

**TANIA MARIA DE RESENDE AMARAL**

**VULNERABILIDADES ENTRE PESSOAS IDOSAS: UM  
DESAFIO ATUAL**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-graduação  
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência  
Belo Horizonte  
2013

**TANIA MARIA DE RESENDE AMARAL**

**VULNERABILIDADES ENTRE PESSOAS IDOSAS: UM  
DESAFIO ATUAL**

*Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre.*

**Linha de pesquisa:** As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Graziella Lage Oliveira

Belo Horizonte  
2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

A485v Amaral, Tânia Maria de Resende.  
Vulnerabilidades entre pessoas idosas [manuscrito]: um desafio atual. /  
Tânia Maria de Resende Amaral. -- Belo Horizonte: 2013.  
75f.  
Orientadora: Elza Machado de Melo.  
Co-Orientador: Graziella Lage Oliveira.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.

1. Envelhecimento. 2. Programas Governamentais. 3. Programas e  
Políticas de Nutrição e Alimentação. 4. Idoso. 5. Fatores Socioeconômicos.  
6. Estudos Transversais. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza  
Machado de. II. Oliveira, Graziella Lage. III. Universidade Federal de  
Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 104

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitoria**

Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Ricardo Santiago Gomez

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Dr. Francisco José Penna

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

### **Coordenadora**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Elza Machado de Melo

### **Colegiado**

#### **Representantes Docentes**

Profa. Dra Elza Machado de Melo

Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

Profa. Dra Elizabeth Costa Dias

Profa. Dra Eliane Costa Dias Gontijo

Prof. Dr. Luiz Henrique Duczmal

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi

Profa. Dra Izabel Christina Friche Passos

Profa. Dra Andréa Maria Silveira

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profa. Dra Cristiane de Freitas Cunha

Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota

**Representante Discente:** Kléber Rangel da Silva

*Dedico este trabalho ao mestre,  
meu avô (in memoriam),  
meu respeito e admiração pela  
sua simplicidade e sabedoria.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa. Elza, minha orientadora, pela atenção, disponibilidade e capacidade de nos fazer acreditar no trabalho coletivo.

À Profa Graziella, minha co-orientadora, pela confiança, indispensável na elaboração deste trabalho.

Aos professores do Programa do Mestrado Profissional, em especial à Profa. Eliane Gontijo, pela oportunidade de aprendizado, acolhimento e que muito acrescentaram na minha formação.

À Marilene, gestora do Programa Bolsa Família em Betim, pela disponibilidade do banco de dados.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo apoio, incentivo e por acreditarem na minha capacidade.

À Laurice e Edwiges do CREAS pela valiosa disponibilidade e colaboração.

À Isabela e Paula pelas valiosas sugestões e pela presença na minha vida profissional.

Aos colegas e amigos do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência.

Ao Abel, Matheus e João Pedro pela compreensão e colaboração nos momentos difíceis deste processo.

Aos meus queridos e admirados pais e aos meus irmãos minha eterna gratidão.

*Não sei... Se a vida é curta  
Ou longa demais pra nós,  
Mas sei que nada do que vivemos  
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:  
Braço que envolve,  
Palavra que conforta,  
Silêncio que respeita,  
Alegria que contagia,  
E isso não é coisa de outro mundo,  
É o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela*

*Não seja curta,  
Nem longa demais,  
Mas que seja intensa,  
Verdadeira, pura... Enquanto durar.*

*(Cora Coralina)*

## RESUMO

A vulnerabilidade é uma condição que está presente no envelhecimento, podendo se manifestar por meio de dimensões variadas e capazes de influenciar a qualidade de vida das pessoas idosas. O presente estudo teve por objetivo discutir tais condições e será apresentado na forma de dois artigos, um ensaio teórico sobre o tema e um estudo transversal com dados secundários do Cadastro Único da Assistência Social (CADÚNICO) do Programa Bolsa Família da Secretaria de Assistência Social de Betim., no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2011. O primeiro artigo discutiu as vulnerabilidades a partir da literatura disponível, organizando-as segundo as categorias individual, social e programática. O segundo artigo comparou o perfil socioeconômico e de saúde dos idosos ativos e não ativos no Programa. As 8.555 pessoas com 60 anos ou mais, cadastradas no Programa (5,0%), foram divididas em dois grupos: ativos (que recebem o benefício) representando 14,1% e não ativos (que não recebem o benefício) com 85,9%. Estes dois grupos foram comparados segundo características sócio-demográficas, moradia e deficiência. Foi utilizado o pacote estatístico Social Package for Social Science (SPSS), sendo realizadas análises descritivas por meio da distribuição de frequências e medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão). Além disso, foram realizadas análises comparativas univariadas entre os idosos cadastrados ativos e não ativos utilizando o Qui-quadrado de Pearson e o Teste T-Student, quando apropriado. Foi considerado um valor-p  $\leq 0,05$  para verificação da significância estatística, com um intervalo de confiança de 95%. A magnitude da associação entre as variáveis foi avaliada por meio da razão de chances (*Odds Ratio* – OR). A média de renda dos ativos no PBF foi de R\$72,80 (desvio-padrão= R\$56,11; Min-Max=R\$0-525,00) enquanto a dos não ativos foi de R\$138,32 (desvio-padrão= R\$135,11; Min-Max=R\$0-1865,00). A média de idade foi de 68 anos e a mediana de 67 anos. Os idosos com menor idade, solteiros ou divorciados têm maior chance de receber o benefício do Programa Bolsa Família. Foi encontrada uma alta proporção de analfabetismo nos dois grupos, com 41,3% para os ativos no PBF e 37,4% para os não ativos. À medida que aumenta a escolaridade do idoso diminui a chance dele estar ativo no Programa. Os idosos residentes em domicílio cedido têm uma chance 1,36 vezes maior de estarem ativos no PBF quando comparados àqueles que têm domicílio próprio. O PBF tem grande importância para o público de beneficiários, pois é uma garantia de renda mínima por meio da qual os idosos podem conquistar padrões mínimos de qualidade de vida e de independência. No entanto, verificou-se também que os idosos cadastrados no PBF, seja como ativo ou não ativo, encontram-se em situação de vulnerabilidade, com baixa renda média, baixo nível de escolaridade, alto índice de analfabetismo, além de apresentarem deficiências. Estes resultados chamam a atenção para a ínfima efetividade das políticas públicas voltadas para as pessoas idosas. O caráter focalizador do programa por oposição ao princípio da universalidade e, ainda, a definição da renda como principal critério para inserção no Programa acabam por restringir a inclusão de um contingente de idosos que também estão em situação de pobreza e vulnerabilidade.

Palavras chave: Envelhecimento, CADUNICO, Programa Bolsa Família, idosos de baixa renda.

## ABSTRACT

The vulnerability is a condition that is present in aging and can manifest through varied dimensions and capable of influencing the quality of life of older people. The present study aimed to discuss these conditions and will be presented in the form of two articles, a theoretical essay on the topic, and a cross-sectional study using secondary data from the Unified Register of Social Care (CADÚNICO) Bolsa Família Program of the Secretariat of Social Assistance of Betim. From January 2004 to January 2011. The first article discussed the vulnerabilities from the available literature, organizing them according to the individual, social and programmatic categories. The second article compared the socioeconomic and health of active and non active seniors in the program listing. The 8,555 people aged 60 years or older, indexed in the program (5.0%), were divided into two groups : active (receiving benefits) representing 14.1% and non active (not receiving benefits) with 85,9%. These two groups were compared according to the socio-demographic characteristics, housing and disability. The statistical package of Social Package for Social Science (SPSS) was used, descriptive analyzes being performed by frequency distribution and measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation). In addition, univariate comparative analysis between active and non-active elderly registered using the Chi-square test and Student's t-test, were performed when appropriate. A p-value  $\leq 0.05$  for verification of statistical significance was considered, with a confidence interval of 95%. The magnitude of association between variables was evaluated by the odds ratio (odds ratio - OR). The average income of the assets in PBF was R\$72.80 (standard deviation = R\$56.11, Min-Max = R\$0 to R\$525,00) while the non assets was R\$138.32 (standard deviation = R\$135.11 , Min-Max = R\$0 to R\$1865.00). The mean age was 68 years, and the median 67 years. The elderly with younger age, single or divorced are more likely to receive the benefit of the Bolsa Família Program. A high proportion of illiteracy was found in both groups, with 41.3% for the assets in the BFP and 37.4% for non-active. As you increase the education of the elderly decreases the chance of him being active in the program. An elderly resident in a given household has 1.36 times more likely to be active in PBF when compared to those who have their own home. The PBF has great importance to the public of beneficiaries, it is a guaranteed minimum income through which seniors can earn minimum standards of quality of life and independence. However, it was also found that seniors registered in PBF, either as active or not active, are in a vulnerable situation, with low average income, low education, high illiteracy, besides having disabilities. These results call attention to the tiny effectiveness of public policies for the elderly. The program's character focuser as opposed to the principle of universality, and also the definition of income as the main criterion for inclusion in the Program, ultimately restrict the inclusion of a number of elderly who are also in poverty and vulnerability.

Keywords: Aging, CadÚnico, Bolsa Família Program, low-incomeseniors.

# SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
<b>2. PROJETO</b> .....	14
2.1 Introdução .....	14
2.2 Justificativa .....	17
2.2 Hipótese .....	18
2.3 Objetivo Geral .....	19
2.4 Objetivos Específicos .....	19
2.5 Materiais e Métodos .....	19
2.6 Cronograma .....	21
Referências Bibliográficas .....	22
<b>3. ARTIGO I: VULNERABILIDADES E VIOLENCIAS ENTRE PESSOAS IDOSAS</b> .....	23
3.1 Envelhecimento e Vulnerabilidades .....	24
3.2 Envelhecimento e Violências .....	27
3.3 Violências contra pessoas idosas no Brasil e no mundo: um retrato preliminar	30
3.4 Políticas públicas de garantia de direitos às pessoas idosas no Brasil: perspectivas e desafios .....	33
3.5 Considerações finais .....	37
Referências Bibliográficas .....	40
<b>4. ARTIGO 2: PERFIL DOS IDOSOS DE BAIXA RENDA EM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE - MG.....</b>	44
Resumo .....	44
4.1 Introdução .....	47
4.2 Materiais e Métodos .....	50
4.3 Resultados .....	52
4.4 Discussão .....	58
4.5 Considerações Finais .....	64
Referências Bibliográficas .....	65
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>ANEXOS</b> .....	70

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional no Brasil é fato real, pois atualmente as pessoas acima de 60 anos correspondem a 10% da população brasileira. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma comunidade é considerada envelhecida quando 7% da sua população é constituída de pessoas idosas.

Mas, o que é então o envelhecer, uma vez que tornamo-nos mais velhos a cada momento. Envelhecer é transformação: é ação além da forma. Fomos diferentes no passado e seremos diferentes no futuro. Vivemos porque envelhecemos, se desistirmos de envelhecer, morreremos.

Assim sendo, o envelhecer de maneira bem sucedida depende dos recursos de que se dispõe para enfrentar as dificuldades e vulnerabilidades, da história de vida e da forma como cada um entende e encara o processo de envelhecimento. Dadas as peculiaridades decorrentes do envelhecimento, as vulnerabilidades nesta fase da vida também possuem características peculiares que as diferem das demais etapas da vida. Em virtude disso, algumas condições particulares, individuais, familiares ou coletivas aumentam o risco de ocorrência de violência intrafamiliar em pessoas idosas.

Por outro lado, no que se refere à legislação que garante direitos da pessoa idosa brasileira, grandes avanços já foram alcançados como, por exemplo, a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. A Constituição de 1988 ressalta, por exemplo, que o apoio às pessoas idosas é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a

sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir seu direito à vida.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 (Lei 8.842), consiste de um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas. Dando continuidade ao desenvolvimento da proteção social às pessoas idosas, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, que além de reforçar as diretrizes da Política Nacional do Idoso, traz um avanço fundamental referente à penalização por não cumprimento da lei.

Ainda assim, estudos e pesquisas sobre violências contra pessoas idosas, tanto no Brasil, como no exterior, têm demonstrado que frequentemente elas são praticadas por pessoas muito próximas da vítima, seja no seu domicílio, em instituição de longa permanência ou em outros serviços para pessoas idosas.

Diante disso, a motivação para tal estudo surge da prática profissional, quando me deparo com situações que trazem a mim e aos colegas de trabalho grande perplexidade, inclusive a fragilidade e insuficiência da rede de proteção social às pessoas idosas em situação de violência ou de vulnerabilidade social.

Os resultados deste estudo serão apresentados na forma de dois artigos, conforme regulamento do programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. No primeiro foi realizado um ensaio teórico sobre as vulnerabilidades entre pessoas idosas. O segundo teve como objetivos: descrever o perfil dos idosos do Cadastro Único (CADUNICO) de Betim, conhecer as diferenças

do perfil socioeconômico dos idosos beneficiários (ativos) e não beneficiários (não-ativos) no Programa Bolsa Família e identificar, a partir da análise do Programa Bolsa Família, os elementos de vulnerabilidade programática, social e individual das pessoas idosas.

## 2. PROJETO

### 2.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria dos países<sup>1</sup>. Diferentemente dos países desenvolvidos, onde o aumento da esperança de vida resultou na melhoria das condições de vida dos idosos, os brasileiros estão vivendo mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias<sup>2</sup>. Nos países em desenvolvimento o processo de envelhecimento se desenrolou de forma acelerada, fazendo com que não tenha havido a preparação e a reorganização institucional como nos países desenvolvidos<sup>3</sup>.

No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 25 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no *ranking* mundial<sup>4</sup>. Essa maior expectativa de vida dos brasileiros se fundamenta em transformações estruturais como, por exemplo, o aumento na esperança de vida ao nascer, redução da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade<sup>5,6</sup>.

De acordo com a legislação brasileira são consideradas idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Esta demarcação pode ser diferente em alguns países desenvolvidos<sup>7</sup>.

O mesmo crescimento pode ser observado em Betim, município da região metropolitana de Belo Horizonte do Estado de Minas Gerais, onde o censo do IBGE demonstrou que no ano de 2000 os idosos representavam 5,0% da população geral, enquanto que em 2010 a proporção foi de 7,1%. Desse total, 62,7% (16.758) dos idosos são considerados responsáveis pelos seus domicílios e 27,5% (7.341) não sabem ler e escrever<sup>8</sup>.

No Brasil, boa parte das pessoas idosas sofre de muitos e profundos problemas sociais, pois 43% delas têm renda per capita abaixo de um salário mínimo, sendo que apenas 25% ganham 3 salários mínimos, ou seja, cerca de 75% encontram-se em condição pobre ou miserável. Os que ainda trabalham representam 30,4%, seja para se manter ou para auxiliar no sustento de sua família. Portanto, não se trata de uma população homogênea e sim com grandes desigualdades sociais<sup>9</sup>.

O envelhecer traz consigo várias adversidades, tais como a aposentadoria, o falecimento do cônjuge e dos familiares, perda de papéis sociais, o acometimento de múltiplas doenças crônico-degenerativas, além da proximidade de sua própria morte. Assim, estas adversidades conjugadas com a desigualdade de renda, a baixa escolaridade e as condições de vida são determinantes para a qualidade de vida da pessoa idosa<sup>5</sup>. Estas vulnerabilidades, consideradas características que acompanham o envelhecimento, podem levar a pessoa idosa a riscos diferenciados de sofrer violência e os mais pobres são especialmente as vítimas mais vulneráveis<sup>9</sup>.

O conceito de vulnerabilidade utilizado neste trabalho diz respeito a capacidade do indivíduo encontrar alternativas para superar as adversidades e os riscos aos quais está exposto<sup>3</sup>. De acordo com Ayres<sup>10</sup> a vulnerabilidade possui três categorias –

programática, social e individual. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e relacionais. A social é resultante dos aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam o modo de vida das pessoas, grupos e populações, logo, as suas oportunidades de acesso a bens e serviços. A programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social.

Para o desenvolvimento do estudo sobre as pessoas idosas de baixa renda buscou-se no Cadastro Único da Assistência Social (CADUNICO) as pessoas acima de 60 anos de idade. Este instrumento é porta de entrada para os programas sociais do Governo Federal, e tem por objetivo identificar e caracterizar as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm renda mensal de meio salário mínimo *per capita* ou de até três salários mínimos por família. O formulário para cadastro da família deve ser preenchido *on-line* pelo município. Os dados assim obtidos são enviados ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)<sup>11</sup>.

O Programa Bolsa Família (PBF), um dos programas centrais do MDS, realiza transferência direta de renda tendo a família em situação de pobreza ou de extrema pobreza como unidade de intervenção. O Programa tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada e contribuir para a conquista da cidadania pelas famílias mais vulneráveis à fome e à miséria. Para manter-se ativo no Bolsa Família, o beneficiário tem que cumprir uma série de condições, chamadas de condicionalidades, que incluem ações de saúde e frequência escolar de crianças e adolescentes. Um dos principais critérios para ser inserido no Programa é a renda

*per capita* que deve ser de até R\$140,00. As famílias com renda *per capita* de até R\$ 70,00, consideradas de pobreza extrema, são prioridades para o governo.

As famílias com dificuldades de cumprimento das condicionalidades são encaminhadas ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) para acompanhamento familiar. Ao descumprir as condicionalidades, as famílias passam por um processo gradativo de advertências que vão desde a sua notificação, suspensão, podendo chegar ao cancelamento do benefício.

Sendo assim, o presente trabalho pretende descrever o perfil dos idosos cadastrados no CADUNICO e verificar se há diferença no perfil socioeconômico dos beneficiários (ativos) e não beneficiários (não ativos) do Programa Bolsa Família (PBF) em Betim/MG.

## **2.2 JUSTIFICATIVA**

O envelhecimento implica, em maior ou menor grau, em aumento da possibilidade de desenvolvimento de vulnerabilidades, seja da ordem do indivíduo ou social, caracterizando um processo típico da senescência. Por isso as vulnerabilidades na velhice não podem ser vistas de forma única e isolada do seu contexto histórico<sup>12</sup>.

As vulnerabilidades, conjugadas ou não, são fatores de risco para violência contra as pessoas idosas. De acordo com a OMS<sup>13</sup> a violência contra idosos que

inicialmente era vista como um problema de foro familiar tornou-se um problema de saúde pública e de justiça criminal, ou seja, de intervenção do Estado.

Assim, o Programa Bolsa Família por proporcionar melhoria nas condições de vida e maior autonomia aos seus beneficiários pode contribuir para a ruptura do ciclo de violência contra os idosos. Para Rego e Pinzani<sup>14</sup> o Bolsa Família além de garantir a subsistência imediata fornece uma base material necessária para que os indivíduos possam desenvolver-se em direção a uma maior autonomia.

Apesar do aumento do interesse de pesquisadores sobre o envelhecimento, não foi encontrado na literatura estudos sobre idosos inseridos no PBF. Por se tratar de uma política nacional, faz-se necessário investigar como este Programa se distribui na população idosa. Estes achados poderão contribuir com subsídios para a efetivação/avaliação dessa política pública e para a melhoria da qualidade de vida da sua população alvo, contribuição que se torna tanto mais importante quanto se sabe que em Betim assim como na maioria dos municípios brasileiros, os idosos ainda não constituem prioridade, sendo ainda focalizadas e fragmentadas as ações destinadas a eles.

### **2.3 HIPÓTESE**

Há diferença entre o perfil socioeconômico e de saúde dos idosos beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família, em Betim/MG.

## **2.4 OBJETIVO GERAL**

Comparar o perfil socioeconômico e de saúde dos idosos beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família, em Betim/MG.

## **2.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conhecer através de ensaio teórico as vulnerabilidades que as pessoas idosas estão expostas;
- Descrever o perfil dos idosos cadastrados no CADUNICO de Betim no período de janeiro 2004 a janeiro de 2011;
- Identificar elementos de vulnerabilidade programática, social e individual das pessoas idosas a partir da análise do Programa Bolsa Família.

## **2.6 MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de estudo transversal utilizando dados secundários provenientes do CADÚNICO no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2011. O CADUNICO, obtido no Programa Bolsa Família da Secretaria de Assistência Social de Betim, é digitado *on-line* em sistema próprio do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O período foi definido de acordo com disponibilidade do banco de dados.

O Bolsa Família realiza transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza tendo como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada e contribuir para a conquista da cidadania.

### As variáveis utilizadas

Os idosos, aqui consideradas as pessoas com 60 anos ou mais, cadastrados no CADUNICO serão divididos em dois grupos: ativos (que recebem o benefício) e não ativos (que não recebem o benefício). Estes dois grupos serão comparados segundo: *características sócio-demográficas* (sexo, faixa etária, renda, raça/cor, escolaridade, estado civil, deficiência e situação no mercado de trabalho) e *características de moradia* (situação de domicílio, tipo de domicílio e de construção, abastecimento de água, escoamento sanitário, destino do lixo e tipo de iluminação). A variável *deficiência* será analisada em comparação com a população de idosos por faixa etária.

### Análise de dados

Os registros serão importados do CADUNICO para o programa de análise estatística Social Package for Social Science (SPSS). Serão realizadas análises descritivas (distribuição de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão) e comparativas (Qui-quadrado de Pearson). Será considerado um valor-p  $\leq 0,05$  para verificação da significância estatística, com um intervalo de confiança de 95%. A magnitude da associação entre as variáveis será avaliada por meio da razão de chances (*Odds Ratio* – OR).

## Comitê de Ética

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Saúde e Violência em Betim: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG – CAAE: 02235212.20000.5149.

### 2.7 CRONOGRAMA

AÇÕES	1º SEMESTRE 2012						2º SEMESTRE 2012						1º SEMESTRE 2013					
	jan	fev	mar	Abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun
Revisão bibliográfica		■	■	■	■	■												
Redação do Projeto							■	■										
Análise de dados e confecção de tabelas							■	■										
Tramitação no Comitê de Ética										■	■	■						
Redação do Artigo 1							■	■	■									
Qualificação										■								
Revisão do Projeto e Artigo 1											■							
Redação do Artigo 2													■	■	■			
Defesa de dissertação																	■	■

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2007 (Cadernos de Atenção Básica n. 19).
- 2 Uchôa E, Firmo JOA, Costa MFFL. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. 2002. Ed. Fiocruz.
- 3 Alonso FRB. **Envelhecimento e Vulnerabilidade: a inserção do idoso na família e o sentido dos fluxos intergeracionais na geração de capital social** [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
- 4 Moraes CL, Júnior PCA, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 (Supl.10):2289-2300.
- 5 Camarano AA (Org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- 6 Minayo MCS, Souza ER (Orgs.). Violência Contra Idosos é possível prevenir. In: **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília; 2005.
- 7 Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acessado 2013 fev 07]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 9 Minayo MC. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2. ed., 2005.
- 10 Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- 11 Brasil. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome*. [acessado 2012 out 25]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
- 12 Maia FOM. **Vulnerabilidade e Envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE** [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
- 13 OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. 2002; 1:1-42.
- 14 Rego WL, Pinzani A. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Ed. Unesp, 2013.

### 3. ARTIGO I

#### **VULNERABILIDADES E VIOLENCIAS ENTRE PESSOAS IDOSAS**

Existem vários critérios para a demarcação do que venha a ser uma pessoa idosa, sendo o mais comum baseado no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994)<sup>1</sup>. Nesse sentido, a legislação brasileira considera idosa a pessoa com idade igual ou maior a 60 anos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 havia 600 milhões de idosos no mundo, com projeção de que este número seja duplicado em 2025. Esse envelhecimento acelerado da população mundial aumentará as demandas econômicas e sociais em todos os países. Em 2025, países como Brasil, China e Tailândia terão uma população de idosos superior a 15% da população, ou seja, o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo<sup>2</sup>.

A maioria dos idosos brasileiros que atualmente residem nas grandes cidades é imigrante de áreas rurais que, além de enfrentar adversidades socioeconômicas significativas durante a vida, ainda recebeu pouca ou nenhuma educação formal e trabalhou em ocupações mal remuneradas<sup>3</sup>.

O envelhecimento da população brasileira associa-se a transformações sociais e econômicas ainda sem respostas, tais como a pobreza e a exclusão de uma parcela da população, e aos elevados níveis de desigualdade sociais<sup>1</sup>. Tudo isso aliado à

vulnerabilidade fisiológica tornam as pessoas idosas vítimas em potencial de mazelas sociais, dentre as quais a violência<sup>4</sup>.

### **3.1. ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADES**

Para discutir sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas buscou-se o conceito que trata da capacidade do indivíduo em encontrar alternativas para superar as adversidades e os riscos aos quais está exposto<sup>5</sup>. De acordo com Ayres<sup>6</sup> a vulnerabilidade possui três categorias – programática, social e individual. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e relacionais. A social é resultante dos aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam o modo de vida das pessoas, grupos e populações, logo, as suas oportunidades de acesso a bens e serviços. A programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social.

Entretanto a vulnerabilidade vai depender da combinação das três categorias no momento atual. Depende também das experiências relativas a cada uma delas e de como as pessoas lidaram e lidam com as facilidades e as dificuldades da vida<sup>7</sup>.

A vulnerabilidade individual da pessoa idosa está relacionada às características próprias da senescência, como a temporalidade e a morte, que em outras fases da vida passam despercebidas. O tempo, experimentado pelo idoso com o acúmulo de experiências, construção de uma história individual, familiar e social, também tem o

significado de algo que não volta mais. Mas, por outro lado, envelhecer com dignidade é saber incluir aspectos naturais, porém vulneráveis dessa fase da vida com paz e com sentido<sup>8</sup>. Atualmente os idosos buscam por uma vida mais longa e com qualidade; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda para a sua progressiva diminuição de capacidades; continuar a participar das decisões da comunidade; prolongar, ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais com propriedade, autoridade e respeito<sup>9</sup>.

Contudo, outras questões se agregam a esta realidade como, por exemplo, as relações construídas ao longo da vida. São elas que determinarão o campo subjetivo e individual do idoso, pois ele não será diferente daquilo que sempre foi quando jovem ou adulto. Durante a velhice tende-se apenas a aumentar as características positivas e negativas da personalidade do indivíduo. Essa situação irá determinar os vínculos afetivos familiares, assim como garantir a qualidade da acolhida do idoso, em caso de dependência total ou parcial<sup>10</sup>.

Ainda no que se refere à vulnerabilidade individual, um fator importante diz respeito ao declínio funcional do idoso que na maioria das vezes vem acompanhado de um grau de dependência elevada, necessitando assim de um cuidador para auxiliá-lo nas atividades diárias. Esta condição remete a família a uma nova divisão de papéis e funções para o exercício do cuidado. Outro agravante é que geralmente esse cuidado é realizado por uma pessoa também idosa e se processa em meio a um cotidiano de muitas adversidades<sup>11</sup>.

A vulnerabilidade social das pessoas idosas decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no seu cotidiano. Tais circunstâncias referem-se aos

aspectos relacionados a questões culturais, sociais, econômicas, de saúde, entre outros. Também os baixos valores das aposentadorias não conseguem promover condição social adequada ao alcance da qualidade de vida<sup>12</sup>.

Fatores como a pobreza e ambientes degradantes de moradia potencializam os riscos a problemas de saúde como a depressão e a baixa auto-estima. Esta condição pode ser observada principalmente quando a pessoa idosa perde o poder de decisão sobre os diversos aspectos da sua vida, o que caracterizaria assim uma situação de dependência e, conseqüentemente, de maior vulnerabilidade<sup>5</sup>.

No que diz respeito à questão econômica, o estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) verificou que grande parte das pessoas idosas era responsável por um grupo familiar e que mais de 50% não tinham renda monetária nenhuma. Foi constatado também que o perfil de renda das pessoas idosas apresenta uma distribuição fortemente concentrada. Este fato sugere que uma boa parcela não possui condições suficientes para terem uma vida satisfatória<sup>13</sup>.

Por fim, a vulnerabilidade programática engloba o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde, educação, esporte, lazer e assistência social, incluindo programas de prevenção, assistência, reabilitação e monitoramento. Portanto, a vulnerabilidade programática reporta-se aos recursos sociais de que as pessoas necessitam para uma vida com qualidade.

Todas essas vulnerabilidades – individual, social e programática – se relacionam à violência contra o idoso, seja como fator de risco, em virtude da dependência gerada pela perda funcional de autonomia e agravada pela inexistência de condições socioeconômicas, seja por constituírem elas próprias violência, definida assim como

a ausência de direitos garantidos às pessoas idosas. Seja como fator de risco ou como violência essas vulnerabilidades são resultantes de inúmeros aspectos relacionados à organização social e econômica, à cultural ou à omissão e insuficiência do Estado e da sociedade, que poderiam ser todos agrupados sob o conceito de violência estrutural<sup>12</sup>.

### **3.2. ENVELHECIMENTO E VIOLENCIAS**

Observada principalmente nas culturas ocidentais, o fenômeno da violência contra a pessoa idosa é uma manifestação que não respeita as demarcações decorrentes do status socioeconômico, raça e religião, sendo todos vulneráveis em maior ou menor intensidade. Entretanto, a vulnerabilidade própria da idade e do lugar social que ocupam faz com que as pessoas idosas mais pobres e miseráveis sejam vítimas preferenciais da violência<sup>14</sup>.

De acordo com Minayo<sup>15</sup>, no caso do Brasil as violências contra a pessoa idosa se expressam socialmente em tradicionais formas de discriminação, como o atributo que comumente lhe é impresso como “descartáveis”, “peso social” e “decadência”. O que pode ser confirmado através da estrutura da sociedade moderna ocidental, que está organizada para atender à população jovem, sendo raros os espaços públicos adequados às perspectivas e necessidades da população acima de 60 anos<sup>11</sup>. O choque de gerações, os problemas de espaço físico e as dificuldades financeiras

somadas a esse imaginário social agravam os abusos e negligências contra as pessoas idosas<sup>16</sup>.

Portanto, assim como no Brasil, em outras partes do mundo, algumas culturas tendem a separar os idosos, segrega-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte<sup>15</sup>. Por outro lado, Sanches<sup>17</sup> apresenta diferentes modos de relacionamento dos idosos com a sua comunidade como, por exemplo, na civilização islâmica onde os idosos árabes são respeitados como mestre por acumularem elevados conhecimentos sobre assuntos da sociedade e seu alto padrão moral.

A violência contra as pessoas idosas é aqui entendida como um “conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais”<sup>14</sup>. Pode se expressar sob a forma de abuso físico, psicológico e sexual, abandono, negligência, abusos financeiros e autonegligência<sup>18</sup>. Queiroz e colaboradores<sup>19</sup> utilizam da conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para completar este conceito argumentando que esta ação pode ser única ou repetitiva, ou mesmo uma ausência de ação, que ocorra em uma relação onde exista uma expectativa de confiança, causando sofrimento, desgaste ou angústia a uma pessoa idosa.

Considerada como problema social de grande dimensão, a violência contra as pessoas idosas se manifesta de três formas: *estrutural*, em decorrência da desigualdade social, que é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e discriminação; *interpessoal* – refletida pelas relações cotidianas e representada pela

violência intrafamiliar; e *institucional* se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas públicas<sup>20</sup>. Juntamente com as crianças e mulheres, as pessoas idosas são consideradas público vulnerável para violência intrafamiliar, que pode ser cometida dentro e fora do lar, por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida<sup>21</sup>.

De acordo com Goldfarb<sup>22</sup>, quando há uma situação de violência intrafamiliar contra um idoso, de qualquer tipo que ela seja, na maioria dos casos, já existia um conflito familiar antigo. Por outro lado, ninguém que tenha sido violento a vida toda passa a ser pacífico só porque envelheceu.

Embora se trate de um tema secular a violência contra idosos ficou na invisibilidade até a metade do século XX, permanecendo escondida e tratada como problema privado. É também no final do século XX que se iniciaram os primeiros estudos sobre violência contra idosos, um deles chamado de “espancamento de avós”, em 1975, na Inglaterra e no Brasil, em 1997, no qual a autora inclusive sugere a necessidade de mais estudos sobre o tema<sup>14</sup>.

Como geralmente a violência é cometida por pessoas de sua confiança e principalmente por um familiar, a pessoa idosa não se dispõe a relatar facilmente os episódios de vitimização que sofre, dificultando ainda mais a identificação da situação<sup>4</sup>. Portanto, as reações das pessoas idosas diante da violência doméstica podem envolver sentimentos variados como medo, vergonha e até mesmo culpa pelo fracasso das relações, resultando muitas vezes na omissão do fato pela vítima e na aceitação deste como acontecimento natural das relações entre os membros da família<sup>23</sup>.

Tais reações das pessoas idosas, somadas à precariedade e insuficiência da rede de proteção social, dificultam a denúncia e o encaminhamento das ações de caráter psicossocial ou jurídico<sup>24</sup>.

### **3.3 VIOLÊNCIAS CONTRA A PESSOA IDOSA NO BRASIL E NO MUNDO: UM RETRATO PRELIMINAR**

Os próprios idosos contribuem para a falta de visibilidade da violência a que são submetidos, pois muitas vezes se sentem culpados em denunciar o agressor, que geralmente é um familiar, um parente próximo ou um cuidador. Reconhecem sua dependência e as dificuldades do cuidado e acham naturais as atitudes violentas do cuidador<sup>25</sup>.

No Brasil, as pesquisas de base populacional sobre violência contra idosos são escassas, sendo assim ainda não se conhece a real magnitude desse fenômeno<sup>26</sup>. Dois estudos<sup>16, 26</sup> mostraram uma prevalência de aproximadamente 10% no caso do abuso físico perpetrado por algum membro da família ou cuidadores. Por outro lado, Minayo<sup>15</sup> afirma que não se pode comprovar a prevalência da violência contra as pessoas idosas no Brasil devido a deficiência de dados e informações neste aspecto.

Assim como acontece com a notificação de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, a violência contra os idosos também é subnotificada<sup>25</sup>. No ano de 2010 o Ministério da Saúde registrou 3.593 notificações de violência doméstica e sexual

contra idosos pelas unidades de saúde de todo país, sendo as principais a violência física (67,7%), psicológica/moral (29,1%) e 27,8% de negligência e abandono. Do total de notificações 52,3% eram do sexo feminino e 87,9% declararam ter até 8 anos de estudo. A maioria das ocorrências de violência contra idosos foram no domicílio (78,8%)<sup>27</sup>. Do ponto de vista da saúde, as diferentes formas de violência contra o idoso comprometem sua qualidade de vida, acarretando danos físicos e morais, além de transtornos psiquiátricos<sup>28</sup>.

No Brasil, o Voz do Cidadão, serviço da Ouvidoria do Senado Federal, de abrangência nacional, registrou entre 2003 a 2004 um total de 249 denúncias de agressões contra pessoas idosas. Destas, 59% referiam-se a violência doméstica e as demais 41% foram denominados de violência social / estrutural e referem-se ao desrespeito sofrido pelas pessoas idosas na esfera pública. É sabido o quão difícil é o ato de denúncia das violências domésticas contra os idosos. Estima-se que apenas uma pequena fração das mesmas seja notificada aos órgãos responsáveis<sup>29</sup>.

De acordo com o Ministério da Justiça, em 2001 a Delegacia de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte registrou a cada dia oito queixas de violência com idosos, sendo por perturbações da ordem, ameaças, lesões corporais, abandono material e apropriação indébita de bens. Em 80% destes casos o autor da agressão foi um parente ou conhecido da vítima<sup>30</sup>.

Quanto à violência social contra as pessoas idosas o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002 aborda costumes tradicionais em algumas comunidades da África e Índia, onde mulheres idosas viúvas são abandonadas, obrigadas ao casamento forçado, suas

propriedades são tomadas e, uma vez expulsas dos seus lares, vão viver na pobreza em áreas urbanas. Na República Unida da Tanzânia, todos os anos são assassinadas 500 mulheres idosas devido à acusação de bruxaria<sup>31</sup>.

No que se refere aos dados mundiais sobre violência contra pessoas idosas, prevalências mais reduzidas que no Brasil foram encontradas em estudos nos EUA (2%), Inglaterra (2%) e Holanda (1,2%)<sup>32</sup>. Em pesquisa de revisão realizada por Wolf<sup>33</sup> no Canadá as prevalências mais frequentes encontradas foram as de origem financeira (12,5%), a agressão verbal (1,4%) e as agressões físicas (0,5%). Foram encontradas prevalências de 32 para cada 1000 pessoas com 65 anos ou mais para agressão física, verbal ou negligência em Boston (EUA) e no Reino Unido uma taxa de 53,9 por 1000 para violência verbal e 15,2 por 1000 para violência física e financeira<sup>34</sup>.

Os autores Espíndola e Blay<sup>28</sup> encontraram taxas diferenciadas em estudo de revisão sistemática sobre prevalência nacional e internacional de violência na terceira idade como, por exemplo, no Chile o abuso psicológico apresentou taxa de 32,2% e o abuso social de 33,3%, enquanto em Hong Kong na China o abuso social foi de 2,5%. Em Cuba, as taxas foram de 29,6% para abuso psicológico e 24,6% para negligência. Santos<sup>35</sup> relata prevalência de 39,4% de algum tipo de violência em mulheres idosas em Portugal.

### **3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE GARANTIA DE DIREITOS ÀS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS**

A limitação dos dados existentes sobre violência contra as pessoas idosas deve ser considerada, porém entende-se que eles permitem, no mínimo, sinalizar para a gravidade do problema e observar onde devem ser realizados investimentos das políticas públicas de proteção social<sup>15</sup>. Por proteção social entende-se como o conjunto articulado de ações com o objetivo de prevenir riscos e diminuir impactos que podem trazer danos à vida das pessoas, portanto, à vida em sociedade<sup>36</sup>.

Na maioria dos países, a violência contra a pessoa idosa foi a última a ser contemplada nas agendas das políticas públicas. Contudo, a preocupação com esta parcela da população vem crescendo em decorrência do crescimento acelerado de idosos no mundo<sup>37</sup>.

No Brasil, o sistema de proteção social às pessoas idosas está previsto a partir da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003), da Política Nacional de Assistência Social, (Resolução 145, de 15 de outubro de 2004), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2.528 de 19 de outubro de 2006). Todavia, diante da realidade da violência contra as pessoas idosas parece que apenas a existência destes dispositivos não é suficiente para o enfrentamento desse problema<sup>38</sup>.

A Constituição Federal de 1988 surge com o processo de redemocratização experimentado pelo país, quando emergiram várias iniciativas para a ampliação do exercício da cidadania. A proteção legal aos idosos surge no seu artigo 230

afirmando que *“a família, a sociedade e o Estado tem 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”*<sup>39</sup>.

Em 1994, foi aprovada a Política Nacional do idoso com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Com esta lei também é criado o Conselho Nacional do Idoso<sup>40</sup>. Para a sua gestão e coordenação foi designado o atual Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A sua operacionalização deve ocorrer de forma descentralizada, através da articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil<sup>1</sup>.

A aprovação do Estatuto do Idoso em 2003 é um passo importante na garantia de direitos das pessoas idosas. O Estatuto considera o idoso como sujeito de direitos e lhe garante legalmente o acesso a uma rede de serviços de proteção social contemplada nas diversas políticas públicas de assistência social, saúde, transporte, justiça, educação, cultura, trabalho e previdência<sup>18</sup>. Além de garantir os direitos fundamentais e as necessidades de proteção dos idosos, o Estatuto vem reforçar as diretrizes da Política Nacional do Idoso. O avanço importante deste instrumento legal diz respeito, principalmente, à previsão de estabelecimento de crimes e sanções administrativas por não cumprimento da lei<sup>1</sup>.

Outro aspecto relevante do Estatuto do Idoso é o artigo 19 que trata da obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde, dos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a pessoa idosa aos órgãos públicos

competentes, a saber, autoridade policial, Ministério Público e Conselho do Idoso. Este documento prevê ainda prioridades no atendimento à pessoa idosa como, por exemplo, serviços de atendimento à pessoa idosa vítima de violência, inclusive a prevenção, localização de familiares de idosos abandonados em instituições de longa permanência, suporte jurídico e social e ampliação da participação social no atendimento ao idoso<sup>41</sup>.

A Política Nacional de Assistência Social integra, como parte fundamental, a rede de proteção social às pessoas idosas, seja no aspecto preventivo ou na assistência aos casos de violação de direitos às pessoas idosas. Assim sendo, constituem público alvo da política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou exclusão ao acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social<sup>42</sup>.

Além disso, esta política prevê o repasse de alguns benefícios dentre eles o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o programa de transferência direta de renda – Programa Bolsa Família (PBF). Sendo o primeiro destinado às pessoas com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos de idade e, no segundo, os idosos são contemplados a partir do cadastro de suas famílias. Para acesso a ambos, o critério de renda é observado, conforme previsto na lei.

O BPC constitui uma política não contributiva da Previdência Social, sob a coordenação da Política Nacional de Assistência Social. Prevê a garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado a partir da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). O BPC aliado a outros benefícios assistenciais tiveram um importante impacto na redução da pobreza dos domicílios onde residem idosos, apresentando reflexo nas medidas de pobreza da população brasileira como um todo. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), eles foram responsáveis por 29% de redução da pobreza em domicílios com idosos no Brasil<sup>43</sup>.

Quanto ao Bolsa Família, trata-se de um programa de transferência direta de renda à famílias de baixa renda ou em situação de extrema pobreza. A gestão do PBF se pauta pela descentralização, intersetorialidade e controle social. As famílias beneficiárias devem cumprir algumas condicionalidades relacionadas ao acompanhamento de saúde de crianças, gestantes e nutrizes, além de frequência escolar<sup>44</sup>. Não existe condicionalidade para o idoso se manter no Programa, uma vez que este não é público prioritário para recebimento do benefício.

No âmbito da atenção à saúde, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerado público dessa política todos os brasileiros com 60 anos ou mais de idade<sup>45</sup>. Dentre todas as ações sugeridas, esta Política prevê: ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como

quedas e atropelamentos e ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas.

Ainda na perspectiva de atenção à saúde das pessoas idosas a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências apresenta os seguintes princípios: a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde e a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes<sup>46</sup>.

Baseado na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002 a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República aprovou o Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Este plano tem por objetivo promover ações que levem ao cumprimento das políticas públicas que dizem respeito ao enfrentamento de todas as formas de violência e da exclusão social vivida pelas pessoas idosas<sup>47</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento da população mundial e brasileira é um fenômeno real e irreversível. Envelhecer é uma aspiração de qualquer sociedade, mas não basta por si só. De acordo com Veras<sup>48</sup>, viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade de vida. Porém, esse processo vem acompanhado por mudanças no modo de viver da sociedade, nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na imigração dos brasileiros para as grandes metrópoles.

De acordo com o conceito e tipos de vulnerabilidade trabalhados no texto, ou seja, individual, social e programática, percebe-se que a vulnerabilidade da pessoa idosa não pode ser vista e analisada de forma única e isolada. Vulnerabilidade pode, então, ser considerada uma condição presente no envelhecimento que pode se manifestar de diferentes dimensões.

Embora alguns idosos consigam viver bem diante das adversidades, outros apresentam dificuldades para superá-las. Portanto, a qualidade de vida na velhice depende não só dos riscos e oportunidades que experimentaram durante a vida, mas também do acesso às políticas sociais e da acolhida por familiares, amigos, vizinhos e comunidade.

Questões importantes como o despreparo da família, da sociedade e do Estado para lidar com as questões sociais, psíquicas e fisiológicas que norteiam o envelhecimento acabam por gerar conflitos que muitas vezes levam a violência institucional, social e familiar contra as pessoas idosas. A partir dos dados epidemiológicos nacionais e internacionais pode-se comprovar que a violência contra as pessoas idosas existe e acontece através das formas mais cruéis e elementares, estando em quase todo lugar e, além de tudo, diante de nossos olhos.

Diante do que foi apresentado no texto, o Brasil dispõe de recursos legais suficientes para a garantia de direitos e o enfrentamento da violência contra as pessoas idosas. Todavia, percebe-se que ainda engatinhamos no cumprimento desses direitos e que apenas o aparato legal não é suficiente.

No que se refere ao setor saúde, muito pouco se tem feito para a incorporação do tema nas agendas de discussão. O que se percebe é que ainda perdura a ideia de que a violência é questão privada, devendo ser resolvida apenas pelos envolvidos.

Enfim, é necessário que, para além das medidas legais aconteça uma mudança de visão da sociedade brasileira em relação ao lugar social que os idosos ocupam, além da necessidade do exercício de empatia e, principalmente, ao identificar atos de agressão contra idosos é preciso denunciar, seja como profissional ou como cidadão. Respeitar a velhice e recusar a violência são atos de cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: Camarano, AA, (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA; 2004: p. 261-300.
- 2 Organización Mundial de La Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra; 2003.
- 3 Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet: saúde no Brasil**. 2011; 4: 61-74.
- 4 Moraes CL, Júnior PCA, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 (Supl.10):2289-2300.
- 5 Alonso FRB. **Envelhecimento e Vulnerabilidade: a inserção do idoso na família e o sentido dos fluxos intergeracionais na geração de capital social** [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
- 6 Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- 7 Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Cien Saude Colet** 2012; 17(8):2129-2139.
- 8 Maia FOM. **Vulnerabilidade e Envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE** [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
- 9 Freitas CASL, Teófilo TJS. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). **Cien Saude Colet** 2010; 15(Supl.6):2825-2833.
- 10 Souza AC. A Violência contra os Idosos, In: Njaine, K, Assis, SG, Constantino, P (orgs.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ ; 2009 p.183-195.
- 11 Souza AS, Meira EC, Neri IG, Silva JA, Gonçalves LHT. Fatores de risco de maus tratos ao idoso em relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento**. 2004; 7 (2).

- 12 Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm** 2006; 19(3):338-342.
- 13 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo, **Rev Bras Epidemiol**, 2005; 8 (Supl. 2): 127-141.
- 14 Minayo MCS. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2. ed., 2005.
- 15 Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, 2003; 19(3):783-791.
- 16 Melo VL, Cunha JOC, Neto GHF. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant** 2006; 6 (Supl.1):S43-S48.
- 17 Sanches PARA. **Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo – Estudo SABE, 2000** [dissertação]. São Paulo(SP): Universidade de São Paulo; 2006.
- 18 Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza AC, Marques CC. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Cien Saude Colet** 2008; 13(Supl.4): 1153-1163.
- 19 Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos em programa de assistência domiciliar. . **Cien Saude Colet** 2010; 15(Supl.6): 2815-2824.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2007 (Cadernos de Atenção Básica n. 19).
- 21 Saliba O, Garbin CAS, Garbi AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista Saúde Pública**. 2007;41(3):472-7.
- 22 Goldfarb DC. Pensando nas origens da violência. **Cien Saude Colet** 2010; 15(Supl.6): 2669-2676.
- 23 Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Rev Bras Geriatr Geront** 2012; 15 (Supl.3): 555-566.
- 24 Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção. **Interação em Psicologia**. 2003; 7(2):121-128
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: 2002 (Cadernos de Atenção Básica n. 8).
- 26 Moraes CL, Júnior PCA, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de

abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 (Supl.10):2289-2300.

27 Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Cien Saude Colet** 2012; 17(Supl.9):2331-2341.

28 Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública.** 2007;41(2):301-6

29 Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. [acessado 2013 mai 13]. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/17.pdf>

30 Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção. 2003; 7(2): 121-128

31 OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** 2002; 1:1-42.

32 Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violências e Lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet: saúde no Brasil.** 2011; 05: 75-89.

33 Wolf RS. Maltrato en ancianos. In: *Atención de los Ancianos: Un Desafio para los Noventa* (E. Anzola-Perez, org.), pp. 35-42, Washington, DC:Pan American Health Organization, 1995.

34 Wolf RS. Elder abuse and neglect: and update. **Reviews in clinical Gerontology**, 1997; 7: 177-182.

35 Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão da literatura. 2013; **Sociologia, Problemas e Práticas.** Lisboa. n. 72, p.53-77.

36 Faleiros VP, Rapozo JMT. Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. **Textos & Contextos (Porto Alegre)** 2011; 10(2): 356-370.

37 Wanderbroocke ACNS, Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cien Saude Colet** 2012; 17(Supl.8):2095-2103.

38 Florêncio MVDL, Filha MOF, Sá LD. Violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. [acessado em 2013 mai13]. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/8.pdf>

39 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

40 Brasil, Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso.

41 Brasil, Lei nº 10.741 de 1o/10/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

42 Brasil. Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União** 2004; 28 out.

43 Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Rio de Janeiro: IPEA; 2007.

44 Monnerat GL, Senna MCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Cien Saude Colet** 2007; 12(6):1453-1462.

45 Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

46 Brasil. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

47 Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Plano de Ação para Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa.

48 Veras R, Lima-Costa MF. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública** 2003 Rio de Janeiro, 19(3):700-701.

#### 4. ARTIGO II

### PERFIL DOS IDOSOS DE BAIXA RENDA EM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE (MG)

Tânia Maria de Resende Amaral<sup>1</sup>, Elza Machado de Melo<sup>2</sup>, Graziella Lage Oliveira<sup>3</sup>

1- Mestranda Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Departamento de Medicina Preventiva Social – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência.

2- Docente do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência - UFMG.

3- Doutora em Epidemiologia – UFMG.

#### RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever o perfil dos idosos ( $\geq 60$  anos) do Cadastro Único da Assistência Social (CADUNICO), da Secretaria de Assistência Social de Betim (MG) e verificar se há diferença nas condições de vida entre ativos e não ativos no Programa Bolsa Família (PBF). Realizou-se estudo transversal a partir de dados secundários obtidos no CADÚNICO no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2011. Dentre o total de 8.555 idosos cadastrados, 14,1% eram ativos no PBF. A média de idade foi de 68 anos (mediana de 67 anos) com maior proporção de mulheres (58,0%). A média de renda dos ativos no PBF era de R\$72,80 e a dos não ativos de R\$138,32, sendo que 45,6% deles não exerce nenhuma atividade laborativa. A maioria dos idosos declarou ter até 4 anos de estudo. À medida que a escolaridade aumenta, menor a chance de o idoso estar ativo no PBF. Já para os idosos solteiros e divorciados a chance de estar ativo no Programa é maior (OR 1,79 [IC 1,54-2,09]; OR 1,46 [IC 1,20-1,78], respectivamente). Do total de idosos, 3,9% declarou possuir algum tipo de deficiência, sendo a física a de maior prevalência (1,8%). Verificaram-se diferenças significativas entre idosos ativos e não ativos para as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, raça/cor, sexo, situação no mercado

de trabalho, grau de instrução e situação do domicílio. Sobre a presença ou ausência de deficiências, não houve diferença significativa entre os dois grupos de idosos. De modo geral os idosos vivem em casa própria, construída com tijolo/alvenaria, com rede pública de água e esgoto, com iluminação própria e o lixo coletado. O PBF demonstrou ser uma forma de garantia de renda mínima para o idoso em situação de vulnerabilidade social. Por outro lado, o perfil de idosos ativos e não ativos põe em relevo um dos principais pontos de tensão e crítica ao Programa, a saber, a sua premissa de focalização, em contraposição ao princípio da universalidade próprio de direitos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, CADUNICO, Programa Bolsa Família, idosos de baixa renda.

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe elderly's profile ( $\geq 60$  years) registered on Master Unified Social Assistance (CadÚnico) and to verify differences in living conditions between active and non-active in Bolsa Família Program (BFP). Cross-sectional study was performed from secondary data obtained from CadÚnico of the Department of Social Welfare in Betim State (MG) from January 2004 to January 2011. Among all of 8555 elderly enrolled, 14.1% were active. The average age was 68 years (median 67 years) with a higher proportion of women (58.0%). The average income of the elderly in PBF assets was R\$ 72.80 while the non-active R\$ 138.32, whereas 45.6% of them did not perform any work activity. Most of them reported having up to 4 years of study. As educational level increases, the less chance of the elderly to be active in the BFP. As for the single and divorced seniors the chance to be active in the program is higher (OR 1.79 [CI 1.54 to 2.09] and OR 1.46 [CI 1.20 to 1.78], respectively). Of the total elderly, 3.9% declared having some disability, being physically the most prevalent (1.8%). There were significant differences between active and non-active elderly for the following variables: age, marital status, race / color, sex, status in employment, education and household. Generally the elderly live in their own house, built with brick / masonry, with public water and sewer, lighting and garbage collected itself. PBF proved to be a form of minimum income guarantee for the elderly with social vulnerability. In the other hand, the profile of active and non-active elderly highlights one of the main points of tension and criticism of the program, namely its assumption of focal approach, as opposed to the principle of universality of rights itself.

Keywords: Aging, CadÚnico, Bolsa Família Program, low-income seniors.

## 4.1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dessas pessoas. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos<sup>1</sup>. No caso do Brasil, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 01/10/03) considera idosa a pessoa com idade igual ou maior a 60 anos, segmento este conhecido por “terceira idade”.

O envelhecimento pode ser entendido como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo aumente sua possibilidade de morte”<sup>2</sup>. Por outro lado, a velhice é também o período da vida de exercício da liberdade refletida pela experiência, independência, participação e integração, ou seja, está associada à felicidade, satisfação e prazer em viver<sup>3</sup>.

O padrão de envelhecimento tem se modificado bastante nas últimas décadas. Em 1950 havia no Brasil cerca de 2 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e atualmente há cerca de 20 milhões. Há uma estimativa de que em 2025 existam 32 milhões de idosos. Enquanto a maioria dos países europeus levou mais de 100 anos para envelhecer, e assim assegurar aos idosos melhores condições de vida, em nosso país em poucas décadas a população idosa aumentou em 35%<sup>4</sup>. Por outro lado, o sistema de proteção social ainda não alcançou o mesmo ritmo de crescimento<sup>5</sup>.

Em Betim, município da Região Metropolitana de Belo Horizonte do Estado de Minas Gerais, o censo do IBGE do ano de 2000 demonstrou que os idosos representavam 5,0% da população geral, enquanto que em 2010 a proporção foi de 7,1%. Desse total, 62,7% (16.758) dos idosos são considerados responsáveis pelos seus domicílios e 27,5% (7.341) não sabem ler e escrever<sup>6</sup>.

Além das dificuldades decorrentes da fragilidade e da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária e do acometimento de múltiplas doenças crônico-degenerativas que podem comprometer a capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD)<sup>7</sup>, outros aspectos como renda e educação, bem como o acesso às políticas públicas desempenham importante papel na morbimortalidade dos idosos<sup>8</sup>.

Sabe-se que 75% dos idosos encontram-se dentro da faixa da pobreza, e uma boa parcela encontra-se na faixa da miserabilidade, necessitando, portanto, de assistência dos serviços públicos<sup>3,4</sup>. No que diz respeito à renda, uma grande parte dos idosos ainda é responsável por seu grupo familiar ou até mesmo não dispõe de renda monetária nenhuma. Este fato sugere que uma boa parcela não possui condições suficientes para ter uma vida satisfatória<sup>7,8</sup>.

Este acelerado crescimento na proporção de idosos em quase todos os países do mundo traz vários dilemas para as sociedades e seus governos, dentre eles, a necessidade de reconfiguração dos ciclos de vida e das políticas sociais que lhes dizem respeito<sup>9</sup>.

Na tentativa de minimizar a situação de extrema pobreza no Brasil, não apenas para a população idosa, em 2003 foi criado o Programa Bolsa Família (PBF). Este Programa realiza a transferência direta de renda tendo a família em situação de

pobreza ou de extrema pobreza como unidade de intervenção. Tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada e contribuir para a conquista da cidadania pelas famílias mais vulneráveis à fome e à miséria. Para manter-se ativo no Programa Bolsa Família o beneficiário tem que cumprir uma série de condições, chamadas de condicionalidades, que incluem ações de saúde e frequência escolar de crianças e adolescentes. Um dos principais critérios para ser inserido no Programa é a renda *per capita* familiar que deve ser de até R\$140,00. As famílias com renda *per capita* de até R\$ 70,00, consideradas de pobreza extrema, são prioridades para o governo<sup>10</sup>. Todos os indivíduos são cadastrados no Cadastro Único da Assistência Social (CADÚNICO) e precisam cumprir determinadas condições, ou condicionalidades, para entrada e manutenção no PBF.

O CADÚNICO, porta de entrada para os programas sociais do Governo Federal, é um instrumento que tem por objetivo identificar e caracterizar as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm renda mensal de meio salário mínimo por pessoa ou de até três salários mínimos. O cadastro da família é digitado *on-line* em sistema próprio do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome<sup>10</sup>.

As famílias com dificuldades de cumprimento das condicionalidades são encaminhadas ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) para acompanhamento familiar. Ao descumprir as condicionalidades, as famílias passam por um processo gradativo de advertências que vão desde a sua notificação, suspensão, podendo chegar ao cancelamento do benefício.

Este estudo pretende conhecer e analisar o perfil dos idosos de baixa renda de Betim (MG) inseridos no CADUNICO e verificar se há diferença nas condições de vida entre idosos que recebem benefício (ativos) e idosos que não recebem benefício (não ativos) no PBF. Busca-se também contribuir com subsídios para a efetivação/avaliação dessa política pública e para a melhoria da qualidade de vida da sua população alvo, contribuição que se torna tanto mais importante quanto se considera o contraste entre as necessidades resultantes da realidade demográfica e epidemiológica das pessoas com mais de 60 anos e o fato de que em Betim, assim como na maioria dos municípios brasileiros, tais pessoas ainda não constituem prioridade, sendo ainda focalizadas e fragmentadas as ações destinadas a elas.

## **4.2 MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo transversal a partir da análise de banco de dados secundários obtido no Cadastro Único (CADÚNICO) da Secretaria Municipal de Assistência Social de Betim (MG) referente ao período de janeiro de 2004 a janeiro de 2011.

Os idosos, aqui consideradas as pessoas com 60 anos ou mais, foram divididos em dois grupos: ativos e não ativos, sendo que ativos são aqueles que estavam recebendo o benefício e não ativos são aqueles que, apesar de cadastrados, não recebiam o benefício. Estes dois grupos foram comparados analisando: *características sócio demográficas* (sexo, faixa etária, renda, raça/cor, escolaridade,

estado civil e situação no mercado de trabalho) e *características de moradia* (situação de domicílio, tipo de domicílio e de construção, abastecimento de água, escoamento sanitário, destino do lixo e tipo de iluminação). Devido o grau de influência da idade para *deficiência*, esta variável foi analisada também em comparação com a faixa etária.

Os registros foram importados do CADUNICO para o pacote estatístico Social Package for Social Science (SPSS), sendo realizadas análises descritivas por meio da distribuição de frequências e medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) de toda a amostra incluída no estudo. Além disso, foram realizadas análises comparativas univariadas entre os idosos cadastrados ativos e não ativos no PBF utilizando o Qui-quadrado de Pearson e o Teste T-Student, quando apropriado. Foi considerado um valor-p  $\leq 0,05$  para verificação da significância estatística, com um intervalo de confiança de 95%. A magnitude da associação entre as variáveis foi avaliada por meio da razão de chances (*Odds Ratio* – OR).

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Saúde e Violência em Betim: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência” aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG – CAAE: 02235212.20000.5149.

### 4.3 RESULTADOS

No período analisado foi cadastrado do CADUNICO um total de 171.385 pessoas, sendo que 8.555 (5,0%) tinham 60 anos ou mais. Dentre os idosos, 14,1% eram considerados como ativos no Programa Bolsa Família.

A renda média de todos os idosos foi de R\$ 129,06 (desvio-padrão= R\$93,20), sendo a menor renda 0 (zero) e a maior R\$1.865,00. Quando analisados separadamente ativos e não ativos no PBF, percebe-se que os ativos possuem uma renda menor quando comparados aos não ativos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,00$ ). A mediana da distribuição da variável renda entre ativos foi de R\$60,00 e de R\$ 100,00 entre não ativos. A média de renda dos ativos no PBF foi de R\$72,80 (desvio-padrão= R\$56,11; Min-Max=R\$0-525,00) enquanto a dos não ativos foi de R\$138,32 (desvio-padrão= R\$135,11; Min-Max=R\$0-1865,00).

As características sócio-demográficas dos idosos encontram-se descritas na Tabela 1. A faixa etária de 60 a 69 anos aparece com o maior número de cadastros, tanto para ativos quanto para não ativos no Programa (78,1% e 61,8%, respectivamente). Pode-se perceber que quanto maior a idade do idoso, menor a chance de ser ativo no PBF. A média de idade foi de 68 anos e a mediana de 67 anos.

A variável estado civil apresentou diferença em ambos os grupos, sendo a chance de estar inserido no Programa maior para o idoso solteiro (OR 1,79 [IC 1,54-2,09]) ou divorciado (OR 1,46 [IC 1,20-1,78]), em comparação ao idoso casado.

A proporção de raça/cor declarada no momento do cadastro foi maior para parda e branca. Do total, 65,1% pessoas ativas no PBF declararam serem pardas, enquanto que 32,3% dos não ativos informaram ser da raça branca. A opção negra não apresentou diferença (OR 1,10 [IC 0,88-1,38]), enquanto na opção indígena houve diferença significativa (OR 2,46 [IC 1,08-5,48]).

Quanto ao sexo 58,0% eram mulheres, não havendo diferença para esta variável nos dois grupos (OR 0,89 [IC 0,79-1,01]).

No que se refere à situação no mercado de trabalho, 16,9% dos idosos relataram estar inseridos no mercado, seja como assalariado, autônomo, trabalhador rural ou empregador. Porém, 45,6% declararam não exercer nenhuma atividade laborativa. No entanto, a chance de trabalhar como autônomo ou exercer outra atividade é maior para os idosos não ativos (OR 1,97 e OR 2,21, respectivamente). Nesta variável houve diferença estatística apenas para a opção assalariado (OR 0,99 [IC 0,72-1,37]).

Uma alta proporção de analfabetismo foi encontrada nos dois grupos, com 41,3% para os ativos no PBF e 37,4% para os não ativos. A maioria dos idosos declarou ter até 4 anos de estudo, sendo 46,4% para os ativos e 51,2% para os não ativos. À medida que aumenta a escolaridade do idoso diminui a chance dele estar ativo no Programa.

**TABELA 1: Distribuição de frequência de idosos inseridos no CADUNICO de Betim (MG), segundo características sociodemográficas, jan/2004 a jan/2011**

Variáveis	Ativo no programa				Valor p	OR [IC 95%]
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Faixa etária</b>					<b>0,000</b>	
60 a 69 anos	943	78,1	4543	61,8		1
70 a 79 anos	209	17,3	2100	28,6		0,48 [0,41-0,56]
Acima de 80 anos	56	4,6	704	9,6		0,38 [0,29-0,51]
<b>Estado civil</b>					<b>0,000</b>	
Casado	531	44,0	3857	53,0		1
Divorciado/Separado	159	13,1	791	10,9		1,46 [1,20-1,78]
Solteiro	335	27,8	1356	18,6		1,79 [1,54-2,09]
Viúvo	182	15,1	1267	17,4		1,04 [0,87-1,25]
<b>Raça/cor</b>					<b>0,000</b>	
Branca/Amarela	283	23,4	2325	32,3		1
Indígena	9	0,7	30	0,4		2,46 [1,08-5,48]
Negra	129	10,7	963	13,4		1,10 [0,88-1,38]
Parda	786	65,1	3871	53,8		1,67 [1,44-1,93]
<b>Sexo</b>					<b>0,066</b>	
Masculino	529	43,8	3011	41,0		1
Feminino	679	56,2	4336	59,0		0,89 [0,79-1,01]
<b>Situação Mercado de Trabalho</b>					<b>0,000</b>	
Aposentado/Pensionista	247	20,4	2248	30,8		1
Assalariado	53	4,4	487	6,7		0,99 [0,72-1,37]
Autônomo	157	13,0	727	10,0		1,97 [1,57-2,46]
Não trabalha	615	50,9	3285	45,0		1,70 [1,45-2,00]
Outra	136	11,3	559	7,7		2,21 [1,75-2,80]
<b>Grau de instrução</b>					<b>0,008</b>	
Analfabeto	498	41,3	2723	37,4		1
Até 4 anos	560	46,4	3726	51,2		0,82 [0,72-0,94]
Mais de 5 anos	149	12,3	826	11,3		0,99 [0,80-1,21]

FONTE: CADUNICO-SEMAS-BETIM

A variável *deficiência* foi desagregada segundo a faixa etária do idoso (Tabela 2). De modo geral, a chance de possuir alguma deficiência aumentou conforme a idade, com exceção para a deficiência mental. Dentre as deficiências informadas em todas

as faixas etárias a física foi a de maior prevalência (17,65 por mil), seguida de outros tipos (9,23 por mil) e deficiência mental (6,66 por mil). A opção outros tipos foi analisada conforme se encontra no banco de dados, portanto não sendo possível especificar quais os tipos de deficiência estão inclusas neste grupo. Não houve diferença entre ativos e não ativos para essa variável.

**TABELA 2: Prevalência (por mil) de deficiências nos idosos inseridos no CADÚNICO de Betim (MG), segundo faixa etária – jan/2004 a jan/2011**

Tipo	Faixa Etária			Total (n=8555)
	60 a 69 anos (n=5486)	70 a 79 anos (n=2309)	> 80 anos (n=760)	
Cegueira	2,73	3,03	7,89	3,27
Mudez	0,00	0,43	0,00	0,12
Surdez	1,28	3,03	3,95	1,99
Deficiência Mental	7,66	4,76	5,26	6,66
Deficiência Física	13,12	24,69	28,95	17,65
Outras	8,38	9,96	13,16	9,23
<b>Total</b>	<b>33,18</b>	<b>45,91</b>	<b>59,21</b>	<b>38,92</b>

FONTE: CADUNICO-SEMAS-BETIM

As *características de moradia* estão apresentadas na Tabela 3 englobando as variáveis: situação de domicílio, tipo de domicílio e de construção, abastecimento de água, escoamento sanitário, destino do lixo e tipo de iluminação. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para quase nenhuma característica da moradia, exceto quanto a situação do domicílio. Os idosos

residentes em domicílio cedido têm uma chance 1,36 vezes maior de estarem ativos no PBF quando comparados àqueles que têm domicílio próprio.

A residência em imóvel próprio foi a principal informada pelos dois grupos analisados – ativos e não ativos no PBF, sendo 77% e 81,3%, respectivamente. Em seguida aparecem o imóvel cedido e o alugado, também para os dois grupos. No que se refere ao tipo de domicílio, os dois grupos apresentam valores semelhantes, sendo a maior prevalência para residência em casa com 84,0% para ativos e 84,2% para não ativos no PBF. Nos dois grupos analisados 14% dos idosos declararam residir em cômodos, sendo que aproximadamente 99% das residências são construídas de tijolo/alvenaria.

Pode-se perceber que o abastecimento de água é feito através de rede pública para aproximadamente 95% nos dois grupos estudados. Os idosos que recebem água através de poço/nascimento são de 3,1% para os ativos e 2,1% para os não ativos, com 1% de diferença. A iluminação da residência é feita através de relógio próprio para 92,4% no grupo dos ativos e 94% nos não ativos. Entretanto, algumas residências utilizam a energia sem relógio.

A variável escoamento sanitário e destino do lixo apresentaram resultados semelhantes para os grupos ativos e não ativos. Em 81% das residências o esgoto é feito através de rede pública e 15,6% através de fossa. No que se refere ao destino do lixo, 97% das residências o lixo é coletado, porém em aproximadamente 2% das residências o lixo é queimado.

**TABELA 3: Distribuição de frequência de idosos inseridos no CADÚNICO de Betim (MG), segundo características de moradia, jan/2004 a jan/2011**

Variáveis	Ativo no programa				Valor p	OR [IC 95%]
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Situação do domicílio</b>					<b>0,003</b>	
Próprio	930	77,0	5951	81,3		1
Alugado	90	7,5	464	6,3		1,24 [0,97-1,58]
Cedido	169	14,0	795	10,9		1,36 [1,13-1,63]
Outra	19	1,6	107	1,5		1,14 [0,67-1,90]
<b>Tipo de domicílio</b>					<b>0,941</b>	
Casa	1015	84,0	6162	84,2		1
Cômodos	174	14,4	1033	14,1		1,02 [0,86-1,22]
Outros <sup>1</sup>	19	1,5	122	1,7		0,95 [0,56-1,57]
<b>Tipo de construção</b>					<b>0,465</b>	
Tijolo/alvenaria	1193	98,8	7243	99,0		1
Outro	15	1,2	74	1,0		0,81 [0,45-1,48]
<b>Abastecimento de água</b>					<b>0,078</b>	
Rede pública	1145	94,8	7032	96,1		1
Poço/nascimento	37	3,1	155	2,1		1,47 [1,00-2,14]
Outro	26	2,2	130	1,8		1,23 [0,78-1,91]
<b>Tipo de iluminação</b>					<b>0,165</b>	
Relógio próprio	1116	92,4	6880	94,0		1
Relógio comunitário	54	4,5	247	3,4		1,35 [0,99-1,84]
Sem relógio	18	1,5	85	1,2		1,31 [0,76-2,23]
Outro	20	1,7	105	1,4		1,17 [0,70-1,94]
<b>Escoamento sanitário</b>					<b>0,928</b>	
Rede pública	984	81,5	5978	81,7		1
Fossa	189	15,6	1141	15,6		0,99 [0,84-1,18]
Outro	35	2,9	198	2,7		1,07 [0,73-1,57]
<b>Destino do lixo</b>					<b>0,510</b>	
Coletado	1171	96,9	7102	97,1		1
Queimado	31	2,6	162	2,2		1,16 [0,77-1,74]
Outro	6	0,5	53	0,7		0,69 [0,27-1,67]

<sup>1</sup> – Inclui apartamento

FONTE: CADUNICO-SEMAS-BETIM

#### 4.4. DISCUSSÃO

A população idosa ativa no PBF apresenta alta vulnerabilidade, com uma renda média de R\$72,80, baixa escolaridade e índice alto de analfabetismo, sendo, em proporção importante, portadora de alguma deficiência, perfil que reafirma, inequivocamente, a necessidade da ação do Estado frente a esse público, em consonância com a literatura e com diretrizes nacionais e internacionais que, de modo praticamente consensual, preconizam o combate à pobreza e suas consequências<sup>11, 12, 13</sup>. Esse é o objetivo central dos programas condicionados de transferência de renda, dentre eles o Programa Bolsa Família e, desse ponto de vista, há reconhecimento geral de que eles são bem sucedidos,<sup>11, 12, 13, 14, 15</sup> pois garantem mínimas condições de existência para grandes parcelas da população<sup>12</sup>, inclusive, aporte de alimentos,<sup>13</sup> melhor nível de saúde e nutrição,<sup>15</sup> desenvolvimento de autonomia e empoderamento dos beneficiários<sup>14</sup> e diminuição da iniquidade<sup>11</sup>.

Esse benefício torna-se fundamental para o público estudado, principalmente por se tratar de pessoas idosas, para quem a questão financeira constitui um dos aspectos determinantes da qualidade de vida, a influenciar na sua saúde, proporcionar a possibilidade de residir em casa própria e diminuir a dependência de familiares<sup>16</sup>. Campos<sup>8</sup> destaca que pessoas idosas com baixa renda têm um terço a mais de chance de apresentarem altos níveis de limitação funcional do que aquelas com nível mais elevado de renda. No relatório da Organização Mundial de Saúde, citado por este autor, os idosos que não possuem bens, não recebem pensão ou pagamentos de seguridade social ou fazem parte de famílias com baixa renda são os mais vulneráveis a problemas de saúde.

Ainda nesta perspectiva, Ramos<sup>17</sup> destaca que a proporção de idosos com doenças crônicas não transmissíveis ou depressão, ou dependência foi significativamente mais alta em idosos de baixa renda. Segundo os dados do presente trabalho, quase metade dos idosos relata ter uma ocupação, indicando, a se acatar o argumento de Lebrão,<sup>18</sup> a pressão das necessidades financeiras. Por outro lado, Moraes<sup>7</sup> detectou que a maioria dos idosos (61%) referiu ter tido uma profissão, mas atualmente são beneficiários da Previdência Social.

Uma consequência importante da pobreza é a tendência de se fazer o ajuste de expectativas e oportunidades à situação vivida, que configura - numa linguagem filosófica - a perda da esperança ou dos sonhos, enfim, da motivação de luta por uma melhor condição, por meio do trabalho e do estudo<sup>19</sup> - ou numa linguagem econômica - a armadilha da pobreza, decorrente do cálculo de custo-benefício que leva em conta, de um lado, o esforço para mudar a situação e, de outro, o ganho correspondente<sup>12</sup>, e implica, sob qualquer umas das denominações, a perda da perspectiva de emancipação e independência em relação aos benefícios compensatórios. Ferreira<sup>20</sup> aponta que quando os níveis de renda ultrapassam a linha da pobreza, a renda individual por si só não explica as desigualdades em saúde.

A comparação do perfil de idosos cadastrados ativos e não ativos no PBF mostrou diferenças significativas para muitas variáveis, em concordância expressa com a racionalidade do PBF que, sendo um programa de orientação focalizadora, deve priorizar os mais necessitados<sup>15</sup>. Ai reside, porém, uma das críticas mais agudas ao programa, a saber, a falta de uma orientação universalizadora, que compromete, de forma irremediável, o *status* de direito pretendido para os benefícios<sup>11</sup>. Os dados do

presente estudo bem ilustram essa situação, basta, para isso, verificar o perfil dos idosos cadastrados não ativos no PBF, que se encontram em situação de vulnerabilidade quase tão grave como os ativos, com sua renda média de R\$138,32, baixo nível de escolaridade, alto índice de analfabetismo e condição de portador de deficiência.

Essa discussão põe em relevo os tipos possíveis de soluções utilizadas pelos programas de combate à pobreza, estruturais ou conjunturais, as primeiras de caráter sustentável e duradouro, que remetem a mudanças na ordem social, as segundas, de caráter mais imediato e paliativo<sup>12</sup>, a melhor orientação consistindo, é claro, de uma harmonização entre ambas, de modo que uma complemente e potencialize a outra<sup>11, 12, 15</sup>.

Seguindo a mesma linha de argumentação, chega-se à questão das condicionalidades, em franco conflito com o direito e com a autonomia dos beneficiários. Se é direito, não pode ser condicional<sup>11</sup>. Do ponto de vista mais pragmático da economia, pode-se também argumentar que o beneficiário é quem melhor conhece as suas necessidades e melhor estabelece suas prioridades. Logo, as políticas de transferência de renda em forma monetária constituiriam a forma mais eficiente de Política Distributiva<sup>12</sup>. Estudo em 4 países da Europa (Holanda, Finlândia, Reino Unido e Irlanda) mostra que o argumento da autonomia e livre escolha é que justifica o surgimento e ampliação, nesses países, dos programas de transferência de renda para provisão de cuidados aos idosos<sup>19</sup>. Mas, há o outro lado, se se quer articular soluções estruturais às soluções conjunturais; se é necessário otimizar o efeito da utilização do recurso público; se é preciso fazer oposição à armadilha da pobreza e se quer manter o princípio da responsabilidade, então, os

programas de transferência condicionada de renda se apresentam como uma solução conciliadora, que mantêm, em medida razoável, a autonomia dos beneficiários, com um grau de exigência que pode melhorar o desempenho do Programa<sup>11, 12, 19</sup>. Assim é que há evidências importantes de melhoria dos níveis de saúde proporcionados por esses Programas<sup>15,19</sup>, embora, não se deva esquecer que as condicionalidades também implicam demandas de acompanhamento e administração, sequestrando recursos das atividades fins; pressupõem a existência de um forte aparato administrativo e, finalmente, não podem ser tratadas como solução generalizadora, capazes de induzir comportamentos desejáveis, de toda ordem<sup>15</sup>.

No presente estudo observa-se um predomínio de mulheres casadas, que se encontram na faixa etária entre 60-69 anos e com baixa escolaridade. Esses achados também podem ser encontrados em outros estudos que envolvem idosos<sup>16, 21</sup>. A feminização é um fenômeno que acompanha a velhice, indicando que as mulheres vivem mais que os homens em quase todas as partes do mundo<sup>18</sup>. A razão entre sexo encontrada neste estudo foi de 1,42 mulheres para cada homem. O valor é ainda superior para a população não ativa no PBF com 144 mulheres para cada 100 homens. Resultado semelhante foi encontrado por Campos<sup>8</sup> com uma razão de 100 homens para cada 142 mulheres. A feminilidade do envelhecimento é ainda mais expressiva em Buenos Aires (162), Montevideu (176) e Santiago (192)<sup>22</sup>.

No total da população estudada, chama atenção o número de idosos que se declaram solteiros (19,9%), valor este superior ao percentual de viúvos (17,1%), embora a maior proporção seja de pessoas casadas, resultado semelhante também foi encontrado por Sanches<sup>16</sup>. Nesse sentido, Souza afirma que a maior parte dos

idosos brasileiros (61%) coabita com familiares, como forma de suporte ou como alternativa à falta de recursos financeiros dos filhos para a manutenção de moradias próprias<sup>4</sup>.

Assim como apontado também em outros estudos sobre envelhecimento a escolaridade dos idosos do CADUNICO é baixa, sendo que 51,2% dos não ativos possuem até 4 anos de estudo. Chama atenção principalmente para a proporção de analfabetos, sendo 37,4% para não ativos e 41,3% para ativos no PBF. Este estudo mostrou que a escolaridade está diretamente relacionada às condições financeiras, pois à medida que aumentou a escolaridade diminuiu a chance de estar ativo no programa. Moraes<sup>7</sup> detectou que 50% dos idosos referiram ter até 4 anos de estudo, resultado este também encontrado por Melo<sup>23</sup>, pois 44,1% dos idosos não havia concluído o primeiro grau e 53% não havia concluído o segundo. A escolaridade está relacionada ao tipo de receita e provavelmente ao sustento que o idoso terá<sup>16</sup>.

Apenas 5 (cinco) idosos declararam receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), levando a uma possível explicação de que essa informação não tenha sido fornecida no momento do cadastro ou até mesmo falhas no preenchimento do cadastro ou do sistema. O BPC constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, direito estabelecido na Constituição Federal e posteriormente regulamentado na Lei Orgânica da Assistência Social, dirigido às pessoas com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos, observado, para acesso, o critério de renda *per capita* de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo<sup>24</sup>.

No que se refere às deficiências, um elemento relevante que deve ser tratado diz respeito às condições orgânicas – física e/ou mental – que impactam a população

idosa com o passar dos anos. Em sua maioria a deficiência indica a limitação de atividades, o que é bastante importante para a qualidade de vida do idoso, podendo necessitar inclusive de um terceiro para seus cuidados. Neste estudo o risco do idoso possuir alguma deficiência foi de 38,92 por mil. Porém, não foi possível analisar se estas deficiências demandam cuidados de terceiros. Em estudo realizado, 62,6% dos idosos informou algum tipo de limitação, como artrite/artrose<sup>8</sup>. Em outro estudo sobre violência na velhice 21,8% pessoas relataram ter algum tipo de deficiência ou transtorno<sup>21</sup>.

De modo geral os idosos vivem em imóvel próprio, construído com tijolo/alvenaria, com rede pública de água e esgoto, a iluminação é própria e o lixo coletado. Resultado semelhante foi encontrado por Melo<sup>23</sup>, sendo 97,9% idosos morando em casa; e dessas, 87,5% eram próprias.

No que se refere ao estudo e suas limitações, pode-se perceber que o CADÚNICO fornece uma riqueza de dados sobre a população cadastrada, porém com uma baixa qualidade no preenchimento do cadastro das famílias. Não apresenta a data de inserção e desligamento do beneficiário, bem como o motivo por ter se desligado do Programa, o que torna inviável a análise de temporalidade e de conquista de autonomia por parte dos beneficiários. Por se tratar de dados coletados não especificamente para estudos científicos algumas análises ficam limitadas, como por exemplo, a impossibilidade de analisar se os idosos solteiros ou viúvos residem sozinhos ou com seus familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A renda monetária como critério principal do Programa Bolsa Família, atrelado a uma linha de pobreza muito baixa, acaba por restringir a inclusão de um contingente de idosos neste Programa que vive também em situação de pobreza e conseqüentemente em vulnerabilidades. Ainda assim, conforme afirmam Rego e Pinzani o efeito primário do Programa Bolsa Família além de garantir a subsistência imediata fornece subsídios necessários para que o sujeito possa se desenvolver em direção a uma maior autonomia<sup>25</sup>.

Enfim, embora o idoso não seja prioridade para a inserção no PBF, este programa demonstrou ser uma forma de garantia de renda mínima para este público. Pois, é através do acesso a renda que os idosos podem conquistar padrões mínimos de qualidade de vida. Na realidade os avanços nas políticas de transferência de renda e de seguridade social trazem reflexos positivos para as condições de vida das pessoas idosas, de suas famílias e, em especial, na redução da pobreza num sentido mais amplo. É fato conhecido que uma parcela importante de idosos ainda depende do estado para sua sobrevivência, mesmo tendo contribuído ao longo da sua vida para a produção econômica e social do país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- 2 World Health Organization. Organização Pan-Americana da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / Brasília: 2005. 60 p.*
- 3 Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Cien Saude Colet** 2010; 15(Supl.6):2931-2940.
- 4 Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Cien Saude Colet** 2010; 15(Supl.6):2659-2668.
- 5 Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: Camarano, AA, (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA; 2004: p. 261-300.
- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acessado 2013 fev 07]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 7 Moraes CL, Júnior PCA, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 (Supl.10):2289-2300.
- 8 Campos NOB. **Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida** [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Violência Contra Idosos é possível prevenir. In: **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. 340p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 10 Brasil. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome*. [acessado 2012 out 25]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
- 11 Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO. Social Protection in Brazil: what has changed in social assistance after the 1988 Constitution. **Cien Saude Colet** 14(3):731-741, 2009.
- 12 Cruz MJV, Pessali HF. Dar o peixe e ensinar a pescar: racionalidade limitada e Políticas de combate à pobreza. **Economia e Sociedade**, 20 (41):141-166, 2011.
- 13 Cabral, MJ, Vieira, KA, Sawaya, AL, Florêncio, TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos Avançados** 27 (78): 71-78, 2013.

- 14 Moreira NC, Ferreira MAM, Lima AATFC, Ckagnazaroff IB. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. **RAP**. Rio de Janeiro: 46(2):403-23. 2012.
- 15 Ranganathan M, Lagarde M. Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: A review of the impact of conditional cash transfer programmes. **Preventive Medicine**. 55: S95–S105 , 2012.
- 16 Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência Contra Idosos: uma questão nova? **Saúde Soc**. 2008; 03(Supl.17):90-100.
- 17 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública** 2003; 19(Supl. 3):793-798.
- 18 Lebrão ML. O Envelhecimento no Brasil: Aspectos da Transição Demográfica e Epidemiológica. **Saúde Coletiva** 2007; 04(Supl.17):135-140.
- 19 Timonen V, Convery J, Cahill S. Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries Ageing and Society, 26(03): 455 – 474, 2006.
- 20 Ferreira MAF, Latorre. Desigualdade Social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Cien Saude Colet** 2012; 17(Supl.9):2523-2531.
- 21 Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Cien Saude Colet** 2012; 17(Supl.9):2331-2341.
- 22 Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, Condições de Vida e Política Previdenciária. Como ficam as mulheres?. **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**; 2002; Ouro Preto. [documento na Internet]. [acessado 2012 mar 16]. [30p] Disponível em [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT\\_TRB\\_ST10\\_Camarano\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_TRB_ST10_Camarano_texto.pdf).
- 23 Melo VL, Cunha, JOC, Neto GHF. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant** 2006; 6 (Supl.1):S43-S48.
- 24 Brasil, Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União** 2004; 28 out.
- 25 Rego WL, Pinzani A. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Ed. Unesp, 2013.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas o Brasil vem experimentando uma mudança na sua pirâmide demográfica, o que pode ser observado também em outros países em desenvolvimento. No caso dos países desenvolvidos esse crescimento se deu de maneira lenta, através de séculos, como, por exemplo, nos países da União Européia. Nesse sentido, os países desenvolvidos tiveram tempo para se preparar e oferecer um jeito melhor de viver para seus idosos.

As causas do envelhecimento acelerado são principalmente a redução nas taxas de fertilidade e o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Além disso, esse processo é acompanhado por uma série de mudanças sociais, como os papéis desempenhados pela família, a urbanização, famílias cada vez menores, além da maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o que significa menos pessoas disponíveis para cuidar das pessoas idosas, quando estas necessitam.

Portanto, entender esse processo de envelhecimento, as vulnerabilidades vividas pelas pessoas idosas, sua relação com as violências assim como verificar as condições de vida das pessoas idosas de baixa renda foi bastante relevante. Esforços para conhecer essa realidade e atuar sobre ela, tanto no âmbito nacional como internacional, têm sido cada vez mais frequentes, porém percebe-se que o reflexo na execução das políticas públicas voltadas para a garantia de direitos e enfrentamento da violência contra pessoas idosas tem acontecido de forma muito lenta.

Este trabalho foi desenvolvido em forma de dois artigos, sendo o primeiro sobre vulnerabilidades, violências e políticas públicas de enfrentamento à violência contra as pessoas idosas e o segundo a análise do perfil socioeconômico dos idosos de baixa renda inseridos no Programa Bolsa Família de Betim. De acordo com a literatura estudada no primeiro artigo foi possível perceber uma estreita relação entre vulnerabilidades e violências em pessoas idosas, podendo ambas acontecer em espaços diferenciados como na família, em instituições, na comunidade ou em espaços públicos. Todavia, a família considerada lugar de proteção e acolhida da pessoa idosas na maioria das vezes é o espaço de maior vulnerabilidade e onde estão os principais agressores das violências contra os idosos e idosas.

A análise dos idosos cadastrados no Programa Bolsa Família (PBF) desenvolvida no segundo artigo permitiu verificar que há diferença no perfil socioeconômico dos idosos beneficiários e não beneficiários do Programa. Sendo que as condições de moradia dos idosos inseridos no PBF não são mais vulneráveis que a dos não beneficiários. O nível de escolaridade encontrado no estudo foi baixo e proporção relevante de idosos ainda continuam trabalhando.

No que diz respeito ao caráter da pobreza enquanto violência endêmica no país, e nesse sentido, enquanto cidadãos de direitos, aqui também se enquadram as pessoas idosas, tal como grande parte dos brasileiros que ainda vive em condição de pobreza ou de pobreza extrema.

Enfim, este estudo pretende contribuir com subsídios para a atuação da rede de proteção social às pessoas idosas, principalmente no âmbito do município de Betim, uma vez que esta ainda se dá de forma bastante frágil e com ações fragmentadas.

Garantir direitos a quem contribuiu individual e socialmente com o país é garantir cidadania.

Entendemos que as políticas públicas voltadas para a garantia de direitos e enfrentamento da violência contra as pessoas idosas somente serão efetivas quando houver mudanças no modo de pensar e nos valores sociais dos brasileiros. O modelo de sociedade que prevalece na maioria dos países requer um exercício das pessoas mais jovens para o acolhimento das pessoas idosas.

## ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

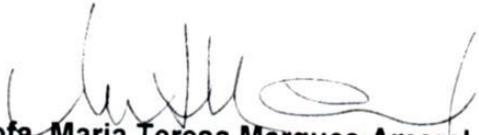
Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-908  
Fone: (31) 3409-9641 FAX: (31) 3408-9648  
www.medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE MESTRADO PROFISSIONAL DE TANIA MARIA DE RESENDE AMARAL, n.º de registro 2011715398. No dia quatro de junho de dois mil e treze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS EM PRESSOAS IDOSAS: UMA RELAÇÃO NÃO NECESSÁRIA."; requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof.ª Elza Machado de Melo, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra a candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof.ª Elza Machado de Melo/ orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof.ª Graziela Lage Oliveira/coorientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof.ª Eliane Costa Dias Macedo Gontijo	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof.ª Paula Maria Machado Arantes	Instituição FUNSESI	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof.ª Isabela Farnesi Veloso	Instituição: UNIFENAS	Indicação: <u>aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada aprovada.

O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 04 de junho de 2013.

Prof.ª Elza Machado de Melo/ orientadora Elza

Prof.ª Graziela Lage Oliveira Graziela Lage Oliveira

Prof.ª Eliane Costa Dias Macedo Gontijo Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof.ª Paula Maria Machado Arantes Paula Maria Machado Arantes

Prof.ª Isabela Farnesi Veloso Isabela Farnesi Veloso

Prof.ª Elza Machado de Melo / Coordenadora Elza

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo da Coordenadora.

Prof.ª Elza Machado de Melo  
Coord. do PG em Promoção de Saúde e  
Prevenção da Violência  
Instituto de Medicina - UFMG



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



## DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores: Prof.<sup>a</sup> Elza Machado de Melo/ orientadora, Prof.<sup>a</sup> Graziella Lage Oliveira, Prof.<sup>a</sup> Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, Prof.<sup>a</sup> Paula Maria Machado Arantes, Prof.<sup>a</sup> Isabela Farnezi Veloso, como membros titulares, aprovou a defesa Dissertação de Mestrado Profissional de **TANIA MARIA DE RESENDE AMARAL**. A Dissertação foi intitulada: **“VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS EM PRESSOAS IDOSAS: UMA RELAÇÃO NÃO NECESSÁRIA.”**; estando à mesma apta à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 04 de junho de 2013.

Prof.<sup>a</sup> Elza Machado de Melo  
orientadora

Prof.<sup>a</sup> Graziella Lage Oliveira  
coorientadora

Prof.<sup>a</sup> Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof.<sup>a</sup> Paula Maria Machado Arantes

Prof.<sup>a</sup> Isabela Farnezi Veloso

De [Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia](#)

Para [Tânia Resende](#)

Assunto Re: Artigo para submissão

Acusamos o recebimento do artigo “Perfil dos idosos de baixa renda em município da região metropolitana de Belo Horizonte, MG”, registrado sob o nº **14-020**. Temos satisfação por seu interesse em publicar na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e informamos que a avaliação de artigos para publicação obedece às seguintes etapas:

1ª etapa – avaliação preliminar

(a) a avaliação preliminar visa considerar os objetivos editoriais, os aspectos formais do texto, bem como sua potencial contribuição ao campo da Geriatria e Gerontologia, pré-requisitos para seu encaminhamento às etapas seguintes;

2ª etapa – avaliação por pares

(b) avaliação do mérito por meio de procedimentos de revisão externa por pares (*peer review*);

3ª etapa – parecer final de avaliação

(c) envio ao autor do Parecer Técnico de Avaliação. O anonimato do autor/consultor é garantido em todo o processo de avaliação.

O artigo enviado será encaminhado para avaliação preliminar. Retomaremos o contato após a conclusão do relatório técnico de avaliação.

Cordialmente,

Márcia Mendonça  
RBGG

Obs.: solicitamos enviar parecer do CEP que aprovou o estudo.

---

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UnATI / CRDE / UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar, bloco F

20559-900 – Rio de Janeiro, RJ

E-mails: [crderbgg@uerj.br](mailto:crderbgg@uerj.br) e [revistabgg@gmail.com](mailto:revistabgg@gmail.com)

Web: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1809-9823&lng=es&nrm=1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1809-9823&lng=es&nrm=1)