



Violência e
vulnerabilidades
biológicas,
sociais e
programáticas:



**Um olhar para
a pessoa idosa.**



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

© Copyright 2025. Centro Universitário São Camilo.
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

Violência e vulnerabilidades biológicas, sociais e programáticas: um olhar para a pessoa idosa.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Reitor

Anísio Baldessin

Coordenadora Geral da Graduação

Celina Camargo Bartalotti

PRODUÇÃO EDITORIAL

Coordenadora Editorial

Bruna San Gregório

Analista Editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente Editorial

Bruna Diseró

Autores

Celia Maria Francisco

Cintia Leci Rodrigues

Denise Schout

Fernanda Abdalla

Giovana de Jesus Oliveira

Giovanna Granero Paes

Julia Corneta Pimentel

Maria Elisa Gonzalez Manso

Mariana Ferreira Marques

Nicole Schena de Oliveira

Paula Yuri Sugishita Kanikadan

Renata Laszlo Torres

Sandra Maria Chemin Seabra da Silva

Sereno Sofia Gonçalves Repolês

Thais de Paula Servilieri

Organizadora

Maria Elisa Gonzalez Manso

V792

Violência e vulnerabilidades biológicas, sociais e programáticas: um olhar para a pessoa idosa / Celia Maria Francisco... [et al.]. -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2025.
92 p.

ISBN 978-85-87121-88-2
Vários autores

1. Violência 2. Vulnerabilidade 3. Idoso 4. Abuso de idosos I. Francisco, Celia Maria II. Título

CDD: 362.6

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Renata Duarte Lemos Costa CRB8/9528



Prefácio

Este livro nasce da prática, da reflexão e do compromisso coletivo com o envelhecimento digno e respeitoso. Sua elaboração não seria possível sem a parceria fundamental da Prof.^a Dra. Maria Elisa Gonzalez Manso, cuja trajetória se entrelaça com a nossa desde 2020, em um dos momentos mais desafiadores da nossa história recente: a pandemia de covid-19.

Em meio às incertezas daquele período, a presença da Prof.^a Dra. Maria Elisa foi um farol para a nossa equipe, oferecendo apoio técnico e orientação sensível na atuação com as pessoas idosas, justamente quando mais precisávamos de direção, ciência e humanidade.

Sua capacidade de construir pontes entre o mundo acadêmico e o campo prático foi essencial para o fortalecimento do nosso trabalho. Como coordenadora de atividades acadêmicas com os alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Nutrição, a professora possibilitou uma rica troca de saberes e experiências, qualificando tanto a prática profissional quanto a formação de novos agentes sociais mais preparados para lidar com os desafios do envelhecimento.

Juntos, realizamos estudos e reflexões sobre o envelhecimento, contribuindo para o avanço do conhecimento, mas, acima de tudo, para uma atuação ética, afetiva e transformadora no cotidiano das instituições que acolhem e cuidam de pessoas idosas.

Este livro, portanto, é também um espaço de reconhecimento e gratidão à Prof.^a Dra. Maria Elisa, por sua generosidade, competência e compromisso. Sua colaboração segue sendo um elo indispensável entre a produção acadêmica e a intervenção prática, inspirando profissionais e instituições a aprimorarem seus olhares e ações.

A ela, nosso muito obrigado e a certeza de que seguimos juntos, construindo caminhos para uma sociedade que valoriza, respeita e dignifica a velhice em todas as suas formas.

Debora Santos de Conti – Gerente Executiva

Elza Araujo – Coordenadora de Programas

ONG Velho Amigo



Sumário

Capítulo 1 - Violências contra a pessoa idosa: reflexões teóricas sobre o fenômeno e sua inter-relação com as vulnerabilidades.....	5
Capítulo 2 - Direitos das pessoas idosas: mecanismos de proteção e interface com as vulnerabilidades.....	16
Capítulo 3 - Envelhecimento e vulnerabilidades da população LGBTQIAPN+ no Brasil: reflexões sobre o exercício do direito à saúde.....	27
Capítulo 4 - Envelhecer sendo negra e mulher no Brasil: interfaces com o sistema de saúde.....	37
Capítulo 5 - Violências contra a pessoa idosa: análise dos dados do Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo.....	45
Capítulo 6 - Idadismo, ageísmo e gerontofobia: diversas faces para a mesma moeda.....	50
Capítulo 7 - Idadismo entre alunos e professores de um curso de Nutrição situado na cidade de São Paulo.....	62
Capítulo 8 - Nem sempre é o que parece: depressão, ansiedade, estresse e resiliência em um grupo de pessoas idosas socialmente vulneráveis.....	73
Capítulo 9 - Violência contra a pessoa idosa: dados epidemiológicos do Brasil, América Latina e Caribe.....	81
Considerações finais	90

Capítulo 1

Violências contra a pessoa idosa: reflexões teóricas sobre o fenômeno e sua inter-relação com as vulnerabilidades

Maria Elisa Gonzalez Manso

A violência contra a pessoa idosa é um problema complexo e multifacetado para o qual confluem diversos fatores relacionados ao momento histórico, à cultura, às condições econômicas e à eficácia das políticas públicas. É crucial compreender esses aspectos para desenvolver estratégias capazes de prevenir o abuso contra esse segmento etário, que pode ser considerado vulnerável e protegê-lo.

A violência contra a pessoa idosa é considerada um importante problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Manso; Lopes, 2020). A entidade estima que, no planeta, uma em cada seis pessoas idosas é submetida a algum tipo de abuso, sendo a violência psicológica a forma mais prevalente de ocorrência. No Brasil, somente no ano de 2024, o número de denúncias de violência contra pessoas acima de 60 anos aumentou 23%, aproximadamente, em comparação com 2023, mantendo a tendência de crescimento anual que se observa no país. As violências de origem financeira e patrimonial lideram as queixas brasileiras, seguidas por negligência e violência psicológica (Marques et al., 2025).

Globalmente, a OMS projeta que o número de casos de abusos contra pessoas acima de 60 anos aumentará, visto que muitos países, como o Brasil, têm populações em rápido processo de envelhecimento. Mesmo que a proporção mundial de pessoas idosas vitimadas por abusos permaneça constante – atualmente em torno de 16% –, pressupõe-se que o número absoluto de pessoas vítimas tende a aumentar rapidamente em consequência do próprio envelhecimento populacional. Dessa forma, imagina-se que, em 2050, haverá 320 milhões de vítimas em uma população global de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais. Assim, o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, que não é um problema recente, vem adquirindo cada dia mais importância (Manso; Lopes, 2020).

Descreve-se violência contra a pessoa idosa, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002), como sendo um ato único ou repetido, ou ainda a falta de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento no qual há uma

expectativa de confiança, e que causa danos, sofrimento ou angústia à pessoa idosa.

Há três fatores determinantes nesse conceito: (i) vínculo significativo que gera confiança e expectativa, (ii) resultado de um dano ou risco de dano e (iii) intencionalidade. Essas ações ou omissões podem ser realizadas uma ou mais vezes e têm implicações diretas e indiretas. Diretamente, podem afetar a saúde da pessoa idosa e sua integridade física, psíquica e social; indiretamente, alteram sua qualidade de vida, geram perda de confiança e de autoestima, agravam ou desencadeiam incapacidades e podem levar à morte prematura.

Essa definição é próxima a uma das interpretações de vulnerabilidade, como explicitado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (OMS, 2007), que utiliza o termo para identificar pessoas ou grupos populacionais, nas mais distintas situações, que podem ser prejudicados, feridos ou ultrajados por quaisquer danos – de natureza física, moral, econômica, social etc. Tais danos podem ser causados por outrem de quem dependem, ainda que afetivamente, ou até por si mesmos. Ambas as conceituações trazem relacionamento e vínculo de dependência como comuns aos dois construtos. Vamos retornar a essa semelhança posteriormente, pois antes é importante aprofundar um pouco mais o que se entende por violência.

Inicialmente, vale ressaltar dois aspectos quanto à palavra violência: seu falso caráter consensual e seu processo de coisificação. O primeiro diz respeito à inexata sensação de obviedade e unanimidade, como se houvesse um conceito único implícito e uniforme de violência que levaria qualquer indivíduo a saber o que está observando. Já a coisificação da violência ocorre quando a palavra é associada automaticamente a um determinado comportamento, considerando, assim, apenas uma única definição possível: a do próprio ato violento imaginado. Esses dois pontos ocasionam e levam à simplificação do construto, fazendo com que haja desconsideração sobre outras formas de violências que não sejam os abusos considerados de maior gravidade.

Um estudo realizado no México destaca que, do ponto de vista antropológico, quando se observa ao longo da história desse país as várias formas de violência, tais como maus-tratos a crianças, abusos sexuais, feminicídios, violência familiar, negligências, violência institucional e estrutural, elas são toleradas e consideradas como “violências de sempre”. Esses abusos – em conjunto com o declínio das instituições de seguridade e proteção social, a exclusão social e desigualdades de renda e acesso crescentes, a insuficiência, desintegração e desarticulação de políticas socioeconômicas e a perda da legitimidade e confiança dos cidadãos nas instituições – levaram a um incremento da impunidade e ao enfraquecimento de vínculos sociais, tornando estratos sociais permissivos ao crime organizado,

reputados como “violência de hoje”. Haveria, portanto, uma violência considerada normal, cotidiana, não percebida e não valorizada, que sempre esteve ali (“de sempre”), e outra extraordinária, midiática, tida como excessiva (“de hoje”), sendo que o combate à última é que efetivamente importaria para as sociedades (Azaloa, 2012).

Assim, as “violências de sempre”, que incluem abusos contra a pessoa idosa, são pouco comentadas, tornando-se invisíveis e naturalizadas, como parte do cotidiano, apesar de estarem associadas a danos que podem ser profundos e alterar toda a vida das pessoas, limitando ou bloqueando suas possibilidades de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que afetam e causam impacto na coletividade.

Essas questões relacionam-se à própria complexidade do fenômeno violência, posto que sua percepção social muda com o tempo histórico, nos diferentes territórios e em contextos sociais diversos, independentemente se tais categorias estão, ou não, estabelecidas no aparato legal. Como dito, violência é um fenômeno plural, afeito a realidades diferenciadas e subjetividades múltiplas, daí a literatura utilizar o termo “violências”, que melhor ilustraria o tema. Isto posto, considera-se que a violência seria um ato ou conduta que ultrapassa um limite ou perturba acordos e regras que ordenam relações, adquirindo carga negativa (Manso *et al.*, 2023).

A palavra violência se origina do latim *violentia* e do verbo *violare*. O primeiro termo significa ferocidade, arrebatamento, veemência; e o segundo ultrajar, profanar, prejudicar, ferir. Reflete relações sociais definidas pela opressão, intimidação, medo e terror, levando o outro a agir conforme a vontade do agressor. Ela não é um instinto e não deve ser desta forma justificada, já que é um ato intencional de fazer mal ao outro, por meio de transgressões éticas e/ou violação dos direitos e/ou ferimento da dignidade das pessoas, levando à negação da alteridade por meio de pensamentos, sentimentos e ações que reduzem uma outra pessoa à condição de coisa, a um objeto (Chauí, 2018; Arendt, 2009).

Os primeiros estudos sobre a temática violência contra a pessoa idosa começaram nos Estados Unidos da América do Norte, na década de 70 do século passado. Porém, foi a partir do Plano de Madrid e da Declaração de Toronto, ambos de 2002, que os abusos contra esse segmento etário passaram a ser reconhecidos como um sério problema social e de dimensão mundial (Manso *et al.*, 2023).

A violência contra a população acima de 60 anos é considerada, por acontecer principalmente dentro dos domicílios, como sendo uma violência intrafamiliar, caracterizada como a que causa qualquer dano físico, psicológico, sexual ou outro, produzido entre os membros da família, seja cônjuge ou parceiro, pai, filhos, e

todos aqueles que se encontram permanentemente integrados ao agregado familiar.

Considera-se uma *tipologia* para a violência contra a pessoa acima de 60 anos; portanto, além da violência física, haveria ainda outras violências, sendo que, na maioria dos casos, há uma sobreposição de vários tipos. Nesse sentido: (i) violência psicológica, caracterizada por agressão verbal ou gestual com finalidade de aterrorizar, humilhar ou restringir a pessoa idosa; (ii) abuso sexual, homo ou heterossexual, mediante aliciamento, violência física ou ameaças; (iii) abandono, ou seja, deserção ou ausência dos familiares nos cuidados para com a pessoa idosa ou não acionamento de órgãos responsáveis para tal; (iv) negligência, quando os cuidados que poderiam ser oferecidos são omitidos; (v) abuso financeiro e econômico, ou seja, exploração dos recursos financeiros e patrimoniais da pessoa idosa; (vi) autonegligência, quando a própria pessoa ameaça sua saúde ou integridade; (vii) violência medicamentosa, na hipótese de cuidadores ou familiares modificarem a dosagem dos medicamentos prescritos ou os utilizarem de forma inadequada; (viii) violência étnica, caracterizada pelo desrespeito à identidade étnica da pessoa idosa, perda de laços sociais, de seu local de moradia, de seus pertences, de sua individualidade; (ix) abuso médico, caracterizado por cuidados impróprios ou negligentes, com destaque para a ocorrência de iatrogenia e paternalismo; e (x) idadismo, ou seja, preconceito e discriminação etária (Faleiros; Loureiro; Penso, 2010).

Vale ressaltar, ainda, a violência institucional, praticada por quem deveria proteger essas pessoas e garantir seus direitos e que ocorre dentro de qualquer instituição social, pública ou privada, principalmente devido à presença de regras, normas e burocracia que reproduzem relações sociais desiguais. Pode ocorrer por ação e/ou omissão, incluindo desde falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Diversos documentos destacam que o poder corrosivo do pacto social desse tipo de violência é maior, pois subverte os princípios da democracia, afetando a legitimidade do poder, minando a confiança e credibilidade dos cidadãos e a coesão social (Manso *et al.*, 2023).

Acresce-se à tipologia anterior outras tais, como acusações de bruxaria, estigmatização, ostracismo, tratamento desumano e marginalização. A literatura destaca ainda como violência a infantilização e paternalização, formas que acometem as pessoas idosas de maneira velada, quando, por exemplo, são preservadas de situações com as quais teriam condições cognitivas e emocionais de lidar, ferindo sua autonomia.

Há várias teorias que buscam explicar os abusos contra a pessoa idosa. Entre elas, a que mais se destaca é a *teoria socioecológica*, aplicada pela OMS (Manso; Lopes, 2020), que combina diversas abordagens e contribuições teóricas, entendendo

o fenômeno como multidimensional e multicausal, produto da inter-relação, interligação e tecitura entre três sistemas: *micro*, *meso* e *macro*.

O sistema *micro* refere-se às características individuais da vítima e do agressor, estabelecendo perfis e relações de reciprocidade entre eles. Na vítima, são considerados atributos como gênero, idade, estado civil, presença de doenças mentais ou incapacitantes, comportamentos agressivos ou de adição, isolamento social, baixa autoestima e dependência emocional ou financeira. Para o agressor, fatores de risco psíquicos são evidenciados: traço de personalidade, comportamentos aditivos, problemas de saúde mental, estresse e sobrecarga derivados dos cuidados e a falta de apoio social. O histórico de violência familiar também é considerado, sugerindo que indivíduos que foram vítimas de violência na infância têm mais probabilidade de se tornarem perpetradores na idade adulta. Além disso, a dependência emocional e o vínculo afetivo das pessoas idosas em relação aos cuidadores podem criar dinâmicas de poder que facilitam a violência (Faria, 2020).

Neste primeiro grau, haveria quatro dimensões interdependentes: (i) de conduta: diversos comportamentos da pessoa em relação aos demais e ao seu entorno; (ii) cognitiva: esquemas de pensamento e modos de percepção do mundo; (iii) psicodinâmica: sentimentos, defesas, conflitos conscientes e inconscientes; e, por fim, (iv) interacional: pautas de relação e comunicação com outras pessoas do ambiente próximo. Essas quatro influenciariam as condutas violentas em conjunto com os perfis acima especificados.

Por outro lado, o nível *meso* influencia o sistema *micro* por meio das relações sociais. O agregado familiar e suas relações, a coabitação, as redes, os recursos financeiros, os apoios existentes na comunidade (amizades, vizinhança), o desemprego, a instabilidade laboral e os serviços de apoio social poderão ser fatores que irão acelerar ou inibir a violência contra a pessoa idosa.

Esse nível abrange dois grupos de fatores: o *meso* propriamente dito, mais relacionado às relações intrafamiliares, e o *exo*, no qual se examina o contexto da comunidade em que os relacionamentos se desenvolvem (escolas, locais de trabalho, organizações recreativas e religiosas, instituições jurídicas e sociais). No nível *exo*, o papel da mídia é destacado como forma de legitimação dos modelos violentos e perpetuação de estereótipos negativos contra as pessoas mais idosas.

O nível *macro* trata dos fatores sociais mais amplos que influenciam a violência: os determinantes estruturais. Os sistemas de crenças e valores, coletivamente produzidos e reproduzidos em cada sociedade e em cada momento histórico, influenciam e determinam as formas de organização social e suas instituições, estabelecendo relações de poder e obediência que são coletivamente legitimadas.

As condições sociais, a cultura e atitudes sociais, tais como o idadismo, o sexismo e as atitudes face à violência, bem como as políticas públicas e o quadro jurídico-legal de proteção à pessoa idosa, são explorados, entendendo que influenciam nos demais níveis, podendo atuar como fatores de risco positivos ou negativos que operam na família e na comunidade, aumentando ou não a proteção à pessoa idosa.

A *teoria socioecológica* é também aplicada pela OMS à violência de gênero, entendendo que, da mesma maneira que a cultura patriarcal gera violência contra mulheres, determina abusos para os que envelhecem. Nessa perspectiva, o fenômeno da violência contra a pessoa idosa tem um nítido recorte de gênero, sendo influenciado pela socialização de acordo com os sexos e com a divisão sexista de recursos em todos os níveis da sociedade (Manso *et al.*, 2023).

Deve-se considerar que a *teoria socioecológica* não é determinística nem causal, sendo necessário investigar, para o entendimento do fenômeno da violência contra a pessoa idosa, a interação dos três sistemas descritos.

A cultura desempenha um papel importante tanto na prevalência, manutenção e reprodução quanto no reconhecimento do abuso contra a pessoa idosa. Em muitas sociedades, a cultura predominante valoriza o respeito e o cuidado para com esse grupo populacional, enfatizando o dever familiar e o respeito pelos mais velhos, tidos como importantes por sua sabedoria e contribuições.

Essas normas atuam como fatores de proteção, desencorajando o abuso. Porém, certas atitudes culturais podem contribuir favorecendo a violência contra a pessoa idosa, destacando-se as atitudes discriminatórias baseadas na idade e a falta de conscientização sobre os direitos humanos das pessoas idosas.

A vergonha por não ser reconhecida em sua própria casa como pessoa digna de respeito por sua história de vida, o medo de ser julgada, as normas culturais de sigilo e o estigma em torno da violência podem impedir que as vítimas procurem ajuda, mascarando a realidade do abuso (OMS, 2017).

Por fim, ressaltam-se as *teorias críticas e de interseccionalidade*, que frisam que a violência contra a pessoa idosa não pode ser dissociada de questões de classe, raça, gênero e orientação sexual, e apontam que diferentes marcadores sociais de desigualdade se cruzam, agravando a vulnerabilidade de certos grupos. Assim, mulheres idosas negras, por exemplo, estão mais expostas a formas específicas de violência devido às múltiplas opressões que enfrentam (Nogueira, 2017).

A experiência interseccional é maior do que a simples soma de sexismo e racismo. A análise interseccional está atenta às especificidades de data, hora, local e das histórias de vida. Não apenas soma categorias sociais, como também tenta

compreender o que é criado e experienciado nas intersecções de dois ou mais eixos: uma matriz de opressão. Essa matriz mostra como determinados segmentos populacionais extraem benefícios e privilégios, como os homens brancos, heterossexuais e de elevado estrato social na relação com as mulheres negras e pobres, e como esses benefícios oprimem e subordinam as mulheres. A inter-relação entre opressão e privilégio é fundamental para a compreensão da teoria da interseccionalidade. A encruzilhada das várias categorias forma uma complexa rede de desigualdade que se perpetua e reestrutura.

A interseccionalidade busca apreender as múltiplas realidades subjetivas dependentes do discurso, e impossíveis de conhecer em sua complexidade, examinando como as múltiplas categorias socioculturalmente construídas interagem e se manifestam em termos de desigualdade social. Categorias como sexo, gênero, cor da pele, etnia e estrato social não agem de forma independente umas das outras; pelo contrário, se interrelacionam, potencializando um sistema de opressão que reflete a intersecção de múltiplas maneiras de discriminação.

Independentemente do tipo de violência, sofrer abusos traz repercussões sociais, psicológicas e para a saúde da vítima. Morte, lesões graves, internações, delirium, ansiedade, desvalorização, depressão, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, sentimentos de incapacidade, dependência física, afastamento social e dependência do agressor são observados. Além desses problemas, a violência contra a pessoa idosa pode estar relacionada à realização de sexo não seguro, ao consumo abusivo de álcool e de outras drogas, aos cânceres, à HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, doenças cardíacas, doenças mentais, entre outras. O estresse pode levar essas pessoas até o suicídio, daí a importância do estudo do fenômeno (Manso et al., 2023; Manso; Lopes, 2020).

Por último, é importante retomar e entender a inter-relação entre vulnerabilidade e violência contra a pessoa idosa, já anteriormente assinalada.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015), a vulnerabilidade social envolve a incapacidade de indivíduos ou grupos de atender às suas necessidades essenciais, muitas vezes devido à pobreza, desemprego, baixa escolaridade ou discriminação. Portanto, refere-se às condições que algumas pessoas ou grupos enfrentam devido a fatores econômicos, sociais, culturais ou ambientais, que dificultam o acesso a direitos humanos básicos, como saúde, educação, moradia e segurança, aumentando o risco de exclusão social e afetando a capacidade desses grupos de se recuperarem de crises e adversidades.

Quem vive em situação de vulnerabilidade social enfrenta mais dificuldades para garantir e manter uma vida digna, o que pode levar ao aumento de problemas de saúde, exclusão do mercado de trabalho, dificuldades na educação e maior risco de violência e criminalidade.

O conceito de vulnerabilidade social se mescla ao de *risco social*, sendo assim interpretado por alguns autores. Com a modernidade, o conceito de risco é criado socialmente, intimamente ligado ao de perigo, e diz respeito tanto à probabilidade de um acontecimento futuro quanto às ações tomadas frente a ele.

O *risco social* observa que a vulnerabilidade da pessoa idosa pode ser compreendida como resultado da rede de relações de poder que integra as estruturas sociais, interconectada com relações de dependência, tanto econômica quanto emocional. A pobreza material, a insegurança econômica, a exploração financeira, a dependência econômica de familiares ou de cuidadores, aliadas à desigualdade social e ao acesso limitado a cuidados de saúde e proteção legal, contribuiriam para que surja a violência contra esse grupo populacional (Faria, 2020).

Tais condições econômicas também são influenciadas por mudanças estruturais mais amplas, como urbanização e migração, que levam a um declínio nas redes de apoio para a pessoa idosa, que pode se encontrar isolada quando mais necessita, à medida que as gerações mais jovens priorizam o sucesso econômico sobre as responsabilidades familiares.

Do ponto de vista legal, a vulnerabilidade caracteriza-se pela dependência ou estado de sujeição ao querer de alguém, que pode tanto ser pessoa da família ou estranho, responsável ou pelos cuidados dispensados ao vulnerável ou por sua manutenção.

Evidencia-se que vulnerabilidade, assim como violência, é também um conceito multifacetado, com inúmeras dimensões que trazem elementos ligados tanto às características próprias dos indivíduos ou famílias (como bens, características sociodemográficas, aspectos relacionais), quanto àquelas relativas ao meio social onde essas pessoas estão inseridas. Mas há uma característica essencial e comum às diversas visões sobre o construto: a incapacidade de resposta diante de situações de risco ou constrangimentos.

Para a área da saúde, vulnerabilidade e risco social estão relacionados ao processo de fragilização biopsicossocial resultante de desigualdades ligadas à pobreza, idade, gênero, estrato social, classe social, raça/cor/etnia, entre outros. Vulnerabilidades seriam, portanto, o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados a maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção.

Na saúde, haveria três faces da vulnerabilidade a serem consideradas. A primeira se refere à *vulnerabilidade biológica*. Para a pessoa idosa, esta pode ser entendida como a resultante de perdas fisiológicas normais da vida, a chamada

senescência, que se associa à tripla carga de enfermidades que acometem, simultaneamente e do ponto de vista epidemiológico, a população brasileira: a presença de acometimento por doenças crônicas, por enfermidades infecciosas e as consequências das violências. Essa carga tripla interage em um corpo que já tem sua reserva funcional diminuída naturalmente pela idade e propicia/potencializa o adoecer.

Já a segunda, *vulnerabilidade social*, para a pessoa idosa, está relacionada às condições socio-históricas e culturais que determinam e condicionam um melhor ou pior envelhecer. Entre elas, as interseccionalidades trazidas pelo racismo, patriarcado e idadismo são componentes estruturais que interferem, gerando e reproduzindo desigualdades e agindo sobre a vulnerabilidade biológica, aumentando o sofrimento e o adoecimento e predispondo às violências – que, por sua vez, incrementam as vulnerabilidades, em um ciclo retroalimentado que culmina no agravamento progressivo do adoecimento e na morte.

Por fim, a terceira refere-se à *vulnerabilidade programática* e trata da avaliação de programas voltados para a manutenção e promoção da saúde. Aqui trata-se não só do acesso, mas do letramento em saúde, que pode ser entendido como um conjunto de habilidades e competências que os indivíduos utilizam para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, visando o cuidado de sua própria saúde ou de terceiros. Essa ampla gama de habilidades e competências, desenvolvidas ao longo da vida, são influenciadas por fatores demográficos, culturais, sociopolíticos e ambientais. Baixos níveis de letramento ou literacia em saúde associam-se não só a piores desfechos clínicos, como também comprometem a tomada de decisão pelo não entendimento da informação, comprometendo a autodeterminação e autonomia das pessoas.

Há autores que destacam ser o baixo letramento em saúde, além de vulnerabilidade programática – uma vulnerabilidade cognitiva que estaria diretamente relacionada à violência institucional e ao preconceito e estigmatização da pessoa idosa pelos profissionais de saúde –, o que diminui o acesso à informação e a tomada de decisões em saúde de forma esclarecida e autônoma (Manso, 2023).

A pessoa idosa teria ainda uma vulnerabilidade acrescida, relacionada com o processo humano de adoecimento. Todas as pessoas que procuram um serviço de saúde apresentam-se mais vulneráveis, seja por particularidades físicas e/ou psíquicas e/ou emocionais e/ou socioculturais. Nos serviços de saúde, o corpo humano é reificado, e os médicos e profissionais de saúde podem olhá-lo, tocá-lo, expô-lo, invadindo a privacidade do enfermo. Além do mais, ao procurarem um médico, as pessoas encontram-se em situação de angústia, sofrimento, perturbação, o que as torna ainda mais vulneráveis (Manso, 2023).

O próprio ambiente hospitalar predispõe a uma maior sensação de solidão, mal-estar, desorientação e despersonalização. Internações hospitalares frequentes são apontadas como sendo algo que entristece e limita os pacientes. Assim, o paciente teria uma vulnerabilidade acrescida. Pessoas idosas socioculturalmente vulneráveis, ou com determinadas síndromes geriátricas ou transtornos mentais, são consideradas mais suscetíveis para esse aspecto (Manso, 2023).

A vulnerabilidade acrescida do paciente idoso é uma condição que faz com que haja obrigações por parte dos profissionais e dos sistemas de saúde para com os direitos dos pacientes, reforçando a importância de um cuidado singular, centrado na pessoa.

A violência contra a pessoa idosa é um problema sério, multifacetado e complexo, afetado pela cultura, por aspectos socio-históricos e econômicos, intimamente relacionado às desigualdades, vulnerabilidades e riscos sociais, que requer atenção e ação imediata.

Compreender as bases teóricas da violência contra a pessoa idosa é fundamental para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção eficazes, como dito inicialmente. É necessário promover a sensibilização social, fortalecer os dispositivos legais, ter competência cultural, empatia e compaixão, além de criar redes de apoio que envolvam a sociedade civil, profissionais de saúde, da segurança e da assistência social. Somente por meio de um esforço coletivo e interdisciplinar podemos garantir a fruição de direitos e a dignidade da pessoa idosa em nossa sociedade.

Este capítulo não teve a intenção de esgotar tema tão vasto e instigante como é a violência, especificamente, contra a pessoa idosa, mas, sim, propor uma breve e inicial síntese de um fenômeno tão complexo e com múltiplas interfaces, principalmente com as vulnerabilidades.

Referências

AZAOLA, E. La violencia de hoy, las violencias de siempre. **Desacatos**. v.40, pp.13-32, 2012.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CHAUÍ, M. **Sobre a violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

FALEIROS, V. P.; LOUREIRO, A. M. L.; PENSO, M. A. **O conluio do silêncio**: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. São Paulo: Roca, 2010.

FARIA, L. **Violências e suas configurações**: vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais. São Paulo: HUCITEC, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015.

MANSO, M. E. G. Experiência dos pacientes e direitos dos pacientes. **Revista Longeviver**, n. 20, p. 12-29, 2023.

MANSO, M. E. G. *et al.* Vulnerabilidades sociais e programáticas segundo recorte de cor de pele e gênero: alguns aportes teóricos e metodológicos. **Revista Longeviver**, n. 20, p. 23-43, 2023.

MANSO, M. E. G.; LOPES, R. G. C. Violência contra a mulher idosa: estado da arte. **Revista Kairós- Gerontologia**, v.23, n.4, p. 65-80, 2020.

MARQUES, M. F. *et al.* Violência contra a mulher idosa na cidade de São Paulo: considerações sobre os dados oriundos do Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) da Secretaria Municipal de Saúde e do Disque Direitos Humanos (Disque 100). **Revista Longeviver**, n. 27, p. 15-21, 2025.

NOGUEIRA, C. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador: Devires, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Declaração Universal de Bioética e Direitos humanos**. Geneva, Suíça: OMS, 2007.

Capítulo 2

Direitos das pessoas idosas: mecanismos de proteção e interface com as vulnerabilidades

Maria Elisa Gonzalez Manso

Para o correto entendimento dos direitos das pessoas idosas é necessário que se apresente, primeiramente, o que são os direitos humanos. Para vários autores, os direitos humanos são construções extrajurídicas, isto é, que vão além do direito propriamente dito, e que estabelecem um norte para a vida em sociedade, sendo que sua fruição pode se dar de maneira individual, nas relações das pessoas entre si e na vinculação a um Estado (Albuquerque, 2016).

Do ponto de vista do Direito, são um conjunto de normas jurídicas, nacionais e internacionais, que reconhecem e protegem a dignidade de qualquer pessoa, independentemente de gênero, idade, etnia, renda, condição de saúde, entre outros atributos. Estão positivados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e, a partir desta, embasam todo o arcabouço jurídico relacionado ao envelhecimento no Brasil, como expresso na Constituição Federal do Brasil (CF, 1988), em seu Art. 1º, no qual se diz que a dignidade da pessoa é um dos alicerces fundamentais da sociedade brasileira. Porém, a dignidade e esses direitos apresentam distribuição desigual no Brasil, como é demonstrado por várias pesquisas nacionais, tais como o Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022).

O último censo realizado evidencia ser o Brasil um dos países da América Latina e Caribe que apresenta mais rápido e expressivo envelhecimento populacional, já que, nos últimos 12 anos, a população idosa cresceu 57%, aproximadamente. Há ainda expressivo incremento na esperança ou expectativa de vida, que era, em 2010, de 73,4 anos, e, em 2022, atingiu 77 anos. É nítido o predomínio feminino: mais de 50% das pessoas idosas são mulheres (IBGE, 2022).

Porém, é preciso olhar além desses dados. As desigualdades sócio-históricas que ocorrem no país tornam o envelhecer diferente conforme a cor da pele/raça, etnia e local de moradia. No Brasil, as pessoas pretas e pardas historicamente têm menor acesso à educação, mais dificuldades em se manter na escola, mais empregos informais, menor representatividade política, são a maior porcentagem de indivíduos abaixo da linha de pobreza e são as maiores vítimas de homicídios em

idades jovens (15 a 29 anos) – daí terem menor expectativa de vida do que as brancas. Morar na região Norte do país também equivale a ter expectativa de vida até oito anos menor do que residir nas regiões Sul e Sudeste, onde estão concentradas as maiores rendas nacionais (Manso *et al.*, 2024).

No país, o gênero é outra variável importante que impacta no envelhecimento. Apesar de as mulheres viverem mais do que os homens, elas recebem menores aposentadorias, menores salários, estão mais sujeitas à violência estrutural e cultural, apresentam pior estado de saúde, têm mais dificuldade no desempenho das atividades da vida diária, possuem mais afecções crônicas e têm mais enfermidades relacionadas à saúde mental, tais como ansiedade, depressão e esgotamento.

Novamente, a cor da pele traça um recorte, no qual as mulheres negras apresentam pior envelhecimento do que as mulheres brancas (Manso *et al.*, 2024).

Dados sobre o envelhecer das populações quilombolas, indígenas e LGBTQIAPN+ são raros e escassos no país. O Brasil é uma das nações com maior número de mortes de população transexual, com elevada violência trans e homofóbica. Além disso, foi somente em 2022 que o país se preocupou em incluir no censo a população quilombola e indígena, mostrando que a expectativa de vida entre estes segmentos populacionais é menor do que a média nacional (IBGE, 2022).

Os dados brevemente expostos impõem repensar como os direitos humanos e as políticas a eles referentes vêm sendo desafiadas no país, onde um bom envelhecimento, ativo e participativo, torna-se um privilégio para parte da população. Mesmo assim, o Brasil apresenta avanços significativos na proteção aos direitos da pessoa idosa, sendo considerada uma das nações com legislação mais avançada nesse campo.

A Constituição brasileira (CF, 1988) explicita que é vedada, no país, qualquer tipo de discriminação, inclusive por idade (Art. 3º, IV) e traz uma ressalva, em seu Art. 6º, aos direitos sociais à saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, proteção social, segurança, previdência social e assistência aos desamparados, todos associados a um bom envelhecer.

Já o Art. 230 da CF especifica que a pessoa idosa deve ser amparada pela família, sociedade e Estado, sendo esses os três responsáveis por assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, garantir seu direito à vida e priorizar o domicílio como local preferencial para a execução de políticas públicas.

Em 1994 entrou em vigor no país a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI, Lei nº 8.842, 1994), que visa proteger os direitos sociais e a dignidade desse grupo

etário. Tal política, apesar de sérias dificuldades em sua implantação, trouxe como avanços a garantia de autonomia, integração e participação social para a pessoa idosa, considerada agente ativo na condução de sua própria vida.

Porém, o grande progresso quanto aos direitos da pessoa idosa no país foi a promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa em 2003 (Lei nº 10.741, 2003). Trata-se de um marco legal da maior importância, ressaltando que a pessoa idosa goza de todos os direitos humanos fundamentais.

O estatuto reforça o papel ativo da sociedade na proteção contra a violência, crueldade ou opressão contra a pessoa idosa, e enfatiza que é dever de todos a prevenção da ameaça ou violação dos direitos desse segmento etário. Tanto a PNI quanto o estatuto explanam e reforçam o papel dos Conselhos da Pessoa Idosa como instância participativa que deve zelar pelos direitos dessas pessoas.

O estatuto lista alguns dos principais direitos da pessoa idosa, entre eles:

- a) Direito à vida, ao respeito, à dignidade, sendo vedada qualquer forma de violência, maus-tratos, discriminação ou negligência;
- b) Liberdade de locomoção, de expressão, de associação e de culto religioso. Neste item, destaca-se o respeito às decisões pessoais, incluindo a escolha de onde e como viver, já que a pessoa idosa é autônoma em suas escolhas;
- c) Possibilidade de continuar trabalhando, se desejar, e acesso à aposentadoria e benefícios previdenciários;
- d) Atuação plena e ativa na vida social, política e econômica, e em atividades culturais, educativas e de lazer, com acesso a bens e serviços que atendam às suas necessidades e promovam inclusão social;
- e) Proteção integral de sua saúde, física e mental, incluindo acesso a serviços de saúde adequados e de qualidade, e que incluam tratamentos, medicamentos e ações de prevenção;
- f) Prioridade no atendimento em diversos serviços públicos e privados, como em filas, transporte público e serviços de saúde;
- g) Garantia de moradia adequada e segura;
- h) Acesso a programas de assistência social, benefícios e apoio para quem precisa.

Portanto, nota-se que o Estatuto da Pessoa Idosa fortalece os direitos fundamentais explícitos na CF e declara que as pessoas dessa faixa etária têm garantia a todos eles, tanto civis quanto políticos e sociais, entendidos como importantes para garantir uma vida digna e respeitosa para esse segmento etário.

No Brasil, a legislação salienta a primazia dos tratados internacionais que versam sobre os direitos humanos, devendo a legislação infraconstitucional ser interpretada e as políticas públicas executadas tendo esses tratados como norte. Assim, a Declaração de Brasília, fruto da II Conferência Regional sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, realizada em 2007, traz o compromisso dos países signatários de não medir esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas, trabalhar na erradicação de todas as formas de discriminação e violência, além de criar redes de proteção a fim de tornar efetivos esses direitos (CEPAL, 2007).

A declaração também ressalta a heterogeneidade do envelhecer, que deve ser pensada em suas especificidades tanto em áreas urbanas quanto rurais, quanto ao gênero, à cor da pele/raça e à origem étnica. A necessidade de priorizar os setores mais vulneráveis da população em função de sua condição econômica e social, acrescentar maior solidariedade aos sistemas de proteção social e promover o acesso equitativo aos serviços de saúde integrais, oportunos e de qualidade, de acordo com as políticas públicas de cada país, são pontos principais (CEPAL, 2007).

A partir dessa declaração, os países signatários, entre eles o Brasil, comprometeram-se a criar marcos legais e mecanismos de supervisão e de prevenção para proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas, tanto as que residem em suas casas quanto as que moram em instituições de longa permanência.

Em 2012, foi adotada a Carta de San José da Costa Rica sobre os Direitos das Pessoas Idosas na América Latina e Caribe, e, em 2013, foi publicada a Declaração do Rio de Janeiro, que adverte sobre: a importância da existência de uma cultura do cuidado ao longo da vida, sustentável e economicamente viável; considerar que as atuais mudanças culturais no que tange às famílias – cada vez menores e menos capazes de proporcionar cuidados – necessitam de ajuda adicional; a importância da solidariedade intergeracional e social – principalmente para aquelas pessoas idosas muito longevas e que, devido à sua fragilidade, declínio cognitivo, incapacidade ou isolamento, têm seus direitos humanos violados (OEA, 2016).

Diante disso, em 2015, foi aprovada a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, que reforça os termos dos dois documentos supracitados, com a diferença de ser um instrumento juridicamente vinculante que protege os direitos das pessoas idosas (OEA, 2016).

Tal convenção apresenta alguns conceitos importantes como: “abandono”, “cuidados paliativos”, “discriminação”, “envelhecimento ativo e saudável”, entre

outros. Em meio a seus princípios gerais destacam-se os seguintes: “a valorização da pessoa idosa, seu papel na sociedade e sua contribuição ao desenvolvimento”; “a dignidade, independência, protagonismo e autonomia da pessoa idosa”; “a segurança física, econômica e social”; “a responsabilidade do Estado e a participação da família e da comunidade na integração ativa, plena e produtiva da pessoa idosa dentro da sociedade, bem como em seu cuidado e atenção, de acordo com a legislação interna” (OEA, 2016).

O capítulo IV da referida convenção indica quais direitos das pessoas idosas devem ser protegidos – ao todo, são 33. Entre eles, cabe destacar os seguintes: igualdade e não discriminação por razões de idade; direito à dignidade na velhice; direito à independência e à autonomia; direito à participação e à integração comunitária; direito à segurança e a uma vida sem nenhum tipo de violência; direito de manifestar consentimento livre e informado no âmbito da saúde; direito ao trabalho; direito à seguridade social (OEA, 2016).

Esse é o primeiro instrumento internacional juridicamente vinculante, como citado, voltado para a proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas. Sua aprovação constitui avanço nos esforços para assegurar, em caráter permanente, os direitos desse grupo populacional. A convenção reconhece as pessoas idosas como sujeitos de direitos, empoderando-as e garantindo a sua plena inclusão, integração e participação na sociedade (OEA, 2016).

Porém, apesar de o Brasil ser signatário, não houve ratificação da convenção pela legislação brasileira. Portanto, a defesa dos direitos dessas pessoas no país ainda obedece ao disposto na CF e no Estatuto do Idoso (CF, 1988; Lei nº 10.741, 2003).

Vários documentos internacionais e a legislação brasileira destacam a importância de assegurar os direitos das pessoas idosas à seguridade social. Vale evidenciar que o Brasil traz em sua CF os três pilares que constituem no país a denominada proteção social ou seguridade social: direito à saúde, direito à assistência social e previdência social. Essa seguridade social, assim constituída, garante os direitos humanos e a dignidade da pessoa idosa.

Sobre o direito à saúde, do ponto de vista internacional, destaca-se a inclusão de ampla gama de fatores socioeconômicos que promovem condições para que as pessoas possam levar uma vida saudável, tais como acesso à água limpa e potável, à alimentação e nutrição, a condições de habitação e sanitárias adequadas, entre outros. Para a pessoa idosa, esse direito é estabelecido como resultante da capacidade funcional desses indivíduos, entendida como os atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas continuem sendo e/ou fazendo aquilo que valorizam e que depende tanto de questões físicas e mentais quanto da interação com o meio ambiente, incluindo aqui o contexto social no qual a pessoa vive (ONU, 2023).

No Brasil, a legislação voltada para a pessoa idosa destaca a importância de uma visão ampla do que seja a saúde que vá além das doenças, entendendo as necessidades da pessoa em seus aspectos biopsicossociais. Dessa forma, o direito à saúde deve ser garantido desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, passando pelo diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação, além de cuidados a longo prazo e palição, se necessário.

No país, o direito à saúde da pessoa idosa apresenta uma política nacional própria desde 1994, revisada em 2006. Essa política está embasada na preservação da capacidade funcional e destaca as Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 702, 2002), tendo como primeiro acesso a Atenção Primária à Saúde, que se responsabiliza pela coordenação do cuidado a essas pessoas. Ressalta-se ainda o Pacto pela Vida que explicita a saúde da pessoa idosa como uma das seis prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a efetivação dos direitos da pessoa idosa, há vários mecanismos legais disponíveis no país, como o próprio Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741, 2003), que estabelece, além dos direitos, penalidades para os violadores. Além do estatuto, destacam-se:

- a) Conselho da Pessoa Idosa: órgão criado pelo Estatuto do Idoso que atua na fiscalização e elaboração de políticas públicas, assim como na defesa dos direitos das pessoas idosas. Pode ser: municipal, estadual e nacional.
- b) Delegacias de Proteção à Pessoa Idosa: unidades especializadas que atendem casos de abuso, maus-tratos, negligência ou violência contra pessoas acima de 60 anos, oferecendo apoio e orientações.
- c) Ministério Público: atua na defesa dos direitos, podendo instaurar inquéritos civis, recomendar ações e acompanhar denúncias de violações.
- d) Defensoria Pública: assistência jurídica gratuita, especialmente para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade.
- e) Ouvidorias e canais de denúncia: serviços disponíveis para que qualquer pessoa possa denunciar violações de direitos, garantindo agilidade na intervenção e proteção. Por exemplo, o Disque 100, canal para denúncias de violências do Ministério dos Direitos Humanos.
- f) Secretaria Nacional dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa (SNDPI): responsável pela elaboração e implementação de políticas para garantir os direitos humanos desse segmento populacional, reduzindo vulnerabilidades e combatendo as violações de direitos.

- g) Pacto Nacional de Implementação dos Direitos da Pessoa Idosa (PNDPI): é um compromisso com a Década do Envelhecimento da Organização Mundial da Saúde (2020-2030) e tem como objetivo assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.
- h) Campanhas de conscientização: ações educativas promovidas por governos e sociedade civil para sensibilizar a população sobre os direitos das pessoas idosas e a importância do respeito e da proteção.

Todos esses mecanismos são essenciais para assegurar que os direitos das pessoas idosas sejam respeitados e que elas tenham acesso à justiça e ao apoio necessário.

Mas há ainda outros direitos que dizem respeito especificamente à área da saúde e que vêm sendo a cada dia mais destacados e valorizados. A pessoa idosa, assim como qualquer outra pessoa, tem proteção legal quando necessita de cuidados médicos, já que não é apenas mero espectador e, sim, tem a garantia legal de participação ativa nas decisões relacionadas à sua saúde. Do ponto de vista jurídico, o paciente idoso é titular de direitos que traduzem uma ética mínima de cuidados em saúde. No contexto da prestação de cuidados, os direitos dos pacientes desempenham um papel fundamental na defesa de sua dignidade, autonomia e bem-estar. Ao assegurar que os pacientes idosos sejam respeitados e envolvidos nas decisões que afetam sua saúde, é possível promover uma relação terapêutica sólida (Manso, 2023).

Os direitos do paciente idoso desempenham um papel fundamental na relação entre profissionais de saúde e aqueles que procuram assistência médica. Reconhecer e respeitar esses direitos é essencial para promover a autonomia, a privacidade e a segurança do paciente, além de garantir a qualidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, alguns serão ressaltados.

Direito ao consentimento informado

Consiste na obrigação do profissional de saúde em fornecer informações adequadas e compreensíveis ao paciente idoso, permitindo que ele tome decisões conscientes sobre seu tratamento. Assim, o profissional de saúde fica obrigado a obter o consentimento do paciente ou de familiar responsável após esclarecimento acerca do procedimento a ser realizado, salvo em casos de risco iminente de morte, e a informar o paciente acerca de seu diagnóstico, objetivos do tratamento, riscos e prognóstico, a não ser quando tal informação possa lhe causar dano, situação em que a comunicação é direcionada ao representante legal. Esse mecanismo legal busca preservar a autonomia e o esclarecimento da pessoa idosa sobre seu estado de saúde para que possa tomar decisões livremente, mediante leitura e apreensão do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Direito de participar da tomada de decisão

O paciente idoso tem o direito de participar ativamente das decisões relacionadas ao seu tratamento. Isso implica em ser informado sobre as opções disponíveis, seus benefícios e riscos, assim como ter suas dúvidas e preocupações levadas em consideração. A tomada de decisão compartilhada entre médico e paciente fortalece a autonomia do paciente e promove uma relação de confiança entre ambas as partes.

Trata-se de processo colaborativo no qual a pessoa idosa e o profissional de saúde deliberam em conjunto sobre as diversas opções de cuidados a partir das melhores evidências científicas disponíveis, aliadas às necessidades, vontades e preferências do paciente. Inclui a opção de não tomar nenhuma ação, diferentemente do TCLE – daí ter maior importância hoje e ser considerado ponto fundamental do tratamento geriátrico.

Direito à segunda opinião

Buscar uma segunda opinião médica é um direito fundamental das pessoas idosas. Isso pode ser especialmente relevante em casos de diagnósticos complexos, tratamentos invasivos ou quando a pessoa não se sente totalmente segura em relação às opções apresentadas. É considerado, pelas normas legais, como parte da autonomia do paciente, garantindo sua melhor decisão.

Direito de recusar tratamentos e procedimentos

É um dos princípios fundamentais da autonomia da pessoa idosa, pressuposto do direito de tomar decisões informadas sobre sua própria saúde. Para tanto, as pessoas necessitam receber informações adequadas sobre os possíveis benefícios, riscos e alternativas de um tratamento, permitindo-lhes fazer escolhas que estejam em conformidade com seus valores pessoais e crenças. Isso inclui o direito de recusar tratamentos ou procedimentos médicos, mesmo quando recomendados pelos profissionais de saúde – o que deve ser respeitado, desde que o paciente esteja plenamente informado sobre os possíveis riscos e consequências de sua decisão.

Trata da autodeterminação do paciente sobre o próprio corpo e sobre o direito de viver segundo sua própria concepção de vida, o que significa que ele pode tomar decisões inclusive contrárias à opinião médica. Está expresso em diversos tratados internacionais, tais como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (OMS, 2005).

Direito à informação

Essencial para que as pessoas idosas possam tomar decisões bem fundamentadas sobre sua saúde, é incluído como princípio norteador do Sistema Único de Saúde brasileiro, segundo a Lei nº 8.080, 1990.

Os profissionais de saúde têm a obrigação de fornecer informações claras, compreensíveis e relevantes sobre diagnósticos, prognósticos, opções de tratamento, possíveis efeitos colaterais, custos envolvidos nos tratamentos, permitindo que o paciente tome decisões conscientes. As pessoas idosas têm o direito de receber informações atualizadas e confiáveis, permitindo que elas participem ativamente das decisões relacionadas à sua saúde.

Direito de acesso ao prontuário

O acesso ao prontuário médico é um direito fundamental do paciente, pois esse é o documento que contém informações cruciais sobre o seu histórico de saúde, diagnósticos, tratamentos e outros registros relevantes. Os pacientes têm o direito de solicitar e acessar seu próprio prontuário, bem como o direito de corrigir informações imprecisas ou incompletas.

Direito à confidencialidade dos dados pessoais

As pessoas idosas têm o direito de ter suas informações pessoais protegidas e não divulgadas sem seu consentimento. Portanto, as instituições de saúde devem implementar medidas de segurança e sigilo para garantir a privacidade dos dados dos pacientes, conforme estabelecido por leis e regulamentos. Já os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética e legal de proteger as informações privadas de cada paciente e só divulgá-las com o consentimento do paciente em questão ou quando exigido por lei.

Direito ao cuidado em saúde com qualidade e segurança

O direito ao cuidado em saúde com qualidade e segurança engloba diversas dimensões, como a utilização de práticas baseadas em evidências, prevenção de erros médicos, higiene adequada, disponibilidade de instalações e equipamentos corretos, entre outros aspectos. Os pacientes têm o direito de receber cuidados de saúde que atendam os padrões de qualidade estabelecidos, visando sua segurança e bem-estar. Isso inclui o direito a um diagnóstico preciso, tratamento apropriado, procedimentos seguros e acesso a profissionais qualificados.

Por suas características, o direito ao cuidado em saúde com qualidade e segurança está relacionado ao direito à vida, o que faz com que o Estado tenha obrigação de adotar medidas para sanar e evitar riscos que porventura existam nos cuidados e serviços de saúde.

Como dito, afora estes, a pessoa idosa tem o direito garantido de escolher quem deseja ter como acompanhante em internações, realizações de procedimentos e outros atos em saúde que necessitem de assistência. Não pode haver, por parte dos serviços de saúde, a obrigatoriedade de ter um acompanhante familiar, cabendo à pessoa idosa a escolha de quem deseja que esteja com ela. As pessoas idosas portadoras de algum tipo de deficiência ou de alterações que as inabilitem por completo têm, ainda, seus direitos garantidos pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Albuquerque, 2016).

É preciso lembrar que infringir os direitos da pessoa idosa, além de penalidades sujeitas no Estatuto da Pessoa Idosa, pode caracterizar violência institucional, principalmente no que tange aos direitos dos pacientes idosos. Estes últimos se aplicam a qualquer estabelecimento que atenda a pessoa idosa, incluindo as instituições de longa permanência.

Concluindo, deve-se ressaltar que o segmento populacional da pessoa idosa é diverso e apresenta múltiplas necessidades e capacidades distintas. A proteção legal aos direitos desses indivíduos abrange desde a pessoa idosa saudável e autônoma até aquelas que se apresentam fragilizadas e com doenças incapacitantes. Entendendo a pessoa idosa como vulnerável, a legislação protetiva ressalta a importância de combater situações de violência estrutural, cultural e institucional, penalizando infratores.

Como aponta o Art. 8º da Declaração de Bioética e Direitos Humanos, a vulnerabilidade humana deve ser sempre considerada tanto na aplicação quanto no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas (Albuquerque, 2016). Indivíduos e grupos que são considerados vulneráveis devem ser protegidos e ter sua integridade individual respeitada. Lembrando que as pessoas idosas são consideradas vulneráveis dos pontos de vista biológico, social e programático, tendo, quando na condição de pacientes, vulnerabilidade acrescida, como explicitado no capítulo anterior.

Referências

ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos humanos dos pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. CEPAL. **Declaración de Brasília**. 2007. Disponível em: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/lcg2359_e.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. CF. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021.** 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=1%C2%BA%20A%20pol%C3%ADtica%20nacional%20do,de%20sessenta%20anos%20de%20idade. Acesso em: 25 ago. 2025.

MANZO, M. E. G. Experiência dos pacientes e direitos dos pacientes. **Revista Longevidade**, n. 20, p. 12-29, 2023.

MANZO, M. E. G. et al. Envelhecer mulher e negra em São Paulo: violências (in) visíveis. In FONTES, A.; CÔRTE. B. (ORG.). **Envelhecer com futuro: relatos de pesquisa**. São Paulo: Portal do Envelhecimento, 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **World Social Report 2023: Leaving No One Behind in An Ageing World**. Geneve, CH: ONU, 2023.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. OEA. **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**. 2016. Disponível em: <https://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/conven%C3%A7%C3%A3o-interamericana-sobre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-humanos-dos-idosos-OEA.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Portaria nº 702/GM/MS de 12 de abril de 2002. **Dispõe sobre as redes de atenção à pessoa idosa**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4397.html>. Acesso em: 25 ago. 2025.

Capítulo 3

Envelhecimento e vulnerabilidades da população LGBTQIAPN+ no Brasil: reflexões sobre o exercício do direito à saúde

Sereno Sofia Gonçalves Repolês

O envelhecimento populacional constitui um dos principais fenômenos demográficos contemporâneos, com profundas implicações socioculturais, econômicas, políticas e sanitárias em escala global. Segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (2024), em 2070 a população mundial com 65 anos ou mais deverá alcançar aproximadamente 2,2 bilhões de pessoas, evidenciando um crescimento sem precedentes desse segmento etário. Trata-se de um cenário que impõe desafios significativos aos sistemas de saúde, previdência e proteção social, exigindo a reformulação de políticas públicas e o desenvolvimento de novas estratégias para garantir condições dignas e equânimes para o envelhecer (WHO, 2024).

No contexto brasileiro, estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, entre 2000 e 2023, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais no país passou de 8,7% para 15,6%. Projeta-se que, até 2070, cerca de 37,8% da população brasileira estará composta por idosos, totalizando mais de 75 milhões de pessoas. Tal processo ocorre em um contexto marcado por desigualdades históricas de acesso à saúde, educação, habitação e trabalho, aumentando a heterogeneidade das experiências do envelhecimento e a necessidade de políticas intersetoriais sensíveis à diversidade e à vulnerabilidade social (IBGE, 2023).

No contexto dos países do Sul Global, como o Brasil, o envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno particularmente desafiador devido à persistência histórica de profundas desigualdades sociais, econômicas e territoriais. Conforme apontam estudiosos do campo da saúde coletiva (Minayo, 2012; Camarano, 2014), o acesso desigual a direitos básicos, como saúde, educação, moradia e segurança alimentar, bem como as recorrentes fragilidades nas políticas públicas de proteção social, influenciam de modo significativo nas trajetórias do envelhecer.

Entre pessoas idosas, a dependência de redes familiares frágeis e a precariedade cotidiana afetam o bem-estar e a autonomia, tornando o envelhecimento um

processo plural e permeado de incertezas. Ao observarmos o processo de envelhecimento sob a perspectiva de grupos historicamente marginalizados, como aqueles representados pela sigla LGBTQIAPN+, identifica-se que os desafios para alcançar o acesso equânime a direitos básicos e a uma experiência de velhice saudável e socialmente protegida, tornam-se ainda mais complexos. É importante destacar que esses desafios adquirem contornos singulares para cada segmento populacional que compõe a pluralidade de experiências marcadas pela sexualidade e gênero; em especial quando correlacionados a outros marcadores sociais da diferença. Este capítulo propõe-se a investigar alguns aspectos da interseção entre envelhecimento e diversidade sexual e de gênero, destacando dimensões que contribuem para a privação de acesso a direitos como a saúde.

Após a discussão inicial sobre o envelhecimento populacional e a complexidade do contexto brasileiro, este capítulo organiza-se de modo a aprofundar, em diferentes níveis, os desafios enfrentados pelas pessoas LGBTQIAPN+ idosas no exercício do direito à saúde. Inicialmente, aborda-se o envelhecimento sob uma perspectiva socioantropológica, trazendo à tona como construções sociais, culturais e históricas moldam a experiência da velhice, especialmente entre sujeitos cujas trajetórias rompem com a normatividade de gênero e sexualidade. Em seguida, discute-se o conceito de velhices não normativas e as particularidades do envelhecimento da população LGBTQIAPN+ no Brasil, revelando invisibilidades e obstáculos vivenciados por esse grupo no acesso a direitos fundamentais.

Na sequência, o texto examina as dimensões socioculturais de corpo, gênero e sexualidade, evidenciando como essas categorias são operadas por normas sociais e institucionalizadas em práticas que afetam materialmente o cotidiano e o acesso à saúde. O capítulo aprofunda, então, a discussão sobre a abjeção e seus efeitos, evidenciando mecanismos de exclusão e violência institucional, sobretudo nos equipamentos de saúde. Posteriormente, explora-se o processo de precarização enquanto catalisador do adoecimento e da violação de direitos, abordando a necropolítica como fundamento para a produção de vulnerabilidades específicas. Paralelamente, destaca-se a necessidade de uma análise interseccional, especialmente diante das múltiplas camadas de exclusão vivenciadas por pessoas negras LGBTQIAPN+ idosas.

Por fim, investiga-se como as barreiras multidimensionais — profissionais, estruturais, institucionais e epistemológicas — impactam no acesso à saúde, resultando em negligência, invisibilidade e aprofundamento das vulnerabilidades para aqueles(as) que transitam entre as margens da velhice e da diversidade sexual e de gênero. A discussão evidencia, ao longo de cada seção, a urgência de uma abordagem efetivamente intersetorial e inclusiva na formulação de políticas públicas de saúde e proteção social.

Envelhecimento na perspectiva socioantropológica

A abordagem antropológica do envelhecimento permite superar os limites de perspectivas meramente biológicas, acessando as dimensões simbólicas, relacionais e subjetivas desses processos. O conceito de “curso da vida”, segundo Debert (1997; 1998), destaca o caráter fluido, dinâmico e processual das experiências corporificadas ao longo do tempo, em oposição à segmentação rígida em “grupos etários” preconizada por modelos desenvolvimentistas clássicos. Tal perspectiva entende a velhice não como etapa fixa ou universal, mas como construção plural, dependente de arranjos históricos, culturais, econômicos e políticos.

O envelhecimento, nessa abordagem, é continuamente negociado por vivências singulares e coletivas, sendo profundamente impactado pelas condições materiais, simbólicas e afetivas de cada contexto (Featherstone, 1998). As transformações corporais e existenciais da velhice são moldadas por práticas culturais, estratégias adaptativas e normas sociais que variam no tempo e no espaço, o que exige a superação de paradigmas que reduzem a vida a sequências cronológicas ou a modelos de produtividade capitalista, segundo uma “bio-lógica” econômica.

Kohli e Meyer (1996) discutem o fenômeno da “cronologização da vida”, destacando como a instituição dos grupos etários e a segmentação da vida em etapas estáveis estão ligadas a necessidades biopolíticas, particularmente desde a Revolução Industrial. Debert (1997; 1998) aprofunda essa crítica ao mostrar como a institucionalização dos ciclos de vida serve a interesses sociopolíticos e econômicos específicos, e como tal categorização contribui para normatizar e homogeneizar experiências diversas, sobretudo por meio da ciência psicológica e da gerontologia tradicional.

A teoria *queer*¹ contribui para desestabilizar as noções normativas de tempo e envelhecimento. Halberstam (2005) propõe o conceito de “temporalidades *queer*” para problematizar expectativas cis-heteronormativas de trajetória de vida, vinculadas ao sucesso reprodutivo, à formação da família nuclear e à acumulação patrimonial. O chamado “tempo *queer*” abre a possibilidade de modos de existência dissidentes, em que o ciclo vital deixa de ser orientado pela lógica da reprodução ou da herança, possibilitando subjetividades que não se enquadram no roteiro linear e previsível dos ciclos de vida hegemônicos.

¹O termo *queer* originalmente era utilizado em inglês de forma pejorativa para designar pessoas consideradas “estranhas” ou que fugiam das normas de gênero e sexualidade. A partir das décadas de 1980 e 1990, ativistas e estudiosos resignificaram a palavra, adotando-a como identidade política e categoria crítica. Na teoria *queer*, *queer* passou a denotar práticas, expressões e existências dissidentes das normas cis-heteronormativas, questionando os modelos fixos de gênero e sexualidade, e reivindicando a pluralidade e a fluidez dessas experiências.

Nesse sentido, conforme sugere Featherstone (1998), o envelhecimento pode ser encarado como um fluxo, cujos caminhos singulares são marcados pelas múltiplas articulações entre cultura, corpo, desejo e historicidade. Ouvir e valorizar as vozes de sujeitos cujas experiências desafiam narrativas dominantes, conforme enfatizado por Minayo (2002), revela a necessidade de práticas investigativas e políticas públicas que incluam perspectivas plurais e desconstruam modelos hegemônicos, promovendo escutas atentas às especificidades da vivência do envelhecer.

A inserção das experiências dissidentes – especialmente quanto a gênero e sexualidade – amplia, aprofunda e enriquece a compreensão sobre envelhecimento, constituindo elemento fundamental para o desenvolvimento de estratégias de cuidado, pesquisa e formulação de políticas realmente inclusivas e efetivas.

Velhices não normativas – Envelhecimento da população LGBTQIAPN+ no Brasil

A gerontologia crítica, especialmente aquela voltada para as questões LGBTQIAPN+, surge como resposta à insuficiência do paradigma tradicional, que frequentemente ignora as dimensões de gênero e sexualidade na experiência do envelhecimento (Pugh, 2002). A ampla maioria das pesquisas gerontológicas, ainda hoje, concentra-se em trajetórias heteronormativas, cisgêneras e pautadas pela lógica produtivista e reprodutiva, contribuindo para a invisibilidade das múltiplas formas de existir na velhice. Como destaca Henning (2017), a velhice tende a ser pensada sob uma perspectiva normativa, na qual a experiência heterossexual e cisgênera é tratada como padrão universal. Essa normatividade impõe camadas de silêncio sobre vivências que fogem desse modelo — um silenciamento inclusive científico, que produz desafios específicos na medida em que nega o direito ao reconhecimento e ao cuidado de suas necessidades em saúde.

Os obstáculos experienciados por pessoas idosas LGBTQIAPN+ podem ser classificados como institucionais, interpessoais e individuais (Barbosa *et al.*, 2024; Mendonça; Barros, 2023). Entre os desafios mais comuns estão a discriminação, a falta de capacitação dos profissionais, a inexistência de protocolos adaptados e a sub-representação (Neto *et al.*, 2023; Barbosa *et al.*, 2024). Essas dificuldades levam a uma menor procura por serviços médicos e agravam as condições de saúde desse grupo (Neto *et al.*, 2023). Para enfrentar essas questões, é fundamental a atualização de políticas públicas inclusivas e das ações educacionais sobre diversidade, além de uma abordagem mais acolhedora por parte dos profissionais de saúde (Barbosa *et al.*, 2024; Costa *et al.*, 2023).

É essencial que essa atualização considere uma abordagem interseccional, reconhecendo marcadores sociais como gênero, pertencimento étnico-racial, classe e etapa do curso de vida, que se entrelaçam nas experiências de saúde. Por exemplo, políticas LGBTQIAPN+ devem incorporar as especificidades do envelhecimento, assim como políticas para idosos precisam contemplar as vivências singulares que precarizam a vida de pessoas LGBTQIAPN+ – como o isolamento familiar e a fragilidade de redes de suporte, acumulados ao longo da vida, ou a necessidade de cuidados em espaços que respeitem sua identidade. No campo científico, embora haja progressos importantes, ainda são necessários mais estudos e intervenções para garantir uma assistência adequada e equânime a essa população (Costa *et al.*, 2023).

O corpo, o gênero e a sexualidade como construções socioculturais

A compreensão do corpo ultrapassa sua dimensão biológica, constituindo-se como produto de intensos processos socioculturais e históricos. Na antropologia e sociologia, é compreendido como construção marcada por inscrições simbólicas e normativas que o forjam multidimensionalmente. Csordas (1990; 1994) o define como “base existencial da cultura”, eixo primordial da experiência humana: não apenas habitamos corpos, mas somos constitutivamente corporais, estabelecendo relações e sentidos por meio deles. Essa abordagem revela o corpo como campo de práticas no qual a cultura se encarna, tornando-se condição para a vivência subjetiva e coletiva. Normas sociais não apenas recaem sobre ele, mas são ativamente incorporadas, produzindo modos de ser, agir e sentir (Csordas, 1994).

Em relação às questões de gênero e sexualidade, Butler (1990) propõe que o gênero é resultado de uma performance, ou seja, ele não revela ou expressa uma essência preexistente – fundamentada pela noção de sexo como se este fosse algo da ordem do natural, ontológico e pré-discursivo. Diferentemente disso, o gênero se constitui na repetição ritualizada de normas, atos, gestos e discursos que constroem e mantêm a ilusão de uma identidade estável e natural. Por meio dessa repetição, constante e cotidiana, os corpos são convocados a atuar conforme expectativas sociais, e é nesse processo performativo que a cis-heteronormatividade imprime suas marcas. São o corpo, os gestos, a aparência e os afetos que acabam sendo classificados, normatizados ou marginalizados de acordo com tais expectativas reguladoras.

A noção de matriz heteronormativa, central para a reflexão de Butler, refere-se ao conjunto de normas sociais que institui a heterossexualidade e a cisgeneridade como padrões legítimos e desejáveis. Essa matriz regula os modos de existência e fabrica fronteiras claras entre o que é considerado normal e anormal, saudável e patológico, inteligível e ininteligível. Assim, o gênero e a sexualidade não são

expressões naturais ou biológicas, mas, sim, categorias produzidas historicamente, sustentadas por relações de poder e destinadas a manter hierarquias e exclusões (Butler, 1990; Foucault, 1979).

Nesse contexto, a lógica cissexista e heteronormativa mantém padrões rígidos, determinando quais corpos são reconhecidos e legitimados socialmente, e quais são ignorados, invalidados, normalizados ou marginalizados (Preciado, 2008). O corpo, marcado pelo gênero e pela sexualidade, torna-se o principal território de produção dessas distinções, sendo alvo de intervenções, controles e violências que visam preservar a ordem vigente, tornando determinados modos de existência possíveis e outros, impossíveis. Assim, as normas de gênero e sexualidade não apenas classificam os corpos, mas os produzem como portadores de sentidos, prescrições e destinos diferenciados.

Abjeção e seus efeitos

A noção de abjeção (Butler, 1993) contribui para aprofundar a compreensão dos mecanismos que produzem e mantêm a marginalidade de determinadas corporalidades. Butler propõe que a abjeção constitui não apenas a exclusão simbólica, mas a constituição ativa de determinados corpos e identidades como “fora dos limites” do reconhecível, do aceitável e do humano. Corpos e subjetividades que não correspondem às normas hegemônicas de gênero e sexualidade – como pessoas trans e travestis – são posicionados em uma zona liminar, tida como ameaçadora à ordem social, tornando-se alvo de rejeição, repulsa e exclusão institucionais e cotidianas.

Nos serviços de saúde, esses processos de abjeção assumem contornos particularmente cruéis: manifestam-se desde a recusa explícita de atendimento até atos “mais sutis” de violência simbólica, como o desrespeito ao nome social ou a patologização das identidades trans. Pessoas trans e travestis vivenciam cotidianamente essas barreiras, sendo frequentemente privadas não apenas do direito ao cuidado digno, como também do reconhecimento básico de sua humanidade e cidadania.

Os reiterados episódios de violência ao longo do curso da vida – desde a privação de acesso a direitos básicos, como à saúde e educação, até a ameaça cotidiana de agressões físicas, assassinato e abandono social – produzem um desgaste profundo da saúde física e emocional dessas pessoas, narrado como uma sensação de morte à espreita, que corrói expectativas de futuro. Em relação às experiências de envelhecimento de homens trans e transmasculinos, Repolês (2024) afirma que esse envelhecimento “é marcado por um cansaço específico, relacionado à luta contínua por reconhecimento e direitos”. Trata-se de uma fadiga que não é apenas individual, mas coletiva, fruto de um contexto social hostil, que responde

de forma violenta à existência de corporalidades, subjetividades e modos de vida que não correspondem adequadamente às normas socioculturais hegemônicas.

A abjeção, assim, transforma-se em obstáculo ao acesso equitativo à saúde integral, perpetuando trajetórias e narrativas marcadas pelo medo, pela evasão dos serviços e pela invisibilidade de necessidades específicas. Por outro lado, compreender como a abjeção opera no contexto da saúde abre caminho para pensar estratégias de enfrentamento e transformação. Reconhecer esses mecanismos representa um passo importante para modificar práticas de cuidado, tornando-as mais inclusivas e levando-as a desafiar o paradigma que perpetua práticas de exclusão.

A formação crítica de profissionais, a valorização dos saberes produzidos pelas próprias coletividades LGBTQIAPN+ (especialmente por pessoas trans, travestis e intersexo), o fortalecimento de mecanismos de controle social e o investimento em políticas públicas voltadas para a equidade são algumas estratégias para a promoção do exercício do direito à saúde.

A precarização da vida e a catalisação do envelhecimento

A análise dessas barreiras pode ser enriquecida com as contribuições de Butler (2019) ao distinguir “precariedade” de “precarização” da vida. Precariedade refere-se à vulnerabilidade fundamental da existência humana; condição compartilhada por todas as pessoas, já que dependemos de redes relacionais, institucionais, familiares e afetivas para sobrevivência e bem-estar. Entretanto, a precarização, segundo Butler, consiste em um efeito dos arranjos políticos, econômicos e sociais que tornam algumas vidas ainda mais vulneráveis e descartáveis – processo ativo e induzido por políticas, práticas e omissões específicas que produzem e perpetuam mecanismos de opressão e marginalização social.

Para essa população, a precarização materializa-se na negação histórica de direitos básicos (moradia, trabalho, saúde), cujos efeitos cumulativos fragilizam o envelhecimento e catalisam processos de adoecimento. Atingir os 60 anos torna-se, para transmasculinos, um ato de resistência frente a um sistema necropolítico que acelera a mortificação de existências dissidentes (Repolês, 2024). A necropolítica (Mbembe, 2018) revela como o Estado, por meio de políticas excludentes, determina quais corpos podem envelhecer dignamente. No caso de homens trans, violências estruturais produzem um envelhecimento prematuro – marcado não pelo tempo cronológico, mas pela erosão social induzida (Repolês, 2024).

Interseccionalidade e racismo estrutural

Para pessoas idosas negras LGBTQIAPN+, as barreiras se intensificam e complexificam, pois o racismo estrutural agrega camadas de marginalização social e violência institucional que produzem outras experiências de violação de direitos, inclusive em relação aos preconceitos de gênero e sexualidade. Essa justaposição de discriminações multiplica os impactos negativos sobre a saúde física e mental, produzindo experiências singulares de adoecimento, exclusão, mortificação social e morte. Dessa forma, a resposta do sistema de saúde precisa ser, como sinalizamos anteriormente, sensível à interseccionalidade, reconhecendo que as experiências de violência, exclusão e precarização não são homogêneas, mas pluralizadas pelas múltiplas dimensões étnico-raciais, de gênero, classe, território, deficiência, entre outras (Collins, 2017).

Barreiras multidimensionais no acesso à saúde

As barreiras profissionais se manifestam por meio da formação insuficiente em diversidade sexual e envelhecimento (Oliveira *et al.*, 2023), da perpetuação de estigmas nas relações de cuidado e da recusa explícita ou velada de atendimento – situação particularmente grave para idosos trans, não binários e aqueles que vivenciam interseccionalidades de classe, gênero e pertencimento étnico-racial. Essa negação de cuidados não representa apenas uma falha ética, mas configura violência institucional que aprofunda a precarização das vidas de pessoas LGBTQIAPN+ idosas. No plano estrutural, observa-se a fragilidade das diretrizes de proteção, muitas vezes reduzidas a políticas simbólicas sem efetividade prática, além da especial vulnerabilidade em instituições de longa permanência, nas quais são frequentes os relatos de negligência quanto à expressão de gênero (Chaves; Britto, 2021).

A interação das barreiras institucionais, epistemológicas, profissionais, estruturais e socioculturais resulta na invisibilidade e precarização da vida e do envelhecimento LGBTQIAPN+. No contexto dos serviços de saúde, fomentam o adiamento ou a evitação do cuidado e acompanhamento em saúde. Muitos deixam de buscar auxílio por medo de discriminação, por experiências prévias sucessivamente negativas ou pelo despreparo dos profissionais — tudo isso viola direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal e nos princípios do SUS. Políticas voltadas às pessoas idosas frequentemente ignoram as vivências e desafios daqueles que habitam essa etapa desde a diversidade sexual e de gênero; ao passo que políticas direcionadas à população LGBTQIAPN+ raramente incluem as questões relativas ao envelhecimento, perpetuando lacunas de diálogo, pesquisa, políticas públicas e iniciativas interseccionais. Assim, essas vidas

habitam um “não lugar” social e político, atravessado pela precarização e pela negação do direito universal à saúde e ao envelhecimento digno, contrariando a promessa constitucional de equidade e integralidade do cuidado.

Notas finais

Este capítulo apresenta um panorama crítico sobre alguns aspectos do envelhecimento de pessoas LGBTQIAPN+ no Brasil, articulando dimensões históricas, sociais e institucionais que sustentam a persistência de vulnerabilidades em sua trajetória. Ao superar leituras essencialistas do corpo, da experiência de envelhecer e da própria saúde, busca-se evidenciar que a produção de desigualdades não decorre apenas das diferenças intrínsecas dos sujeitos, mas, sobretudo, das normas, discursos e práticas que organizam o reconhecimento de quem merece envelhecer com dignidade.

Diante do avanço demográfico do país, a manutenção de perspectivas normativas — sejam elas na produção acadêmica, no desenho de políticas públicas ou na assistência cotidiana — resulta na negação sistemática de direitos e de cidadania. O texto enfatiza que o acesso à saúde para pessoas LGBTQIAPN+ idosas carece de respostas comprometidas com a pluralidade de vivências, ancoradas na escuta ativa das demandas e necessidades específicas desse grupo e na superação de silenciamentos históricos. Não há espaço para respostas universais ou para soluções de alcance unicamente declaratório; o enfrentamento das desigualdades exige reformas profundas no modelo assistencial, formação crítica de profissionais e atuação integrada com movimentos sociais. Se o envelhecimento desafia fronteiras do tempo, da norma e da expectativa social, a resposta precisa ser igualmente plural, inventiva e responsiva à complexidade e multiplicidade das trajetórias de vida.

Referências

BARBOSA, Nicolý Camilla Pugliesi; TENORIO, Nikolas Rodrigues; JÚNIOR, André Eduardo Silva. **Desafios no acesso aos serviços de saúde para a comunidade LGBTQIAPN+**: uma revisão bibliográfica. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 12, n. 3, p. 1-13, 2024.

CHAVES, Patrícia Rodrigues; BRITTO, Eloísa Cristina da Silva. Instituições de longa permanência para idosos LGBTQIA+: desafios e possibilidades. **Revista Kairós**, v. 24, n. 1, p. 353-372, 2021.

COLLINS, Patricia Hill. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória**. Parágrafo, v. 5, n. 1, p. 6-17, 2017.

COSTA, Bárbara Rodrigues; et al. Barreiras de acesso à saúde pública para população LGBTQIA+. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, p. 27-34, 2023.

DE SOUZA MENDONÇA, Sarah; BARROS, Paulo Vitor Mourão. Do protagonismo à exclusão: (in)acesso aos cuidados de saúde por pessoas idosas LGBTQIAPN+. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 34, p. 1112-1112, 2023.

DEBERT, Guita Grin. **Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice**. In: DEBERT, Guita Grin. A antropologia e a velhice – Textos Didáticos. 2. ed. Campinas: IFCH/Unicamp, 1998. p. 7-28. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 07 jun. 2025.

HENNING, Carlos Eduardo. **Corpos e sexualidades dissidentes: idosos LGBT e o direito de envelhecer**. Revista Estudos Feministas, v. 25, n. 2, p. 547-563, 2017.

NETO, João Cruz; et al. Acesso e uso dos sistemas de saúde pela população LGBTQIAPN+ sob a ótica do cuidado biopsicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 149-167, 2023.

OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes; et al. Vulnerabilidade programática sob a perspectiva de profissionais e pessoas idosas LGBTQIA+: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, p. e9073, 2024.

PUGH, S. **The forgotten: a community without a generation – older lesbians and gay men**. In: RICHARDSON, D.; SEIDMAN, S. (Orgs.). Handbook of lesbian and gay studies. London: Sage, 2002. p. 161-181.

Capítulo 4

Envelhecer sendo negra e mulher no Brasil: interfaces com o sistema de saúde

*Celia Maria Francisco
Renata Laszlo Torres*

A mulher negra idosa é exposta à interseccionalidade de raça, gênero, geração e classe social. A invisibilidade desse grupo populacional provém de um processo histórico, que os afrodescendentes carregam até os dias atuais, com impactos no contexto social, ambiental, político e econômico.

As vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres atingem as questões biológicas, sociais e programáticas, com consequências nas condições de vida, no acesso e na qualidade de atendimento nos serviços de saúde.

Associa-se à transversalidade dos diversos tipos de violência – psicológica, física, institucional, obstétrica e financeira. As mulheres negras idosas carregam traços do racismo estrutural e institucional, com consequências nos preconceitos, estigmas, na discriminação, além dos estereótipos relacionados ao idadismo (Oliveira; Kubiak, 2019; Barbosa; Silva; Sousa; 2021).

Ser mulher negra, afro-brasileira e pertencente a uma diáspora representa um contexto histórico de luta, com marcas profundas que persistem até hoje, considerando que a identidade e cultura dos povos africanos foram reprimidas, impondo à população negra a assimilação da cultura europeia.

Com isso, pode-se afirmar que o racismo estrutural no Brasil possui heranças coloniais, que colocaram os negros como subalternos, à margem das decisões e dos papéis sociais privilegiados, configurando-se como uma engrenagem potente, invisível e que perpetua desigualdades. Essa construção histórica tem impactos nas diversas esferas sociais, em políticas públicas e nas relações sociais cotidianas (Almeida, 2019).

Um exemplo refere-se ao corpo da mulher negra, que desde o período colonial foi objetificado e hipersexualizado, tanto para justificar a exploração econômica quanto para legitimar abusos sexuais, visto que as mulheres negras provindas do continente africano exerciam trabalho escravizado, que incluía “serviços sexuais”. Esse estereótipo do corpo negro como disponível, resistente à dor e sexualizado persiste até os dias atuais e influencia no cuidado à saúde das pacientes negras e na forma como são vistas (Oliveira; Kubiak, 2019).

Há que se considerar, a partir dessa breve análise histórica, a interseccionalidade que atravessa esse grupo social a partir de uma análise de geração, gênero, raça e classe social, fatores que impactam em diferenças no poder social, no acesso a bens e serviços, na qualidade de atendimentos e, por fim, na vulnerabilidade à violência.

O envelhecimento é um processo contínuo que ocorre a partir do nascimento e passa pelos diversos ciclos de vida. Apesar de ser fisiologicamente natural, não ocorre igualmente entre os diferentes grupos sociais, estando intimamente relacionado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Apesar de este ser um processo natural, a sociedade não está preparada para envelhecer (Kalache *et al.*, 2023). Deve-se a isso o estigma da velhice, o medo das limitações físicas, da perda de autonomia, da perda do poder decisório e do status social, quando levamos em conta o estereótipo de que a pessoa idosa é dependente e já não traz contribuições para a sociedade.

Ao longo do processo de envelhecimento, passamos pela infância, adolescência, fase adulta e velhice, que são os ciclos de vida. À relação entre os diversos ciclos de vida dá-se o nome de intergeracionalidade. Nesse contexto, prevalece o poder social do adulto sobre a pessoa idosa, repercutindo na invisibilidade e no idadismo (Kalache *et al.*, 2023). O idadismo refere-se à discriminação e preconceito em relação à idade, especialmente contra pessoas idosas. Espera-se que esses indivíduos sejam improdutivos, frágeis, inativos, com funcionalidade cognitiva e física prejudicadas, sem autonomia para tomar decisões, apenas esperando a sua finitude (WHO, 2021).

Outro marcador social relaciona-se às questões de gênero, que estabelece os papéis esperados para homens e mulheres na sociedade, bem como suas relações. O homem é reconhecido como aquele que detém o poder, responsável pelo sustento do lar, provedor, forte e emocionalmente inabalável, enquanto a mulher ainda carrega o estereótipo de sexo frágil, submissa emocionalmente e financeiramente.

Mudanças vêm acontecendo e novos papéis vêm sendo atribuídos. As mulheres conquistaram independência, atuando no mercado de trabalho e contribuindo parcialmente ou totalmente para o sustento de sua família. Porém, os dados ainda mostram que são os homens que apresentam melhor posição no mercado de trabalho, melhores cargos e renda (Hirata, 2014).

A diferença de poder e dos papéis entre homens e mulheres na sociedade faz com que elas estejam muito mais propensas a sofrer violência de todos os tipos (Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

Outro divisor de poder na sociedade é a raça. Historicamente e culturalmente existem divisões entre raças privilegiadas e excluídas, sendo que os brancos ocupam um lugar hierarquicamente superior aos demais, especialmente sobre os negros.

Reforçando, até hoje convivemos com a desigualdade racial, que é segregadora, principalmente entre pessoas autodeclaradas brancas e pretas, com graves consequências na desigualdade social e no acesso a bens e serviços (Oliveira; Kubiak, 2019).

A cor autodeclarada branca aparece com melhores indicadores de trabalho, renda, moradia, condições de saúde e acesso à saúde. Enquanto a população negra permanece com indicadores de baixa renda, baixa escolaridade, informalidade no mercado de trabalho e sem acesso à aposentadoria plena, barreiras socioeconômicas que determinam a diferença em seu processo saúde-doença.

Os indicadores de saúde são piores entre as mulheres negras, com pior desfecho entre as pessoas idosas. Nota-se que o racismo constitui um sistema de produção e manutenção de desigualdades, indo muito além dos preconceitos nas relações interpessoais (Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

Quando consideramos a interseccionalidade entre os marcadores sociais, estes se somam e determinam as experiências de grupos e pessoas, reproduzindo e naturalizando as opressões e desigualdades. Esses marcadores sociais se reforçam, levando a questões graves de saúde pública, especialmente para as mulheres negras idosas periféricas (Barbosa *et al.*, 2024).

Necessário se faz considerar o papel subalternizado da mulher em nossa sociedade, potencializado na negritude; a divisão racial do trabalho que confere à população negra renda e ocupação majoritariamente inferiores às das pessoas não negras; e a superlativação destas opressões quando chega o envelhecimento e o consequente etarismo (Barbosa *et al.*, 2024, p. 04).

Essas pessoas vivenciam o envelhecimento de forma muito diferente da dos brancos, apresentando menores oportunidades, desprovidas de infraestrutura urbana, com acesso à educação, à saúde e a bens materiais prejudicados (Kalache *et al.*, 2023).

Há que se questionar o porquê de muitas pessoas não conseguirem envelhecer e muitos grupos sociais territorializados ou não, não chegarem aos 60. De questionar o porquê das velhices brancas, de classe alta, terem direito a cuidado (via de regra prestado por mulheres negras) e a uma velhice sem dores e as demais sobrevivem sem direitos e com profundas dores físicas e sociais. Como fazer a reparação e a reconstrução histórica dos envelhecimentos e das velhices que se constituem e se constituíram sob múltiplas discriminações? (Kalache *et al.*, 2023, p. 02).

As mulheres em situação de pobreza, negras e idosas estão à margem da justiça social, tendo prejuízos importantes nas condições de moradia, trabalho, saúde, saneamento básico e serviços essenciais (Barbosa; Silva; Sousa, 2021) – previstos na Constituição Federal de 1988 e nos princípios de dignidade e de direitos humanos.

Há que se considerar que o corpo da mulher negra idosa carrega marcas de uma vida inteira de discriminação e desigualdades. O racismo estrutural e o racismo institucional, que acarretam a falta de acesso aos serviços de saúde, além de alimentação inadequada, ausência de lazer e sedentarismo, impactam diretamente nos sistemas fisiológicos.

Essas diversas formas de marginalização no acesso geram um acúmulo de agravos à saúde, com enfoque nas doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade, além de maior risco de limitações funcionais e síndromes geriátricas (Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

As mulheres negras apresentam piores indicadores de inserção no mercado de trabalho, enfrentando maior informalidade, menor remuneração, menor acesso à previdência e à proteção social. Com toda essa carga acumulada, há múltiplos impactos na saúde física e mental, desencadeando doenças relacionadas ao estresse, à sobrecarga e à violação de direitos (Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

Vivem majoritariamente nas periferias urbanas e em locais com infraestrutura, transporte, saneamento e equipamentos de saúde e educação precários, o que são DSS essenciais, que ocorrem de forma desigual e racializada. Trata-se de racismo ambiental que está relacionado a uma distribuição territorial desigual, expondo essa população a diversos riscos. Essa escassez no local de moradia, no território onde a vida se dá, representa uma sobrecarga para a saúde (Barbosa et al., 2024).

Sob o olhar da Saúde Coletiva, esses dados não devem ser vistos como exceções ou coincidências, mas como expressões de uma estrutural racial da sociedade brasileira (Barbosa et al., 2024).

Os impactos do racismo estrutural e institucional estão claros no modo como o cuidado em saúde ocorre diferentemente entre brancos e negros, apesar de vivermos um mito de democracia racial, que traz a falsa ideia de que experienciamos uma igualdade entre as raças (Barbosa et al., 2024).

Ainda que as mulheres negras idosas relatem que já sofreram violência obstétrica, discriminação e violência institucional, permanece um cenário invisibilizado e velado, no qual o subdiagnóstico de doenças em mulheres negras é uma realidade, resultado de uma prática clínica cercada por estigmas raciais, pouco ou nada discutidos na formação e capacitação do profissional de saúde, que minimiza ou desconsidera queixas e sintomas apresentados por essa população (Oliveira; Kubiak, 2019).

Essas mulheres relatam, por exemplo, falta de acolhimento ou constrangimento em serviços de ginecologia, o que contribui para atraso no diagnóstico de câncer

de colo do útero e mama, levando ao diagnóstico tardio e a pior prognóstico (Oliveira; Kubiak, 2019; Barbosa; Silva; Sousa, 2021).

Outro ponto relevante refere-se à saúde mental da mulher idosa negra, devido ao já citado acúmulo de experiências de discriminação racial, solidão, exclusão social e dificuldades econômicas e de acesso a serviços essenciais, que foram se somando ao longo de toda a vida, podendo desencadear depressão, ansiedade e outros transtornos negligenciados por barreiras de acesso adequado e de qualidade (Barbosa *et al.*, 2024).

O racismo deve ser entendido como um estressor psicossocial crônico, cujos efeitos são mensuráveis no organismo (Geronimus, 2006). A exposição repetida e prolongada ao racismo ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal constantemente. Isso leva a um problema de regulação do estresse, apresentando produção excessiva de cortisol e outras substâncias inflamatórias, que, por tempo prolongado, geram aumento da pressão arterial, maior risco de diabetes tipo 2, alterações imunológicas e aceleração do envelhecimento celular.

Esse processo é conhecido como intemperismo biológico (Geronimus, 2006) e significa que, devido ao acúmulo dos efeitos prejudiciais do racismo ao longo da vida, o corpo de pessoas negras envelhece mais rápido.

O conceito de racismo biológico refere-se à forma como o racismo estrutural afeta o corpo por meio de desgastes e adoecimentos (Geronimus, 2006), evidenciando como o racismo estrutural e institucional impactam na biologia dos corpos racializados, especialmente os corpos negros.

Em mulheres negras idosas, esse fenômeno se traduz em marcas no funcionamento fisiológico, provocando o envelhecimento precoce do organismo e aumento da mortalidade por causas evitáveis, relacionados à vivência contínua de discriminação racial.

O racismo biológico se expressa como um corpo que carrega décadas de sobrecarga emocional, física e social (Geronimus, 2006), sem o devido acesso à saúde, ao descanso e ao cuidado. Isso se reflete em menor expectativa de vida das mulheres negras em comparação com mulheres brancas, menor acesso a diagnósticos precoces e tratamentos adequados e invisibilidade nas políticas de saúde para a pessoa idosa.

O racismo também pode influenciar na expressão gênica (Geronimus, 2006), considerando que a exposição a ambientes de discriminação, pobreza e insegurança afeta o sistema endócrino e imunológico, além de potencializar o risco de doenças crônicas e transtornos psiquiátricos. Essas alterações não apenas afetam a pessoa diretamente exposta, como podem ser transmitidas entre gerações, demonstrando a profundidade das marcas biológicas do racismo.

As mulheres negras enfrentam vulnerabilidades biológicas que estão intimamente relacionadas às condições sociais e raciais. Além de ser um processo biológico, envelhecer, para essa população, é um ato político, visto que a mulher negra envelhece em um contexto crônico de exploração, silenciamento e negligência, o que faz da velhice, para muitas, não apenas um período de vulnerabilidade extrema, como também de resistência (Barbosa *et al.*, 2024).

Reconhecer o racismo biológico como fator de risco para a saúde é um ato político e ético. É necessário romper com a neutralidade do discurso biomédico e enfrentar as raízes sociais do adoecimento da população negra, desde o período de formação, passando por educação permanente nos serviços de saúde, trazendo à tona discussões aprofundadas sobre as especificidades dessa população.

As mulheres negras idosas vivenciam a vulnerabilidade programática, externada nas desigualdades no acesso aos serviços de saúde, inequidades e falta de qualidade de atendimento, gerando desfechos negativos e até mesmo letais em saúde.

Essa afirmação é reforçada nos resultados em saúde, nos quais mulheres negras apresentam maior dificuldade no agendamento de consultas, recebem menos acolhimento nos atendimentos médicos, recebem menos anestesia em procedimentos dolorosos e são as principais vítimas de violência obstétrica (Oliveira; Kubiak, 2019).

A baixa oferta de serviços humanizados, a falta de profissionais com formação adequada, preparados para o atendimento à mulher negra idosa, dentro de uma perspectiva antirracista e anti-idadista, além do distanciamento entre os saberes médicos e os saberes populares e ancestrais, podem gerar afastamento em relação ao cuidado nos serviços de saúde, muitas vezes visto como desumano e ineficiente, distante das necessidades em saúde reais (Oliveira; Kubiak, 2019).

O histórico de maus-tratos e discriminação, com sintomas subestimados ou menor atenção clínica pelos profissionais, gera afastamento e resistência ao uso dos serviços de saúde, sendo pior com o envelhecimento e as diversas experiências negativas acumuladas ao longo da vida (Oliveira; Kubiak, 2019).

Faz-se necessário o questionamento do quanto os princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, bem como a oferta de atenção humanizada estão presentes no atendimento e nos serviços de saúde, considerando as graves consequências do racismo institucional e do idadismo no acesso e no cuidado de saúde dessas mulheres.

Por causa da estigmatização, corpos envelhecidos e racializados são vistos como sem desejo, sem voz e sem valor, o que acarreta falta de acolhimento e de escuta qualificada, impactando na marginalização dos corpos velhos, negros e femininos.

Outra barreira de acesso importante é a digitalização de serviços e agendamentos, impactando no acesso ou na orientação adequada a essa população, o que acaba por afastar ainda mais esse grupo de seus direitos.

Apesar de a Constituição Federal de 1988 garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988), para mulheres negras, especialmente as idosas, existem diversas barreiras de acesso que se sobrepõem e se potencializam, provocando distanciamento dos cuidados em saúde formais.

A exclusão social dessa parcela da população traz invisibilidade, impactando na formulação das políticas de saúde (Barbosa *et al.*, 2024), como as relacionadas à saúde mental, ginecológica, envelhecimento precoce e maior propensão às condições crônicas. Ainda, a falta de recorte étnico-racial e geracional e a escassez de informações com recorte por raça, gênero e idade dificultam a abordagem das especificidades dessa população.

É necessário que a saúde pública acolha a trajetória de vida dessas mulheres com escuta qualificada, oferecendo cuidados integrais e interdisciplinares, com o intuito de enfrentar os estigmas que ainda permeiam os corpos negros envelhecidos, com estratégias de cuidado que reconheçam o racismo como DSS.

Políticas públicas devem ser elaboradas com a intencionalidade interseccional e antirracista, reconhecendo as mulheres negras como sujeitos políticos, considerando que o corpo da mulher negra idosa é um território de resistência, dor e invisibilidade.

Apesar dos inúmeros desafios, há que se considerar que as políticas públicas estão caminhando para a inclusão de pautas antirracistas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde, que reconhece a especificidade das necessidades de saúde de diferentes grupos, incluindo os idosos negros, mas ainda de forma incipiente.

Apesar de abordar questões como racismo institucional, anemia falciforme, doenças crônicas e acesso ao SUS, não há um recorte claro acerca da população idosa negra nem a aplicação de forma robusta do conceito de interseccionalidade.

Para que a PNSIPN contemple as pessoas idosas negras de forma mais eficaz são necessárias algumas medidas, como: inclusão dessa população como grupo prioritário; fortalecimento da coleta de dados étnico-raciais por faixa etária; ampliação da formação antirracista dos profissionais de saúde, com enfoque na população idosa; integração com políticas de envelhecimento ativo e combate à violência contra a pessoa idosa negra e, especificamente, a mulher idosa negra.

Referências

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, S. S.; OLIVEIRA, R. G. de. Vulnerabilidades mediando o encontro do cuidado em saúde: por uma agência interseccional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, e04352024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04352024>. Acesso em: 21 mai. 2025.

BARBOSA, R. R. da S.; SILVA, C. S. da; SOUSA, A. A. P. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p.353- 363, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77967>. Acesso em: 21 mai. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mai. 2009.

GERONIMUS, A. T. Understanding and eliminating racial inequalities in women's health in the United States: the role of the weathering conceptual framework. **Journal of the American Medical Women's Association**, v. 56, n. 4, p. 133–136, 2006.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>. Acesso em: 21 mai. 2025.

KALACHE, A. *et al.* Envelhecimento, velhices e interseccionalidades. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, e230249, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230249.pt>. Acesso em: 21 mai. 2025.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 939-948, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300939&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 mai. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on ageism**. Geneva: WHO, 2021.

Capítulo 5

Violências contra a pessoa idosa: análise dos dados do Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo

*Mariana Ferreira Marques
Nicole Schena de Oliveira
Cintia Leci Rodrigues
Maria Elisa Gonzalez Manso*

Como já comentado em outros capítulos, a violência contra a pessoa idosa é considerada como “[...] uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança” (INPEA, 2010).

Dados recentes e fidedignos da violência que ocorre contra a pessoa idosa na América Latina e no Caribe são dificilmente encontrados, o que faz supor que haja importante subnotificação. As divergências entre os diversos países na definição do quando se considera uma pessoa como idosa também não auxiliam na consecução de dados (Manso; Lopes, 2018).

Para o Brasil, especificamente, há numerosas fontes de dados sobre o tema. Uma dessas fontes, no que se refere somente aos casos de violência atendidos em serviços de saúde no município de São Paulo, é o Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) da Secretaria Municipal de Saúde paulistana. Trata-se de instrumento de monitoramento de casos de violência e acidentes, usado por profissionais em hospitais, prontos-socorros e serviços ambulatoriais, tanto públicos quanto privados, e que reúne as notificações de casos suspeitos ou confirmados pelos atendidos. Como todo sistema de dados, apresenta problemas, principalmente aqueles referentes à subnotificação e aos erros de preenchimento (PMSP, 2018).

Apesar dos problemas e de não ser um sistema específico para a notificação de violência contra a pessoa idosa, o SIVVA traz dados que permitem um retrato desse fenômeno no município. A fim de aprofundar o conhecimento sobre o tema na cidade, foram analisadas as notificações realizadas entre os anos de 2015 e

2022. Coletaram-se as seguintes variáveis: tipo de violência, local de ocorrência, violência por sexo, uso de objetos, presença ou ausência de deficiência e faixa etária.

No total, foram analisadas 15.149 notificações de violência contra a pessoa idosa ocorridas no período de 2015 a 2022. Observou-se que, ao longo dos anos, o número de notificações foi crescendo consideravelmente, fato que pode ser atribuído tanto ao maior conhecimento sobre a obrigatoriedade da notificação quanto a uma maior conscientização dos profissionais de saúde sobre o fenômeno da violência contra a pessoa idosa.

O maior percentual de notificações relacionou-se a pessoas na faixa etária entre 60 e 64 anos em todos os anos analisados; porém, a média de idade das vítimas variou entre 69 e 71 anos. Esse dado pode indicar que, embora os registros sejam mais frequentes entre os idosos mais jovens, há uma presença significativa de casos em faixas etárias mais avançadas, o que eleva a média. Além disso, a literatura aponta que a vítima de violência intrafamiliar no Brasil é predominantemente uma mulher com 75 anos ou mais (Morilla; Manso, 2021), o que sugere que os casos mais graves ou persistentes podem ocorrer em idades mais avançadas, ainda que menos notificados. Isso reforça a hipótese de subnotificação entre os idosos mais velhos e destaca a importância de considerar diferentes fontes e metodologias para compreender plenamente o fenômeno.

Em todas as notificações analisadas, nota-se que o sexo feminino é o mais vitimado, havendo aumento progressivo, ano a ano, de vítimas mulheres. A literatura destaca a inter-relação entre a violência contra a pessoa idosa e a violência de gênero. Sabe-se que a mesma construção cultural que ocasiona a violência de gênero gera a violência contra a pessoa idosa, sendo que a idosa pode ter sido vítima de abusos desde a juventude. Sabe-se que, durante o processo de envelhecimento, os maus-tratos entre os casais mudam da violência sexual para abusos psicológicos e econômicos (Manso; Lopes, 2020).

A respeito da violência sexual, observa-se que é a menos notificada entre os tipos de agressão contra pessoas idosas no SIVVA. Esse fato pode tanto ser atribuído à relutância das pessoas idosas em relatar experiências de violência sexual por sentimento de vergonha e/ou pelo tabu que envolve o assunto (Ferreira; Menezes, 2022), quanto a uma anamnese inadequada realizada pelos profissionais de saúde devido a estereótipos relacionados ao sexo no envelhecimento. Frequentemente, médicos e outros profissionais não abordam o tema de maneira direta durante as consultas, deixando de perguntar sobre possíveis abusos sexuais. Essa omissão pode ocorrer devido ao desconforto em tratar de temas delicados ou à percepção equivocada de que o tópico não é relevante para a pessoa idosa. A falta de questionamento explícito dificulta ainda mais a identificação e o registro

de casos de violência sexual (Almeida; Ribeiro, 2023).

Os tipos de violência mais prevalentes e que causaram procura aos serviços de saúde, de acordo com o SIVVA, foram as violências física, psicológica e negligência/abandono em todos os anos, porém com uma mudança na distribuição: os percentuais de violência física e psicológica foram diminuindo, enquanto negligência e abandono aumentaram. Nota-se ainda uma sobreposição de tipos de violência em algumas notificações, o que mostra que uma mesma pessoa idosa atendida em um serviço de saúde apresentou mais de um tipo de abuso. O local onde ocorreu o maior número de abusos notificados foi o domicílio.

A violência contra a pessoa idosa é predominantemente intradomiciliar, sendo, portanto, caracterizada como violência intrafamiliar. Isso advém do fato de a pessoa idosa ter uma relação de dependência e confiança estabelecida com seu agressor, que muitas vezes é um familiar. Em casa, a pessoa idosa encontra-se em uma posição de maior vulnerabilidade e com menos recursos para se proteger (Oliveira *et al.*, 2023).

Dados de literatura demonstram que, no país, o local de maior ocorrência dos casos é a própria casa da vítima, sendo comum mais de um tipo de violação. Entre os tipos de violência contra a pessoa idosa mais comuns estão: negligência; violência psicológica; abuso financeiro; e violência física. Ao longo do tempo, a literatura ressalta a diminuição de casos de violência física entre as pessoas idosas, porém com incremento importante no abandono, negligência, violência psicológica e violência econômica (Morilla; Manso, 2021; Manso; Lopes, 2020), como o observado no SIVVA.

Deve-se ressaltar que a predominância de violência física no SIVVA advém do fato de esse tipo ser facilmente reconhecido como um abuso e frequentemente necessitar de atenção médica – daí ser o mais notificado, o que não significa que seja o mais frequentemente encontrado na sociedade.

Entre as violências físicas, as notificações permitem a análise do objeto causador da violência em si ou da ameaça. Evidencia-se que a maioria das ocorrências esteve relacionada a objetos perfurocortantes: facas, estiletes e garfos. Esses casos são particularmente visíveis, porque os ferimentos resultantes geralmente requerem atendimento médico imediato, o que leva à notificação compulsória aos órgãos competentes. Por outro lado, formas menos evidentes de violência, como a negligência financeira, são mais difíceis de identificar e denunciar (Silva; Pereira, 2022).

Analisando-se os dados do SIVVA, observa-se que em 50% das notificações há referência a uma deficiência ou transtorno por parte da vítima, sendo a deficiência visual a mais citada nesse tipo de registro. A literatura ressalta o quanto a violência

contra a pessoa idosa encontra-se associada à presença de perda de autonomia e de independência. Porém, as deficiências mais frequentemente citadas estão relacionadas ao estado de saúde mental: cognição e humor. Como o próprio processo de envelhecimento ocasiona perda visual, este achado nas notificações pode estar relacionado a essa questão (Manso; Lopes, 2020).

Deve-se ressaltar ainda que, como destacado pela literatura e aqui encontrado, o sexo feminino é o mais afetado pela violência contra a pessoa idosa. Esse dado reflete a persistência de estereótipos e preconceitos relacionados ao gênero, que historicamente veem a mulher como o “sexo mais frágil” e, portanto, mais suscetível a diferentes formas de violência, inclusive na velhice. Essa visão estereotipada perpetua comportamentos abusivos e normaliza a violência contra mulheres idosas, reforçando dinâmicas de poder desiguais entre os gêneros. Tendo-se em conta que as mulheres apresentam maior expectativa de vida, porém com mais problemas de saúde, nota-se um importante incremento de situações de vulnerabilidade que podem gerar violência (Costa; Souza, 2021).

Outrossim, destaca-se a negligência no preenchimento das notificações. O fato de os profissionais de saúde não preencherem corretamente os dados faz com que políticas públicas mais efetivas não possam ser efetuadas ou avaliadas, causando sérios prejuízos à população. Essa lacuna evidencia a necessidade de melhor qualificação dos profissionais de saúde no preenchimento dessas fichas, com uma compreensão clara das definições e classificações de cada tipo de violência. Tal preparo é fundamental para garantir que cada caso seja documentado de forma adequada, permitindo intervenções mais eficazes e personalizadas para proteger e atender melhor não só as pessoas idosas, mas todas as vítimas de violência.

Contudo, é importante ressaltar que as notificações de violência contra a pessoa idosa, especialmente aquelas realizadas em serviços de saúde, representam apenas uma parte da realidade: aquela que necessita de intervenção desses profissionais. Considerando que as violências psíquicas, financeiras e econômicas sequer chegam ao conhecimento dos profissionais de saúde, as notificações apenas refletem a realidade captada pelo sistema de saúde, mas não necessariamente correspondem à totalidade dos casos existentes na sociedade.

Em relação às limitações da pesquisa, destaca-se o uso de dados secundários no sistema de informação e o preenchimento inapropriado das notificações realizado pelos profissionais de saúde e atendentes desse sistema de registro de dados. Em relação às contribuições da pesquisa, destaca-se a possibilidade de uso como fonte para pesquisas futuras, caracterizando-se como um aprofundamento das naturezas dos diferentes tipos de violência contra a pessoa idosa. Além disso, a pesquisa contribui como crítica aos preenchimentos inadequados dos dados, já

que essas ações dificultam o estudo sobre o tema e o estabelecimento de ações interventivas que contribuam para a diminuição da violência presente no cenário atual.

Referências

ALMEIDA, R.; RIBEIRO, F. Subnotificação de violência sexual contra idosos: barreiras e desafios na prática médica. **Revista de Saúde Pública**. v.57, p.45-52, 2023.

COSTA, P.; SOUZA, T. Feminização da velhice e vulnerabilidade social: um estudo sobre violência contra mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.24, n.3, p.229-37, 2021.

FERREIRA, J.; MENEZES, L. Violência sexual contra idosos: um tabu silencioso. **Cadernos de Saúde Pública**. v.38, n.2, 2022.

MANSO, M. E. G.; LOPES, R. G. C. Violência contra a mulher idosa: estado da arte. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.23, n.4, p. 65-80, 2020.

MORILLA, J. L.; MANSO, M. E. G. A violência contra a mulher idosa no Brasil e os fatores relacionados ao tema: uma revisão integrativa. **Vitalle – Revista de Ciências da Saúde**. v. 33, n. 2, p.66-82, 2021.

OLIVEIRA, C. *et al.* A violência contra idosos no ambiente domiciliar: fatores de risco e prevenção. **Revista de Saúde Coletiva**. v.33, n.4, p.295-308, 2023.

PMSP. Prefeitura do Município de São Paulo. **Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes**. 2018. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/tabnet/doencas_e_agrivos/violencias_e_acidentes/12819. Acesso em: 25 ago. 2025.

SILVA, H.; PEREIRA, R. Instrumentos perfurocortantes e a violência contra idosos: um estudo epidemiológico. **Revista de Enfermagem Estado São Paulo**. v.56, n.5, p.142, 2022.

Capítulo 6

Idadismo, ageísmo e gerontofobia: diversas faces para a mesma moeda

Maria Elisa Gonzalez Manso

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, mera fase da vida. Pode ser entendido como uma tecitura formada por aspectos biopsicossociais que se entrelaçam e encadeiam, e é fortemente marcado pelos determinantes socio-culturais de idade, geração, gênero, raça/etnia e inserção social. A velhice, porém, é frequentemente vista de forma negativa. Essa visão negativa sobre o envelhecimento é denominada ageísmo, conceito introduzido por Butler (1969), gerontólogo, no artigo *Age-ism: another form of bigotry*.

Ageísmo traduz o preconceito etário contra a pessoa idosa que se estabelece por meio de três dimensões inter-relacionadas (estereótipos, preconceito e discriminação), três manifestações (institucional, interpessoal e autodirigido) e duas formas de expressão (explícita e implícita). Além disso, interage com outros preconceitos, tais como: sexismo (principalmente quanto à aparência física feminina), racismo e capacitismo (ao assumir que a deficiência é sinônimo de envelhecimento). Por meio dele, o grupo etário denominado pessoa idosa é tido como homogêneo e relacionado a traços negativos, levando a comportamentos depreciativos ou de piedade e/ou a atitudes discriminatórias (Manso; Gobbo, 2023).

Como dito, o ageísmo nasce de três dimensões inter-relacionadas em cuja base encontram-se os estereótipos: crenças preconcebidas sobre os atributos e características e/ou papéis sociais que são atribuídos por outrem a um dado grupo social. Nada mais são do que interpretações culturalmente construídas que se mantêm no senso comum por meio de códigos, tradições e posições sociais, reproduzindo-se e estabelecendo uma visão sobre os outros (Manso; Gobbo, 2023).

Essa visão, dada por meio das já mencionadas crenças pré-formadas, coletivamente compartilhadas e que independem do que é observado no mundo real, leva a categorizações e estigmatizações de grupamentos humanos com base em atributos, características ou traços que são a eles imputados, mediante critérios tais como idade, gênero, orientação sexual, filiação religiosa, entre outros. A partir dos estereótipos, nem sempre negativos, estabelecem-se generalizações simplificadas que levam à distinção de grupos sociais, que são, desta maneira, homogeneizados. Tais crenças, nascidas, difundidas e reproduzidas na cultura, influenciam condutas e comportamentos (Moscovici, 2009).



Existem várias classificações de estereótipos, mas, para este capítulo, interessa a definição de heteroestereótipos, bem como a diferenciação entre implícito e explícito. Os heteroestereótipos referem-se às crenças ou percepções que um grupo tem sobre outro grupo externo a ele. Já os estereótipos explícitos são crenças expressas abertamente, em contraste com os estereótipos implícitos, que são ativados automaticamente e muitas vezes operam fora da consciência. Os estereótipos explícitos podem ser medidos por meio de autorrelatos ou questionamentos diretos.

Estereótipos podem ainda ser classificados em negativos e positivos, sendo que estes últimos se referem a uma crença subjetivamente favorável mantida sobre um grupo social, enquanto os primeiros são crenças desfavoráveis. Ambos estão na base do desenvolvimento do preconceito, sendo considerados seu componente cognitivo (WHO, 2021).

Preconceito, por sua vez, é uma atitude ou sentimento desenvolvido com base em estereótipos. Assim, o componente cognitivo (estereótipo) é associado a um juízo de valor e a um sentimento, que pode ser positivo ou negativo. Dessa maneira, pode haver uma atitude positiva (preconceito positivo), como considerar que todos os membros de um determinado grupo social são inteligentes, ou negativa (preconceito negativo), como acreditar que todos os membros de um determinado grupo são preguiçosos (WHO, 2021).

Já a discriminação é o preconceito traduzido em ato, em conduta. É um comportamento que envolve ações que tratam indivíduos ou grupos de forma desigual, sendo a manifestação prática do preconceito (WHO, 2021).

Portanto, os estereótipos são a base para o desenvolvimento do preconceito, e o preconceito, por sua vez, leva à discriminação – ação que resulta da atitude preconceituosa, que é, por sua vez, influenciada pelos estereótipos.

Esses três componentes – estereótipos, preconceito e discriminação – exteriorizam-se por meio de normas sociais, atitudes e práticas. Tais representações adquirem vida própria nas coletividades ao se reproduzirem, se extinguirem ou dar origem a novas, sempre influenciando comportamentos individuais e/ou coletivos.

Portanto, estereótipos sobre pessoas idosas são crenças simplificadas e generalizadas sobre essa faixa etária, que podem ser positivos ou negativos, sendo, estes últimos, a base para o preconceito negativo e a discriminação deste grupo etário, gênese do ageísmo.

Há consenso na literatura de que existe uma cultura hegemônica na América Latina sobre o envelhecer, permeada por atitudes culturais de desprezo,



associando a pessoa idosa a doenças, improdutividade, pobreza, fragilidade e perda de autonomia. Há ainda, nessa região geográfica que inclui o Brasil, inúmeras desigualdades no acesso das pessoas idosas à fruição de seus direitos fundamentais como pessoas dignas, o que propicia um mau envelhecimento, com vulnerabilização desse segmento etário e mais adoecimento (Manso; Mello; Lopes, 2024; Manso *et al.*, 2024).

Isto posto, os estereótipos negativos que permeiam os países da região nada mais seriam do que reflexo das condições estruturais que permeiam o envelhecer nessas localidades, que fazem com que grupos de pessoas idosas tenham uma velhice indigna, privada de direitos. O mau envelhecimento leva a mais adoecimento, à vulnerabilização e à pobreza, o que mantém os estereótipos negativos em circulação nessas sociedades, resultando em elevado grau de ageísmo.

Por consequência, os estereótipos etários e o ageísmo ampliam e reproduzem iniquidades estruturais que levam à exclusão, mantendo e naturalizando o envelhecimento como algo que não deve ser desejado – algo justificado por crenças de comportamentos atribuídos às pessoas idosas.

Considerado como violência simbólica, o ageísmo na América Latina é ancorado em representações da velhice como improdutiva, dependente e infantilizada. Atualmente, além do mais, há a construção de um novo discurso, no qual as pessoas idosas devem manter-se jovens, isto é, reforça-se a visão de que ser uma “pessoa idosa jovem” trará felicidade, sem considerar o que é o envelhecer em países com elevada violência estrutural e imensas desigualdades. Transforma-se, assim, a idade em um bem de consumo: “o antienvelhecimento”, o que acentua e perpetua a velhice como algo indesejado (Manso; Gobbo, 2023).

Mas o ageísmo não é exclusivo da América Latina ou de países de baixa renda e com número pouco expressivo de pessoas idosas. Pesquisa realizada com moradores da Itália, um dos países mais envelhecidos do mundo, a fim de identificar estereótipos ageístas, encontrou ansiedade em relação ao envelhecimento, principalmente entre as mulheres, relacionada às marcas visíveis do envelhecer, tais como as mudanças corporais (Donizzetti, 2019). Outro estudo, realizado no Brasil, verificou que o envelhecer é tido, majoritariamente pela população, como um período de adoecimento e dependência e, portanto, indesejado (SBGG, 2018).

Como mencionado, o ageísmo manifesta-se como institucional, interpessoal e autodirigido. O primeiro ponto trata das leis, políticas, regras e normas, explícitas e/ou implícitas, que prejudicam a pessoa idosa e que permeiam a sociedade e suas instituições. O segundo surge nas relações interpessoais, caracterizado pelo desrespeito e por ferir a dignidade e os direitos das pessoas desse segmento

etário. Por sua vez, o último trata da internalização do preconceito pela própria pessoa. Essa terceira categoria é conhecida como “ageísmo internalizado” (Reis; Manso, 2025).

O ageísmo, enquanto violência simbólica, não se manifesta diretamente na forma de agressão física ou violência explícita, mas por meio de sistemas simbólicos que impõem uma ordem e hierarquia social. Como consequência desses fenômenos, os indivíduos passam por um processo de sujeição subjetiva, internalizando as normas, crenças e valores impostos pela sociedade, e passam a agir de acordo com essas estruturas, sem questioná-las.

Esse processo é denominado como internalização da violência e faz com que as pessoas se envergonhem e não queiram ser idosas. Estudos demonstram que o ageísmo internalizado relaciona-se à autoavaliação negativa em saúde, aumento de doenças coronarianas e pulmonares, deterioração da saúde autopercebida e maior ansiedade entre pessoas idosas.

Já o ageísmo institucional ocorre em todas as esferas da convivência social, diminuindo as oportunidades de emprego, de uso das tecnologias, além de ser frequente nas áreas da saúde, educação e setor financeiro, colocando obstáculos ao acesso a direitos e serviços.

No Brasil, ressalta-se a forma como as mídias tratam da pessoa idosa. Esse indivíduo é mostrado, com frequência, como dependente, incapaz, infantilizado, teimoso, pouco afeito às tecnologias e às mudanças sociais, sem analisar as questões sociais e culturais que permeiam o envelhecer no país. Tal comportamento externalizou-se sobremaneira quando da pandemia da covid-19 (Manso *et al.*, 2021).

Nesse período, observou-se discriminação etária pelos governos e sociedade, destacando-se a visão de que apenas algumas vidas importam, além de sugestões eticamente questionáveis sobre atendimento médico, em um discurso no qual se confrontavam estereótipos e fatos científicos, amplificados pelas mídias e redes sociais.

O ageísmo traz consequências graves não só por ferir os direitos humanos e o bem-estar das pessoas idosas, mas por piorar sua saúde física e mental, aumentar o isolamento social, inibir a expressão da sexualidade e elevar o risco de violência e abuso. A incorporação de estereótipos negativos afeta a resposta emocional ao estresse; causa ansiedade e a percepção de ser um fardo para a sociedade; relaciona-se à depressão, à má qualidade do sono e à redução de atividade física e de estímulos cognitivos (Manso *et al.*, 2021).

Por afetar a autoestima e a autopercepção, se correlaciona a um senso de inutilidade e ao ageísmo internalizado, fatores que tornam as pessoas idosas mais

isoladas e pioram a disfunção cognitiva, doenças neurológicas, enfermidades mentais e afecções cardíacas, estando relacionado à maior mortalidade. Ainda, o ageísmo conecta-se à piora do diabetes, agravamento das doenças pulmonares e coronarianas, elevação da pressão arterial, levando à menor satisfação com o apoio familiar e menor engajamento social (Reis; Manso, 2025; Manso *et al.*, 2021).

Nota-se que os desdobramentos negativos de ações discriminatórias afetam não apenas a saúde física, mas também a mental e social, interferindo negativamente na participação dos indivíduos na sociedade. Daí a importância do tema para a saúde pública. Essas considerações, importantes por si só, amplificam-se pelo aumento gradual e inédito da expectativa de vida na população mundial.

Vale destacar o conceito de gerontofobia, tendo em vista o acima comentado. A gerontofobia seria o medo persistente e irracional do envelhecimento e de pessoas idosas. Pode manifestar-se como ansiedade, aversão ou discriminação em relação a pessoas idosas e ao próprio processo de envelhecimento. Essa fobia pode levar a comportamentos de evitação de pessoas idosas, de locais frequentados por elas e até mesmo a pensamentos negativos sobre o próprio futuro.

A gerontofobia, medo patológico, pode ter inúmeras causas, entre elas: medo da própria mortalidade, ansiedade em relação às mudanças físicas e cognitivas associadas ao envelhecimento, baixa autoestima e experiências negativas com pessoas idosas. No entanto, as questões relacionadas à pressão social para manter a juventude, padrões de beleza irreais e as visões negativas sobre o envelhecimento, transmitidas por meio de histórias, filmes e outras formas de mídia, parecem ser as principais (WHO, 2021).

A gerontofobia pode se manifestar de diversas maneiras, incluindo: preocupação excessiva com o envelhecimento, medo de ficar doente ou dependente, dificuldade em lidar com perdas, repulsa ou desconforto em interagir com pessoas idosas e dificuldades em aceitar a própria imagem envelhecendo. Quem sofre com essa condição, que parece estar acentuando-se com o uso das redes sociais, costuma ter uma visão negativa sobre o futuro e sente que a vida está perdendo o sentido com o avanço da idade. Trata-se, portanto, de uma enfermidade mental que deve assim ser tratada e que extrapola o conceito de ageísmo, mas com ele se interconecta. Seria mais uma consequência da violência simbólica que faz com que as sociedades não valorizem o envelhecer.

Voltando ao ageísmo institucional, vale ressaltar que se trata de uma categoria identificada à violência institucional, comentada em capítulo anterior. Pesquisas demonstram ser fenômeno frequente, que se encontra ligado à visão de que a velhice é necessariamente uma fase de declínios cognitivos acentuados e doenças

físicas. Esses atributos são empregados frequentemente como justificativa para a exclusão das pessoas, trazendo a mensagem de que o envelhecer é apenas declínio, devendo as pessoas idosas dar, necessariamente, lugar aos mais jovens.

Esses argumentos foram os mais comumente aplicados na pandemia de covid-19, fundamentando ações governamentais, diretrizes médicas e reações sociais. Tais estereótipos levaram ao aprofundamento de tensões intergeracionais, pois o argumento frequentemente utilizado apresentava a pessoa idosa como geradora de um custo social desnecessário, já que são indivíduos que teriam baixa produtividade e menor potencial para contribuir economicamente para a sociedade. Desta forma, foram cobradas dos governos medidas que priorizassem adultos jovens e aqueles de meia-idade em detrimento das pessoas idosas. Essas observações foram reproduzidas por líderes políticos de alguns países, vários deles pessoas idosas, e pela mídia, sempre com boa aceitação social (Manso *et al.*, 2021).

Foi frequente durante o período pandêmico a visão de que as pessoas idosas irritam seus parentes e de que são extremamente teimosas, além de xingamentos contra esses indivíduos e dizeres afirmando que o segmento etário idoso era composto por pessoas que já haviam vivido além da sua utilidade para a sociedade e enriquecido às custas das gerações futuras. Os discursos governamentais da época coincidem com uma visão de que toda pessoa acima de 70 anos é igualmente frágil e incapaz de contribuir para a sociedade, imagem que foi reforçada pela mídia e redes sociais, desprezando dados científicos que demonstram a heterogeneidade do grupo etário idoso, que difere em suas origens culturais, genéticas e histórias de vida e saúde (Manso *et al.*, 2021).

A ciência já demonstrou que o envelhecer é altamente diversificado e dependente do contexto socioeconômico e cultural, e que incontáveis pessoas idosas realizam contribuições importantes para a sociedade. Discursos de políticos que se consideram atletas, que se mantêm jovens apesar da idade, foram veiculados e reproduzidos pela mídia e pelas redes sociais de forma acrítica, penalizando e culpabilizando principalmente as pessoas mais velhas que, durante sua trajetória, foram expostas a condições de vida e trabalho que as levaram a ter um envelhecimento com mais desvantagens e vulnerabilidades biopsicossociais. Lembrando que foram essas pessoas idosas mais pobres, em sua maioria afrodescendentes e com maior número de comorbidades, as mais afetadas pela pandemia (Manso *et al.*, 2021; WHO, 2021).

Os grandes potencializadores na propagação de estereótipos, ageísmo e atitudes negativas para com as pessoas mais velhas são a mídia e as redes sociais. Na época pandêmica, o discurso de “nós” (jovens) versus “eles” (as pessoas idosas) predominou em vários momentos, acentuando a divisão etária, colocando gerações umas contra as outras e favorecendo o incremento de reações de ageísmo.



Em vários momentos, as redes sociais e as mídias associaram a covid-19 a uma doença de pessoas idosas, o que distorceu os fatos, piorando, inclusive, a situação da propagação do vírus, já que alguns jovens, influenciados por tal discurso, não viam necessidade de medidas preventivas, pois não seriam afetados pela doença.

Nas redes sociais, outro tipo de movimento ageísta também foi observado no período pandêmico recente: o ageísmo compassivo ou benevolente, resultante da fusão entre percepções positivas e românticas sobre o envelhecimento combinadas com atributos outorgados a pessoas idosas, tais como incompetência, fragilidade, dependência, passividade, vitimização, em um misto de estereótipos positivos e negativos. Isso resultou em ações paternalistas caracterizadas por comportamentos de ajuda nem sempre desejados pelas pessoas idosas ou até desnecessários (Manso *et al.*, 2021).

Evidencia-se que, durante a pandemia de covid-19, as narrativas sobre envelhecimento tornaram-se mais negativas devido à intersecção entre individualismo, masculinidade, evitação da incerteza e orientação de longo prazo.

Deve-se ressaltar, porém, que não foi apenas na pandemia de covid-19 que ocorreu um recrudescimento de discursos ageístas. Em outras pandemias esse fenômeno já havia sido observado. Entretanto, o aumento do ageísmo durante a pandemia de covid-19, potencializado pelas redes sociais e mídia, foi de tal monta que requereu uma campanha global e culturalmente adaptada para combatê-lo. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o “Relatório Mundial sobre o Idadismo” (WHO, 2021) com o objetivo de informar a população e pontuar estratégias eficazes para a redução e eliminação do ageísmo, instaurando a Década do Envelhecimento Saudável, compreendida entre 2021 e 2030.

Esse documento busca promover um mundo inclusivo para todas as idades, ressaltando que o idadismo (preconceito etário que envolve estereótipos, preconceitos e discriminação que categorizam e dividem pessoas com base na idade, e que inclui o ageísmo) causa injustiça e prejudica a solidariedade intergeracional, além de afetar a saúde e o bem-estar, dificultando políticas eficazes sobre envelhecimento saudável. O idadismo, como dito, pode ser institucional, interpessoal ou autoinfligido, começa na infância e se reforça ao longo da vida, interagindo com outras formas de discriminação (WHO, 2021).

Entre outros pontos, o documento: destaca que as mulheres jovens enfrentam maior risco de idadismo devido aos meios de comunicação e ao sexismo reproduzido por eles; constata que uma em cada duas pessoas é idadista contra os mais velhos, principalmente em países de baixa renda, como os que compõem a América Latina; e evidencia que um terço da população europeia relata já ter sofrido com o idadismo (WHO, 2021).



Assim, traz três estratégias para reduzir o idadismo e, portanto, o ageísmo: (i) políticas e legislação: leis contra discriminação por idade e que reforcem os direitos humanos; (ii) intervenções educativas: inclusão de educação sobre idade em todos os níveis educacionais; e (iii) intervenções de contato intergeracional: promover interações entre diferentes gerações. Para alcançá-las é necessário investir em planos baseados em evidências científicas, melhorar os dados e ampliar as pesquisas sobre idadismo para entender melhor suas causas e efeitos e criar um movimento para mudar a narrativa sobre idade e envelhecimento (WHO, 2021).

No que tange ao envelhecimento, é importante ressaltar, como já dito, que há múltiplos envelheceres e que o segmento etário denominado de pessoa idosa abrange diversas velhices, não podendo, portanto, ser homogeneizado. É importante, em consonância e em complementação à OMS, que se discutam as interseccionalidades que afetam o envelhecer: idade, raça, etnia, gênero, orientação sexual, classe social, território, religião, nacionalidade, presença de deficiência e acesso a políticas públicas – todos eixos de opressão que afetam a experiência de envelhecer.

Tendo essas premissas como base, duas pesquisas exploratórias analisaram a presença de ageísmo e seu impacto para as pessoas idosas que frequentavam dois Núcleos de Convivência situados na cidade de São Paulo: um na zona oeste e outro na região sudeste (Manso; Mello; Lopes, 2024; Manso *et al.*, 2024).

A primeira incluiu 60 pessoas idosas, predominantemente mulheres (90%), com média de idade de 76,4 anos e que se autodeclaravam brancas e pardas. Já a segunda entrevistou 58 mulheres idosas, com idade média de 70,3 anos e que se autoidentificaram como pardas e pretas. A primeira pesquisa foi realizada em dezembro de 2018, portanto, no período pré-pandêmico, e a segunda entre junho e agosto de 2023.

Ambos os estudos buscaram verificar se essas pessoas idosas identificavam a presença de heteroestereótipos negativos e se sofriam atitudes discriminatórias devido à idade em seu dia a dia. Para tanto, foram utilizadas escalas que aferiam a presença desses fatores. Ambos os grupos identificaram heteroestereótipos negativos e narraram discriminação.

Assim, essas pessoas relataram que, diuturnamente, ouviam piadas que as ridicularizavam; escutavam sugestões de que não escutavam bem devido à idade ou de que a idade interferia em sua compreensão dos fatos da vida; não eram levadas a sério por suas famílias, amigos e conhecidos por causa da idade e eram tratadas de forma condescendente ou paternalista, isentas de autonomia. Todos esses heteroestereótipos estão relacionados à visão de que a pessoa idosa,

somente por envelhecer, não mais é capaz de decidir por si e correlacionam-se a declínios que seriam esperados para toda pessoa que envelhece.

Mas o ageísmo institucional por parte dos profissionais de saúde também foi frequentemente referido em ambas as pesquisas. À vista disso, a afirmação “Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade” foi pontuada por quase a metade das pessoas idosas entrevistadas em ambos os estudos.

A escala utilizada para as duas pesquisas aferia ainda o grau de estresse causado por cada situação ageísta. As seguintes questões foram as situações mais estressantes referidas por esses grupos de pessoas idosas: “Chamaram-me de um nome impróprio, que insultava, devido à minha idade”; “Fui vítima de violência (física/moral) devido à minha idade”; “Negaram-me tratamento médico devido à minha idade”; “A minha casa foi invadida devido à minha idade”; “Fui ignorado(a) ou não levado(a) a sério devido à minha idade”; “Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade”; “Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade”; “Sugeriram que eu não compreendo bem devido à minha idade” e “Alguém me disse: O(A) Sr(a) é muito velho(a)”.

Entre o grupo de pessoas idosas da região oeste, houve correlação estatística significativa entre o nível de estresse, autopercepção ruim sobre a saúde, presença de depressão e correlação negativa com a resiliência, demonstrando que as pessoas idosas com maior pontuação na escala de ageísmo tinham menor resiliência.

A junção da presença de ageísmo e da autopercepção negativa interfere de forma direta na saúde mental das pessoas idosas, podendo ocasionar quadros de depressão e ansiedade. Independentemente do tipo de violência, sofrer abusos traz repercussões sociais, psicológicas e para a saúde da vítima, e o estresse pode levar essas pessoas ao suicídio. Daí a preocupação com o encontrado na pesquisa, na qual as pessoas idosas com sintomas depressivos não só reconhecem sofrer mais ageísmo, como também apresentam menor resiliência.

Esse é um dado preocupante e que corrobora o até aqui explanado sobre a influência da violência simbólica sobre os recursos psíquicos construídos ao longo da vida. A violência simbólica, associada às perdas físicas (doenças crônicas), de familiares e amigos e de papéis sociais, predispõe à depressão e a incapacidades. Para as pessoas idosas que já apresentam vulnerabilidades e/ou risco sociais, esse é um achado perturbador.

Já entre as mulheres idosas entrevistadas e moradoras da região sudeste da cidade, evidenciou-se que as que se autodeclararam pretas tiveram 45% maior probabilidade de ter maior pontuação na escala de ageísmo em comparação com as demais mulheres, e que ter tido consulta médica entre seis e 12 meses coincidiu com 43% mais pontos na escala ($p=0,010$).

No Brasil, vários estudos citam maior discriminação contra a mulher preta, mas ainda não há estudos especificamente sobre ageísmo e o envelhecer sendo preta e mulher no país. Além do mais, a maioria dos estudos segue a classificação como negras, que inclui pretas e pardas em conjunto, o que não permite a individualização das violências sofridas por essas mulheres segundo a tonalidade da pele.

Observou-se nas duas pesquisas, portanto, que o ageísmo encontra-se presente na vida das pessoas idosas não só relacionado às ligações familiares ou sociais, mas, e principalmente, relacionado ao gênero e raça/etnia, já que a maioria das entrevistadas eram mulheres pardas e pretas. Também, em ambos os grupos, ocorreu a presença de ageísmo institucional por parte dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, realizou-se pesquisa, no primeiro semestre de 2022, com um grupo de 206 estudantes de um curso de Medicina vinculado a um Centro Universitário localizado na cidade de São Paulo. Participaram alunos do 1º ao 8º semestre, com idade média de 21,6 anos. Notou-se a presença de ageísmo entre esses estudantes, destacando heteroestereótipos negativos associados à velhice como uma fase de dependência e fragilidade (Manso; Gobbo, 2023).

Ressalta-se que, como mencionado, o ageísmo entre profissionais de saúde já vinha sendo discutido antes da pandemia, pois nada mais é do que um reflexo da cultura. A literatura ressalta que estereótipos negativos sobre as pessoas idosas são perpetuados entre os profissionais de saúde pela sua própria formação, já que os alunos são expostos somente a pessoas muito doentes, o que intensifica a associação de fragilidade com o envelhecer.

No grupo pesquisado, observou-se que a formação médica tradicional tem se concentrado no estudo das doenças, negligenciando a compreensão do envelhecimento e das necessidades das pessoas idosas. Essa abordagem biomédica resulta em uma visão limitada e estereotipada da velhice, frequentemente associada a declínios físicos e fragilidade, perpetuando estereótipos negativos e propiciando discriminação.

Os maiores erros nas questões das escalas trazidos por esses estudantes se relacionaram a questões sobre a vida social e a saúde mental das pessoas idosas. A percepção negativa sobre o envelhecimento é predominante, refletindo uma formação que salienta a fragilidade, apesar de a pesquisa mostrar também, nesse

grupo, a presença de alguns estereótipos positivos relacionados à idade.

A despeito de a legislação brasileira e de as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizarem a necessidade de compreensão do envelhecimento e dos determinantes sociais a ele relacionados, bem como a inclusão de conteúdos curriculares sobre envelhecimento e respeito à pessoa idosa, ainda o ageísmo manifesta-se na formação médica, levando a uma visão homogênea e negativa da população idosa. Esses estudantes frequentemente associam a velhice à dependência, fragilidade e pobreza, o que impacta na qualidade do atendimento.

Tal afirmação se entrecruza com as duas pesquisas realizadas nos Núcleos de Convivência, nas quais as próprias pessoas idosas referem barreiras de acesso ao tratamento impostas por médicos e profissionais de saúde apenas por sua idade.

A literatura ressalta que profissionais com atitudes ageístas tendem a classificar as pessoas idosas como inflexíveis, solitárias, religiosas, improdutivas, doentes, depressivas, senis, frágeis e sem energia; sendo que médicos, quando em situações de agenda lotada, pendem a dedicar menos tempo aos pacientes mais velhos, além de atribuir queixas à própria idade, como citado pelas pessoas idosas entrevistadas. Esses comportamentos podem levar à negligência e à prestação de menos cuidados.

São necessárias mais pesquisas na área e, principalmente, que tratem do preconceito e discriminação etária por profissionais de saúde, já que eles terão ampla convivência com o segmento etário denominado de pessoa idosa em um mundo que envelhece a passos largos.

Por fim, salienta-se que o ageísmo apresenta duas facetas principais: é feito, muitas vezes, sem intenção de prejudicar o seu alvo, ou seja, inconscientemente; e a própria vítima passa por situações discriminatórias sem tomar consciência do que se trata, por ser um tipo de preconceito que se encontra naturalizado entre as sociedades. Entretanto, mesmo sem ser percebido diretamente, atos desse tipo têm influência direta no bem-estar da pessoa idosa, que passa a sentir-se excluída e socialmente desvalorizada. Essa construção social interfere na própria vivência da velhice, afetando a autoestima do indivíduo.

Conversar sobre idadismo e, portanto, ageísmo é essencial para reconhecer e desafiar estereótipos e preconceitos. O diálogo aberto pode levar a mudanças pessoais e sociais significativas por meio da identificação dessas crenças tão amplamente disseminadas pelas redes sociais e mídias. Apesar de mudanças já serem vistas, ainda há muito o que caminhar.

Referências

- BUTLER, R. N. Ageism: Another Form of Bigotry. **The Gerontologist**. v.9, n.4, p.243-46, 1969.
- DONIZZETTI, A. R. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v.16, n.8, p.1329, 2019.
- MANSO, M. E. G. et al. Envelhecer mulher e negra em São Paulo: violências (in) visíveis. In: FONTES, A.; CÔRTE, B. (ORG.). **Envelhecer com futuro: relatos de pesquisa**. São Paulo: Portal do Envelhecimento, 2024.
- MANSO, M. E. G.; GOBBO, L. E. M. G. A velhice não é uma totalidade biológica: o ageísmo entre estudantes de medicina. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 34, n.2, p. 01-22, 2023.
- MANSO, M. E. G.; MELLO, I. G. R.; LOPES, R. G. C. Ageísmo: inter-relação com resiliência e variáveis relacionadas à capacidade funcional em um grupo de idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.27, n. 1, 2024. <https://doi.org/10.61583/kairs.v27i1.63>.
- MANSO, M. E. G. et al. Ageísmo e COVID-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**. v.10, n.11, e274101119233, 2021.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social**. São Paulo: Vozes, 2009.
- REIS, F. A.; MANSO, M. E. G. Ageísmo e impactos no envelhecimento saudável: uma revisão integrativa. **Estud. Interdiscipl. envelhec**, v. 30, p.1-14, 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. SBGG. **Brasileiros têm medo de envelhecer**. 2018. Disponível em: <https://www.bayerjovens.com.br/pt/materia/?materia=brasileiros-tem-medo-de-envelhecer>. Acesso em: 22 fev. 2020
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global campaign to combat ageism. Global report on ageism**. Genebra: WHO, 2021.

Capítulo 7

Idadismo entre alunos e professores de um curso de Nutrição situado na cidade de São Paulo

Sandra Maria Chemin Seabra da Silva

Thais de Paula Servilieri

Giovana de Jesus Oliveira

Julia Corneta Pimentel

Giovanna Granero Paes

Maria Elisa Gonzalez Manso

Em 2002, o Plano Internacional para o Envelhecimento deu início à discussão global sobre o envelhecer das populações, hoje um fato: nunca na história humana a expectativa de vida chegou aos números de anos vividos como os vistos atualmente. Estima-se que até 2050 o mundo terá cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que equivalerá a cerca de um quinto da população mundial, e que se tornará mais frequente observar pessoas que ultrapassam os cem anos (ONU, 2015).

No Brasil, por volta da metade do século XX, iniciou-se a transição demográfica: processo populacional em que ocorre diminuição dos níveis de mortalidade e de fecundidade, ocasionando aumento da longevidade e envelhecimento populacional, e, conseqüentemente, aumento proporcional de pessoas idosas. No país, considera-se pessoa idosa como aquela com mais de 60 anos. Segundo dados apresentados pelo último Censo Demográfico (IBGE, 2022), elas já representam 15% do total de pessoas que habitam o país.

Com o envelhecimento ocorrendo em todo o mundo, é preciso que se façam adaptações nas políticas públicas para suprir as necessidades de uma população a cada dia mais envelhecida. Dessa forma, em 2020, a Assembleia Geral da ONU declarou a década que vai de 2021 a 2030 como sendo a do envelhecimento saudável, com a estratégia principal de construir uma sociedade inclusiva para todas as idades. Para tanto, quatro ações principais são propostas: mudança na forma de pensar e agir em relação à idade e ao envelhecimento; garantia de que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; entrega de serviços e cuidados integrados da atenção primária à saúde; e propiciar acesso a cuidados de longo prazo caso seja necessário (WHO, 2021a).

Em conjunto às adaptações nas políticas públicas, e em consequência destas, é fundamental que os cursos de graduação da área da saúde considerem a transição demográfica e que incluam, em seus projetos pedagógicos, o estudo não só das doenças comuns ao envelhecimento, mas, e principalmente, o estudo dos aspectos sociais e das políticas públicas direcionadas às pessoas idosas, destacando que nem toda pessoa idosa é doente ou padece de algum agravo à sua saúde.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021a) alerta para a necessidade de formação de profissionais com habilidades gerontológicas e geriátricas básicas, que permitam abordar de maneira integral e adequada a saúde da pessoa idosa, já que a falta de conhecimentos científicos por parte dos profissionais da saúde e a ausência de políticas que difundam informações sobre fatos inerentes à velhice dificultam a transformação sobre como as pessoas agem diante das pessoas desse segmento etário, o que pode ocasionar ageísmo.

O conceito de ageísmo surgiu em 1969, definido por Butler (1969) como preconceito de uma faixa etária em relação a outras faixas etárias, desencadeando práticas discriminatórias.

O ageísmo tem por base estereótipos e juízos de valor negativos que ocasionam discriminação contra pessoas idosas, sendo uma das formas mais institucionalizadas de preconceito na sociedade atual. Deve-se ressaltar que a presença de estereótipos negativos relacionados à idade é parte do ageísmo e faz com que grupos sociais pratiquem uma série de comportamentos estereotipados com base em diferenças etárias. Em geral, o preconceito relacionado à idade ocorre por informações insuficientes a respeito dessa fase, o que culmina em significados e imagens negativas, comprometendo, assim, a vivência e a interação entre indivíduos (Manso; Mello; Lopes, 2024).

Mediante o ageísmo, as pessoas idosas são prioritariamente descritas com adjetivos preconceituosos que as tornam vítimas de discriminação, sendo caracterizadas como ranzinzas, depressivas, curandeiras, teimosas, ultrapassadas, entre outros. Há inúmeros estereótipos que descrevem as pessoas idosas negativamente nas sociedades atuais, com destaque para ressaltar o desgaste físico, a tristeza, a solidão, a assexualidade, o declínio na aparência, a rejeição familiar, entre outros. As próprias pessoas que envelhecem e encontram-se na meia idade (aquelas entre 50 e 59 anos) afirmam que não estão preparadas para a velhice e não a enxergam como algo positivo (WHO, 2021b).

É fundamental estudar o ageísmo a fim de melhorar as estratégias de promoção do envelhecimento ativo, com enfoque em todo o ciclo de vida, visando especialmente o aumento da expectativa de vida saudável e a manutenção do

maior nível possível de capacidade funcional em pessoas idosas, a fim de reduzir a dependência de cuidados. O envelhecimento saudável propicia às pessoas idosas inúmeros aspectos positivos, como a expressiva participação na dimensão social, na prática de atividade física e de lazer, a realização de cursos, o uso da internet e o exercício de trabalho remunerado (WHO, 2021b).

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a presença de ageísmo entre estudantes e professores de um curso de Nutrição em um Centro Universitário localizado na cidade de São Paulo. Ressalta-se a ausência de estudos a respeito do ageísmo em estudantes e professores de Nutrição em universidades brasileiras, daí ser imprescindível que pesquisas sejam realizadas, assim como foram produzidas nas áreas de Odontologia, Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia e outras (Manso; Gobbo, 2023).

Para tanto, realizou-se pesquisa exploratória, transversal, entre julho de 2022 e junho de 2023, com alunos e professores vinculados a um curso de Nutrição na cidade de São Paulo. Este trabalho apresenta a totalidade da pesquisa, cujo recorte relacionado apenas aos profissionais professores já foi publicado na Revista Nutrição em Pauta (Pimentel *et al.*, 2023).

Tanto os estudantes quanto os docentes foram convidados a participar da pesquisa através do e-mail institucional, com o auxílio da coordenação do curso, e pelas redes sociais dos pesquisadores. Excluíram-se da pesquisa professores que não são graduados em Nutrição, que lecionam em outros cursos na universidade ou aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos alunos, foram eliminados os que não cursavam Nutrição, que estudavam em outras universidades ou aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário Palmore (2011), adaptado e validado para o Brasil (2004), foi o instrumento usado para a coleta de dados, aplicado via formulário eletrônico (Google Forms®). Organizado em 23 afirmações para as quais o respondente deve sinalizar se são verdadeiras (V) ou falsas (F), foi projetado para abranger estereótipos e equívocos físicos, mentais e sociais sobre o envelhecimento. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição conforme parecer de número 5.420.659.

Participaram da pesquisa 31 docentes e 161 estudantes do curso alvo. Todos os participantes responderam às 23 questões do questionário Palmore, as quais estão apresentadas nos gráficos 1 e 2, contendo a porcentagem de acertos e erros conforme guia de respostas preconizadas pelos autores do instrumento.



Gráfico 1. Distribuição decrescente da frequência de acertos, questionário Palmore, docentes participantes, São Paulo, 2022.

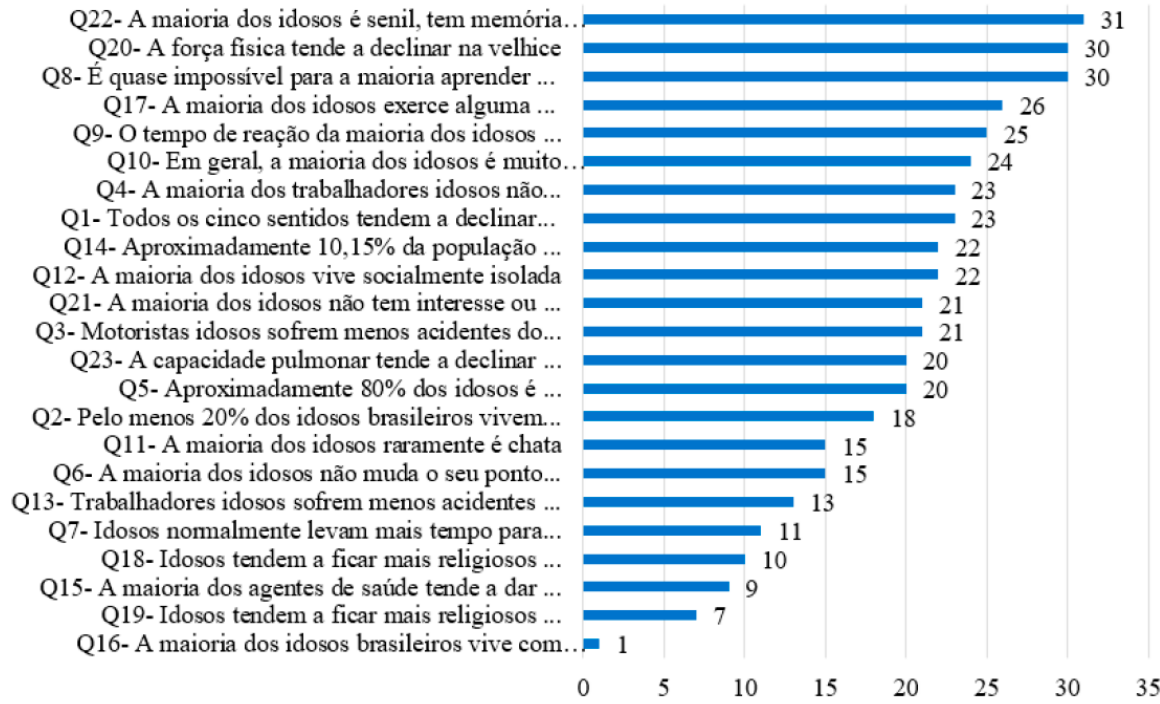
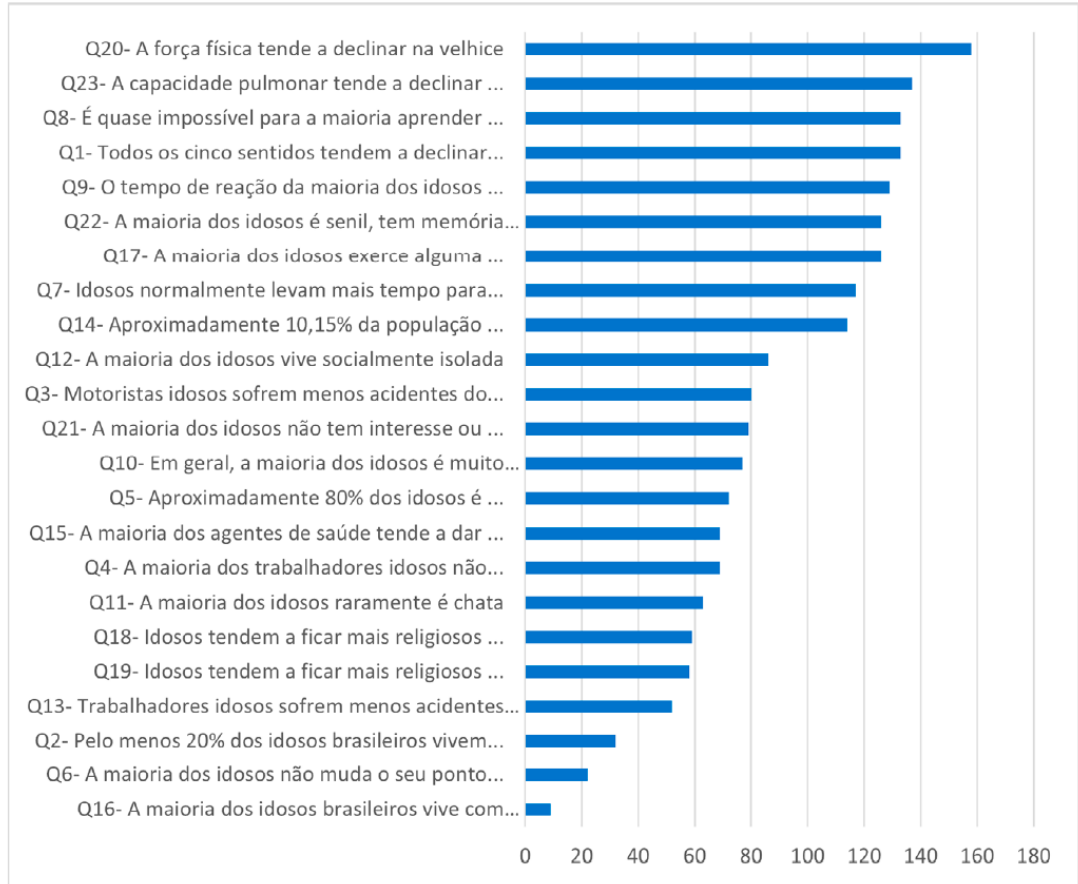


Gráfico 2. Distribuição decrescente da frequência de acertos, questionário Palmore, estudantes participantes, São Paulo, 2023.





A questão 16 do questionário Palmore, que se refere à condição econômica das pessoas idosas (a maioria das pessoas idosas brasileiras vive com aposentadorias muito baixas – aproximadamente um salário-mínimo), apresentou a maior porcentagem de erros tanto entre os estudantes (94,4% de erros) quanto entre os docentes (96,8% de erros). Trata-se de estereótipo frequente e que associa o envelhecer a uma inevitável pobreza, inerente à idade, desconsiderando ser a baixa renda consequência de uma série de fatores sociais e econômicos complexos e respectivos a cada país, não exclusivos de um único segmento etário.

Uma pesquisa conduzida no Brasil, em 2020, mostrou que 69% das pessoas idosas viviam com uma renda individual média de dois salários-mínimos, e destacou que cada vez mais as pessoas idosas têm se tornado a pessoa de referência da família, ou seja, aquela responsável pelas despesas da família com habitação. Além disso, as pessoas idosas têm adiado a sua saída do mercado de trabalho, mesmo após a aposentadoria, o que contribui para o complemento da renda mensal (Gobbo; Manso, 2024).

Outros dados que se contrapõem a tal estereótipo são a grande parcela de pessoas idosas realizando turismo com frequência e o fato de que esse grupo é alvo importante das estratégias de marketing de vendas, por serem um grupo crescente em número e grande consumidor em potencial.

Ao analisar a questão 6 (a maioria das pessoas idosas não muda o seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente), verifica-se erro principalmente no grupo de estudantes, com 86,3% das respostas incorretas.

Hoje, reconhece-se a existência de uma progressão contínua do desenvolvimento humano desde o nascimento até a morte, e que as pessoas idosas conseguem facilmente mudar seu ponto de vista, adquirir mais conhecimento geral e se desenvolver conforme o passar do tempo. Assim, como para qualquer indivíduo, o cotidiano e a convivência em sociedade garantem uma gama de acontecimentos com potencial de promover novos pontos de vista, bem como alterar outros já preestabelecidos. Como as pessoas idosas têm permanecido integradas ao mercado de trabalho e/ou participantes de atividades sociais, há a possibilidade de intercâmbio de experiências, fato capaz de modular o modo de pensar e agir do indivíduo (Gobbo; Manso, 2024).

A literatura aborda que pessoas idosas são capazes de se adaptar a novos cenários, por meio da experiência e criatividade acumuladas, pois apresentam suficiente plasticidade cognitiva, afetiva e emocional para tal. Além disso, permitir à pessoa idosa expressar o seu ponto de vista permite a socialização (Gobbo; Manso, 2024).

Nota-se ainda alto percentual de erro na questão 2 (pelo menos 20% das pessoas idosas vivem há muito tempo em instituições como hospitais, casas de repouso,



asilos etc.) em ambos os grupos pesquisados. Apesar de tal afirmativa ser falsa, é notória a ideia de que as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) sirvam para abrigar e cuidar de indivíduos desamparados ou que estejam impossibilitados de estar junto às famílias e à comunidade, além de servir como *locus* socialmente aprovado de segregação de seres humanos cuja produtividade econômica e representação social foram esgotadas pelo sistema social. Porém, segundo dados dos censos demográficos brasileiros, o número de pessoas idosas que vivem nessas instituições corresponde a 0,6% do total da população idosa do país (Gobbo; Manso, 2024).

As ILPIs, governamentais ou não, são destinadas a moradias coletivas que atendem indivíduos idosos, independentemente da disponibilidade de apoio familiar e com diversos graus de dependência, inclusive os independentes. No país, a pequena porcentagem de pessoas idosas vivendo em ILPIs pode ser explicada: (i) pela sua pouca disponibilidade, já que se encontram desigualmente distribuídas no território nacional; (ii) pelo envelhecimento da população brasileira com velocidade maior do que o desenvolvimento estrutural necessário para comportar tal mudança; (iii) pela baixa qualificação da equipe multidisciplinar que geralmente atua nesses locais; e (iv) por questões culturais que ainda remetem o morar nessas instituições ao desamparo, abandono e pobreza, e por culpabilizarem as famílias pela institucionalização de seus familiares. Nota-se, entretanto, no mundo, uma tendência cada vez maior de pessoas idosas independentes que optam por ir viver espontaneamente nessas instituições, por acreditarem estar melhor nesses locais do que com suas famílias. Afinal, nem sempre a residência da família é o melhor lugar para a pessoa idosa residir, visto que 71% dos casos de violência contra esses indivíduos são cometidos por familiares dentro dos domicílios.

No âmbito da religiosidade, duas questões são apresentadas pelo instrumento Paltmore. Elas tiveram elevado percentual de incorreções: as questões 18 (as pessoas idosas tendem a ficar mais religiosas com o passar da idade) e 19 (as pessoas idosas tendem a ficar mais religiosas com o passar do tempo).

A religião é um comportamento moral e intelectual resultante de uma reunião de princípios, crenças e/ou rituais particulares a um grupo social, concebidos a partir do pensamento de uma divindade e de sua relação com o indivíduo. A decisão de guiar-se por meio de uma religião pouco tem a ver com a idade, mas, sim, com uma conjuntura ao redor do indivíduo: com a sociedade e a realidade em que está inserido, sua etnia e bagagem cultural, suas vivências e experiências de vida. Ainda, independentemente da idade, as pessoas recorrem à religião para o enfrentamento de seus problemas, como recurso cognitivo, emocional e comportamental (Gobbo; Manso, 2024).



No Brasil, a população que atualmente compõe a terceira idade viveu grande tempo sob a hegemonia católica, em um ambiente fortemente religioso, o que pode fazer com que haja maior chance de se permanecer religioso. Assim, o maior número de pessoas idosas que se dizem religiosas é explicado pela conjuntura de sua vida e não por sua idade isoladamente. No entanto, essa hegemonia, a partir da década de 1990, passou a ser modificada, com crescente aumento do número de pessoas que se declaram sem religião, inclusive entre as pessoas idosas.

No que tange à questão 8 (é quase impossível para a maioria das pessoas idosas aprender algo novo), 98,6% dos professores acertaram, assim como 96,8% dos estudantes, mostrando que não há o estereótipo, neste grupo pesquisado, de que as pessoas idosas não podem aprender algo novo. Nota-se aqui uma aparente contradição no grupo de estudantes, já que este apresenta estereótipo na questão 6 (a maioria das pessoas idosas não muda o seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente).

O que ocorre é que, com o envelhecer, há alterações do sistema nervoso central próprias ao processo fisiológico da vida, o que faz com que alguns domínios cognitivos permaneçam inalterados, enquanto, em outros, nota-se algum declínio. Dessa forma, a velocidade de processamento diminui com a idade, podendo-se ter um decréscimo em algumas habilidades, tais como: resolução de problemas, raciocínio sobre coisas desconhecidas, processamento e aprendizado de novas informações, atenção e manipulação do ambiente e linguagem, como fluência verbal e nomeação de objetos. Essas alterações podem aumentar o tempo de aprendizagem de algo novo, o que é oposto à incapacidade em fazê-lo, inclusive porque outros domínios permanecem estáveis mesmo com o envelhecimento (Gobbo; Manso, 2024).

Isso é comprovado não só pela continuidade de a pessoa idosa permanecer ativa na sociedade por meio do mercado de trabalho ou outras atividades sociais, como também pelo aumento da presença desse grupo nas universidades, tanto as tradicionais quanto as propostas exclusivamente para a terceira idade. Assim, o grupo populacional denominado como pessoa idosa está exposto a inovações e mudanças que exigem reciclagem de conceitos e adaptação a novos cenários. Portanto, apesar das mudanças devidas ao envelhecimento cognitivo normal, que são mensuráveis por meio dos testes cognitivos, o indivíduo permanece capaz de atuar funcionalmente na sociedade, no local de trabalho e/ou em casa (Gobbo; Manso, 2024).

A maior porcentagem de incorreções de respostas ao questionário Palmore pelos estudantes ocorreu na faixa etária de 21 a 25 anos. Sabe-se que os mais jovens expressam com maior intensidade o ageísmo, com pensamentos homogeneizados sobre competências físicas, sociais e cognitivas por meio da



percepção que se tem somente pela idade, refletindo um possível choque de gerações. Esse fato tornou-se claro durante a pandemia de covid-19, quando os estereótipos negativos relacionados à idade foram fartamente documentados nas redes sociais.

A ausência de progressão de acertos por semestre cursado entre os alunos pode ser explicada pela inexistência de uma disciplina que aborde especificamente o tema envelhecimento na graduação de Nutrição. Há a necessidade de estratégias pedagógicas para melhorar atitudes em relação às pessoas idosas, abordar preconceitos e estigmas e aprimorar o nível de habilidade, visando que os profissionais sejam capazes de assistir adequadamente e contribuir para a qualidade de vida dessa população.

Vale ressaltar que nos períodos do 7º e 8º semestres do curso da universidade, os alunos vivenciam atuação prática em campo de estágio, momento em que podem ter contato com atendimento de pacientes geriátricos, especialmente nas áreas de Nutrição Clínica e Saúde Coletiva. Todavia, como demonstra a literatura especializada, o fato de serem expostos majoritariamente a casos de pessoas idosas debilitadas e enfermas pode intensificar o ageísmo negativo, como observado nas questões 2 (pelo menos 20% das pessoas idosas brasileiras vivem há muito tempo em instituições como hospitais, casas de repouso, asilos etc.) e 5 (aproximadamente 80% das pessoas idosas são saudáveis o suficiente para exercer suas atividades normais), que revelam a visão de declínio, fragilidade e dependência ao envelhecer, questões nas quais tanto os alunos quanto os professores denotaram alto percentual de erros.

Propiciar vivências e experiências a esses alunos com pessoas idosas saudáveis, residentes na comunidade e ativas, ao invés de somente com pessoas idosas não saudáveis, provavelmente aumentará a probabilidade de quebrar estereótipos e preconceitos que alimentam percepções negativas.

O maior percentual de acertos entre os discentes concentra-se nas questões 20 (a força física tende a declinar na velhice) e 23 (a capacidade pulmonar tende a declinar com a idade), com 98,1% e 85,1% de respostas corretas, respectivamente – ambas as afirmativas tinham como resolução “verdadeiro”. A partir desse resultado, nota-se uma forte relação com o estudo de Manso *et al.* (2021), o qual constata que a maior parte dos acertos em estudantes médicos e de áreas da saúde têm relação com as afirmações que tratam de decréscimos físicos, e que a maioria das incorreções são relacionadas a aspectos psíquicos e à inserção das pessoas idosas na sociedade. Esse fato decorre do próprio currículo universitário, que prioriza a visão biológica e tecnicista em detrimento de questões sociais e psíquicas (Manso; Gobbo, 2023).

Observa-se que, na amostra de professores, a maior porcentagem de acertos também ocorreu na questão 20 (a força física tende a declinar na velhice), reforçando o acima exposto. É um fato que na velhice as doenças e as perdas funcionais levam à perda de autonomia e ao declínio, associado à maior necessidade de cuidados. Porém, muitos consideram a idade cronológica como único critério e equiparam automaticamente a idade avançada com vulnerabilidade, dependência e contribuição limitada, ignorando a diversidade e heterogeneidade que existe, especialmente, na velhice. Além disso, sabe-se que dizer às pessoas idosas que elas são vulneráveis, incapazes ou inaptas prejudica seu desempenho e afeta sua saúde e bem-estar, e que a forma como as pessoas idosas pensam sobre o próprio envelhecimento tem associação direta com suas perspectivas de morbidade e mortalidade (Manso; Gobbo, 2023).

Nota-se ainda, entre os professores, importante número de acertos na questão 22 (a maioria dos idosos é senil, tem memória deficiente, é desorientada ou demente). Assim como para todas as outras alterações orgânicas intrínsecas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento, a perda de memória não é um processo homogêneo. Como dito, com o envelhecimento há alterações anatômicas e enzimáticas no sistema nervoso central, porém elas não decorrem apenas da idade. Essas alterações acontecem em maior grau associadas a vários fatores, como estilo de vida, qualidade do sono, crenças e nível educacional, podendo acelerar ou mitigar a magnitude do envelhecimento.

Entre os domínios cognitivos: a memória procedural, primária e semântica, habilidades, vocabulário e conhecimentos gerais sedimentados e corriqueiros, bem como a capacidade de reconhecer objetos e rostos familiares, permanecem estáveis ao longo da vida; enquanto a memória episódica, a de trabalho, a função executiva, a velocidade de processamento e a capacidade de atenção diminuem com o passar do tempo (Gobbo; Manso, 2024).

Evidencia-se que a prevalência de síndromes demenciais em pessoas com 60 anos ou mais varia entre 5% e 7% na maioria das regiões do mundo.

A partir do exposto, considera-se que esta pesquisa alcançou seu objetivo. Como limitações, cabe ressaltar o tamanho da amostra e o fato de que não necessariamente a amostra em questão reflete todos os estudantes e professores de Nutrição.

Esta pesquisa confirmou a existência de ageísmo e de estereótipos negativos neste grupo de estudantes e professores de Nutrição vinculados a um Centro Universitário localizado na cidade de São Paulo. Os estereótipos negativos mais encontrados foram relacionados à homogeneidade do grupo etário idoso, destacando-se as interpretações de que esta fase da vida se associa à fragilidade física e mental, pobreza, não flexibilidade e religiosidade.

É de suma importância que o currículo do curso de Nutrição abarque conhecimento tanto no âmbito fisiológico acerca das pessoas idosas quanto no de questões mentais e sociais, a fim de difundir entre os estudantes ideias reais sobre o envelhecimento e desmistificar atitudes ageístas. É fundamental que os estudantes de Nutrição tenham acesso a disciplinas dedicadas à pessoa idosa em sua integralidade e em toda linha de cuidado, desde a promoção da saúde à palição e fim da vida, diante do contexto de envelhecimento populacional, o qual vem se tornando cada vez mais expressivo. Sugere-se investigações adicionais e em maior escala para aprofundar o campo de pesquisas em Nutrição e envelhecimento que extrapolem questões meramente fisiológicas.

Referências

BUTLER, R. N. Ageism: Another Form of Bigotry. **The Gerontologist**.v.9, n.4, p.243-46, 1969.

CERRI, P.; BOLZANI, V. A. **Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista que trabalha na rede de saúde pública de Campinas sobre envelhecimento** [Monografia de Especialização]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (CCV-Odontologia); 2004.

GOBBO, L. E. M.; MANSO, M. E. G. A visão sobre o envelhecer pelo questionário Palmore: uma revisão da literatura. **Rev. Longeviver**, n. 22, p. 1-19, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021**. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 25 ago. 2025.

MANSO, M. E. G.; GOBBO, L. E. M. G. A velhice não é uma totalidade biológica: o ageísmo entre estudantes de medicina. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 34, n.2, p. 01-22, 2023.

MANSO, M. E. G.; MELLO, I. G. R.; LOPES, R. G. C. Ageísmo: inter-relação com resiliência e variáveis relacionadas à capacidade funcional em um grupo de idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.27, n. 1, 2024. <https://doi.org/10.61583/kairs.v27i1.63>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça: Organização das Nações Unidas. (2015). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.

PIMENTEL, J. C. *et al.* Ageísmo: uma realidade entre nutricionistas? **Nutrição em Pauta**. n.179, p.5-11, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Decade of Healthy Ageing Baseline Report**. Geneva: WHO, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global campaign to combat ageism. Global report on ageism**. Genebra: WHO, 2021b.

Capítulo 8

Nem sempre é o que parece: depressão, ansiedade, estresse e resiliência em um grupo de pessoas idosas socialmente vulneráveis

*Celia Maria Francisco
Renata Laszlo Torres*

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que traz à tona diversas questões relacionadas à saúde física e mental das pessoas idosas. No Brasil, a população com 60 anos ou mais representa uma parcela significativa da sociedade, e as projeções indicam um crescimento contínuo desse grupo nas próximas décadas. Todavia, questões como estresse, ansiedade e depressão em pessoas idosas frequentemente permanecem invisíveis, tanto na esfera social quanto nos sistemas de saúde (Camarano, 2020).

Envelhecer não ocorre de forma homogênea, sofrendo impactos das diversas condições de vida, moradia, educação e acesso aos serviços de saúde. Entre as pessoas idosas que moram em comunidades periféricas, as desigualdades são ampliadas, podendo comprometer a saúde mental, com consequências como depressão, ansiedade e estresse, que são prevalentes nessa população (Camarano, 2020; Manso; Mello; Lopes, 2022).

O processo de envelhecimento é acompanhado por representações sociais negativas que resultam em discriminação, o que é conhecido como idadismo (Falcão, Araújo; Pedroso, 2016; Camarano, 2020).

Esse fenômeno consiste em atitudes, comportamentos e práticas sociais que estigmatizam ou excluem os indivíduos com base na idade, especialmente as pessoas idosas, afetando sua saúde mental e bem-estar.

Pessoas idosas que vivem em situação de vulnerabilidade social e de saúde acumuladas ao longo da vida – especialmente a população negra, com destaque para as mulheres – vivenciam barreiras no acesso à escolaridade e à renda adequadas, além da exclusão das políticas de atenção integral à saúde mental, que agravam esse cenário (Camarano, 2020).

O idadismo institucionalizado manifesta-se em políticas públicas insuficientes e práticas de saúde que desconsideram a autonomia da pessoa idosa. Já o idadismo interpessoal e internalizado aparece em relações familiares e sociais, levando

a pessoa idosa a sentir-se um fardo, alguém improdutivo ou socialmente excluído (Falcão; Araújo; Pedroso, 2016).

Essa percepção, ao longo do tempo, pode desencadear estresse crônico, aumentar a vulnerabilidade emocional e impactar negativamente na autoestima e no sentido de pertencimento.

A depressão, a ansiedade e o estresse são condições de saúde mental que afetam a qualidade de vida das pessoas idosas. A depressão é caracterizada por sentimentos frequentes de tristeza, perda de interesse em atividades que anteriormente eram prazerosas, perda de apetite e por distúrbios de sono. A ansiedade envolve preocupação excessiva e sintomas físicos, como tensão muscular e inquietação. O estresse, por sua vez, é uma resposta fisiológica e psicológica a condições externas ou internas desafiadoras ou ameaçadoras. Devido ao estigma associado à saúde mental e ao processo de envelhecimento, bem como à sobreposição de sintomas com outras doenças, o diagnóstico dessas condições em pessoas idosas pode ser complexo (Del Porto, 1999).

No Brasil, estudos indicam uma prevalência de sintomas depressivos em pessoas idosas, estimada em 21% dessa população (Santos *et al.*, 2021). Além disso, a prevalência de transtornos de ansiedade é de 40,5% (Silva; Lima; Neves, 2022). Em relação ao estresse, um estudo identificou que 30% dos idosos apresentaram escores elevados de estresse percebido, especialmente entre mulheres, analfabetos e aqueles sem atividades de lazer (Albuquerque *et al.*, 2023).

O estresse crônico é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão na velhice. As mudanças relacionadas ao envelhecimento, como limitações funcionais, luto, isolamento social e instabilidade financeira, são potencializadas por práticas idadistas que interferem na participação ativa da pessoa idosa na sociedade (Manso *et al.*, 2021; Manso; Mello; Lopes, 2022).

O estresse psicossocial eleva os níveis de cortisol, contribuindo para alterações emocionais significativas, como irritabilidade, angústia e sintomas depressivos, mas é raramente rastreado, mesmo sendo fator de risco para agravamento de doenças cardiovasculares, imunológicas e cognitivas em pessoas idosas.

Além disso, o estresse crônico surge como resposta à exclusão social, luto e acúmulo de responsabilidades, inclusive financeiras, somando-se à sobrecarga no trabalho informal e no papel de cuidador (Manso *et al.*, 2021; Manso; Mello; Lopes, 2022).

A autopercepção negativa da saúde e o diagnóstico de hipertensão arterial possuem uma relação significativa com o aumento do estresse percebido, sendo a depressão e a dor crônica significativamente associadas a maiores níveis de estresse (Manso *et al.*, 2021; Manso; Mello; Lopes, 2022).

A ansiedade em pessoas idosas pode se manifestar de forma atípica, muitas vezes confundida com sintomas físicos, como dores, palpitações, tensão muscular e insônia, frequentemente tratados como comorbidades clínicas sem que se investigue a origem emocional, dificultando o diagnóstico e o tratamento adequado. O idadismo intensifica o sentimento de insegurança e medo em relação ao futuro, sendo um disparador para transtornos ansiosos.

A ansiedade é frequentemente associada a situações de instabilidade habitacional, receio da violência urbana, da falta de suporte social e familiar e incerteza quanto à continuidade dos cuidados de saúde (Shiguemoto et al., 2025). O apoio familiar saudável e funcional à pessoa idosa reforça o suporte social, promovendo a saúde física e psicológica, melhorando a socialização, os cuidados, a autoestima, o auxílio no enfrentamento das dificuldades e mudanças e a recuperação da saúde (Reis, 2015).

A depressão, mesmo sendo uma condição grave, que compromete a capacidade funcional e reduz a qualidade de vida, principalmente entre as pessoas idosas expostas a contextos de discriminação etária, é frequentemente subdiagnosticada ou naturalizada, reforçando ainda mais os efeitos do idadismo.

Essa população pode manifestar sintomas atípicos da depressão, confundidos com sinais de envelhecimento “normal”, como isolamento social, irritabilidade, lentidão, déficits cognitivos e perda de interesse, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

O envelhecimento saudável é um fator protetivo para a depressão e a ansiedade, considerando que pessoas idosas saudáveis possuem menor risco de desenvolver essas condições de saúde mental. Além disso, há uma inter-relação, ou seja, a ausência de sintomas depressivos diminui o risco de ansiedade (Shiguemoto et al., 2025).

Ademais, o idadismo pode comprometer a resiliência da pessoa idosa, ou seja, sua capacidade de enfrentar adversidades, aumentando sua exposição ao sofrimento psíquico.

A resiliência é considerada um fator protetivo para a promoção do bem-estar na velhice. Essa capacidade adaptativa está associada à espiritualidade, aos vínculos sociais e à participação em atividades comunitárias, ainda que possam ser limitadas em alguns territórios de maior vulnerabilidade.

Tal capacidade adaptativa é considerada positiva frente às mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento. Pessoas idosas que referem elevado estresse percebido são menos resilientes. Assim, é possível inferir que a resiliência pode ser uma barreira de proteção para o estresse (Manso; Mello; Lopes, 2022).

Com isso, o estresse crônico, o desgaste emocional e a sensação de perda de controle são fatores que enfraquecem a capacidade adaptativa (Manso; Mello; Lopes, 2022).

A invisibilidade da ansiedade, do estresse e da depressão pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo estigmas associados à saúde mental, a naturalização de sintomas como parte do envelhecimento e a falta de capacitação dos profissionais de saúde para identificar e tratar adequadamente essas condições em pessoas idosas.

Condições crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dor persistente, podem associar-se a quadros depressivos e à sensação de desamparo, visto que exigem mudanças de estilo de vida, podendo gerar sensação de maior vulnerabilidade, menor autonomia e sobrecarga, intensificando a redução da resiliência.

Um dos grandes desafios no âmbito da saúde é o olhar do profissional para as necessidades das pessoas idosas, considerando as questões multidimensionais dessa população no sentido da integralidade do cuidado.

Destaca-se a subnotificação da depressão e a alta prevalência de sentimentos de desânimo e dependência, sugerindo que, mesmo sem diagnóstico formal, muitas pessoas idosas expressam sintomas compatíveis com sofrimento psíquico, como falta de energia, desânimo e percepção de incapacidade.

Ocorre que, como já mencionado, a depressão entre as pessoas idosas pode ser mascarada por sintomas somáticos ou normalizada como parte do envelhecimento, o que frequentemente contribui para sua invisibilidade. Isso é reforçado por evidências de que sintomas de desânimo, como tristeza, desesperança e solidão, são relatados por pessoas idosas, mesmo as que não se consideram deprimidas.

Soma-se a isso a problemática da pessoa idosa que mora sozinha, com maior percepção de vulnerabilidade, o que indica que o isolamento pode ampliar o sentimento de desamparo e abandono, que são aspectos importantes no sofrimento psíquico dessas pessoas e que devem ser considerados na avaliação por profissionais de saúde.

Por outro lado, um estudo que analisou associações com o estresse percebido, em um núcleo de convivência de idosos, apontou que morar acompanhado foi significativamente associado a maiores níveis de estresse (Manso *et al.*, 2021; Manso; Mello; Lopes, 2022). É importante que o profissional de saúde compreenda os aspectos do envelhecimento, levando em consideração a capacidade física e mental, suporte familiar e social e grau de autonomia, utilizando instrumentos para entender a funcionalidade familiar, visto que a pessoa idosa pode estar mais exposta a diversos tipos de violência, prevalecendo a violência intrafamiliar.

Outra questão importante é a invisibilidade institucional. Apesar de a maioria utilizar os serviços sociais, ainda ocorre a necessidade de estratégias de promoção de saúde mental específicas, sobretudo para os mais vulneráveis.

A relação entre raça e saúde mental também é relevante. Pessoas pretas podem enfrentar barreiras de expressão emocional ou de acesso ao diagnóstico devido a mecanismos historicamente construídos desde a diáspora dos povos africanos, refletindo na dificuldade de verbalizar seus sentimentos ou no acesso à escuta qualificada nos serviços de saúde, reforçando a invisibilidade do adoecimento mental.

A promoção da autoestima ao longo do processo de envelhecimento é fundamental para a proteção da saúde mental nas pessoas idosas, desencadeando melhor qualidade de vida, autonomia, participação social e melhor enfrentamento da morte.

Por isso, é essencial promover estratégias eficazes para melhorar a qualidade de vida, promover o envelhecimento ativo e prevenir transtornos mentais. A sociedade deve reconhecer e valorizar a saúde mental das pessoas idosas, garantindo que envelhecer seja uma experiência digna e plena.

Políticas públicas precisam, portanto, integrar o cuidado psicossocial como eixo central na atenção à saúde da pessoa idosa. Isso requer estratégias que considerem as interseccionalidades de raça, gênero, renda e moradia, bem como a ampliação do letramento em saúde mental, o apoio a cuidadores familiares e a garantia de acesso a serviços de saúde mental para a população idosa, além da capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a escuta e o acolhimento qualificados.

Diante disso, faz-se ainda mais urgente o desenvolvimento de políticas de saúde que promovam o envelhecimento ativo, o fortalecimento dos vínculos sociais e o combate à discriminação baseada na idade, como propõe a Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei nº 8.842/1994) e o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003).

Apesar das fragilidades na atenção à saúde mental das pessoas idosas, tem ocorrido, nas últimas décadas, maior visibilidade no campo das políticas públicas e da atenção em saúde.

Mesmo com os desafios estruturais, é possível identificar avanços que demonstram o fortalecimento gradual da rede de atenção psicossocial voltada à pessoa idosa.

Um dos avanços foi a consolidação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528/2006, que estabelece como diretriz a atenção integral à saúde da pessoa idosa, incluindo a saúde mental como dimensão essencial.

Outro marco é a ampliação do atendimento psicossocial à população idosa por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm desenvolvido estratégias adaptadas ao envelhecimento, como oficinas de convivência, rodas de conversa e grupos terapêuticos, que fortalecem os vínculos sociais e a autoestima da pessoa idosa.

Na APS, a abordagem interdisciplinar das equipes, incluindo psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, pode proporcionar a ampliação da detecção precoce de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento emocional em pessoas idosas, bem como o acolhimento qualificado e o cuidado continuado.

No campo terapêutico, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) destacam-se como recurso humanizado para a promoção da saúde mental, com intervenções como acupuntura, musicoterapia, arteterapia e meditação, que têm contribuído para reduzir níveis de estresse e promover o bem-estar psíquico em pessoas idosas.

Além disso, programas como o Previne Brasil vêm fortalecendo os indicadores de saúde mental por meio de protocolos clínicos que facilitam o rastreamento de depressão e ansiedade em pessoas idosas na APS.

A inclusão da pessoa idosa em ações educativas, como grupos de caminhada, PICS, artesanato, horta comunitária e oficinas de memória, promove a saúde e o envelhecimento ativo e tem ajudado na redução do estigma em relação a essa população.

A formação de profissionais de saúde também tem avançado, visto que instituições de ensino superior vêm promovendo o desenvolvimento de habilidades e competências acerca do cuidado psicossocial das pessoas idosas.

Associado a isso, a produção científica na área aumentou nos últimos anos, investigando fatores como espiritualidade, redes de apoio e impactos da solidão no sofrimento mental da pessoa idosa.

Essas conquistas estão alinhadas aos princípios do SUS, que preconizam a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção em saúde.

Embora existam avanços com relação à atenção à saúde mental da pessoa idosa no Brasil, persistem desafios relacionados à escassez de políticas públicas direcionadas à prática clínica e às barreiras no acolhimento nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito aos transtornos de depressão, ansiedade e estresse, resultando na invisibilidade institucional e subnotificação desses agravos.

A invisibilidade do estresse, ansiedade e depressão em pessoas idosas é um desafio significativo para a saúde pública. Tanto os profissionais de saúde quanto a sociedade em geral devem estar capacitados para reconhecer os sintomas, tratando esses transtornos de forma adequada, visto que, entre as pessoas idosas que apresentam algum sintoma significativo de depressão ou ansiedade, menos da metade é efetivamente diagnosticada ou tratada.

Essa lacuna pode ser atribuída a fatores como o idadismo no atendimento em saúde, o desconhecimento dos profissionais sobre as manifestações atípicas dos transtornos mentais na pessoa idosa e a predominância de um modelo biomédico que prioriza condições físicas em detrimento do sofrimento psíquico.

A fragmentação da atenção à saúde mental dificulta o acolhimento integral na APS, que, embora seja a porta de entrada preferencial do SUS, ainda apresenta baixa resolutividade em saúde mental nessa população, considerando que muitos profissionais relatam insegurança para lidar com o sofrimento psíquico.

Apesar da incorporação de equipes interdisciplinares, ainda há escassez de psicólogos e psiquiatras nos territórios, especialmente nas regiões periféricas, onde a vulnerabilidade social se soma ao adoecimento emocional.

Outro aspecto que contribui para a invisibilidade é a negação de sofrimentos mentais e a falta de empoderamento para o reconhecimento de condições de saúde mental por parte das próprias pessoas idosas, muitas vezes por medo de estigmas, por crenças culturais que associam tristeza à velhice ou por dificuldades em nomear emoções. Quando buscam ajuda, é comum que relatem apenas sintomas físicos, dificultando o vínculo terapêutico e o diagnóstico clínico.

A intersecção entre envelhecimento, pobreza, isolamento social e doenças crônicas agrava ainda mais o quadro, exigindo um cuidado multidimensional que os serviços de saúde raramente oferecem.

A ausência de escuta qualificada, o tempo reduzido das consultas médicas e a sobrecarga dos profissionais são fatores estruturais que perpetuam essa invisibilidade.

Portanto, é necessário que os sistemas de saúde adotem práticas interdisciplinares, que promovam a formação continuada dos profissionais em saúde mental da pessoa idosa e reforcem a importância da atenção psicossocial.

Reconhecer que tristeza, sofrimento e solidão não são inerentes ao envelhecer é um passo fundamental para garantir à população idosa o direito à saúde mental com dignidade, respeito e visibilidade.

Nesse sentido, o letramento em saúde mental possibilita o desenvolvimento de habilidades para reconhecer, prevenir e tratar adequadamente os aspectos relacionados a essa questão, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais de saúde, auxiliando na busca por cuidados em saúde e tratamentos adequados.

Referências

ALBUQUERQUE, C. F. *et al.* Fatores que influenciam os níveis de estresse percebido em idosos. **Revista Foco**, v. 16, n. 6, p. 42–50, 2023.

CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2020.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(3), 2-6. 1999.

FALCÃO, D.; ARAÚJO, L. F.; PEDROSO, J. S. (Orgs.). **Velhices: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar.** Campinas: Alínea, 2016.

MANSO, M. E. G *et al.* Estresse percebido em um grupo de idosos participantes de um núcleo de convivência em São Paulo. **Revista Recien**, São Paulo, v. 11, n. 35, p. 20–29, 2021.

MANSO, M. E. G; MELLO, I. G. R; LOPES, R. G. C. Estresse e resiliência em um grupo de pessoas maiores participantes em um centro de convivência. Neurama: **Revista Latinoamericana de Psicogerontología**, v. 9, n. 2, p. 28–36, dez. 2022.

REIS, L. A. **Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família.** *Psicol Teor Prat* [Internet]. 2015;17(3):28-41.

SANTOS, L. S. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade no Brasil: uma revisão sistemática e metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 1, p. 50–60, 2021.

SHIGUEMOTO, M. T. *et al.* Depressão e ansiedade: interrelação [sic] em um grupo de pessoas idosas moradoras em uma comunidade vulnerável na cidade de São Paulo. **Revista Longeviver**, São Paulo, Ano VII, n. 25, p. 41–47, jan./fev./mar. 2025.

SILVA, M. C. S. da; LIMA, A. B. de; NEVES, R. F. S. das. Prevalência de transtornos de ansiedade em idosos no sul de Santa Catarina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 1, p. 33–39, 2022.

Capítulo 9

Violência contra a pessoa idosa: dados epidemiológicos do Brasil, América Latina e Caribe

Maria Elisa Gonzalez Manso

Denise Schout

Cintia Leci Rodrigues

Fernanda Tavares de Mello

Paula Yuri Sugishita Kanikadan

O aumento da expectativa de vida, a redução da natalidade e a transição epidemiológica são fenômenos consolidados nos países desenvolvidos. No entanto, nos países em desenvolvimento que possuem grandes desigualdades sociais, econômicas e culturais, a transição epidemiológica é mais recente, ocorrida nos últimos 40 anos, e configura-se um desafio de monta (OPAS, 2023).

Na região das Américas e do Caribe, o grupo acima de 60 anos representou, em 2022, 13,4% do total da população, e estima-se para 2030 que contribua com 16,5% do conjunto da população da região.

A expectativa de vida aos 60 anos nas Américas cresceu entre 2000 e 2022, passando de 21,1 para 22,7 anos, sendo este o maior valor entre todas as regiões do mundo. Porém, a expectativa de vida saudável (HALE) foi menor, cerca de 15 anos. Na comparação entre os sexos, as mulheres têm maior expectativa de vida (24 anos) e de vida saudável (17,4 anos), mas têm maior proporção de anos com vida debilitada na comparação com os homens (OPAS, 2023).

Tal estudo sobre o envelhecimento nas Américas evidencia que os anos de vida saudável (DALY) decresceram em especial nas mulheres na faixa de 65 a 69 anos, com menor intensidade naquelas acima dos 85 anos. Nos homens, a queda da taxa foi no grupo dos 75 a 79 anos e, na sequência, entre o grupo de 60 a 64 anos (OPAS, 2023).

No Brasil, o Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que a população idosa — pessoas com 60 anos ou mais — representa 15,8% da população total. Entre 2010 e 2022, esse grupo cresceu cerca de 56%. O índice de envelhecimento em 2022 chegou a 80 pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 crianças de 0 a 14 anos. Existem grandes diferenças regionais, sendo a região Norte a mais jovem e as regiões Sudeste e Sul as mais envelhecidas.

Nossa heterogeneidade estrutural, diferenças sociais, econômicas, de raça e de escolaridade estão expressas em perfis de adoecimento e de morte bem diferenciados. Essas constatações reforçam o impacto do envelhecimento na demanda de serviços de saúde e demonstram como as famílias e as comunidades são atingidas. Estudar em detalhes as principais causas de morbimortalidade desse grupo etário, em especial as causas externas, tem o objetivo de contribuir para subsidiar ações que irão aprimorar a qualidade de vida e os serviços ofertados a esse grupo populacional.

Entre a população com 60 anos ou mais no Brasil, as afecções predominantes como causa de morte são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas. As causas externas representam a quinta ou sexta causa, excluindo-se o período da pandemia de covid-19. Entre as causas externas, os acidentes são a principal razão, seguidos por ocorrências com intenção indeterminada e agressões. O suicídio (lesões autoprovocadas) é a quarta causa de morte. Enquanto os acidentes, com cerca de um terço relacionados a quedas, apresentam tendência de crescimento – reduzido somente durante a pandemia de covid-19 –, o suicídio suplantou as agressões a partir de 2019. Vale salientar que as causas agrupadas como “eventos cuja intenção é indeterminada” também cresceram desde 2017 (Brasil, 2024).

O objetivo principal desta investigação foi descrever os principais fenômenos envolvidos nos processos de violência contra a pessoa idosa no cenário brasileiro, a partir de bases de dados de mortalidade e morbidade disponíveis.

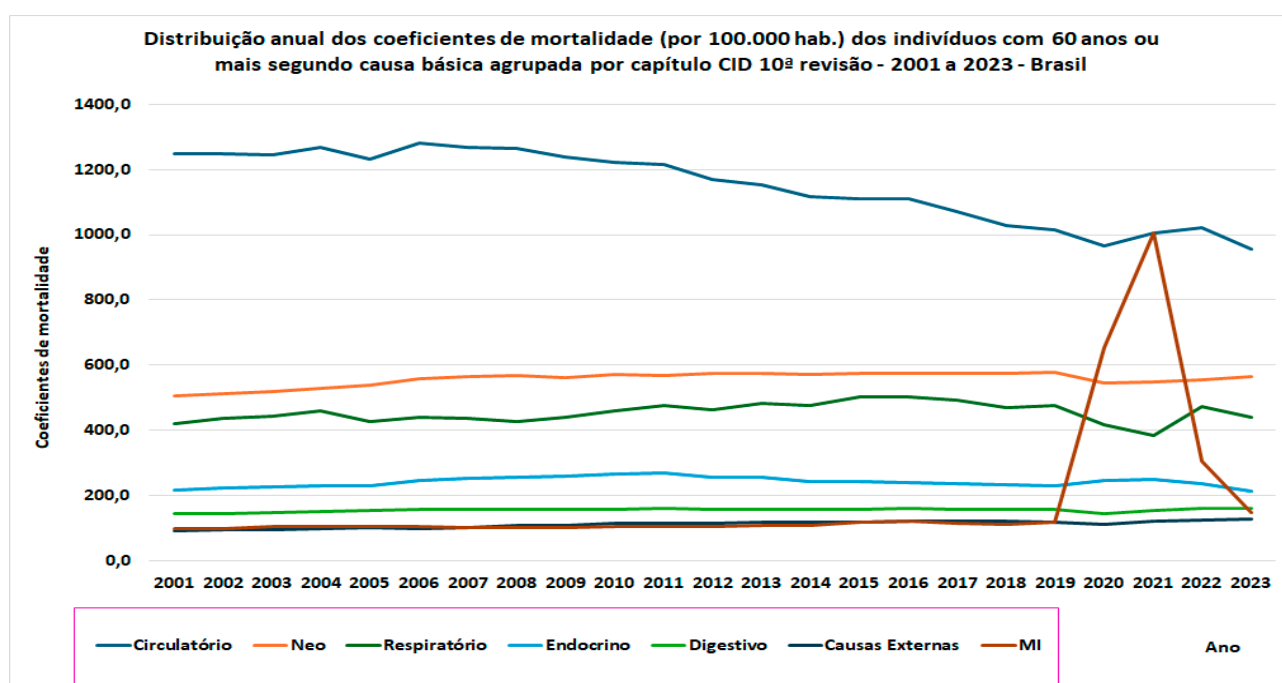
Para tanto, traçamos um estudo descritivo retrospectivo para o Brasil e o estado de São Paulo para os anos de 2001 a 2023, utilizando dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do sistema de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), analisando o perfil epidemiológico dos idosos submetidos ou mortos por violência – o último com informações disponíveis apenas a partir de 2011, quando a violência passou a pertencer à lista de doenças de notificação compulsória.

Magnitude epidemiológica das causas externas e dos acidentes de transporte

No Brasil, as causas externas representam a terceira ou quarta causa de mortalidade na população em geral, dependendo da região do país, atrás das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Entre as causas externas, os homicídios e os acidentes de trânsito têm grande contribuição, e os maiores coeficientes estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Mas vale ressaltar que as taxas de mortalidade têm permanecido estáveis na série histórica dos últimos 22 anos, período de 2001 a 2023.

No que tange à população idosa (≥ 60 anos) no Brasil, as principais causas de mortes são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e as doenças do aparelho respiratório – nos últimos 22 anos, com exceção do ano de 2021 por causa do impacto da pandemia de covid-19, quando as moléstias infecciosas alcançaram o risco de morte por doença do aparelho circulatório nesse grupo etário. Na série analisada, observa-se queda de cerca de 24% no coeficiente de mortalidade por doença do aparelho circulatório e crescimento de 37,4% nas causas externas, ainda que esta seja a sétima causa de morte nesse grupo etário (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição anual dos coeficientes de mortalidade dos indivíduos com 60 anos ou mais segundo causa básica agrupada por capítulo CID 10^a revisão - 2001 a 2023, Brasil.



Fonte: DataSus, 2024.

As causas externas, como os acidentes de trânsito, são responsáveis pela ocorrência de traumas na população mundial e na população brasileira. Os acidentes de trânsito têm apresentado comportamento crescente em todos os grupos etários, incluindo a população idosa (Dias, 2024).

No Brasil, entre 2014 e 2024, ocorreram 248.646 internações hospitalares por acidentes de transporte envolvendo pessoas com 60 anos ou mais. Entre os acidentes de transporte envolvendo pessoas idosas, 31% foram vítimas de atropelamento. O valor total gasto pelo Sistema Único de Saúde com essas internações foi de R\$ 425.469.245,03. No mesmo período, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito envolvendo pessoas idosas foi de 6,24 por 100.000 habitantes (Brasil, 2025).



Para pessoas idosas considera-se o ato de dirigir uma satisfação para sua mobilidade, além de influenciar no senso de identidade de uma pessoa. É uma atividade instrumental da vida diária, altamente valorizada entre pessoas idosas e intimamente relacionada à sensação de bem-estar, autonomia e independência (Lee, 2022).

O processo de envelhecimento impacta na função musculoesquelética e neuromuscular, o que pode gerar diminuição da força muscular, do controle motor e da coordenação. Esses fatores podem influenciar na execução da direção veicular, que envolve distintas habilidades, como as motoras, visuais, cognitivas e de velocidade da marcha reduzida (Lenardt, 2023).

No contexto de avaliação da direção veicular existe a necessidade de uma análise das habilidades funcionais subjacentes, importantes para a condução segura (como a cognição e o desempenho motor), com uma abordagem que incorpore avaliação e intervenção direcionada à população idosa (Lenardt, 2023).

O envelhecimento traz a necessidade de ações no planejamento e deslocamento urbano, pois a mobilidade, o acesso a diversos ambientes e a segurança ao atravessar a rua influenciam diretamente na manutenção da autonomia, independência e saúde. As pessoas idosas que se locomovem a pé apresentam dificuldades em atravessar a rua por conta de fatores como velocidade da marcha reduzida, diminuição da acuidade visual, diminuição da audição e a necessidade de adaptação às condições de trânsito. Estudos realizados na cidade de São Paulo e no Reino Unido mostraram que o tempo de semáforo é incompatível com a velocidade de caminhada de uma pessoa idosa e pode aumentar o risco de traumas por acidentes no trânsito (Kerber *et al.*, 2020).

Queda em idosos e sua magnitude na saúde

Com o envelhecimento populacional em todo o mundo, um dos problemas em saúde pública refere-se à queda como uma das principais causas de morbimortalidade em idosos. Existem fatores que contribuem para as quedas, destacando-se os intrínsecos, que estão relacionados ao envelhecimento, e os extrínsecos, ligados ao local que o idoso se encontra, como a residência, entendendo que múltiplas causas se relacionam com a ocorrência de quedas (Aguiar; Chaves; Gomes, 2023).

Esses fatores relacionam-se com as características do envelhecer e com doenças crônicas e aos aspectos externos, como características da residência, formas de organização de mobília e objetos que podem representar maior risco para quedas, além das características territoriais por onde o idoso transita.



No Brasil, na análise temporal da série dos anos de 2000 a 2019, observa-se tendência crescente nos coeficientes de mortalidade em idosos, porém maior entre aqueles com 80 anos ou mais, reforçando a importância de uma linha de cuidado com foco em prevenção dos riscos de queda e promoção da saúde (Gonçalves *et al.*, 2022).

Reyes-Ortiz *et al.* (2020) analisaram cidades da América Latina a partir dos estudos transversais Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), conduzidos em Bridgerton, Buenos Aires, Havana, México, Montevideu, Santiago, São Paulo e Bogotá. Estima-se a prevalência e os fatores de risco para quedas que precisaram de tratamento médico em pessoas acima de 60 anos. Nessa investigação, a prevalência mais alta de queda com necessidade de tratamento médico foi na Cidade do México (11,3%); a menor foi em Bridgerton (6,0%). Em São Paulo, a prevalência foi de 10,1% e as pessoas também necessitaram de suporte médico.

Portanto, entende-se que as quedas são eventos que contribuem de forma relevante para a mortalidade e perda funcional de idosos em todo o mundo, sendo necessário elaborar e implementar políticas públicas intersetoriais para prevenir esses eventos. Nesse sentido, é fundamental olhar para os aspectos intrínsecos, como aspectos do envelhecer, e extrínsecos, como o ambiente domiciliar e o território no qual o idoso transita, buscando estratégias para prevenir eventos de quedas e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Suicídio: como os idosos são afetados

O suicídio é um problema de saúde pública mundial, mas com tendência recente de crescimento nas Américas. Um estudo recente enfatizou o sub-registro das tentativas de suicídio e de suicídio em estudos anteriores, mesmo em países com sistema de informação de mortalidade e morbidade de alta qualidade. O coeficiente mundial está na ordem de 9,0/100.000 habitantes. Dois grupos etários aparecem com maior risco: os jovens e os idosos. Nas Américas, as causas externas têm maior magnitude em alguns países do que em outros. No Brasil existem diferenças de risco nas diversas regiões do país (Alves, 2024).

Considera-se que o suicídio está relacionado a um grupo significativo de fatores, entre eles: questões sociais; sofrimento mental, como depressão, perdas de companheiros, amigos e filhos; mudanças relacionadas à inserção no mercado de trabalho; relações familiares, religiosas e na comunidade. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que esta é uma morte prevenível, e que a capacitação dos profissionais de saúde e da comunidade pode auxiliar na redução dos riscos e na construção de rede de apoio para mitigar o sofrimento nessa etapa da vida.



Este estudo buscou aprofundar a análise dos suicídios na população idosa e analisar o mesmo fenômeno no estado de São Paulo, unidade da federação com características diferenciadas de desenvolvimento socioeconômico e inserção da população no mercado de trabalho.

Para tanto, buscou-se fazer um estudo descritivo de série temporal, analisando os coeficientes de mortalidade no Brasil e no estado de São Paulo de forma a identificar tendências e riscos diferenciados segundo características sociodemográficas e de local de ocorrência. A análise foi feita a partir da extração de dados de mortalidade do Sistema de Informação de Mortalidade, por meio do Tabnet, e da extração dos bancos de dados de mortalidade do estado de São Paulo. Os dados de população foram aqueles disponíveis no *Tabnet*, provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Enquanto o suicídio em idosos apresenta coeficientes crescentes no Brasil, no estado de São Paulo observa-se leve tendência de queda (gráfico 2). No estado de São Paulo, nos 22 anos (2001 a 2023) analisados, foram identificados 6.795 óbitos. Em relação às características dos óbitos: 64% ocorreram em domicílio, 20% em hospital e 6% em via pública; 80% em homens; 60% na faixa de 60 a 69 anos; 83% em indivíduos brancos, 14% em pretos ou pardos e 3% em amarelos; 53% em casados, 19% em viúvos e 13% em separados judicialmente. No que tange à escolaridade, 60% tinham menos de 7 anos de escolaridade. A análise de escolaridade está prejudicada pela alta proporção de ignorados, variando de 38% no começo da série para 25% em 2023.

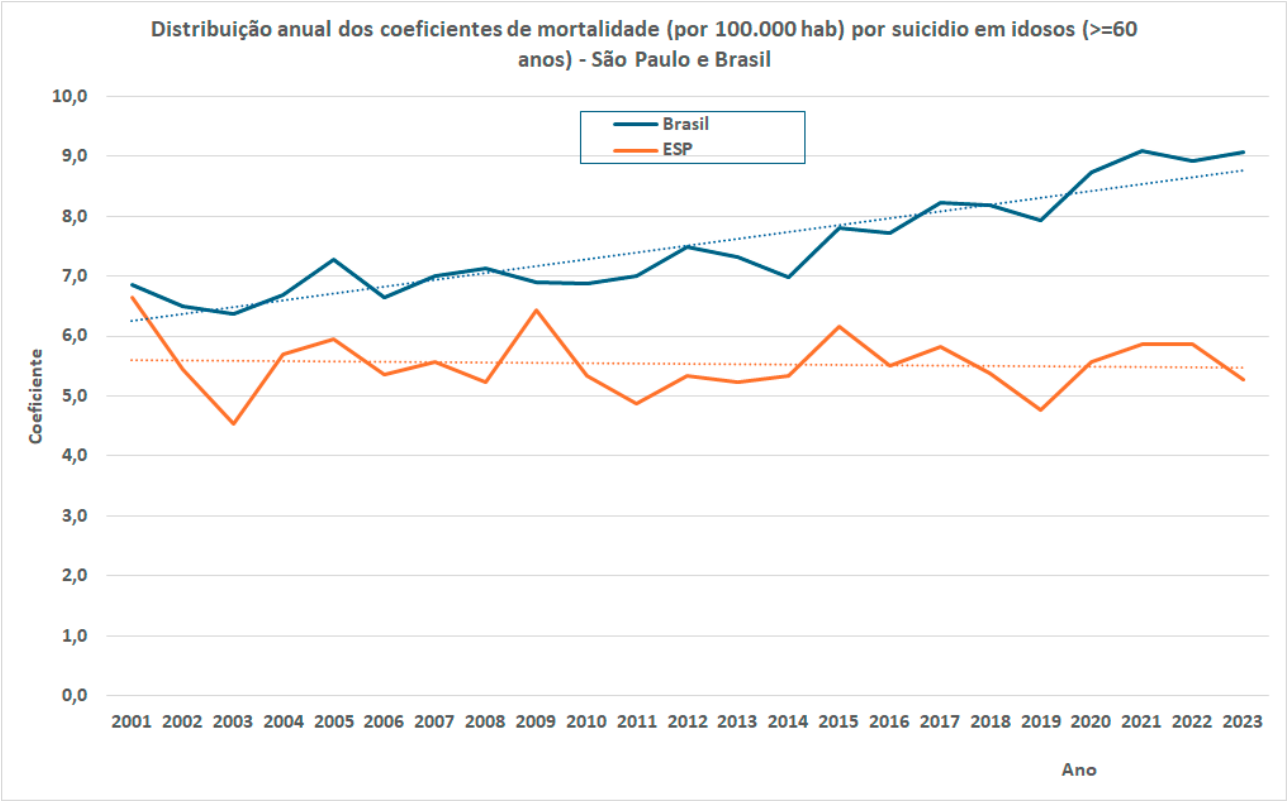
Outro aspecto interessante é que 96% dos casos foram submetidos à autópsia, condizente com o local de ocorrência dos suicídios. A realização das autopsias tende a contribuir para a validação das formas de autoagressão.

Entre os modos de lesão autoprovocada, predominam: (53%) enforcamento, estrangulação e sufocação; disparo de arma de fogo (10%); precipitação de um lugar elevado (8%); autointoxicação por exposição intencional a pesticidas (5%); entre outros.

Ainda que os óbitos por suicídio em idosos acometam com maior relevância a faixa de 60 a 69 anos, o risco de morte é maior nas faixas com idade igual ou maior a 80 anos.



Gráfico 2. Distribuição anual dos coeficientes de mortalidade por suicídio em idosos (>=60 anos), Brasil e estado de São Paulo, 2001 a 2023.



Fonte: DataSus, 2024.

A partir dos achados do Atlas da Violência (IPEA, 2024) recém-publicado, identificam-se grandes diferenças de mortalidade por causas externas segundo faixa etária, raça e sexo. A população negra do sexo masculino é muito mais atingida ao longo da vida por homicídios, considerando o contexto e as condições sociais e culturais. Em relação à idade média ao morrer, as mulheres morrem mais tarde que os homens, assim como homens não negros vivem mais que negros. Na população idosa, as taxas de mortalidade por homicídios em 2022 eram bem diferentes segundo raça e sexo: enquanto os homens negros apresentavam taxas de 15,2/100.000 habitantes, os homens não negros apresentavam taxas de 8,5/100.000 habitantes. As mulheres idosas aparecem no estudo com taxas de 1,6/100.000 para negras e 1,4/100.000 para não negras. Em relação ao período de estudo (2012 a 2022), as taxas decresceram para ambos os sexos, mas com maior intensidade para os não negros. Essas observações reforçam as diferenças relacionadas à heterogeneidade estrutural em nossa sociedade.

Analisar e entender os suicídios em idosos tem o papel de reforçar a necessidade de ações de prevenção voltadas para mitigar os fatores de risco e a importância de investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde, tanto nas unidades básicas quanto nos serviços especializados, para detectar precocemente pacientes de risco e, assim, contribuir para diminuir ou tratar o sofrimento desses indivíduos.

Conclusão

O enfrentamento das doenças crônicas faz-se *mister* frente aos desafios das necessidades crescentes dos idosos, com cada vez mais relevância na população da América Latina e, em especial, do Brasil. Os dados apresentados, referentes às causas externas, em especial acidentes de trânsito, quedas e suicídios, evidenciam a importância de ações voltadas para a prevenção desses eventos e o fortalecimento da assistência e cuidado às doenças crônicas, considerando particularidades regionais, condições socioeconômicas, escolaridade, raça e faixa etária.

Ao analisar as causas externas como motivos de adoecimento, sofrimento e morte na população idosa, o planejamento urbano ganha novas dimensões. As cidades precisam ser remodeladas. O planejamento urbano tem impacto na saúde ao pensar que acidentes podem gerar perda de autonomia, dependência e aumento na mortalidade. No que se refere às características urbanas, torna-se fundamental pensar em ambientes domiciliares mais seguros, no acesso e mobilidade nas vias públicas, em espaços de lazer e de prática de atividade física voltados para a população idosa.

Essas questões estão alinhadas com políticas públicas, especialmente de forma intersetorial, visando à redução de riscos e o aumento da qualidade de vida. Porém, a implantação dessas políticas ainda enfrenta entraves a serem superados para que se tornem ações efetivas.

Referências

AGUIAR, L. C.; CHAVES, J. F.; GOMES, C. T. Prevenção de quedas em idosos no domicílio. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, [S. l.], v. 3, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/864>. Acesso em: 15 abr. 2025.

ALVES, F. J. O. et al. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **Lancet Regional Health – Americas**, v. 31, 100691, mar. 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00018-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00018-8/fulltext). Acesso em: 28 mai. 2025.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>. Acesso em: 28 mai. 2025.

DIAS, D. E. M. et al. Análise da tendência da mortalidade por causas externas em pessoas idosas: Brasil, 2000 a 2022. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, e230204, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230204.pt>. Acesso em: 28 mai. 2025.

GONÇALVES, I. C. M. *et al.* Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220031, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2022.v25/e220031/pt/>. Acesso em: 28 mai. 2025.

KERBER, V. L. *et al.* Atropelamento de idosos em vias públicas: caracterização e evolução do evento no período de 2007 a 2017, em um município brasileiro. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 19–30, jan./mar. 2020.

LEE, A. K.; SCOTT, T. L. Exploring psychosocial dynamics underpinning driver identity in an older adult sample. **Geriatrics**, Basel, v. 7, n. 6, p. 122, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/geriatrics7060122>. Acesso em: 28 mai. 2025.

LENARDT, M. H. *et al.* Fatores sociodemográficos e clínicos associados à força de preensão manual de idosos condutores de veículos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 27, e1503, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40468>. Acesso em: 28 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Expectativa de vida e carga de doença nas pessoas idosas da Região das Américas**. Washington, DC: OPAS, 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58666>. Acesso em: 28 mai. 2025.

REYES-ORTIZ, C. A. *et al.* Medical falls among older adults in Latin American cities/ Caídas médicas entre adultos mayores en ciudades latinoamericanas. **Revista de Salud Pública**, v. 22, n. 5, p. 527–532, 2020.

Considerações finais

Este livro não tem a pretensão de esgotar o tema da violência contra a pessoa idosa e suas múltiplas faces. É importante reconhecer que a violência contra esse segmento populacional não é apenas um problema individual, mas também um reflexo de questões sociais e culturais mais amplas.

Abordou-se desde a definição de violência e sua tipologia até os conceitos de vulnerabilidade e a interface entre essas duas questões. Os direitos que as pessoas idosas têm enquanto cidadãs foram outro ponto abordado.

Grupos populacionais específicos – tais como a população idosa LGBTQIAPN+, mulheres e população negra – e como o envelhecer aporta interseccionalidades a estes grupos foi outro ponto destacado.

Lembrando que falar em envelhecimento ativo e saudável é tratar todas as pessoas que envelhecem como um todo, não enxergando as particularidades que singularizam esta fase da vida, é uma das formas do ageísmo. Este foi tratado em dois capítulos, sendo que um deles traz uma pesquisa importante que mostra como a sociedade e a universidade, portanto, reproduzem e retroalimentam estereótipos.

Dados estatísticos sobre a violência também fizeram parte do livro, reforçando o papel primordial dos profissionais de saúde enquanto notificadores destas questões e de como acidentes, quedas, suicídio, considerados causas externas de mortalidade, também afetam este segmento populacional.

Pensou-se, a partir destes pontos de reflexão iniciais, em demonstrar a necessidade não apenas de mais pesquisas a respeito do tema, mas também de uma abordagem interdisciplinar, abrangente e integrada quando se trata da saúde da pessoa idosa.

Como destacado, as estatísticas demonstram que a violência contra a pessoa idosa está em ascensão e que muitos casos ainda são subnotificados. É importante, portanto, não apenas implementar políticas públicas eficazes e promover maior conscientização social, mas também afastar o paternalismo e os estereótipos negativos, além de discutir seriamente a formação dos futuros profissionais de saúde, hoje voltada apenas para o adoecimento desta população. Incluir e destacar a diversidade no envelhecer é fundamental para que ocorra essa mudança de paradigma.

Entender a violência contra a pessoa idosa como uma grave violação dos direitos humanos implica em respostas coletivas e coordenadas, tendo a universidade um papel fundamental nesse processo. Destacar a importância da dignidade dessas

peçoas, o fortalecimento das redes de apoio, a capacitação de profissionais de saúde e assistência social para identificar e intervir em casos de abuso, bem como a colaboração entre governos, organizações não governamentais e a comunidade, é crucial para modificar essa realidade. Somente assim, será possível construir uma sociedade mais justa e inclusiva para todas as idades.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO