5.137	2.865	1.292	428	80
LESTE	7.581	6.413	4.933	3.414	1.813	740	234	47
NORDESTE	7.685	6.254	4.285	2.853	1.497	559	166	29
NOROESTE	10.760	8.856	6.631	4.529	2.219	904	240	52
NORTE	5.282	3.837	2.455	1.547	702	307	71	25
OESTE	8.256	6.277	4.581	2.981	1.506	630	171	33
PAMPULHA	4.980	3.681	2.486	1.488	691	280	93	18
VENDA NOVA	6.454	4.627	2.986	1.647	817	289	99	26
Total geral	68.984	53.353	38.270	25.346	12.908	5.333	1.597	329

Fonte: IBGE - Censo 2010

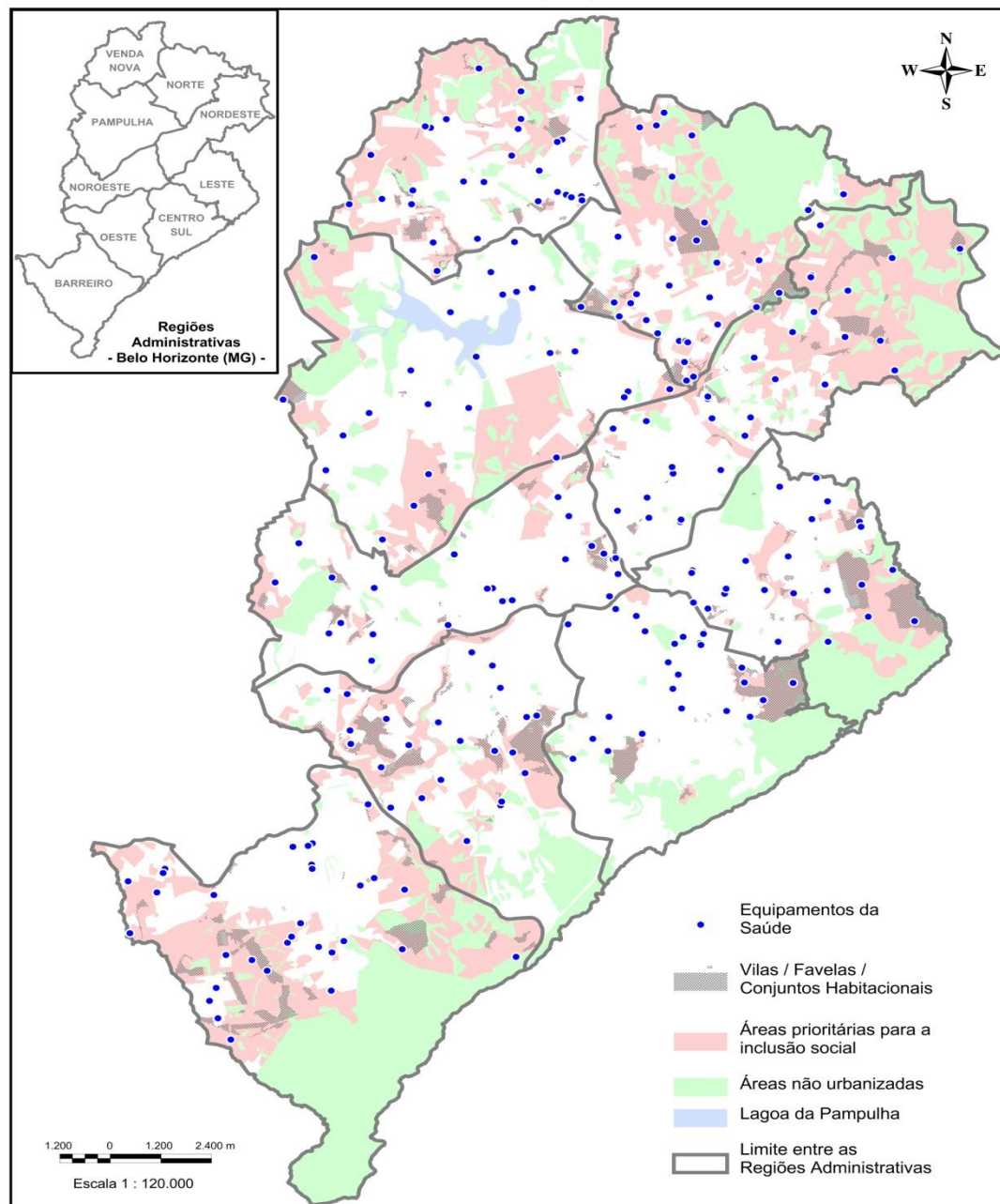
**População residente total, homens e faixa etária por Região Administrativa
Belo Horizonte, 2010**

Região Administrativa	Homens residentes								
	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 a 84 anos	85 a 89 anos	90 a 94 anos	95 a 99 anos	100 anos ou mais
BARREIRO	4.287	3.014	2.160	1.259	611	255	93	21	6
CENTRO-SUL	6.328	4.738	3.391	2.517	1.678	845	327	97	16
LESTE	4.241	2.970	2.410	1.729	1.091	533	204	53	16
NORDESTE	4.678	3.284	2.506	1.591	963	480	138	35	7
NOROESTE	5.869	4.384	3.407	2.442	1.458	705	242	58	7
NORTE	2.937	2.243	1.554	976	549	221	84	16	6
OESTE	4.588	3.394	2.468	1.732	979	475	152	39	8
PAMPULHA	2.982	2.162	1.588	1.042	559	207	80	16	2
VENDA NOVA	4.038	2.793	1.952	1.205	543	253	73	23	10
Total geral	39.948	28.982	21.436	14.493	8.431	3.974	1.393	358	78

Fonte: IBGE - Censo 2010

ANEXO 4 – Distribuição dos Programas, equipamentos e serviços para a Pessoa Idosa em Belo Horizonte em 2013

Programas / Equipamentos / Serviços para a Pessoa Idosa Belo Horizonte (MG) - 2013



Fonte: GSFP/SMPS/BH, 2013
Base Cartográfica: PRODABEL, 2012
Elaboração: GSTACIPS/GEGPI/SMPS, 2013

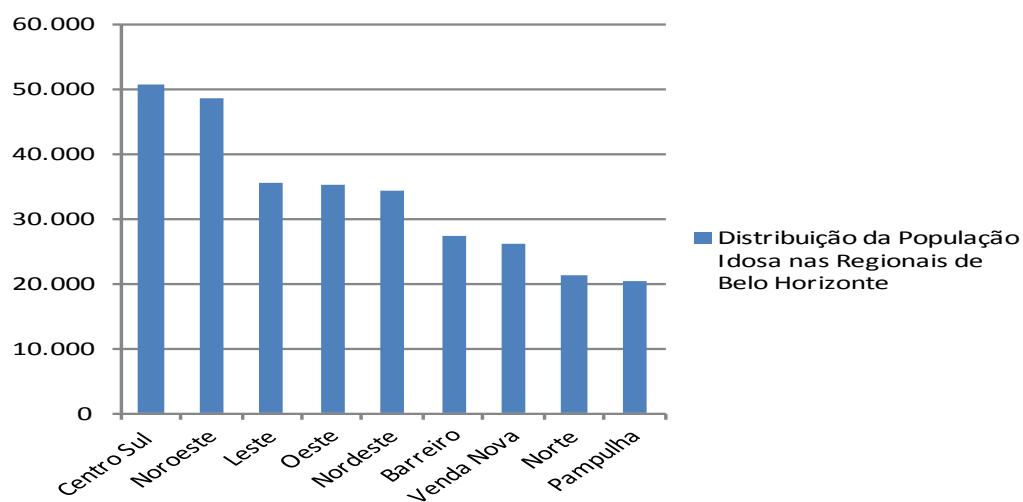
A tabela abaixo apresenta a população idosa de Belo Horizonte nos anos de 2011 e 2012. Os dados referentes ao ano de 2013 serão calculados com os dados populacionais de 2012. Incluir percentual na tabela

ANEXO 5 População de idosos, segundo o sexo e a faixa etária, Belo Horizonte – 2011, 2012.

FAIXA ETÁRIA/AN O	2011						2012					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60 a 69 anos	69.253	57,8	93.665	51,7	162.918	54	69.548	57,9	94.062	51,6	163.610	54,2
70 a 79 anos	36.105	30,2	56.022	30,9	92.127	31	36.258	30,1	56.261	31,0	92.519	30,6
80 anos e mais	14.312	12,0	31.539	17,4	45.851	15	14.373	12,0	31.672	17,4	46.045	15,2
TOTAL	119.670	100	181.226	100	300.896	100	120.179	100	181.995	100	302.174	100

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

ANEXO 6 - Distribuição da População Idosa nas Regionais de Belo Horizonte.



Fonte: IBGE – Censo Demográfico - 2010

ANEXO 7

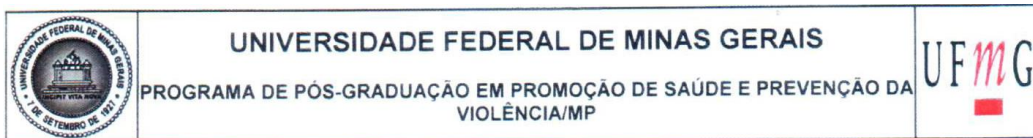
IDH por regiões em Belo Horizonte

	1991	2000
Barreiro	0,730	0,787
Centro Sul	0,868	0,914
Leste	0,787	0,837
Nordeste	0,770	0,826
Noroeste	0,785	0,835
Norte	0,733	0,787
Oeste	0,787	0,853
Pampulha	0,811	0,788
Venda Nova	0,727	0,786

**Belo Horizonte
(IDH Médio)**

1991 – 0,791
2000 – 0,839

Fonte: Atlas do
Desenvolvimento
Humano na RM Belo
Horizonte



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SANDRA DE MENDONÇA MALLET 2013712710

Realizou-se, no dia 19 de agosto de 2015, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, sala 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Denúncias e ações de enfrentamento à violência intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011-2013.*, apresentada por SANDRA DE MENDONÇA MALLET, número de registro 2013712710, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo - Orientador (UFMG), Prof(a). Karla Cristina Giacomini (Secretaria Municipal de Belo Horizonte), Prof(a). Maria da Conceicao Juste Werneck Cortes (UFMG), Prof(a). Elizabeth Costa Dias (UFMG), Prof(a). Juliana Ladeira Gabaccio (PUCMG), Prof.(a) Jurilza Maria Barros de Mendonça (MPAS/DF).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

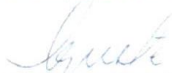
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 19 de agosto de 2015.



Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo



Prof(a). Karla Cristina Giacomini



Prof(a). Maria da Conceicao Juste Werneck Cortes



Prof(a). Elizabeth Costa Dias



Prof(a). Juliana Ladeira Gabaccio



Prof.(a) Jurilza Maria Barros de Mendonça


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG