

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LIVINGSTONE GIANIZELLI GOMES

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM IDOSOS NA CIDADE DE
VITÓRIA / ESPÍRITO SANTO NO ANO DE 2010**

VITÓRIA
2016

LIVINGSTONE GIANIZELLI GOMES

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM IDOSOS NA CIDADE DE
VITÓRIA / ESPÍRITO SANTO NO ANO DE 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Thaíse Madeira

VITÓRIA
2016

LIVINGSTONE GIANIZELLI GOMES

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM IDOSOS NA CIDADE DE
VITÓRIA / ESPÍRITO SANTO NO ANO DE 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Profa. Dra. Thaíse Valentim Madeira, FCSES – Orientadora

Profa. Dra. Lívia Perasol Bedin – FCSES

Profa. Me. Cláudia Curbani Vieira Manola – FCSES

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo que nos permite a cada dia.

À minha linda princesa Karen Silva Gomes, que é o alicerce dessa conquista, apoiando-me integralmente e incondicionalmente com muito amor e carinho, suportando por muitas vezes os momentos de ausência, cansaço, impaciência e falta de dedicação ao longo desta trajetória de estudo.

À minha grande e inseparável amiga, Swellen Nascimento Silva.

Aos meus pais Walter Gomes de Souza e Nildéa Olivia Gianizelli Gomes, pela minha vida, pelos ensinamentos a mim transmitidos pelo apoio e pelo incentivo aos estudos.

Aos mestres com muito carinho e em especial à coordenadora do curso de enfermagem da FCSES Ms. Claudia Manola, por ter me acolhido nesta jornada, com muita dedicação, incentivo e respeito. Agradeço por todo o tempo que investiu em mim para que este trabalho estivesse pronto hoje, pelos ensinamentos, paciência, compreensão e força nos momentos difíceis, e à Dr^a. Thaíse Madeira que com sua paciência, eficiência, didática e acima de tudo sua inteligência e simpatia, orientou-me metodologicamente para a construção deste trabalho.

Aos meus colegas de graduação pelo companheirismo nesses quatro anos de lutas e vitórias.

Aos meus colegas do HEIMABA e do SAMU 192 e em especial às minhas coordenadoras Enf^a. Andréa Endlich da Silva e Enf^a. Valeria Cristina Angenica.

“Ensina-nos a contar os nossos dias de tal maneira que alcancemos corações

sábios”

(Salmo 90:12)

RESUMO

Com o envelhecimento da população brasileira, conhecer mais detalhadamente a evolução das causas externas de mortalidade da população idosa (população com 60 anos ou mais de idade) torna-se fundamental para o planejamento mais eficaz das ações na área da saúde. O objetivo geral desse estudo foi pesquisar sobre a mortalidade por causas externas nos indivíduos com 60 anos ou mais na cidade de Vitória – ES. Os objetivos específicos foram: pesquisar sobre o envelhecimento e identificar as políticas públicas relacionadas à saúde da pessoa idosa. No estudo utilizou-se os dados do Boletim estatístico de morbimortalidade por causas externas da prefeitura municipal de Vitória - ES no ano de 2010. Uma revisão bibliográfica da mortalidade de idosos por causas externas também foi realizada. Os dados demonstraram que Vitória, por ser a capital do estado do Espírito Santo, e com isso concentrar os grandes hospitais de referência em trauma, acaba por receber feridos em “incidentes” que não ocorreram no município, o que contribui de maneira significativa para elevação da taxa de mortalidade por causas externas da cidade. A análise dos dados também mostra uma redução dos níveis de mortalidade entre os idosos e um aumento da longevidade. A tipificação das causas externas também mostra a predominância de mortes por acidentes de transporte terrestre, hetero agressividade (homicídios), violência autoinfligida (suicídios) e quedas. A análise das causas externas de morte evidencia as principais associações entre causas de morte fornecendo assim parâmetros que subsidiem a elaboração de políticas de prevenção e proteção à pessoa idosa. Diante das taxas mostradas no presente trabalho, sugere-se a união dos vários setores da sociedade, saúde pública, segurança, universidades, organizações não governamentais e comunidades, juntando esforços e informações para subsidiar políticas de prevenção e combate ao problema.

Palavras-chave: Idosos. Causas externas. Mortalidade. Violência. Trauma.

ABSTRACT

With the aging of the population, to know in more detail the evolution of external causes of mortality in the elderly (population aged 60 or older) becomes crucial for more effective planning of actions in health. The general objective of this study was to investigate on mortality from external causes in individuals aged 60 or more in Victoria - ES. The specific objectives were: research on aging and to identify public policies related to health of the elderly. The study used the data from the Statistical Bulletin of morbidity and mortality from external causes of the City Hall of Vitoria - ES in 2010. A review of mortality from external cause's elderly was also performed. The data showed that Victoria, being the capital of the state of the Holy Spirit, and thus concentrate the major referral hospitals in trauma, ultimately get injured in "incidents" that did not occur in the city, which contributes significantly to high the mortality rate due to external causes in the city. Data analysis also shows a reduction in mortality rates among the elderly and increasing longevity. The classification of external causes also shows the predominance of deaths from road accidents, hetero aggression (homicides), self-inflicted violence (suicides) and falls. The analysis of the external causes of death highlights the main associations between cause of death thus providing parameters that support the development of prevention and protection policies for the elderly. On the rates shown in this study, suggests the union of the various sectors of society, public health, safety, universities, nongovernmental organizations and communities, joining efforts and information to support prevention and combating the problem policies.

Keywords: Elderly. External causes. Mortality. Violence. Trauma.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	– Mapa das regiões administrativas da cidade de Vitória	40
Figuras 02/03	– Centro de convivência para terceira idade	45
Figuras 04/02	– Centro de referencia de atendimento ao idoso.....	47
Figuras 06/07	– Academia popular da pessoa idosa.....	48
Figuras 08/09	– Asilo Monte Belo.....	49

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01 – Índice de envelhecimento por bairros da cidade de Vitória	36
Quadro 02 – Agrupamento dos capítulos XIX e XX da CID 10	50
Tabela 01 – Relação de óbitos cujo fato violento ocorreu em Vitória x fato violento em outras cidades.....	60
Tabela 02 – Quantitativo de óbitos por acidente de transporte	64
Tabela 03 – Quantitativo de óbitos por suicídio.....	71
Tabela 04 – Quantitativo de óbitos por homicídio	77
Tabela 05 – Quantitativo de óbitos por queda em pelo menos uma das causas	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição absoluta de pessoas idosas por região administrativa da cidade de Vitória.....	38
Gráfico 02 – Pirâmide etária do município de Vitória por sexo 2000.....	39
Gráfico 03 – Pirâmide etária do município de Vitória por sexo 2010.....	39
Gráfico 04 – Taxa de mortalidade de idosos por causas externas.....	61
Gráfico 05 – Proporção de óbito de idosos por causas externas	62
Gráfico 06 – Taxa de mortalidade de idosos por acidente de transporte	65
Gráfico 07 – Proporção de óbito de idosos por acidente de transporte.....	66
Gráfico 08 – Taxa de mortalidade de idosos por suicídio.....	72
Gráfico 09 – Proporção de óbito de idosos por suicídio	72
Gráfico 10 – Taxa de mortalidade de idosos por homicídio	78
Gráfico 11 – Proporção de óbito de idosos por homicídio.....	78
Gráfico 12 – Taxa de mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas.....	82
Gráfico 13 – Proporção de óbito de idosos por queda em pelo menos uma das causas.....	82

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1	ENVELHECIMENTO.....	27
2.2	VELHICE.....	30
2.3	A CIDADE DE VITÓRIA.....	34
2.4	POLITICAS PÚBLICAS DE RELEVANCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	40
2.4.1	Políticas públicas de saúde da pessoa idosa no município de Vitória.....	42
2.5	DEFINIÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE.....	49
2.6	VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS.....	52
2.7	CAUSAS EXTERNAS.....	57
2.7.1	Mortes de idosos por causas externas no município de Vitória no ano de 2010.....	60
2.8	ACIDENTES DE TRANSPORTE.....	62
2.8.1	Mortes de idosos por acidentes de transporte no município de Vitória no ano de 2010.....	63
2.9	SUICÍDIO.....	66
2.9.1	Mortes de idosos por suicídio no município de Vitória no ano de 2010.....	67
2.10	HOMICÍDIO.....	73
2.10.1	Mortes de idosos por homicídio no município de Vitória no ano de 2010.....	74
2.11	QUEDAS.....	79
2.11.1	Mortes de idosos por quedas no município de Vitória no ano de 2010.....	80
3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERENCIAS.....	89

1 INTRODUÇÃO

Segundo Ciosak e outros (2011. p.1), "Envelhecer é um processo natural que causa mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e sucede a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável." No ser humano, esse fenômeno evolutivo, além de provocar o desgaste orgânico, acarreta também alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, que contribuem para que ocorra em diferentes idades cronológicas.

Para a OMS, nos países desenvolvidos o indivíduo é considerado idoso ao completar 65 anos de idade, já nos países emergentes esse limite cai para 60 anos, o que demonstra claramente que o desenvolvimento está diretamente ligado ao envelhecimento (BRASIL, 2006).

Contudo o estatuto do idoso (EI) considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, assegurando e garantindo a esses o cuidado e a defesa de forma integral da sua vida e a sua saúde, por meio de execução de políticas públicas que venham a permitir um envelhecimento de forma saudável e em condições de respeito e honra (BRASIL, 2003).

Estudos demonstram que a ocorrência da velhice está presente nas diversas épocas e lugares, fazendo parte da evolução da civilização humana. Todavia, esta forma de pensar foi, ao longo dos tempos, alvo de pesquisas científicas e do senso comum, cujo argumento maior era busca da juventude e da beleza eterna. Desta forma, a velhice é muitas vezes encarada de uma forma carregada de preconceitos e estereótipos, vista por muitos como uma fase que é determinada por acontecimentos ruins. Porém, nas sociedades atuais, em inúmeros países, verifica-se o acentuado aumento da expectativa de vida bem como o crescimento da população de idosos. (ARAUJO E CARVALHO, 2005).

Para Gawryszewski e Jorge (1997), não é costume no Brasil analisar a participação de idosos em estudos acerca de causas externas de morbimortalidade, isso se deve, provavelmente pela prevalência da população de jovens, que são os principais responsáveis pelo elevado número de casos. No entanto, se em números absolutos os idosos não representam motivo de alarme, o mesmo não deve ser afirmado quando falamos em coeficientes, fato este já descrito em estudos.

Gonsaga e outros (2012, p. 1) corroboram que as causas externas são traumas, lesões ou qualquer outro agravo à saúde – voluntários ou involuntários – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outros fatores exógenos. “Neste grupo incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, [...] suicídios, [...]”.

Laurenti e outros (2006) afirmam que na classificação internacional de causas de morte e de doenças, as causas externas são consideradas pela OMS como ‘causas violentas’, em contraposição às demais, que levam os indivíduos a adoecer e morrer.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), devido a grande relevância e dimensão de mortes e internações bem como de seus impactos gerados na sociedade, principalmente nas famílias, estudos acerca da violência tem sido realizados, bem como a elaboração de políticas públicas para seu enfrentamento. Fato que as causas externas de mortalidade são a terceira causa definida de morte no Brasil e a segunda dentre as pessoas do sexo masculino. (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, Paula Lobo (2009) afirma que conhecer e analisar a mortalidade de grupos populacionais é algo de grande valor, principalmente em grupos de pessoas idosas, pois irá permitir que se conheça o perfil epidemiológico destas mortes auxiliando a elaboração e o monitoramento de políticas. Para tanto, é justo e necessário que as declarações de óbito sejam minuciosamente e criteriosamente preenchidas para conjeturarem com a verdadeira causa mortes.

Desta forma compreendemos que a importância de se estudar as causas de mortalidade de qualquer grupo populacional é incontestável, haja vista que as informações e os indicadores de mortalidade evidenciam importantes subsídios para a elaboração, execução e o monitoramento de políticas de saúde pública, pois permite o desenvolvimento de ações preventivas, planejamento de ações assistenciais, bem como a identificação de grupos de maior risco.

Bem como nacional e internacionalmente, o envelhecimento da população vem sendo observado também na cidade de Vitória, Espírito Santo. Todavia, o aumento da ocorrência de determinados agravos, entre os quais as causas externas (os acidentes e violências), devem ser objeto de preocupação (VITÓRIA, 2010).

Dados do Censo de 2010 apontam que a população da cidade de Vitória possui uma composição um pouco mais envelhecida que a soma dos demais municípios da região metropolitana, observando-se um considerável aumento da população com mais de 80 anos, sendo esse crescimento mais expressivo entre as mulheres.

Após o lançamento do primeiro Mapa da Violência pela Organização das Nações Unidas (UNESCO), em 1998, no qual o município de Vitória (ES) aparecia como a capital mais violenta do país com 83,87 homicídios, por 100 mil habitantes, o número de homicídios divulgado foi posto em questão: seria Vitória palco de todos os óbitos que lhes eram atribuídos?

No final da década de 2010, a Prefeitura da cidade de Vitória – Espírito Santo deu início ao trabalho de reorganização do Grupo de Monitoramento e Avaliação de Óbitos por Causas Externas no Município de Vitória. A principal tarefa deste grupo foi a de retomar os estudos sobre mortalidade por causas externas, com o objetivo de subsidiar as políticas públicas municipais, sobretudo no que tange à prevenção do ato violento na capital. Após serem definidas as questões legais e administrativas do grupo, passou-se então à elaboração do primeiro produto determinado pelo grupo, o Boletim Estatístico de Mortalidade por Causas Externas, baseado nos dados do ano de 2010 (VITÓRIA, 2010).

Assim, o boletim apresenta dados do município com recorte por bairro e regiões administrativas, causa do óbito, sexo e idade da vítima entre outros recortes, possibilitando ações específicas sobre a realidade local, visando propiciar um novo olhar sobre as estatísticas de criminalidade apresentadas em nível municipal, a fim de subsidiar ações de prevenção bem como a proposição de políticas públicas municipais que diminuam ou eliminem a ocorrência de eventos violentos nesses determinados locais (VITÓRIA, 2010).

Dentro deste contexto, o objetivo geral desse estudo foi pesquisar sobre a mortalidade por causas externas nos indivíduos com 60 anos ou mais na cidade de Vitória – ES. Os objetivos específicos foram: pesquisar sobre o envelhecimento e identificar as políticas públicas relacionadas à saúde da pessoa idosa. Analisar, descrever os dados levantados.

A metodologia do presente trabalho constituiu-se de uma revisão bibliográfica descritiva referente ao tema proposto, na qual a explicação de um problema surge a

partir de referencial teórico publicado e impresso em livros, revistas, teses, dissertações e anais de eventos científicos, dentre outros, utilizados com o intuito de fundamentar teoricamente o trabalho, bem como a identificação do estágio atual referente ao tema (GIL, 2010).

Foram revisados periódicos integrados à Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e ao Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) no período de 2008 a 2014, e, para acessá-los, foram utilizadas como indexadores as palavras: idosos, causas externas, mortalidade, violência e trauma. Foram excluídos da pesquisa textos que não atenderam ao propósito da revisão bibliográfica e também aqueles publicados em língua estrangeira.

Após a pesquisa bibliográfica, foi realizada a busca de informações referentes à mortalidade por causas externas em idosos através de dados publicados em documento oficial de 2010, bem como em sites do Ministério da Saúde - MS, Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - SESA/ES e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – SEMUS/PMV. O documento oficial utilizado nesta pesquisa foi o “Boletim Estatístico de Mortalidade por Causas Externas 2010”, da prefeitura do município que trata dos óbitos por causas externas.

Os bancos de dados utilizados para a elaboração do boletim estatístico pela prefeitura de Vitória foram o Sistema Integrado de Monitoramento de Mortalidade por Causas Externas (SIMONE), que é um banco de dados desenvolvido pelo próprio município por intermédio da subsecretaria de tecnologia da informação da Secretaria da Fazenda Municipal (SEFAZ). O sistema contempla informações da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que gerencia o banco de dados e da Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos que insere os dados relativos a jornais via intranet, complementando com os dados recebidos do Centro Integrado Operacional de Defesa Social (CIODES), por meio de convênio firmado com a Secretaria Estadual de Segurança Pública e Defesa Social (VITÓRIA, 2010).

Foi também acessado o Sistema de Indicadores de Saúde e acompanhamento de Políticas do Idoso da Fiocruz (FIOCRUZ, 2012), que oferece informações estatísticas relevantes acerca da saúde da pessoa idosa, que nos auxiliou na elaboração dos gráficos referentes aos índices e percentuais de mortalidade por causas externas de idosos na cidade de Vitória-ES com recortes para o ano de 2010.

Espera-se que o presente trabalho possa contribuir para a ampliação do conhecimento acerca do tema e com vistas a incentivar a discussão e reflexão bem como a criação de políticas de prevenção à mortalidade por causas externas nos idosos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

O limite de idade que determina que pessoas com 60 anos ou mais sejam idosas serve para a elaboração de políticas, legislação de direitos e deveres, comparação de dados populacionais, dentre outras. Acima de tudo, é importante ressaltar que esta fase pode ser vivida de diferentes formas, ou seja, não há um sujeito idoso único e universal, termo este que é muitas vezes “mal” utilizado em diversos discursos da gestão da velhice, bem como na elaboração das políticas direcionadas para a terceira idade. Os idosos podem sim ser considerados um grupo etário, mas é preciso considerar legitimamente as diferentes experiências sociais nas quais estão inseridos, constituindo se particularidades que não cabem em uma padronização (FELIPE e SOUZA 2014).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera o envelhecer como:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006).

Contudo, existem algumas contradições entre o que significa velhice, e o que é, de fato, envelhecimento. De acordo com Messy (1999, p.23) “A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião”.

No entendimento de Neri, citado por Prado e Sayd (2006),

O envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. É interessante notar que o processo de envelhecimento engloba a velhice que, distintamente, é definida em termos mais amplos: É a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. À medida que o ciclo vital humano se alonga, a velhice passa a comportar subdivisões que atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social.

Araujo e Carvalho (2005) explanam acerca do envelhecimento e da longevidade dos humanos, como alguma coisa que suscitava preocupações das pessoas e já se fazia presente nos mais antigos relatos históricos, como a busca pela fórmula da eterna juventude que estava diretamente associada à felicidade absoluta e completa.

Porém, esse assunto foi aguçado e enfatizado nas últimas décadas, devido, sobretudo, a sua expansão tanto a nível mundial, como na realidade das cidades brasileiras, se tornando objeto de investigação e estudo nas universidades e na sociedade civil organizada. A imortalidade do corpo e a eterna juventude são fantasias lendárias e mitológicas que sempre fizeram parte do imaginário utópico da espécie humana. A procura da fonte da juventude eterna é assunto abordado nos mais antigos escritos.

Nas sociedades contemporâneas, o saudoso Papa João Paulo II (1999), Ano proclamado como Internacional do Idoso, escreveu aos idosos:

[...] Os anciãos ajudam a contemplar os acontecimentos terrenos com mais sabedoria, porque as vicissitudes os tornaram mais experimentados e amadurecidos. Eles são guardiões da memória colectiva e, por isso, intérpretes privilegiados daquele conjunto de ideais e valores humanos que mantêm e guiam a convivência social. Excluí-los é como rejeitar o passado, onde penetram as raízes do presente, em nome de uma modernidade sem memória. Os anciãos, graças à sua experiência amadurecida, são capazes de propôr aos jovens conselhos e ensinamentos preciosos. [...] Todos conhecemos exemplos eloquentes de anciãos com uma surpreendente juventude e força de espírito. A quem deles se aproxima, suas palavras servem de estímulo e o exemplo de conforto. Possa a sociedade valorizar plenamente os anciãos, que em algumas regiões do mundo – penso de modo particular na África – são estimados justamente como « bibliotecas vivas » de sabedoria, guardiões de um património inestimável de testemunhos humanos e espirituais. Se é verdade que, do ponto de vista físico, em geral necessitam de ajuda, é igualmente certo que, na sua idade avançada, podem oferecer apoio à caminhada dos jovens que se debruçam sobre o horizonte da existência para provar os rumos.

Veras citado por Minayo e Coimbra (2002), pergunta em seu livro “País Jovem com Cabelos Brancos”: O que é envelhecimento?, para logo após responder: Envelhecimento é um termo impreciso. Nada oscila mais do que os limites do envelhecer em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. O autor descreve numa tentativa de conceituação, que do ponto de vista cultural, o envelhecer deve ser analisado e percebido diferentemente em um país com uma expectativa de 37 anos de vida, como Serra Leoa, e outro de 78 anos de vida, como é o caso do Japão.

Costa citado por Silva (2009. p. 15) citando Costa (1998) define o envelhecimento como um processo evolutivo, um ato incessante, isto é, regular e ininterrupto, que se inicia a partir do nascimento estendendo-se até o momento de sua morte. “[...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer”.

Porém, para Duarte (2008), o envelhecimento é um processo natural de todo o ser humano e que possui dentre outras características e particularidades, a universalidade e naturalidade. Assim, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina nada impede o rigoroso e inevitável fenômeno, nem o faz retroceder.

Ferreira (2010. p. 2) citando Papaleo Netto (2002), entre todas as definições a melhor é aquela que conceitua o envelhecimento como:

[...] um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. Essas diferenças no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho, a que estiveram submetidas as pessoas idosas.

Salgado (2007), acompanhando o mesmo raciocínio, define envelhecimento como um fator de esfera multidimensional, ou seja, é resultado da relação dos fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Se excluirmos a razão biológica que tem caráter processual e universal, os outros fatores são criações pessoais, individuais e sociais, fruto de valores que cada sociedade concede aos seus idosos.

O que é claramente interpretado por Magalhães, citado por Silva (2009):

Em cada sociedade e na mesma sociedade, em momentos históricos diferentes, a velhice e o envelhecimento ganham especificidades, papéis e significados distintos em função do meio ser rural ou urbano, da classe social, do grupo profissional e de parentesco, da cultura, da ideologia dominante, do poder econômico e político que influenciam o ciclo de vida e o percurso de cada indivíduo, do nascimento à morte.

Também citado por Silva (2009), Araldi afirma que o envelhecimento é complexo e compreende algumas características:

Para entender o processo de envelhecimento é necessário ter uma compreensão da totalidade e da complexidade do ser humano, pois cada aspecto seja biológico, cultural ou social não estão desconectados. Desse modo, entende-se os ciclos pelo qual o ser humano perpassa na sua existência.

Acerca do fenômeno do envelhecimento no Brasil, até pouco tempo atrás, Minayo e Coimbra (2002, p. 17) afirmam que: “[...] vinha sendo tratado como questão da vida privada, por representar ônus para a família, como assunto de caridade pública, no caso dos pobres e indigentes, e, de forma bastante reducionista, como questão médica”.

É explícito que essa forma de pensamento permanece reconhecida pelas atividades sociais de cuidado com os idosos. Mas o acelerado aumento dessa faixa da população preocupa de igual forma, várias outras organizações sociais instituídas. No caso da família, tendo como exemplos, nos últimos cinquenta anos, ocorreram importantes e significativas transformações no seu desenho demográfico, nos seus ambientes, na sua composição e no seu tamanho, em igual passo com a acelerada urbanização (MINAYO; COIMBRA, 2002).

Os mesmos autores afirmam que, na medida em que decrescem os espaços residenciais e o número dos entes que entram para o mercado de trabalho, relativamente crescem os que se aposentam. Adquirem-se novas demandas de cuidados, carência de se adaptar ou ambientar a arquitetura das casas, internação dos parentes mais velhos em asilos, ou maior exigência de dedicação dos mais novos para proporcionar melhor qualidade de vida aos que se tornam cada vez mais dependentes. Sem comentar o fato de que as relações de convivência entre as gerações são estreitas, pois os padrões de comportamento dos mais jovens têm mudado aceleradamente.

No caso da medicina e para a saúde pública, o envelhecimento tem se apresentado como grande problema. As mudanças na pirâmide populacional, que vai se alargando no seu ápice numa média de 2,5% de crescimento por ano, provocam preocupações para o sistema de saúde, porque mesmo sem ter resolvido de fato as demandas sanitárias relativas à infância, à adolescência e aos trabalhadores, ambos terão de se prover para dar responder eficientemente em relação à prevenção de enfermidades e à atenção aos enfermos idosos (MINAYO; COIMBRA 2002).

2.2 VELHICE

Até o século XIX, a velhice era concebida na qualidade de um inconveniente de pobreza e mendicância, haja vista que sua primordial e relevante característica era a de não poder se sustentar, ou a não probabilidade e viabilidade que uma pessoa apresentava de se assegurar financeiramente. Assim, o conceito pré-estabelecido de velho apontava diretamente à sua incapacidade de produzir, de trabalhar, gerar e elaborar. Assim sendo, era habitualmente denominado velho (*vieux*) ou velhote

(veillard), ou seja, aquele indivíduo que não dispunha de status social (ARAUJO; CARVALHO, 2005).

Para Minayo (2003), o Brasil aumentou aproximadamente o dobro, o nível de esperança de vida ao nascer em poucas décadas, e de forma muito acelerada, relativamente muito maior que muitos países europeus, os quais demandaram aproximadamente 140 anos para envelhecer.

Para que se tenha uma noção do que isso representa, a esperança de vida ao nascer dos brasileiros era de 33,7 anos em 1900; 43 anos em 1950; 65 anos em 1990; chegando a quase 70 anos na entrada do novo século; e pressupõe-se que ultrapasse a faixa dos 75 anos em 2025. De 1950 a 2025 terá crescido aproximadamente até 15 vezes, enquanto o restante da população terá conseguido um aumento em média de até cinco vezes. “Apesar de todo esse incremento, a maioria das pessoas nessa faixa etária está entre os 60 e os 69 anos, constituindo ainda menos de 10% da população total” (VERAS apud MINAYO, 2002, p. 13).

Fato este que foi também exposto e muito bem explanado por Beauvoir, analisando-o desde a antiguidade:

A expectativa de vida no nascimento não parou de crescer; era de 18 anos entre os romanos; de 25 anos no século XVII. Então, o “filho médio” tinha 14 anos por ocasião da morte do pai. (Amanhã ele terá 55 ou 60 anos). Em cem crianças, vinte e cinco morriam antes de um ano, outras vinte e cinco antes dos 20, e vinte e cinco entre 20 e 45 anos. Uma dezena apenas atingia 60 anos. Um octogenário – que a lenda transformava em centenário – era uma extraordinária exceção; era considerado como um oráculo, e a comunidade à qual pertenciam o exibia com orgulho. No século XVIII, a expectativa de vida na França era de 30 anos. Durante longos séculos, a proporção dos indivíduos de mais de 60 anos variou muito pouco: em torno de 8,8%. O envelhecimento da população começou, na França, no fim do século XVIII (BEAUVOIR, 1990, p. 271).

Dalvi (2011), nas sociedades primitivas, não havia muitos idosos, haja vista que as condições não lhes eram muito adequadas. Desta forma a longevidade era mais comum nas classes mais abastadas; os idosos pobres dificilmente chegavam à velhice.

Minayo e Coimbra (2002), afirmam que, no Brasil, a velhice da população revela os seguintes avanços de forma positiva: o controle de diversas doenças infectocontagiosas e potencialmente fatais (tuberculose, hanseníase, peste...); a queda das taxas de fecundidade bem como a queda da mortalidade infantil, em grande parte graças à “ampliação das redes de abastecimento de água e esgoto;

aumento da cobertura vacinal e da atenção básica à saúde; a acelerada urbanização; a universalização da previdência social [...]” (MINAYO; COIMBRA, 2002, p.22) e as profundas transformações nos processos produtivos e de organização do trabalho e da vida.

Salgado, citado por Silva (2009), define a velhice como o tempo de vida humana em que o organismo sofre relevantes mudanças de declínio na sua força e aparência, as quais, porém, não impossibilitam ou prejudicam o processo vital.

Minayo e Coimbra (2002) corroboram que socialmente os idosos geralmente são vistos pela própria família ou até mesmo pela sociedade como um peso. Esse raciocínio tem levado muitas vezes os idosos ao isolamento social, pois sequer permitem pensar, arquitetar e realizar o seu destino.

No entanto, nunca faltaram exceções a tais práticas, o que pode ser exemplificado com o reconhecimento pelas sociedades indígenas da figura do pajé ou xamã ancião ou, nas sociedades ocidentais, dos poderosos, ricos e famosos quando gozam de saúde física, mental e econômica. As exceções, porém, não podem esconder as grandes dificuldades socioeconômicas que os idosos, particularmente os pobres, sofrem nos mais diferentes contextos de vida. Por isso mesmo, a velhice é por eles auto-assumida como ‘problema’, na mesma medida em que sofrem por causa dela e o imaginário social assim a define (MINAYO e COIMBRA 2002).

Apesar de a sociedade adulta ser motivada pela falsa ideia acerca de o que seja a velhice, assim também os próprios idosos estão sendo influenciados na produção da ideologia que sobre eles é criada. A maior parte deles não se conforma com a perda de poder, outros que trabalharam a vida toda, sentem-se como se estivessem perdendo a identidade quando se retiram das atividades profissionais ao se aposentarem, outros, ainda, se isolam do mundo da vida, da família, dos amigos, do convívio social, enclausurando-se numa solidão desnecessária, Minayo (2005).

Mazzucco (1995) então define a velhice como parte da evolução do homem. É o resultado de sucessivos acontecimentos, mudanças e alterações que podem ocorrer no indivíduo, podendo estas ser tanto físicas e psicológicas, quanto culturais ou sociais.

Araujo e Carvalho (2005) descrevem que:

Em algumas civilizações mais antigas, a valorização pessoal parece vinculada à capacidade física, força, vitalidade, beleza, virilidade; ao passo que em países orientais a velhice é objeto de adoração, uma vez que os jovens procuravam os idosos em busca de conhecimentos e experiência. Em relação à cultura, encontram-se várias formas de conceituação e enfrentamento da velhice.(ARAUJO; CARVALHO, 2005, p. 229).

No Egito, desde tempos remotos, provavelmente por volta de 3000 a. C, encontram-se registros da obrigatoriedade de os filhos cuidarem de seus idosos, pois para eles, viver 110 anos era considerado a recompensa de uma vida estabilizada e honrada. Em Israel, a subordinação e a obediência dos judeus aos seus ancestrais são notadas tanto nos relatos bíblicos quanto do ponto de vista legal: agredir, desonrar ou molestar os pais era considerado crime de morte, o Sinédrio, órgão máximo do povo hebreu, era composto por 70 anciãos do povo. “Já na China, mesmo reconhecendo a limitação natural da vida humana, acreditava-se que, de maneira natural, esta devesse se prolongar das faculdades mentais e dos sentidos” (LEME 1996, apud, ARAUJO; CARVALHO, 2005, p. 229).

Chegar à fase da velhice é uma realização contínua e prolongada, própria do ser humano que deseja viver por muitos anos. É um fenômeno dinâmico e progressivo que envolve vários e diferentes fatores (SILVA, 2009).

Dalvi (2011) ressalta que, embora dependa das condições materiais de existência, desiguais em relação à situação de categoria, a velhice é vivida como um percurso irremediável, único e, sobretudo intrínseco. Só não envelhece aquele que morre jovem. Desta forma, alterações biológicas, fisiológicas, psicossociais e econômicas sobrevêm no ciclo normal de vida das pessoas. Além das desigualdades sociais, que separam implacavelmente a sociedade brasileira, ocorrem de igual forma diferenças, em cada pessoa, no que tange ao envelhecimento, dependendo da maneira como encara a vida e também de tempos cronológicos diferenciados.

Assim, Beauvoir expõe:

Velhice, isso não existe! Há apenas pessoas menos jovens do que as outras, e nada mais. Para a sociedade, a velhice aparece como uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar. Sobre a mulher, a criança, o adolescente, existe em todas as áreas uma abundante literatura; fora das obras especializadas, as alusões à velhice são muito raras (BEAUVOIR, 1990, p. 8).

Silva (2009, p. 18) destaca que:

A partir destas definições, percebe-se que a velhice, embora caracterizada pela existência das alterações físicas, sua essência transcende este aspecto, devendo ser considerados seus fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, entre outros. Dessa forma, o idoso deve ser visto como sujeito capaz de construir sua própria história, acumulando vivências e experiências das várias etapas da vida.

Minayo e Coimbra (2002, p. 13) vêm reafirmar aquilo que preveem os demógrafos, ou seja,

[...] no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhão de idosos no mundo, dentre os quais 34 milhões de brasileiros acima de 60 anos, que, nesse caso, corresponderão à sexta população mais velha do planeta, ficando atrás apenas de alguns países europeus, do Japão e da América do Norte. Por tudo isso, é muito importante ouvir a “lógica interna desse grupo socioetário” e contar com ele para a realização de seus anseios e para a construção de um padrão de vida que lhes seja adequado.

Silva (2008), afirma que temas importantes foram considerados para a construção da teoria do envelhecimento positivo: a desmistificação de que velhice é sinônimo de doença, e a criação de uma nova identidade para a velhice. Desta forma, a gerontologia afirma que o envelhecimento compreende uma série de fatores que não resultam obrigatoriamente em doença. Assim, os problemas que normalmente aparecem na velhice são fruto de patologias clínicas específicas, para as quais há ou haverá tratamento médico, como o aparecimento de certas demências senis, e dos efeitos do próprio estigma da velhice, que podem ser superados e devem ser encorajados por meio de políticas públicas bem como por programas de reinserção social, de educação e de sensibilização popular.

2.3 A CIDADE DE VITÓRIA – ES

Vitória é a capital do estado do Espírito Santo, estado que compõe a região sudeste do Brasil, juntamente com o Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Foi fundada em 08 de setembro de 1551 e sua emancipação política ocorreu em 24 de fevereiro de 1823. O município integra a Região Metropolitana da grande Vitória (RGMV), juntamente com os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha (VITÓRIA, 2015).

De acordo com dados da prefeitura, sua extensão territorial limita-se ao norte com o município de Serra, ao sul com Vila Velha, oeste com Cariacica e leste com o oceano atlântico. Seu território é constituído de uma ilha principal, com área de 29,31 Km², uma parte continental, situada ao norte, com extensão de 39,66 Km², integrando também ao município as ilhas de Trindade e o arquipélago de Martin Vaz, situadas a 1140 km da costa capixaba. Além desses, Vitória é cercada por diversas ilhas menores, que em conjunto com sua baía compõe seu território de 98.194 Km², (VITÓRIA, 2015).

Segundo dados do IBGE – Censo 2010, ano de elaboração do boletim estatístico de mortalidade por causas externas, a cidade de Vitória possuía uma população de

327.801 habitantes, o que representava 9,3% da população do Espírito Santo, ocupando o 70º lugar no ranking de cidades com população residente superior a 50.000 pessoas, porém em comparação com as demais capitais do Brasil, Vitória estava entre as menores proporções da população residindo na capital, sendo esta maior apenas que a cidade de Florianópolis. Vitória tem área total de 98,194 Km² e densidade demográfica de 3 327,73(hab./ Km²), (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Com Produto Interno Bruto – PIB percapita em 2012 de R\$ 86.009,28 o município de Vitória acumula 49,84% do PIB da RMGV e 29,03% do PIB do estado do Espírito Santo. A cidade é responsável por 26,17% do total de empregos formais no estado e 42,52% na RMGV. O setor de serviços representa 45,34% dos empregos gerados na cidade e a administração pública responde por 28,56%. O índice de Desenvolvimento Humano – IDH municipal da cidade de Vitória foi de 0,845 no ano de 2010, colocando a cidade no 2º lugar no ranking das capitais brasileiras e 4º lugar no ranking dos demais municípios do Brasil (VITÓRIA, 2015).

O IDH é calculado através da média de três sub índices, dentre os quais, o de maior relevância para este trabalho é o índice de longevidade, que é obtido a partir do indicador de esperança de vida ao nascer e a cidade de vitória obteve a média de 0,855 no ano de 2010, ficando em 5º lugar no ranking das capitais brasileiras (VITÓRIA, 2015).

O Índice de Envelhecimento - IE, claramente representado no quadro 1, (p.34) estima o processo de expansão do segmento idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem, sendo obtido por meio da razão entre a população idosa e a população jovem. Este indicador possibilita observar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais e pode, assim, auxiliar dando subsídios necessários à formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social, (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Dalvi (2011) comenta que a cidade de Vitória modificou-se bastante nos últimos anos e sua complexidade aumentou, condicionada pela falta de condições indispensáveis de uma economia avançada que são necessárias à reprodução do capital. Observa-se o crescimento de transtornos provocados pela rápida e crescente urbanização, graves problemas sociais e, entre eles, o empobrecimento

de grande número de idosos. Contudo no que diz respeito à expectativa de vida, os bairros de Vitória apresentam indicadores bem diferenciados. Bairros como o Centro, Bento Ferreira, Jucutuquara e Praia do Canto, (regiões 1, 3 e 5 respectivamente) representadas no mapa da figura 1, (p.38) têm indicadores de envelhecimento superiores aos níveis do município, o que pode ser nitidamente observado nos dados do gráfico1.

Quadro1: índice de envelhecimento por bairros de Vitória.

(continua)

BAIRROS	TOTAL		
	0 a 14 anos	Acima de 65 anos	Índice de envelhecimento
Andorinhas	20,7	6,1	29,5
Antonio Honório	13,4	14,8	111,1
Ariovaldo Favalessa	22,1	9,1	41,4
Barro Vermelho	15,1	8,5	56,5
Bela Vista	25,9	5,4	21,0
Bento Ferreira	15,0	11,6	77,4
Boa Vista	19,1	7,1	37,2
Bonfim	24,3	7,5	31,1
Caratoíra	22,9	8,4	36,6
Centro	12,9	14,7	113,8
Condusa	25,5	5,0	19,7
Conquista	32,9	3,8	11,6
Cruzamento	29,0	6,4	22,0
Da Penha	25,1	7,0	28,1
De Lourdes	15,7	10,7	68,2
Do Cabral	24,6	6,5	26,6
Do Moscoso	27,3	7,4	27,2
Do Quadro	22,1	9,5	43,0
Enseada de Suá	17,7	8,9	50,0
Estrelinha	26,0	5,3	20,6
Fonte Grande	22,3	7,1	31,8
Forte São João	23,4	8,8	37,4
Fradinhos	14,3	12,8	89,6
Goiabeiras	17,0	8,7	51,5
Grande Vitória	27,0	4,5	16,5
Gurigica	26,0	5,5	21,1
Hélio Ferraz	20,7	6,7	32,2
Horto	13,3	12,2	92,3
Ilha das Caieiras	29,1	3,0	10,2
Ilha de Boi	14,9	13,7	91,6
Ilha de Frade	14,8	13,2	88,7
Ilha de Príncipe	21,5	9,0	41,8
Ilha de Santa Maria	17,5	11,1	63,6
Inhanguetá	26,5	5,8	21,7
Itararé	22,0	7,6	34,5
Jabour	12,4	11,5	93,2
Jardim Camburí	15,9	6,0	37,6
Jardim de Penha	12,0	9,5	79,5
Jesus de Nazareth	26,3	4,5	17,2
Joana D'arc	21,8	6,3	28,8

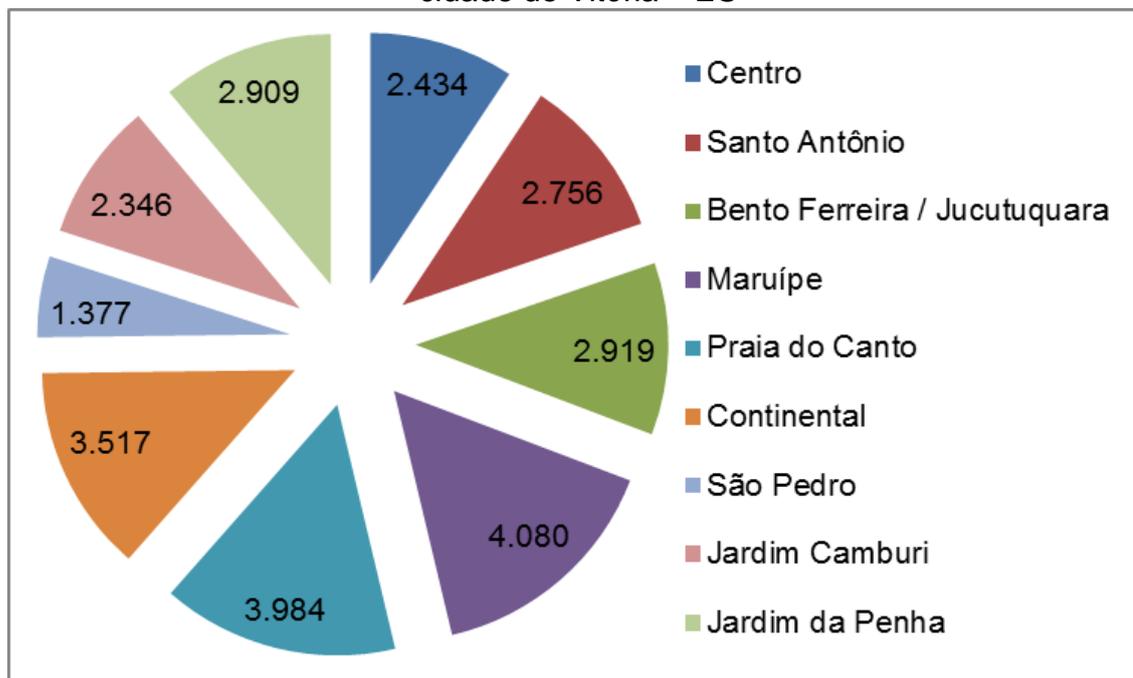
Quadro1: índice de envelhecimento por bairros de Vitória.

(conclusão)

BAIRROS	TOTAL		
	0 a 14 anos	Acima de 65 anos	Índice de Envelhecimento
Jucutuquara	14,6	14,6	100,0
Maria Ortiz	21,9	5,8	26,7
Mário Cypreste	17,8	7,9	44,1
Maruípe	15,3	11,8	76,8
Mata da Praia	14,9	9,3	62,2
Monte Belo	18,4	13,1	71,5
Morada de Camburí	12,9	9,6	74,7
Nazareth	15,7	13,5	85,9
Nova Palestina	29,6	3,8	12,7
Parque Industrial	16,7	0,0	0,0
Parque Moscoso	12,9	17,9	138,4
Piedade	26,6	5,0	18,6
Pontal de Camburí	15,5	11,4	73,2
Praia de Canto	12,8	13,6	106,9
Praia de Suá	20,5	7,6	36,9
Redenção	26,5	4,3	16,3
República	12,9	17,2	132,9
Resistência	27,1	4,1	15,1
Romão	27,4	6,1	22,4
Santa Cecília	13,6	10,3	75,6
Santa Clara	18,1	12,5	69,1
Santa Helena	14,0	11,8	84,3
Santa Lúcia	12,3	12,1	98,3
Santa Luíza	15,7	8,8	55,6
Santa Martha	22,9	6,0	26,0
Santa Tereza	20,8	8,4	40,4
Santo André	27,8	4,1	14,7
Santo Antônio	20,3	9,7	47,7
Santos Dumont	22,0	8,7	39,6
Santos Reis	29,4	3,3	11,4
São Benedito	29,9	6,0	20,0
São Cristovão	18,4	8,5	46,2
São José	28,9	3,9	13,4
São Pedro	25,2	5,1	20,4
Segurança de Lar	13,5	10,5	78,4
Solon Borges	17,1	13,9	80,8
Tabuazeiro	20,9	7,3	34,9
Universitário	22,8	3,7	16,3
Vila Rubim	17,1	11,7	68,6

Fonte: Adaptado de Índice de Envelhecimento por Bairros - Vitória (ES) - 2010.

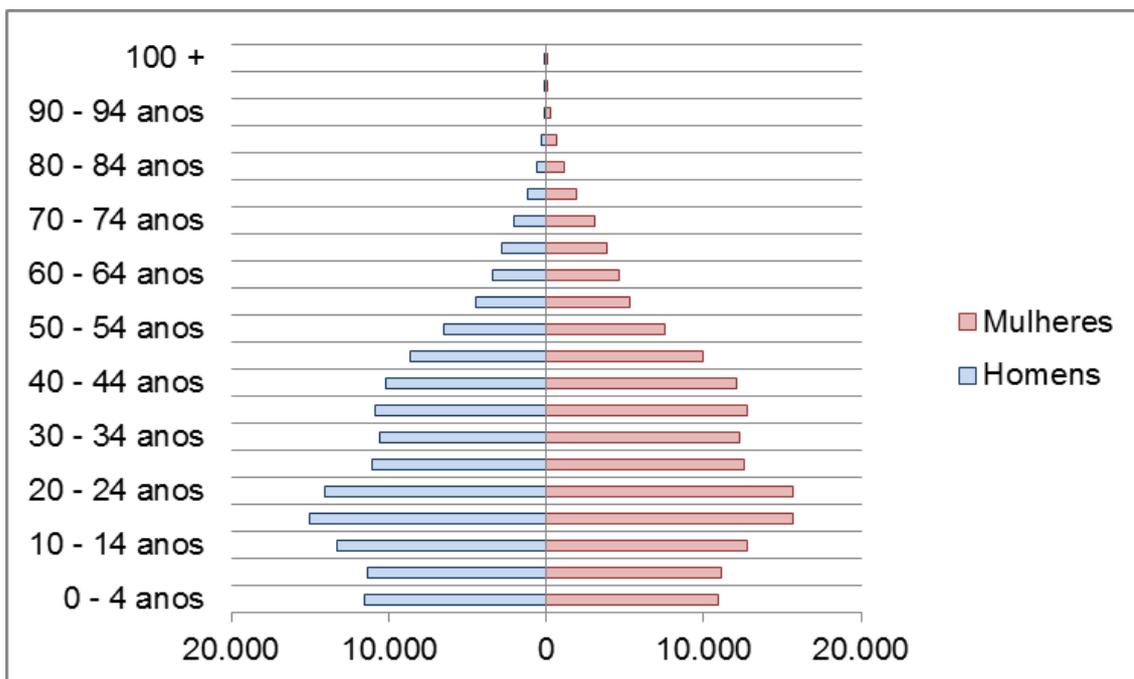
Gráfico1: Distribuição absoluta de pessoas idosas por região administrativa da cidade de Vitória – ES



Fonte: Adaptado de População residente por sexo e grupo de idade acima de 65 Anos - Vitória (ES) – 2010.

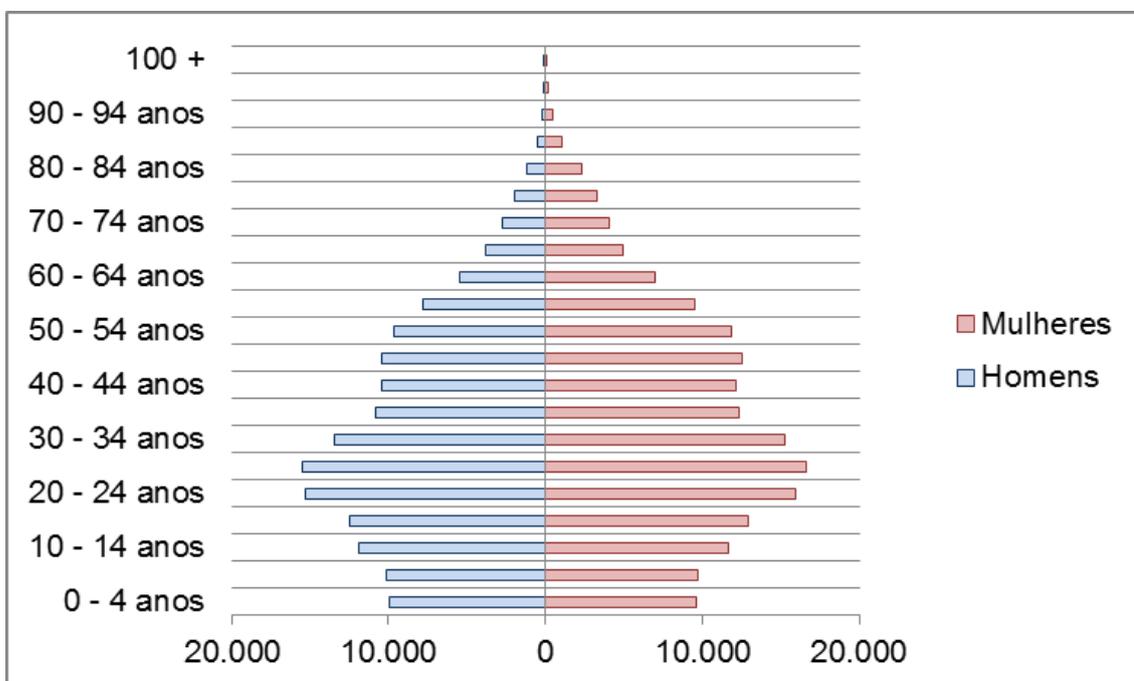
Lira e Cavatti (2011) em análise do Instituto Jones dos santos Neves – IJSN (2011) ao censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, apontam que pode-se observar com nitidez nas pirâmides etárias da cidade de Vitória comparativas dos anos de 2000 e 2010, apresentadas nos gráficos 2 e 3, o estreitamento da base e alargamento do ápice. Isto traduz claramente que a cidade encontra-se em processo de franco e rápido envelhecimento de sua população, acompanhando o que é uma tendencia nacional. Pôde-se observar também o aumento da população com mais de 80 anos, sendo que esse crescimento foi mais expressivo entre as mulheres.

Gráfico 2: Pirâmide etária do município de Vitória, por sexo – 2000.



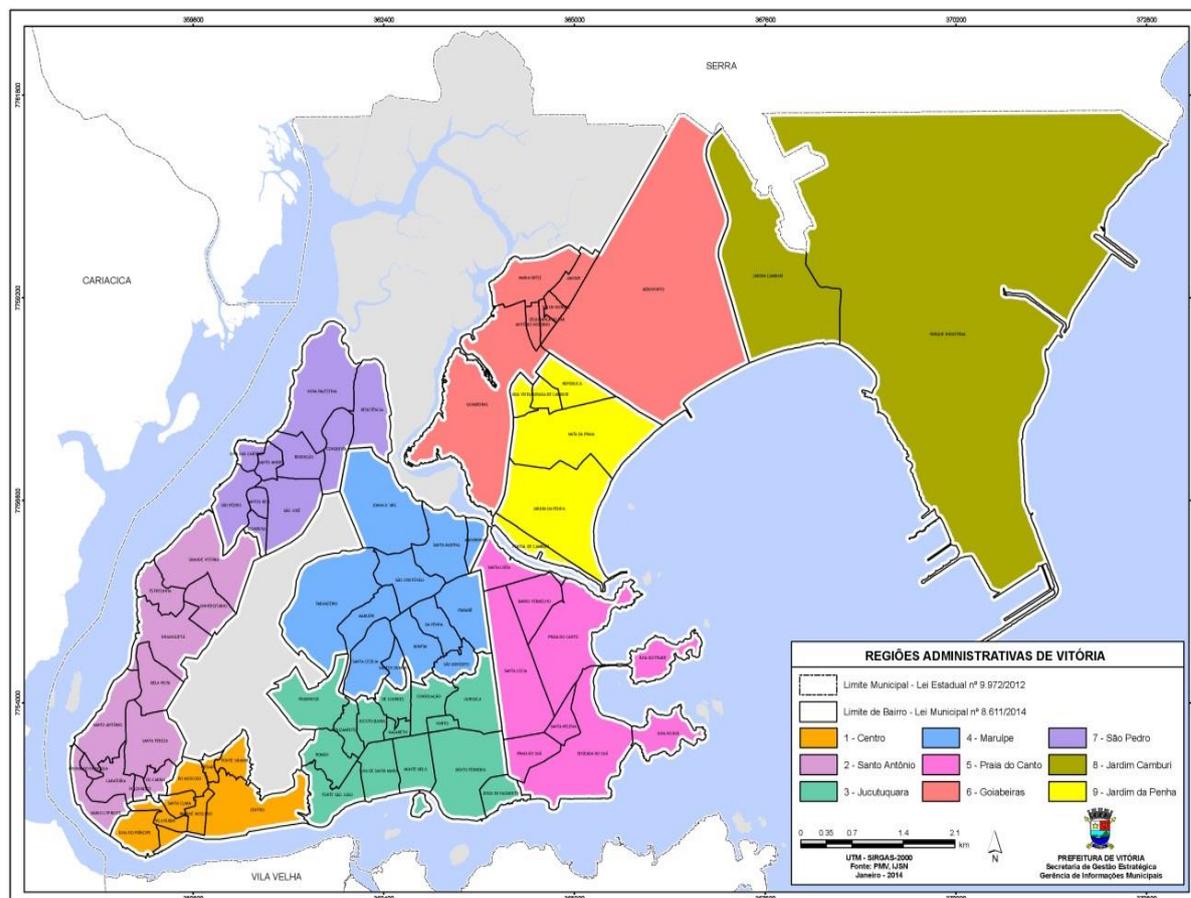
Fonte: Adaptado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

Gráfico 3: Pirâmide etária do município de Vitória, por sexo–2010



Fonte: Adaptado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

Figura 1: Mapa das regiões administrativas da cidade de Vitória



Fonte: Vitória (2015).

Os dados do Censo 2010 evidenciaram o envelhecimento da população brasileira, o que é considerado pela demografia como indício de desenvolvimento. Contudo, elevados números de ocorrência de determinados grupos de agravos, entre os quais as causas externas ‘acidentes e violências’, devem ser alvo de preocupação entre os profissionais da área da saúde e afins (GAWRYSZEWSKI; JORGE 1997).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Segundo dados do Ministério da Saúde, a partir do ano de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a fazer uso do conceito de ‘envelhecimento ativo’, buscando não somente a inclusão, mas também os cuidados com a saúde além de outros fatores que influenciam o envelhecimento. Podendo ser visto como o processo de aprimoramento das oportunidades de saúde, participação e segurança,

objetivando valorizar e melhorar gradativamente a qualidade de vida das pessoas à medida que as mesmas envelhecem. Envolve assim políticas públicas que venham a promover modos e estilos de vida mais saudáveis e seguros em todas as fases da vida, promovendo e facilitando a prática de atividades físicas no dia a dia e nos momentos de lazer, a prudência e a precaução às circunstâncias de violência tanto familiar quanto a urbana, o acesso de forma facilitada a alimentos saudáveis e à moderação ou extinção do consumo de tabaco, dentre outros. Essas medidas visam a contribuir para a obtenção de um envelhecimento que possa também significar, acima de tudo um ganho considerável e relevante em qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2007).

Contudo, dois grandes erros devem ser incessantemente evitados: o primeiro é julgar que todas as transformações que ocorrem com a pessoa idosa sejam consequência de seu envelhecimento natural, pois isso pode impedir e dificultar o diagnóstico prévio e conseqüentemente a adoção de medidas terapêuticas de certas doenças e comorbidades e, o segundo, e não menos importante, é abordar o envelhecimento que ocorre de forma natural como doença e com isso sujeitar o idoso à realização de exames e tratamentos dispensáveis, tendo como base sinais e sintomas que são facilmente explicados pela observação clínica e pelo estudo da senescência (BRASIL, 2007).

Agencia Nacional de Saúde Suplementar, considera que o maior desafio na atenção às pessoas idosas é poder contribuir para que, apesar das gradativas e constantes limitações que possam vir a ocorrerem, elas possam discernir e reinventar formas e possibilidades de viver sua própria vida com a maior autonomia e qualidade possíveis. Essas possibilidades aumentam paulatinamente na medida em que a sociedade considere o contexto familiar e social e consiga reconhecer as potencialidades e os valores das pessoas idosas (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, no ano de 2005, determinou uma Agenda de Compromisso pela Saúde a qual ajuntou três vertentes: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão:

Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância em relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a

saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2007).

Com isso, em relação à promoção da saúde da população idosa, as execuções de ações locais deverão ser orientadas pelas estratégias de implementações, observadas na Política Nacional de Promoção da Saúde – regida pela Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prevalência as ações específicas: a) Implantar e disseminar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); b) Alimentação saudável; c) Práticas de atividades físicas; d) Prevenção e controle do tabagismo; e) Redução da morbidade e da mortalidade por consequência do uso de álcool e outras drogas ilícitas; f) Redução da morbidade e mortalidade por acidentes de transporte; g) Prevenção da violência e incentivo à comportamentos pacíficos; h) Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2007).

2.4.1 Políticas públicas de saúde da pessoa idosa no município de Vitória

Ramayana, citada por Dalvi (2011), Afirma que até o ano de 1994 não existiam no Brasil nenhuma política direcionada única e somente para a pessoa idosa. A Constituição de 1988, somente faz menção à questão, assim como em constituições anteriores, porém, somente em janeiro de 1994, foi sancionada a Lei n.º 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso - PNI, e tem por objetivo, dentre outros, assegurar os direitos sociais do idoso, criando assim condições essenciais para promover sua autonomia, integração e participação de forma efetiva na sociedade.

Contudo a mais importante conquista nesta área só veio acontecer em outubro de 2003. Após muitos anos de luta e reivindicações por direitos, de grupos organizados da terceira idade, houve a promulgação e sanção da Lei n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003, conhecida como o Estatuto do Idoso, que proporcionou uma série de direitos fundamentais e de proteção à pessoa idosa, cabendo ao Ministério Público agir em defesa dessa população em caso do não cumprimento do referido Estatuto. Após esta grande conquista outro relevante documento foi o da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovado pela Portaria n.º 2.528, de outubro de 2006, que estabelece sua ação no setor de saúde, voltando atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (DALVI, 2011).

A autora afirma também que o decreto do Estatuto Brasileiro do Idoso constituiu assim, um marco histórico na atenção e proteção dos idosos brasileiros, resultante de mudanças históricas, políticas e sociais. A referida Lei destaca veementemente o papel da família, da sociedade e do poder público de assegurar aos idosos direitos, vitais como saúde e alimentação, bem como cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar.

A Lei n.º 6.043, de 22 de dezembro de 2003, instituiu a Política Municipal do Idoso (PMI) no município de Vitória, logo após a aprovação do Estatuto do Idoso. Assim o Art. 1.º da referida Lei reza o seguinte em relação a essa Política:

[...] visa assegurar os direitos sociais do idoso, residente no Município de Vitória, estabelecendo formas que promovam sua autonomia, independência, integração, melhoria da qualidade de vida e participação efetiva na sociedade, em conformidade com a Lei nº 6.842, de 04 de janeiro de 1994, que determina a Política Nacional do Idoso, e com a Lei nº 4.946, de 15 de julho de 1999, que criou o Conselho Municipal do Idoso. (VITÓRIA, 2003).

O Art. 7.º da referida lei traz as competências do Poder Público Municipal para a implementação da PNI na área da assistência e desenvolvimento social:

- a) desenvolver ações que atendam às necessidades básicas do idoso, no âmbito de atuação do Município, com a participação de suas famílias e das entidades governamentais e não governamentais;
- b) desenvolver alternativas de atenção ao idoso desabrigado e sem vínculo familiar, que lhe proporcionem cobertura quanto a alojamento, alimentação e saúde;
- c) criar e estimular a criação de alternativas de atendimento ao idoso e a cobertura e funcionamento de centros de convivência, casas-repúblicas, oficinas abrigadas de trabalho;
- d) estimular a realização de cursos, seminários e encontros que ajudem a esclarecer, orientar e formar pessoal capacitado a trabalhar com o idoso;
- e) estimular processos de orientação e aconselhamento visando a permanência do idoso em família, evitando seu isolamento;
- f) criar formas alternativas para melhoria de renda familiar do idoso;
- g) apoiar programas de reinserção da pessoa idosa à vida sócio-econômica da comunidade, com apoio de Instituições de Ensino Superior, centros de treinamentos comunitários e aproveitamento de seus talentos, habilidades e experiências;
- h) acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas e serviços prestados, destinados ao idoso;
- i) prover de recursos humanos especializados, instalações equipamentos e veículos para observar-se os padrões de qualidade necessários ao atendimento do idoso do Município de Vitória (VITÓRIA, 2003).

A referida lei versa ainda competências nas áreas de saúde, de habitação e urbanismo, de justiça e segurança, de cultura, esporte e lazer. Nesse sentido o

município de Vitória, através da Secretaria Municipal de Ação Social (SEMAS), elabora ações sociais com o intuito de assegurar o alcance dos objetivos da PNI, voltadas para a promoção da cidadania da pessoa idosa. Desenvolve o programa Vivendo a Melhor Idade, cuja finalidade e propósito estão baseados no Art.1.º da PMI Art.1.º da PMI, que pretende:

[...] assegurar os direitos sociais do idoso residente no município de Vitória, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Para tanto, vem implementando os seguintes projetos, voltados para atendimento da população idosa: **Centros de Convivência**⁶⁷, previsto na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), cujo objetivo é possibilitar à terceira idade espaços de convivência, favorecendo a melhoria da qualidade de vida, a valorização da autoestima, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a prevenção do isolamento social; **Grupos Terceira Idade**⁶⁸, que têm como objetivo fortalecer a autonomia, as relações familiares e comunitárias dos idosos que moram em Vitória; **Núcleos de Integração Social para Pessoas Idosas (NISPIs)**⁶⁹, que visam estimular a participação dos idosos, reafirmando a sua autonomia, além de valorizar suas habilidades e seu potencial artístico; e **Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)**⁷⁰, que é um serviço de referência de atenção à pessoa idosa vítima de violência em Vitória, responsável pelo recebimento de denúncias e pela busca de alternativas para contê-la. (DALVI, 2011, p. 85).

Segundo Dalvi (2011), existem ainda, em nível estadual, algumas associações subvencionadas para atividades de lazer da população, como por exemplo, a Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade do Espírito Santo (ABCMI/ES). Um dos principais objetivos dos clubes é fazer com que os idosos se integrem a sociedade através de eventos. No que se refere à área da educação, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) conta com o programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), onde são desenvolvidas ações socioeducacionais e culturais para o público da terceira idade. Ainda na UFES, o Núcleo de Estudos e Assessoramento à Terceira Idade propõe-se desenvolver pesquisas e ações socioeducativas, como palestras e seminários, com vistas ao fortalecimento social do idoso.

Os centros de Convivência, previstos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) - Centros de Convivência para a Terceira Idade (CCTI) (fig. 2 e 3, p.43) compõem a rede de serviços da Proteção Social Básica do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) na cidade de Vitória. Nos referidos espaços, são produzidas atividades de formação cidadã culturais, esportivas e recreativas, que proporcionam o envelhecimento saudável bem como a defesa de seus direitos. “O objetivo é possibilitar à terceira idade espaços de convivência, favorecendo a

melhoria da qualidade de vida, a valorização da autoestima, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a prevenção do isolamento social.” (VITÓRIA, 2015).

Assim, para participar das atividades, a pessoa idosa deve procurar o centro de convivência mais próximo de sua casa e proceder com o preenchimento da ficha de cadastro. No entanto os idosos interessados em participar das atividades devem ser moradores da cidade de Vitória e ter idade acima de 60 anos. Entre as mais variadas atividades ofertadas podemos destacar: ginástica, alongamento, ioga, dança, informática, artes, teatro, letramento, terapia ocupacional, grupos de convivência e palestras. Os Centros de Convivência de Jardim da Penha e Jardim Camburi, por sua vez, ofertam “ [...] atividades de musculação, hidroginástica, pilates e oficina de música. Em Maria Ortiz, pessoas idosas também podem participar das atividades de coral e congo” (VITÓRIA, 2015).

Figuras 02 e 03: Centro de convivência para terceira idade



Fonte: Vitória,[2015].

O Conselho Municipal do Idoso (COMID) coopera com a criação e indicação de políticas, programas e projetos com a finalidade de melhorar e valorizar a qualidade de vida dos idosos. Ele foi instituído através da Lei Municipal 6.944/07, que substituiu a lei 4.946/99, e é composto por 40 conselheiros, sendo 20 membros efetivos e seus suplentes, do poder público e da sociedade civil, sendo estes delegados por dois anos. As reuniões do COMID acontecem mensalmente, geralmente na terceira quarta feira de cada mês. Podem se candidatar a ser

membro do COMID: 1- do **poder público**: membros representativos das secretarias municipais de Assistência Social; Educação; Saúde; Esportes e Lazer; Cultura; Transportes, Trânsito e Infraestrutura Urbana; Habitação; Trabalho e Geração de Renda; Cidadania e Direitos Humanos, além da Câmara Municipal de Vitória. 2- Da **sociedade civil**:

[...] representantes dos usuários de serviços e benefícios prestados à pessoa idosa; representantes de entidades e organizações não governamentais que prestam atendimento, assessoria ou atuam na defesa e garantia dos direitos da pessoa idosa no âmbito municipal; e representantes de entidades de pesquisa, estudo, assessoria e formação de recursos humanos. (VITÓRIA, 2015).

Ainda, considerando que Saúde do Idoso é todo o conjunto de ações que oferece atenção integral à saúde e o bem estar da terceira idade, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas do município e com o objetivo de proporcionar modos de vida favoráveis à saúde e à qualidade de vida destes idosos, como alimentação adequada, apropriada e equilibrada, a prática frequente de exercícios físicos, convívio social vital e cativante e a redução significativa ou a extinção da automedicação. Todas as unidades básicas de saúde bem como os serviços especializados que compõem a rede municipal de saúde realizam atendimento aos idosos residentes na cidade de Vitória assim também o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), que oferece serviços de geriatria para os idosos que enfrentam problemas mais graves e não têm condições de se tratar através das unidades básicas. (VITÓRIA, 2015).

O CRAI (fig. 4 e 5, p. 45) disponibiliza assistência integral em saúde a pessoas a partir de 60 anos e que demandam de uma intervenção especializada. O atendimento é executado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos e enfermeiros geriatrias e gerontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e técnicos de enfermagem. Esses profissionais atuam sempre conjuntamente, proporcionando e possibilitando um atendimento de forma integral aos idosos com problemas de saúde agravados pela idade. O CRAI promove também vários projetos de educação continuada e permanente em saúde voltada aos idosos e aos seus familiares, com o objetivo de prevenir doenças e promover a saúde. Contudo para ter acesso aos serviços do centro, o idoso necessita ter sido encaminhado por um médico generalista dos serviços de saúde da cidade de Vitória. As unidades de saúde dos

bairros, ou qualquer outro serviço de saúde do município, podem identificar os casos que necessitem de atendimento especializado e integral, enviando laudo médico de encaminhamento ao CRAI (VITÓRIA, 2015).

O CRAI funciona como unidade de treinamento e capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde e serve como fonte de pesquisas científicas que estudam as questões relacionadas ao envelhecimento humano (VITÓRIA, 2015).

Figuras 04 e 05: Centro de referencia de atendimento ao idoso



Fonte: Vitória,[2015].

Ainda as pessoas que tem mais de 60 anos se beneficiam, na capital, com as Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI) (fig. 6 e 7, p. 46). Essas academias são “espaços para a prática de exercícios físicos com aparelhos. Instaladas ao ar livre, as academias são compostas por dez equipamentos, que servem para alongar, fortalecer, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica” (VITÓRIA, 2015), Os aparelhos das academias são de baixo impacto e simulam atividades do cotidiano das pessoas, como caminhadas, remada, alongador, dentre outros. As práticas de exercícios físicos na terceira idade auxiliam na redução e até mesmo na eliminação das complicações de doenças crônicas, bem como contribuem com a diminuição no consumo de medicamentos.

A Academia Popular da Pessoa Idosa se soma a outras iniciativas do município para estimular a prática de exercícios físicos: módulos de orientação ao exercício e academias populares. A Secretaria Municipal de Saúde lembra que, antes de iniciar qualquer prática de atividades física, todas as pessoas, independentemente da idade, precisam passar por uma avaliação médica (VITÓRIA, 2015).

Figura 06 e 07: Academia popular da pessoa idosa



Fonte: Vitória,[2015].

Com o intuito de garantir a proteção do idoso, o Município conta com a Delegacia de Atendimento e Proteção à Pessoa Idosa (DAPPI). A Delegacia está subordinada ao Estado, e é a única que atende exclusivamente a pessoa idosa. Assim, nos demais municípios, o atendimento ao idoso que não queira procurar a DAPPI pode ser feito na Delegacia da Mulher. O Município dispõe ainda dos serviços do Disque Denúncias que, após averiguações, faz encaminhamento dos casos de violência contra os idosos aos órgãos competentes (DALVI, 2011).

Para os idosos carentes, o Município conta com o Asilo Monte Belo (Sociedade de assistência à Velhice Desamparada) (fig. 8 e 9, p.47), instituição filantrópica que anteriormente acolhia e abrigava idosos de todo o estado, mas atualmente só recebe idosos do município de Vitória e dentro de alguns critérios. Além de obter ajuda da prefeitura municipal da capital, com quem mantém uma parceria, o asilo arrecada 70% das aposentadorias de grande parte dos internos e também uma grande quantidade de doações da comunidade em geral. Tem capacidade total para noventa e dois idosos de ambos os sexos, mas há predominância do sexo feminino (DALVI, 2011).

Figura 08 e 09: Asilo Monte Belo



Fonte: Vitória,[2015].

2.5 DEFINIÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE

Segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, comumente designada pela sigla CID ou ICD do inglês *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, oferece códigos concernentes à classificação de doenças e de diversos sinais. “A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças” (DATASUS, 2015).

A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, que contém até seis caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes, que muitas vezes são inespecíficas quando se busca identificar o agente etiológico causador da doença. (CARDOSO et al, 2015. p. 5).

No quadro 2 são mostradas, na coluna anterior, as lesões e, na posterior, os variados tipos de causas externas capazes de causar essas lesões, de acordo com os agrupamentos de causas da CID-10. “É necessário salientar que cada um dos tipos de lesão pode ser causado por diferentes tipos de acidentes/violências, bem como cada um desses pode causar as mais variadas lesões”. (JORGE, KOIZUMI; TONO, 2007, p. 38)

Quadro 2 - Agrupamentos dos capítulos XIX e XX da CID-10

CAP. XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	CAP. XX – Causas externas de morbimortalidade
Traumatismos da cabeça.	Acidentes de trânsito.
Traumatismos do pescoço.	Outras causas externas de lesões de acidentes.
Traumatismos do tórax.	Lesões auto provocadas voluntariamente.
Traumatismo do abdome, dorso, coluna lombar e pelve.	Agressões.
Traumatismos dos membros superiores.	Eventos cuja intenção é indeterminada.
Traumatismos dos membros inferiores.	Intervenções legais e operações de guerra.
Traumatismos de múltiplas regiões do corpo.	Complicações de assistência médica e Cirúrgica.
Traumatismo de regiões não especificadas.	Sequelas de causas externas.
Efeito de corpo estranho através de orifício natural.	Fatores suplementares relacionadas com outras causas.
Efeitos do frio (geladura)	
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas.	
Efeitos tóxicos de substâncias não medicinais.	
Outros efeitos de causas externas e os não especificados.	
Algumas complicações precoces de traumatismos.	
Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não constantes em outra parte.	
Sequelas de traumatismos, envenenamentos e outras consequências de causas externas.	

Fonte: Adaptado de Jorge, Koizumi e Tono (2007).

Ainda o DATASUS esclarece que:

Diferentemente das revisões anteriores, que foram elaboradas em dois volumes, a CID-10 é constituída por três volumes: [...] O Volume I contém a classificação propriamente dita, assim chamada LISTA TABULAR. Esta é formada por categorias, isto é, códigos de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (nesse caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, tem-se, portanto, as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e de outro número. Um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo. [...] A CID-10 tem 22 capítulos, portanto cinco a mais do que a CID-9. No Volume I existe o que se chama de "núcleo da classificação", que é uma lista de códigos de três caracteres (ver Volume I, páginas 31 a 108) e que é considerado o

essencial para apresentação das estatísticas de mortalidade por causas. Este "núcleo" está dividido em capítulos e, dentro destes, estão os agrupamentos. Segue-se a esta classificação de três caracteres a chamada Lista Tabular propriamente dita e que usualmente nomeia o Volume I. Essa Lista Tabular contém os códigos das subcategorias, isto é, com quatro caracteres (Ver Volume I, páginas 111 a 1126). O Volume I também contém: •Morfologia das Neoplasias (CID-O) •Listas Especiais para Tabulações •Definições •Regulamento da Nomenclatura (DATASUS, 2015).

O volume II é o que apresenta as orientações, guias, regras etc. para os usuários da CID-10. Contém as seguintes partes: Introdução; Descrição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde; Como usar a CID-10, Regras e Disposições para Codificar Mortalidade e Morbidade; Apresentação Estatística e Histórica do Desenvolvimento da CID. Assim,

o Volume II é um instrumento importante para o codificador, pois é nele que estão contidas todas as regras para codificar mortalidade e morbidade, bem como as definições sobre causa de morte, descrição do atestado de óbito e outros itens de interesse em mortalidade" (DATASUS, 2015).

O volume III é o índice alfabético e assim como na CID-9, contém seguintes partes: Seção I - Índice Alfabético de Doenças e Natureza da Lesão, Seção II - Índice Alfabético de Causas Externas da Lesão e Seção III - Tabela de Drogas e Compostos Químicos. Como Abertura, o volume III contém informações e notas sobre o uso do índice, convenções usadas e abreviaturas (DATASUS, 2015).

Jorge, Koizumi e Tono (2007) corroboram entre si e ressaltam que acidentes e violências estão presentes na CID desde a sua criação, sendo, seus tipos, repetidos e ou elaborados de forma melhor em cada uma de suas revisões. Assim a décima revisão da CID trata deste assunto em dois de seus capítulos.

O capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas) refere traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados nas pessoas, por quaisquer tipos de acidentes, homicídios e suicídios, que são, por sua vez, tratados no capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade). (JORGE; KOIZUMI; TONO, 2007, p. 38)

Os autores acima ainda afirmam que esse duplo olhar da OMS para esse tema é de suma importância e extremamente pertinente na medida em que, se por um lado é necessário conhecer as lesões que afetam as pessoas, do ponto de vista de sua natureza e do segmento corpóreo afetado, para estar habilitado para que seja realizado o tratamento específico, por outro lado, e não menos importante, é primordial que seja determinada e o reconhecida todas as circunstâncias do evento causador dessas lesões para, assim, pensar em sua prevenção. Mesmo que seja difícil a prevenção de um traumatismo ou uma queimadura, certamente pode-se

prevenir os eventos ou circunstâncias que os determinaram. Ainda é importante salientar que, no caso de óbito, essa circunstância é chamada de “causa básica”, que é citada, apresentada, analisada e estudada nas estatísticas de mortalidade de todos os países (JORGE; KOIZUMI; TONO, 2007).

2.6 VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

Minayo (2004) considera que do ponto de vista antropológico e cultural, o tema da violência e mais especificamente a violência contra os idosos é um problema que está intimamente ligado com a promoção da consciência de direitos. Pois foi a partir dos vários momentos e movimentos em que se proclamaram e se reafirmaram os direitos individuais, sociais, coletivos, políticos e de grupos específicos que a questão da cidadania se insere independentemente de idade, de sexo, de raça ou etnia ou de condição social. Assim, nessa dinâmica de crescimento da consciência social, a velhice, em todas as suas diferentes etapas, passa a ser repensada e reavaliada como uma regra ou um preceito norteador de novos direitos e deveres, sobretudo no caso de grupos mais vulneráveis. Isso no contexto histórico privilegiou primeiramente as mulheres, em seguida as crianças e os adolescentes, e, agora, mais recentemente, os idosos, com a promulgação do Estatuto do Idoso, no ano de 2003.

A negligência, o desleixo, o descuido, o desmazelo, a crueldade e a violência contra as pessoas idosas, aqui conjecturadas as pessoas a partir dos sessenta anos de idade, dizem respeito principalmente às ações únicas ou repetidas que causam grande sofrimento ou angústia, ou, ainda, a ausência de ações que são devidas, que ocorrem num convívio em que haja ou possa a vir existir a expectativa e a probabilidade de confiança (BRASIL, 2005).

Segundo Freitas e outros (2013, p. 1326)

[...] o abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa [...]

Peixoto, citado por Minayo (2004), afirma que na atualidade, em todos os países onde a população idosa é parte relevante e considerável da população geral, designa-se uma categorização interna, inerente ao próprio grupo, visando à atuação

e execução das políticas sociais. Assim o grupo dos que têm de 60 a 69 configura o que tradicionalmente se denomina terceira idade: este grupo é representado por pessoas, a maioria delas, independentes tanto fisicamente quanto mentalmente e grande parte delas trabalha e está ativa.

O grupo dos que têm de 60 a 69 configura o que tradicionalmente se denomina terceira idade: nele há menos pessoas física e mentalmente dependentes, grande parte delas trabalha e está ativa. Geralmente, é do segmento de até 75 anos que surgem as denúncias de maus tratos e violências, uma vez que o grupo dispõe de mais autonomia e de condições para buscar ajuda. Acima dessa faixa, os velhos sentem muito mais dificuldades de reagir a agressões físicas, econômicas e psicológicas. O segmento dos idosos de 70 a 80 anos é chamado de quarta idade e já se usa a classificação quinta idade para a população acima de 80 anos. (MINAYO, 2004, p.6)

Apesar de não haver dados estatísticos sobre a ocorrência e a preponderância, sabe-se, no entanto, a partir de estudos realizados em outros países, principalmente nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra que a violência contra as pessoas idosas existe e manifesta-se claramente sobre diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, dentre outros vários. Podendo se somar a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Vale a pena salientar que a negligência, podendo ser conceituada como a recusa, omissão, desleixo, relaxamento, preguiça, indolência, incúria, inadvertência, imprevidência, descuido, desmazelo, desatenção, indiferença, desinteresse, displicência ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é somente uma forma de violência que está presente tanto no ambiente doméstico familiar quanto no ambiente institucional hospitalar ou em instituições de longa permanência para idosos e casas de repouso, levando na maioria das vezes a um desgaste físico, emocional e social, gerando, em decorrência disso, aumento significativo dos índices de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2005).

Os idosos mais vulneráveis são os que são dependentes físicos (portadores de sequelas) ou mentais (portadores de demências), sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, muito mais de cuidados intensivos em suas atividades cotidianas. Um fator que pode ser visto e avaliado como de alto e iminente risco é aquele em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse, outros fatores de risco: sempre que o cuidador e agressor utiliza abusivamente destilados

de cana ou outras drogas ilícitas, é portador de doenças mentais ou se encontra em estado de elevado estresse na vida pessoal (BRASIL, 2005).

Minayo (2004), assim julga que se trata de um assunto muito pouco falado, que incomoda profundamente, causando repúdio e pavor: os maus tratos, as agressões e as várias formas de violência contra os idosos. Mas esses fatos e comportamentos negativos não são acontecimentos que se verifica somente com os idosos e muito menos só no Brasil, pois estes fazem parte da violência social em geral e são universais. Em muitas sociedades, diversas expressões dessa violência, habitual e reiteradamente, são observadas como uma forma de agir “normal” e “naturalizada” ficando quase sempre ocultas nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas. Assim,

[...] tanto no Brasil como no mundo, a violência contra os mais velhos se expressa nas formas como se organizam as relações entre os ricos e os pobres, entre os gêneros, as raças e os grupos de idade nas várias esferas de poder político, institucional e familiar (MINAYO, 2004, p. 1).

No entanto quando se observa mais detalhadamente a questão social da violência contra as pessoas idosas, percebem-se dois aspectos muito fortes que se relacionam. Um coletivo e que é condescende com imaginário popular, constituindo uma visão negativa do envelhecimento. A sociedade nutre e representa a ideia de que a pessoa vale somente o quanto produz e o quanto ela ganha e por isso, com isso os mais velhos, cada vez mais fora do mercado de trabalho e quase sempre, recebendo uma escassa e insuficiente aposentadoria, podem ser descartados: são avaliados como inúteis ou peso morto. Porém a segunda dimensão é aquela que vem da convivência e coexistência com as pessoas idosas bem como do conhecimento de sua história, considera que há idosos e idosos, distintos e individuais em suas particularidades, peculiaridades, características e atributos, assim como em suas necessidades (MINAYO, 2004).

Guerra e colaboradores (2000) ressaltam que nas sociedades ocidentais, a pretensão social de morte dos idosos traduz-se, sobretudo, nos conflitos entre as gerações, nas variáveis formas de violência física e emocional e nas negligências de cuidados e desmazelo. As expressões culturais e simbólicas desse desejo de se libertar dos mais velhos se diferenciam e variam no tempo, por classes, por etnias e por gênero. No caso brasileiro, os maus-tratos e abusos podem ser observados de diversas e variadas formas. São cometidos em grande parte e na maioria das vezes

pelas famílias. Estes podem ser desde torturas em cárcere privado, desamparo material, apoderamento indevido de bens, pertences e objetos, bem como a tomada de suas residências, intimidações e atemorizações. Das instituições públicas e privadas de amparo e da sociedade como um todo. Os idosos denunciam os maus tratos, desmoralização e desmazelos. Grande parte dos descomedimentos contra esse grupo populacional, na conjuntura atual, é agravada pela situação de desemprego, o que leva que o grupo familiar se apodere roubando os mínimos e modestos benefícios da aposentadoria do idoso, colocando-o em uma situação de pobreza, carência e de dependência ou até mesmo de internação em instituições de longa permanência para idosos (ILPI's). Nessas ILPI's, de uma forma geral, freqüentemente, eles sofrem de dores físicas ou morais, com a falta de assistência, isolamento social, problemas de saúde não atendidos e muitas vezes, até mesmo de desnutrição.

Minayo (2003) considera que as violências praticadas contra os mais velhos devem ser analisadas e estudadas em conformidade com, pelo menos, três critérios: demográficos, sócio antropológicos e epidemiológicos. Demograficamente, deve-se estabelecer o recente interesse sobre o tema, relacionando-o ao acelerado crescimento da população de idosos em quase todos os países do mundo e principalmente no Brasil. Esse fato reflete diretamente nas formas de visibilidade e perceptibilidade social desse grupo etário e na manifestação de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, elevou-se em quase o dobro o índice de esperança de vida ao nascer em poucas décadas, em uma velocidade comparativamente muito maior que os países europeus – que levaram cerca de 140 anos para envelhecer.

Contudo, mesmo que com toda essa rápida mudança, grande parte dos velhos está na faixa de 60 a 69 anos, constituindo menos de 10% da população total, porém é nessa fase que a vitimização por violência, os alcança mais freqüentemente. Já na Europa, ocorre de forma diferente, pois são os grupos acima de 70 anos os que mais crescem (VERAS apud MINAYO, 2003).

No entanto, de qualquer forma, constituindo-se estes de mais de 13 milhões de cidadãos brasileiros, é inconcebível e inaceitável que a população de pessoas idosas e os problemas que lhes são inerentes possam passar despercebidos. Embora a vitimização dos velhos seja um acontecimento cultural e de raízes seculares, as suas manifestações são facilmente reconhecidas, desde as primeiras

estatísticas epidemiológicas, esse problema não tem sido encarado e tratado com a importância que merecesse ser tratado. Neste momento histórico, o crescimento acelerado desse grupo populacional de idosos oferece um clima de promoção das informações que são produzidas sobre eles, tornando-as um tema indispensável da pauta de questões sociais. Assim de forma antropológica e cultural, a idade cronológica é definida e interpretada como um princípio orientador de novos direitos e deveres. “Isso quer dizer que a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice não constituem propriedades substanciais que os indivíduos adquirem com o avanço da idade” (MINAYO, 2003, p. 784).

Em muitos asilos e clínicas, bem como nos estabelecimentos públicos ou conveniados com o Estado, comumente e repetidamente, as pessoas são molestadas, achacadas, despersonalizadas e privadas de todo e qualquer poder e vontade, faltando na maior parte das vezes até mesmo o que comer, o cuidado adequado com a higiene e o acompanhamento médico e de enfermagem. Idosos são vistos, em muitos casos, como simples ocupantes de um leito. Infelizmente, como observam Guerra e outros (2000), citados por Minayo (2004, p.31),

[...] embora seja um problema público e notório, os desmandos das clínicas e asilos não estão devidamente dimensionados, pois faltam investigações sobre a magnitude e a complexidade do fenômeno. E principalmente, quase inexistente a necessária vigilância e fiscalização desses estabelecimentos.

Para Minayo (2003), a epidemiologia destaca e salienta os principais indicadores com os quais o sistema de saúde mede a relevância das violências no cotidiano da vida, das instituições e do próprio Estado. Para isso, utiliza-se do conceito de causas externas, que se diferencia de violência, pois causas externas constituem uma categoria estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, traumas e lesões.

“Violência” é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (MINAYO, 2003, p.785),

As violências contra idosos, também, repetidamente, são denominadas, por assim dizer, maus tratos e abusos. Esse conjunto de termos se refere principalmente a excessos físicos, psicológicos e sexuais, bem como a desamparo, desmazelos, roubos e autonegligência. Importante ressaltar, por pertinência, que a negligência, vista como recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em encaminhar os cuidados de que necessita, é uma das formas de violência mais

presentes tanto em nível doméstico quanto institucional em nosso país. Dela sobrevivem, frequentemente, lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa. Contudo os dois termos, causas externas e violências podem ser utilizados quando se trata da impressão que esses fenômenos causam na saúde, pois se referem a impactos e a processos relacionais e ambos estão oficializados no documento de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (MINAYO, 2003).

Minayo (2004) afirma que internacionalmente se estabeleceram algumas classes e especificações para apontar os tipos e as variedades de violências que são mais praticadas contra as pessoas idosas: o excesso físico; o excesso psicológico; o abuso sexual e a violência sexual; o abandono, o desamparo e o desprezo; a negligência; o abuso financeiro e econômico e a auto-negligência.

As classificações e as conceituações acima descritas estão oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001), citados por Minayo (2004).

No caso brasileiro, as violências contra familiares a partir dos 60 anos se expressam em tradicionais formas de discriminação, como os atributos que comumente lhes são dados, como: descartáveis, obsoletos, arcaicos, atrasados e peso social. Por parte do Estado, o idoso hoje é considerado o principal responsável pelo alto e insustentável custo da Previdência Social e, ao mesmo tempo, sofre uma enorme omissão quanto às precárias políticas e programas de proteção concernentes a ele. Na esfera das instituições de assistência social e saúde, são comuns as denúncias de maus tratos e negligências. Mas nada se equipara aos abusos e negligências dentro dos próprios lares, onde o embate de gerações, dificuldades de espaço físico e dificuldades financeiras costumam se somar a um comportamento social, ou antissocial, que considera a velhice como declínio (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

2.7 CAUSAS EXTERNAS

Os acidentes e as violências evidenciam um conjunto de agravos à saúde que podem ocasionar óbito, no qual estão agregadas as causas ditas acidentais - geradas pelo trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outras formas de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões

autoprovocadas). Esses conjuntos de agravos estão mencionados na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob a denominação de causas externas (BRASIL, 2005).

Na classificação internacional de circunstâncias de morte e de doenças, as causas externas são apontadas pela Organização Mundial de Saúde como causas violentas, em oposição às demais, que levam os indivíduos a adoecer e morrer (AIDAR, 2002 apud MELLO JORGE, 1988).

Pinto e colaboradores (2012) afirmam que no ano de 2009, no Brasil, as causas externas (capítulo XX da CID-10) atingiram a sétima colocação dentre as causas de mortalidade de pessoas idosas (com 60 anos ou mais), totalizando 21.437 mortes. Importante salientar que destas, 1.378 foram por suicídios. Levando em conta ainda que 3.364 mortes ocorridas nesse ano fossem classificadas pelos códigos Y10-Y34, ou seja, como eventos em que não foi possível fazer a distinção se acidentes, lesão autoinfligida (suicídio) ou agressão (homicídio), pois a intenção do ato foi notificada como indeterminada.

Jorge e colaboradores (2007. p. 38), sobre os acidentes e as violências, afirmam que:

Sabe-se que uma gama significativa dessas formas de violência, ou causas externas não chegam ao conhecimento institucional oficial. Além disso, outras tantas não são sequer reconhecidas pela sociedade e, conseqüentemente, por suas instituições, [...]. É bom lembrar também que os dados relativos a atendimentos em serviços de emergência não estão computados em nenhum sistema de informação de base epidemiológica.

Guedes e outros (2012) corroboram entre si que o elevado número de acidentes e da violência no Brasil, fatores considerados como causas externas, têm levado a um impacto negativo na organização do sistema de saúde, em decorrência do aumento dos gastos com atendimentos, internações e tratamentos. No Brasil, a proporção de internações por causas externas ampliou progressivamente, de 5%, em 1998, para 6%, em 2005, assim como a proporção de gastos, que passou de 6% para 8%, assumindo um grande desafio para as políticas e serviços de saúde.

Traumas e lesões não são e não podem ser considerados como consequência inevitável da idade, pois a proposta principal da saúde pública de que as causas externas podem ser previsíveis e, conseqüentemente, evitáveis vale também para os idosos (MINAYO e SOUZA, 1999).

Gawryszewski e colaboradores (2004. p. 97), afirmam que: “No Brasil, a população idosa não costuma ser prioridade nos estudos sobre causas externas, devido ao predomínio dos jovens, que exibem altos coeficientes e grande número de casos”.

Chavez (2002) citado por Minayo (2003) afirma que no Brasil, os dados e informações a cerca das mortes por causas violentas em idosos ainda são pouco plausíveis, e esta realidade também pode ser observada na literatura internacional que distingue e evidencia a não notificação ou a informalidade na notificação de forma generalizada. Através de investigações mais localizadas, com trabalho de campo e busca ativa estima-se que cerca de 70% das lesões e traumas sofridos pelos mais velhos não estão incluídos nas estatísticas.

Levando em conta essa limitação, entende-se que a partir dos dados existentes podemos então perceber a magnitude da gravidade dos problemas e observar onde devem ser priorizadas as realizações de investimentos do sistema de saúde e das políticas sociais de proteção. Desse modo, a opção é trabalhar a partir do que existe, buscando sempre e continuamente melhorar as informações desde sua origem (MINAYO, 2003).

Considerando o envelhecimento acelerado da população e estudos que demonstram que os indivíduos nesta faixa etária compõem aproximadamente 10% da população em geral, Stevens e Thomas apud Gawryszewski et al (2004. p. 1) afirmam que:

[...] é possível verificar que essa população tem maior representação proporcional na mortalidade violenta do que na população geral. A aumentada vulnerabilidade fisiológica dos idosos deve contribuir para esta maior mortalidade, devido a uma combinação de fatores que incluem dificuldades nos campos da percepção e equilíbrio, declínio no sistema musculoesquelético, diminuição da capacidade visual, entre outras.

Assim, nos grandes aglomerados de áreas urbanas, os acidentes sofridos pelas pessoas idosas, como agressões, quedas, atropelamentos, homicídios e suicídios dentre outras lesões, são muito constantes devido à vulnerabilidade aos riscos existentes tanto no ambiente doméstico (tapetes, escadas, pisos escorregadios e outros), quanto nos locais públicos (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequentemente não são diagnosticados de uma forma eficaz e precisa, tendo em vista que há falta de informação de habilidade e de capacidade dos profissionais de saúde para enfrentar esses eventos, bem como descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e dos profissionais que os atendem, além de

constrangimento do idoso em caso de ter que acusar pessoas de sua família (BRASIL, 2005).

2.7.1 Mortes de idosos por causas externas no município de Vitória no ano de 2010

No tocante a mortes por causas externas observadas na capital do Espírito Santo, o percentil de 15,10% totaliza 572 óbitos certificados na cidade de Vitória, independente do local de ocorrência do fato violento. Estratificando estes valores, obtém-se 219 óbitos resultaram por homicídios, 137 por acidentes de transporte terrestre e 21 por suicídio. Contudo, dos óbitos certificados na cidade de Vitória, menos da metade, ou seja, apenas 47,55% resultam de fatos violentos ocorridos na capital, enquanto que a outra parte ocorreu em outras cidades (52,45%). Levando em conta os óbitos por causas externas que ocorreram em Vitória, com fato violento também ocorrido no município, há uma grande e significativa diferença no número de homicídios, suicídios e acidentes de transporte. Somente no que se refere a homicídios, considera-se uma diferença de 76 óbitos e no total das causas externas 300 óbitos, como pode ser claramente observado no quadro 3, (VITÓRIA, 2010).

O autor acima afirma que, esta distorção acontece devido ao fato de a cidade de Vitória abrigar o Hospital Estadual São Lucas, o maior hospital público de trauma do Espírito Santo, além de outros hospitais de grande porte da rede pública e privada, (VITÓRIA, 2010).

A tabela abaixo demonstra o quantitativo de óbitos por causas externas ocorridos em Vitória, cujo fato violento ocorreu em outros municípios x Óbitos ocorridos em Vitória, cujo fato violento ocorreu no município – Residentes e não residentes no ano de 2010.

Tabela 01: Relação de óbitos cujo fato violento ocorreu em Vitória x fato violento em outras cidades.

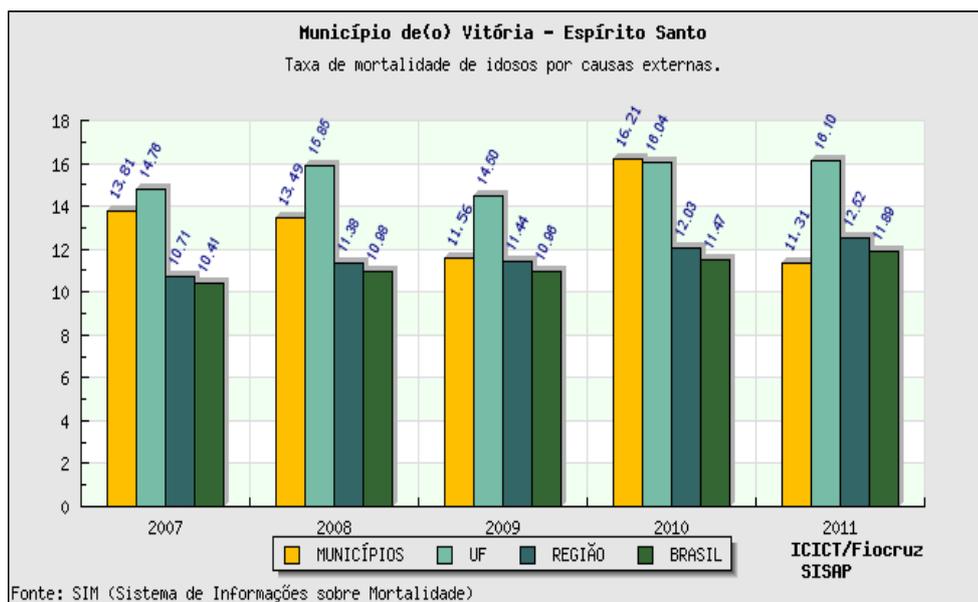
Causas	Óbitos ocorridos em Vitória / Fato violento ocorrido em outras cidades	Óbitos ocorridos em Vitória / Fato violento ocorrido em Vitória
Homicídio	219	143
Suicídio	21	13
Acidente de transporte	137	42
Outras causas externas	195	74
Total	572	272

Fonte: Elaboração própria.

Os dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso indicam que, no ano de 2010, as mortes por causas externas cresceram na cidade de Vitória: quer seja em números absolutos, quando analisados pela sua proporção em relação ao total de mortes, seja por meio das taxas medidas em relação à população (VITÓRIA, 2010).

O gráfico 4 estima o risco de morte por causas externas na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Foi utilizado o método de cálculo: (Número total de óbitos de idosos por causas externas / População total de idosos) x 10000, o que resultou no ano de 2010 em 16.21, ficando acima da média do estado, da região e do país, no referido ano.

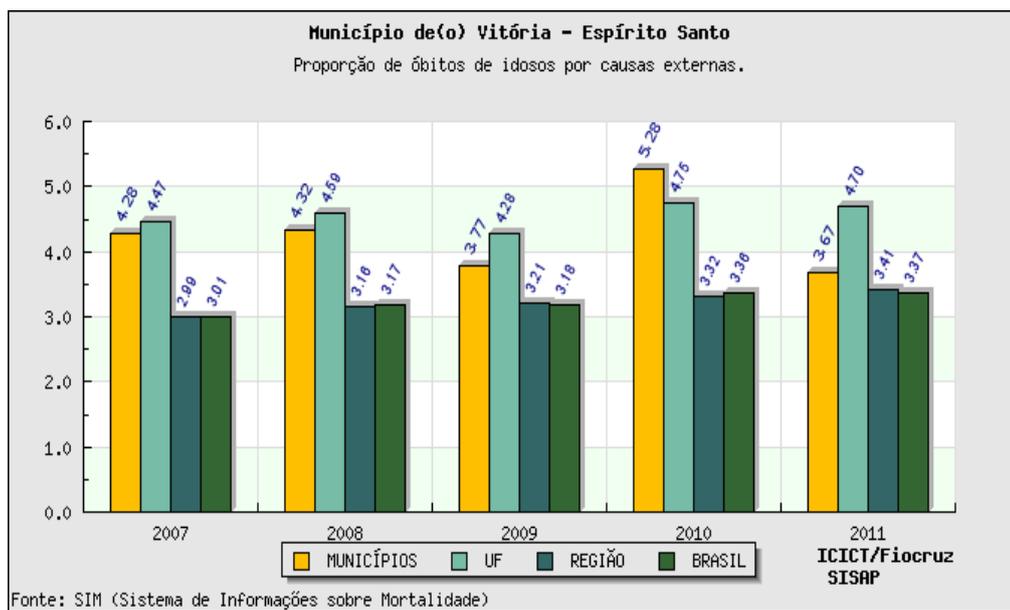
Gráfico 4: taxa de mortalidade de idosos por causas externas



Fonte: Fiocruz, 2012.

O gráfico 5 mede a participação dos óbitos por causas externas entre os idosos de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária. Foi utilizado o método de cálculo: (Número total de óbitos de idosos por causas externas / Número total de óbitos de idosos) x 100, o que resultou no ano de 2010 em 5.28%, ficando acima da média do estado, da região e do país, no referido ano.

Gráfico 5: proporção de óbitos de idosos por causas externas



Fonte: Fiocruz, 2012.

As mortes por causas externas se destacaram nos estudos de mortalidade nos últimos anos em virtude da intensificação das mortes por homicídios e acidentes de transportes, estas chegaram a alcançar em 2010, 11,47% do total de mortes por causas externas no país e 16,21% na cidade de Vitória. Analisar e compreender a distribuição da mortalidade por causas externas nesta faixa etária da população é essencial e fundamental para proposição de medidas que possam prevenir situações de risco (GOMES et al 2010).

2.8 ACIDENTES DE TRANSPORTE

A Organização Mundial de Saúde OMS indica que os acidentes de transportes terrestres ATT são responsáveis pela morte de mais de um milhão de pessoas por ano em todo o mundo, e, quando não matam produzem um grande número de feridos e pessoas que ficarão com sequelas permanentes. Em números, estatísticas apontam que em média 62% das vítimas fatais por ATT notificadas são procedentes basicamente de dez países, que, em ordem de magnitude, o Brasil se encontra em quinto lugar, e esses dez países são responsáveis por 56% da população mundial (MALTA et al, 2010 apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

No Brasil, relatórios oficiais do Ministério da Saúde MS demonstram que os brasileiros estão morrendo mais em acidentes com transporte terrestre, principalmente quando o veículo é motocicleta. Estudos de 2010 revelam que 40.610 pessoas foram vítimas fatais, sendo que 25% delas, por ocorrências com motocicletas (BRASIL, 2011).

O Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT) define e entende acidente de trânsito como uma ocorrência que afeta diretamente ao cidadão, pois a esse são impostas situações relacionadas diretamente com a morte, com a incapacitação física, perdas materiais, dentre outras, provocando austeros envolvimento de cunho psicológico, quase sempre de difícil superação (BRASIL, 2011).

Estudos realizados por Smarzaró e colaboradores (2005), apontam que os prejuízos como: lesões, traumas e mortes ocasionadas por acidentes de transporte acarretam a elevados custos tanto psicológicos quanto socioeconômico bem como de grande utilização dos equipamentos públicos de segurança, de saúde e de trânsito.

Ainda segundo os autores acima, os acidentes de trânsito foram classificados pela CID-10 sob os códigos de V01 a V89, subdivididos nas seguintes categorias, de acordo com o meio de transporte da vítima: pedestre V01-V09, bicicleta V10-V19, motocicleta V20-V29, triciclo V30-V39, automóvel V40-V49, caminhonete V50-V59, veículo de transporte pesado – VTP V60-V69, ônibus V70-V79 e outros V80-V89.

Waiselfisz (2012), conclui afirmando que o número de mortes no trânsito indica os modos de sociabilidade em vias públicas, a eficiência dos mecanismos de gestão do trânsito, os níveis de segurança dos veículos e das ruas, os mecanismos de fiscalização e as respostas aos acidentados. Possibilitam também avaliar e averiguar a gravidade da violência do trânsito em nossas vias públicas e a tendência de agravamento em curto prazo.

2.8.1 Mortes de idosos por acidentes de transporte terrestre no município de Vitória no ano de 2010

Segundo dados do Mapa da Violência - MV de 2012, o número de óbitos em acidentes de trânsito no ano de 2010 segundo categoria no Brasil, foi: 13.452 motociclistas, 11.946 pedestres, 11.405 automóveis, 1.909 ciclistas, 1.404

caminhões, 190 ônibus e 682 outros, totalizando 40.989 óbitos. No estado do Espírito Santo, no ano de 2010, foram registradas 1.128 ocorrências de óbito por acidente de trânsito que segundo a categoria foram: 402 motociclista, 272 pedestre, 409 automóvel, 21 ciclista, 16 caminhão, 0 ônibus e 7 outros; o que corresponde a 32,1% colocando o estado na 8ª posição do ranking de óbitos por ATT. (WASELFSZ, 2012).

Na cidade de Vitória, segundo dados municipais, no ano de 2010, ocorreram 11 mortes por acidentes de motociclistas, 12 mortes por atropelamento de pedestres e 06 mortes por colisão de automóveis (VITÓRIA, 2010).

Bastos e outros (2009), afirmam que na cidade de Vitória o percentual de ocorrência de mortes por acidente de transporte com ocupantes de veículos (carros) foram similares aos encontrados na capital do estado do Pará. Para os acidentes com ocupantes de motocicleta, a capital do Espírito Santo não fica fora do contexto nacional. As características das vítimas de atropelamento foram de igual forma, semelhantes às encontradas na capital do estado de Pernambuco, onde os idosos foram apontados como as maiores vítimas, em especial quando se trata de mulheres acima dos 60 anos.

Segundo dados do Boletim Estatístico de Mortalidade por causas Externas (2010), na cidade de Vitória no referente ano, ocorreram 10 mortes de pessoas idosas, cujo fato violento ocorreu no município, sendo 02 não residentes e 08 residentes na capital.

A tabela abaixo demonstra o quantitativo de óbitos por acidente de transporte terrestre cujo fato violento ocorreu no município segundo a faixa etária da vítima - residentes e não residentes da cidade de Vitória no ano de 2010.

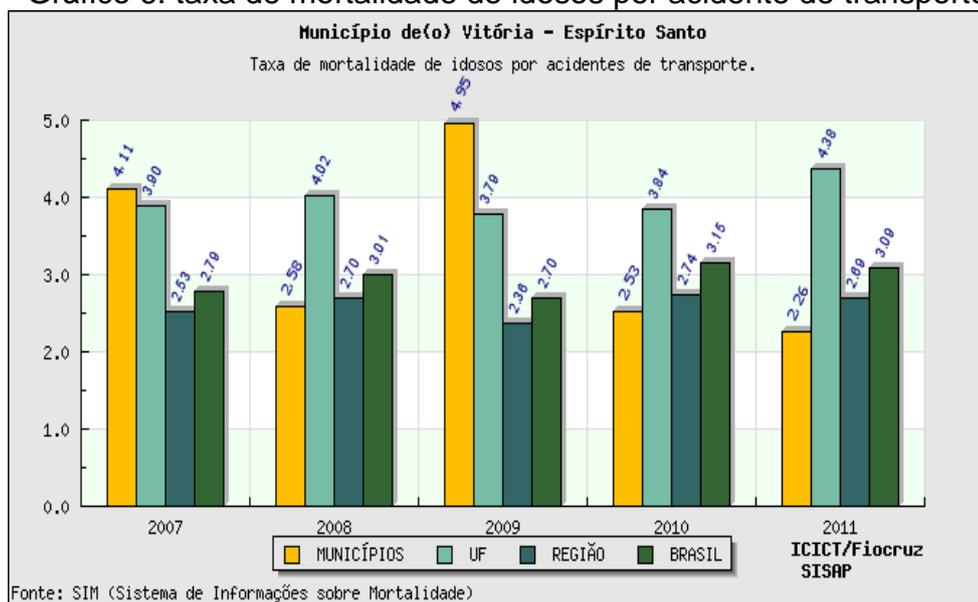
Tabela 02: Quantitativo de óbitos por acidente de transporte

Faixa etária	Número de óbitos
60 a 64 anos	2
65 a 69 anos	1
70 a 74 anos	2
75 a 79 anos	1
80 anos e mais	4
Total	10

Fonte: Adaptado do boletim estatístico de mortalidade por causas externas (VITÓRIA 2010)

O gráfico 6 estima o risco de morte por acidentes de transporte na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Foi utilizado o método de cálculo: $(\text{Número total de óbitos de idosos por causas externas} / \text{População total de idosos}) \times 10000$, o que resultou no ano de 2010 em 2,53, ficando abaixo da média do estado, da região e do país, no referido ano.

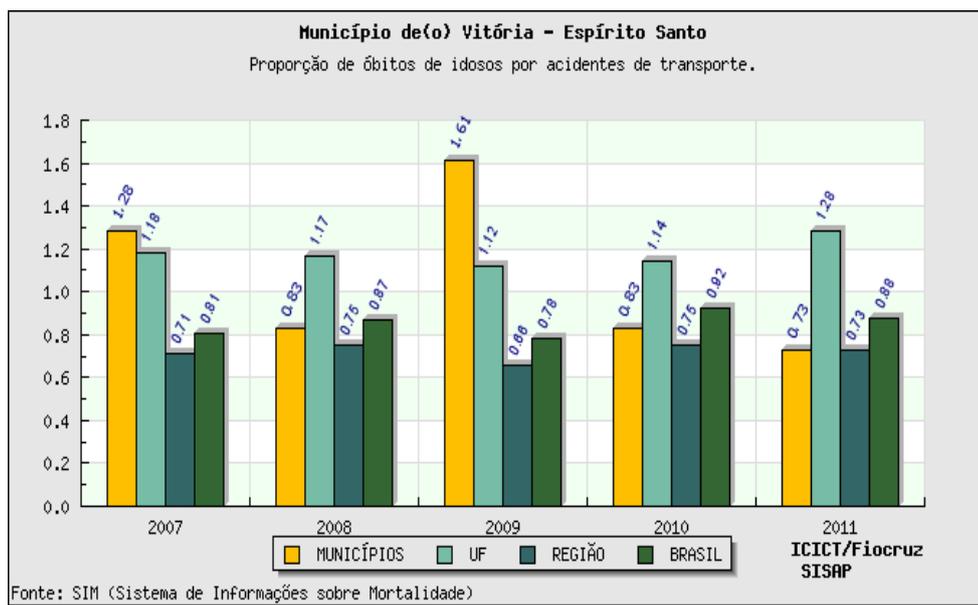
Gráfico 6: taxa de mortalidade de idosos por acidente de transporte



Fonte: Fiocruz, 2012.

O gráfico 7 mede a participação dos óbitos por acidentes de transporte entre os idosos de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária. Foi utilizado o método de cálculo: $(\text{Número total de óbitos de idosos por causas externas} / \text{Número total de óbitos de idosos}) \times 100$, o que resultou no ano de 2010 em 0,83%, ficando acima da média da região, e abaixo da média do estado e do país, no referido ano.

Gráfico 7: proporção de óbitos de idosos por acidente de transporte



Fonte: Fiocruz, 2012.

Vários autores discutem acerca dos óbitos na sociedade contemporânea, e Minayo (1999) avalia que o aumento das ocorrências de morte ocasionadas por acidentes de trânsito, especialmente entre homens, pode estar vinculado ao estilo agitado de vida moderno, às desigualdades crescentes na sociedade, à exclusão social e principalmente à impunidade das infrações e delinquências, dentre outras causas. Não obstante, é extremamente necessário que se realizem estudos acerca da vulnerabilidade dos idosos, principalmente os do sexo masculino, em relação aos acidentes de transporte.

2.9 SUICÍDIO

Suicídio (do latim sui, "próprio", e caedere, "matar") é o ato pensado de matar a si mesmo, a violência autodirigida. Estudar o suicida é buscar os porquês, refletindo incansavelmente sobre quais sentimentos, faltas, lacunas ou mistérios guardados por aquele que atentou contra a própria vida. Desta forma nos vem diversas dúvidas e hesitações, como por exemplo, por que as pessoas se matam, o que aconteceu com aquela pessoa para desistir de viver e se matar, etc. Isto, portanto nos leva a uma busca por respostas no sentido de aliviar o sofrimento e a sensação de

indignação e inconformismo, por alguém ter decidido acabar com sua própria vida, isto, principalmente se o suicida é um idoso (BARBOSA et al, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio acomete aproximadamente um milhão de pessoas em todo o mundo a cada ano. Para a OMS, este tipo de violência autodirigida se manifesta normalmente de duas formas: no comportamento suicida (pensamentos, tentativas e pelo suicídio consumado) e por meio de atos violentos provocados contra a própria pessoa, como é o caso das mutilações (MINAYO e CAVALCANTE, 2010).

Netto (2013) por sua vez, afirma que o suicídio não é qualquer morte, e sim uma morte em específico, é uma morte determinada. Não estamos nos referindo a um suicídio em qualquer momento histórico, mas em um momento específico e delimitado, na sociedade capitalista, considerando que essas duas questões têm implicações bastante sérias que nos fazem pensar nesse fenômeno, tanto do ponto de vista de como o suicídio acontece e de que forma este é determinado, quanto do ponto de vista de como nós reagimos com ele seja tratando ou até mesmo combatendo.

Assim Szasz (2002), citado por Netto (2013, p.15), descreve que:

[...] usamos a palavra 'suicídio' para expressar duas ideias bastante diferentes: por um lado, com ela descrevemos uma maneira de morrer; ou seja; tirar a própria vida, voluntária e deliberadamente; por outro lado, no lugar de utilizamos para condenar a ação, ou seja, para qualificar o suicídio de pecaminoso, criminoso, irracional, injustificado... em uma palavra, mal.

2.9.1 Mortes de idosos por suicídio no município de Vitória no ano de 2010

Dados epidemiológicos mundiais apontam que os comportamentos suicidas representam um importante problema de saúde pública. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, uma média de 1,53 milhão de pessoas no mundo falecerá por causas suicidas e um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas praticarão a tentativa de suicídio. Isso representa 1 morte por suicídio a cada 20 segundos e 1 tentativa de suicídio a cada 1 a 2 segundos, (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002 apud BARBOSA, 2011).

Estudos apontam que as estatísticas de suicídio se distribuem desigualmente pelo mundo, dentro dos países, entre os sexos e entre os grupos de idade. Por exemplo, no caso da análise geográfica entre os países,

o Japão e algumas sociedades europeias ganham em relevância: suas taxas se assemelham às de homicídios no Brasil.^{18,19} No mundo como um todo, em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. No Brasil, as taxas de suicídio são baixas se comparadas à da maioria dos países, oscilando entre 3,50 e 4,00 por 100.000 habitantes, contrastando com as de homicídio, muito mais elevadas, oscilando entre 3,50 e 4,00 por 100.000 habitantes, contrastando com as de homicídio, que são muito mais elevadas (MINAYO; CAVALCANTE, 2010, p.751).

Segundo Barros (2013), estudos realizados pelo Conselho Federal de Psicologia apontam que mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida todos os anos no mundo. Tratando-se de um problema social de grande importância para a saúde pública, e que pode ser evitado. “Apesar dos fatores que contribuem para o suicídio variarem entre grupos democráticos e populações específicas, os mais vulneráveis são os jovens, os mais idosos e os socialmente isolados, como a população indígena.” (BARROS, 2013, p.10). Nos países que tem receita baixa e média, são os que têm a maior participação da carga suicida global, e isso inclui o Brasil, cujo taxa anual ultrapassou os nove mil em 2011. Estes países são relativamente menos equipados para tentar inibir o suicídio, são da mesma forma, pouco qualificados para acompanhar a demanda crescente que vai da assistência básica à saúde, em geral, até a assistência especializada em saúde mental.

Igualmente, os serviços são insuficientes e, quando existem, são deficientes, de difícil acesso e contam com poucos recursos econômicos. As atenções apropriadas são primordiais para a saúde e bem estar, bem como o acesso a profissionais capacitados para identificar e diagnosticar os sintomas, intervindo no processo antecipadamente. Uma grande e importante questão associada ao suicídio é que a prevenção, de forma geral, é possível.

Logo, os comportamentos suicidas podem ser contextualizados como um processo complexo, que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, que pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa e, no pior dos casos, a morte.. (BARROS, 2013, p.10).

Pinto e colaboradores (2012), afirmam que em diversos países mundo afora, o suicídio de idosos transformou-se em um sério e relevante problema de saúde pública, e este vem aumentando cada vez mais com o envelhecimento populacional.

Estudos recentes têm mostrado as diferenças nos fatores para os idosos jovens (abaixo de 75 anos) e para os mais idosos (acima de 75 anos). Nos Estados Unidos, em 1998, a mortalidade por suicídio entre os maiores de 65 anos atingiu 18% e é provável que este número atinja o patamar de 35% no ano 2030. (PINTO et al. 2012, p. 2004)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a taxa de suicídio se eleva proporcionalmente à idade, tanto para homens quanto para mulheres, e é mais elevado entre pessoas que têm 60 anos ou mais. No entanto, os índices de suicídio são maiores entre homens do que entre mulheres (18,9 para cada 100 mil contra 10,6 para cada 100 mil, respectivamente). Isto acontece principalmente entre as pessoas mais velhas, em que os índices de suicídio de homens são duas vezes maiores do que os índices de suicídio de mulheres na faixa etária dos 60 anos, por exemplo (44,9 para cada 100 mil contra 22,1 para cada 100 mil) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, o índice de mortalidade por suicídio é presumido em 4,1 a cada 100 mil habitantes. Analisando por sexo, observa-se que para o sexo masculino a taxa fica em torno de 6,6 a cada 100 mil habitantes, e para o sexo feminino, em 1,8 a cada 100 mil habitantes. Desta forma é registrado no país mais de 6.000 casos por ano, um número bastante expressivo que requer um olhar mais cuidadoso do Estado frente a este problema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Minayo e Cavalcante (2010) chamam a atenção em seus estudos para o modo como a dor e o sofrimento físico exercem função extraordinária na fragilização do idoso e no desencadeamento suicídio. Importante ressaltar, também, o papel da depressão interagindo com outras variáveis.

Ela aparece ora como coadjuvante de complicações físicas e mentais, ora como principal causa quando associada a perdas, quedas abruptas na vida socioeconômica, aposentadoria, endividamento ou processos existenciais de tristeza e melancolia (MINAYO; CAVALCANTE, 2010, p. 1953)

Assim também o rápido crescimento do número de idosos no país, principalmente dos grupos acima de 75 anos, vem exigir uma atenção redobrada na prevenção do suicídio. Além disso, a heterogeneidade da sociedade brasileira aponta para a necessidade de um cuidado na atenção à saúde dos migrantes e seus descendentes, dos índios e seus descendentes e dos pequenos povoados atravessados por diversidade de línguas, raízes culturais, etnias e diferenças de gênero e de tradições e com vida social precária.

Os mesmo autores recomendam que os setores de saúde e os estabelecimentos de estratégias preventivas busquem a qualidade de vida dos idosos e ajustem o apoio social a programas voltados ao atendimento peculiar. Fato é que muitos dos casos estudados que haviam falecido por suicídio tinham dificuldades em comparecer aos serviços de saúde ou por limitações pessoais, ou porque os familiares dispunham do meio de transporte adequado, ou simplesmente porque os cuidados de que necessitavam não estavam acessíveis.

Segundo Mitty e Flores (2008), citados por Pinto e colaboradores (2012), os maiores fatores de risco para o suicídio em idosos podem ser distribuídos nas seguintes categorias: demográficos, problemas mentais, mal estar físico e problemas de ordem social. Vários autores concordam que depressão, isolamento social, falta de uma rede de apoio e solidão, ideias e tentativas prévias de suicídio bem como acesso aos meios para cometê-lo também são motivos diretamente envolvidos no risco para o suicídio. Da mesma forma, dentre os fatores sociais, estudos realizados apontam o status de solteiro, viúvo ou separado como predisponentes.

Assim como se considera muito importante a vivência de eventos estressantes, como no caso de perda de familiares significativos, pois esses acontecimentos interferem em aspectos psicológicos, psiquiátricos e biológicos do idoso. Entre os fatores psicossociais, o alcoolismo e o uso de outras drogas são considerados relevantes. (MITTY; FLORES, 2008, apud PINTO et al., 2012, p. 2004),

Segundo constatação de Beeston, citado por Minayo e Cavalcante (2010), o crescimento das taxas de suicídio entre idosos pode indicar diretamente que o avanço da idade se relaciona intimamente com processos biológicos e psicológicos que podem coligar levando a pessoa à decisão de se autodestruir.

Essa triste realidade pode ser verificada inclusive no Brasil, onde, embora as taxas de suicídio sejam relativamente baixas, as que se referem à população na faixa etária acima de 60 anos é o dobro das que a população em geral apresenta especialmente devido ao aumento crescente das taxas relativas ao grupo de homens idosos, que são os que mais suicidam (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Dentre os casos de suicídio registrados no município de Vitória no ano de 2010, observou-se uma grande ocorrência de óbitos por suicídio na faixa etária de 70 a 74 anos, em linha com o padrão mundial. No tocante à taxa de mortalidade por suicídio, a cidade de Vitória segue a tendência nacional com 6,58 por 100.000 habitantes (considerando residentes e não residentes). Porém, quando calculado segundo a

população residente cujo fato violento ocorreu na cidade de Vitória, a taxa passa para 3,13 (por 100.000 habitantes), com prevalência no sexo masculino (VITÓRIA, 2010).

A quantidade de óbitos por suicídio, independente do local do fato violento, segundo bairro de residência da vítima – Somente residentes - Vitória (ES) no ano de 2010 foram: Maruípe 4, Centro 1, São José 1, Fradinhos 1, Itararé 1, Mario Cyprestes 1 e Resistência 1, totalizando 10 óbitos, destes apenas cinco foram praticados por pessoas acima de 60 anos (VITÓRIA, 2010).

A tabela abaixo demonstra o quantitativo de óbitos por suicídio segundo a faixa etária da vítima – somente de residentes da cidade de vitória no ano de 2010.

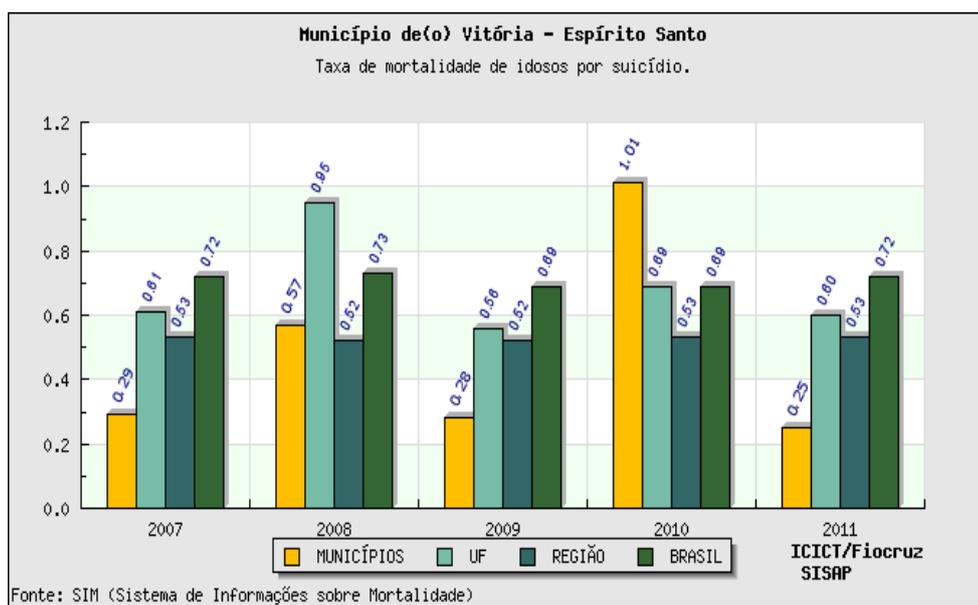
Tabela 03: Quantitativo de óbitos por suicídio

Faixa etária	Número de óbitos
60 a 64 anos	2
65 a 69 anos	0
70 a 74 anos	2
75 a 79 anos	0
80 anos e mais	1
Total	5

Fonte: Adaptado do boletim estatístico de mortalidade por causas externas (VITÓRIA 2010)

O gráfico 8 estima o risco de morte por suicídio na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Foi Utilizado o método de cálculo: (Número total de óbitos de idosos por causas externas / População total de idosos) x 10000, o que resultou no ano de 2010 em 1,01, ficando acima da média do estado, da região e do país, no referido ano.

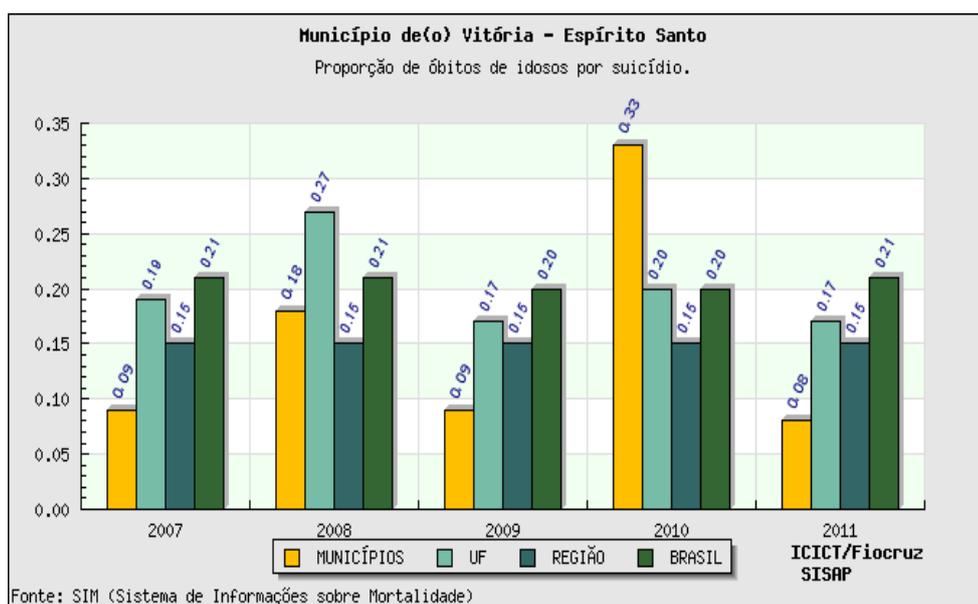
Gráfico 8: taxa de mortalidade de idosos por suicídio



Fonte: Fiocruz, 2012.

O gráfico 9 mede a participação dos óbitos por suicídio entre os idosos de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária. Foi utilizado o método de cálculo: $(\text{Número total de óbitos de idosos por causas externas} / \text{Número total de óbitos de idosos}) \times 100$, o que resultou no ano de 2010 em 0,33%, ficando acima da média do estado, da região e do país, no referido ano.

Gráfico 9: proporção de óbitos de idosos por suicídio



Fonte: Fiocruz, 2012.

A prevenção do suicídio é de suma importância no enfrentamento desta problemática na sociedade moderna, pois sabe-se da importância da avaliação dos fatores de risco (impulsividade, agressividade, retraimento, falta de suporte social) e dos fatores de proteção (presença de suporte social, mecanismos de coping) para um melhor manejo do paciente suicida, o que exige uma abordagem ao mesmo tempo diretiva, complexa e multidisciplinar. São apontadas as formas de tratamento mais eficazes, que dependem de uma combinação de medicações e psicoterapia, como também, a adoção de estratégias para intervenções preventivas na área de saúde pública, educação em saúde e o papel de divulgação por parte das mídias, que atente para a identificação das pessoas com risco de suicídio e encaminhamentos possíveis (BARBOSA et al, 2011. p. 241-242).

Assim o comportamento suicida deveria ser visto pelos profissionais que os atendem de acordo com os seguintes aspectos:

[...] agressividade, impulsividade ambivalência e retraimento; a relevância da presença de antecedentes familiares, indicação de sinais de alerta e presença de ideação suicida. Nos aspectos interpessoais e vinculares levantam-se, aspectos destrutivos presentes nas relações, funcionamento da dinâmica familiar muitas vezes conturbada, as dificuldades de comunicação durante uma crise depressiva e finalmente os tipos de despedidas utilizadas mais comumente pelos suicidas (BARBOSA et al, 2011. p. 241).

Socialmente ocorrem os medos das heranças genéticas que assusta os familiares do suicida, por representar um conflito de difícil elaboração, experiência esta geradora de dualidade de sentimentos, vezes culpa e vezes por raiva; as diversas e difíceis fases do luto e a importância da criação de serviços de assistência psicológica aos enlutados e a oferta de orientações e admoestações que conseguem sobreviver (BARBOSA et al, 2011).

2.10 HOMICÍDIO

Itagiba citado por Oliveira (2015) expõe que a origem etimológica da palavra “homicídio” é constatada no latim e é derivada do ajuntamento de dois elementos fundamentais: homo e caedere. O primeiro, que significa homem, ou então proveniente de húmus, terra. O sufixo ‘cídio’ derivou de coedes, de caedere, matar.

Zanetti Junior (2009) vem afirmar que é na bíblia em que surge o primeiro relato do homicídio na Terra, fratricídio em que Caim mata seu irmão Abel por ciúmes, uma vez que Abel oferecia o de melhor ao Senhor Deus. Porém foi no direito romano e germânico que o homicídio foi mais incitado.

Em Roma o escravo representava uma coisa (*res*), ou seja, era um patrimônio, portanto não era protegido de igual maneira pela lei, se ocorresse uma morte de um escravo, isso significava um dano patrimonial e não um homicídio. Com a vinda de Justiniano os servos tiveram um tratamento mais

reconhecido. No direito germânico puniam-se igualmente o homicídio doloso e culposo, no canônico, distinguia-se o homicídio doloso casual e qualificava-se o cometido com relação de parentesco. (ZANETTI JUNIOR, 2009).

O autor acima ainda explica que no tocante à conceituação do termo homicídio é de suma importância salientar que existam ao menos duas versões sobre o significado do termo, uma jurídica e outra epidemiológica, que de certa forma se complementam. Assim, para os juristas, o homicídio trata-se do ato de matar alguém, podendo este ser de maneira dolosa ou culposa, de natureza dolosa ocorre quando o agressor quiser o resultado ou assume o risco de produzi-lo, já o segundo ocorre no instante em que este agressor comete o ato homicida como consequência de um ato de imprudência, negligência ou imperícia. Em resumo, o homicídio doloso é caracterizado quando notadamente a intenção do agressor é praticar o ato com dolo (intenção). Todavia o conceito com viés epidemiológico é baseado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID - 10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), que tipifica o homicídio como uma agressão intencional de terceiros, que utiliza qualquer meio para causar danos, lesões ou morte da vítima. Havendo dessa maneira, claramente uma lógica entre o conceito jurídico de homicídio doloso e o homicídio segundo a CID - 10, e por isso este pode ser considerado o melhor e mais aplicável norteador conceitual do ato homicida.

Nucci citado por Oliveira (2015) explana que precedentemente à colonização do Brasil por Portugal, idos de 1500, diversas tribos indígenas habitavam o Brasil, em especial na região costeira do país, culturalmente nessas tribos era muito comum exterminar os velhos, enterrando-os vivos, em cerimônias.

Hoje em dia no Brasil, eventos de vitimização por homicídios em idosos parece seguirem o padrão dos outros grupos de idade (jovens e adultos) , quando analisado com base no ponto de vista de gênero, ou seja, morrem mais homens que mulheres, Minayo (2005).

2.10.1 Mortes de idosos por homicídio no município de Vitória no ano de 2010

Na sangrenta batalha do Iraque, as suposições estatísticas mais elevadas sugerem que durante aproximadamente os seis anos em que permaneceram os conflitos,

2003 até fins de 2009 morreram 110 mil pessoas, incluindo civis, o que significa uma média de 15,7 mil por ano. (WAISELFISZ, 2012).

[...] fica difícil compreender como, em um país sem conflitos religiosos ou étnicos, de cor ou de raça, sem disputas territoriais ou de fronteiras, sem guerra civil ou enfrentamentos políticos violentos, consegue-se exterminar mais cidadãos do que na maior parte dos conflitos armados existentes no mundo (WAISELFISZ, 2012. p. 237).

Visto que cada uma dessas mortes tem sua história individual, seu conjunto de determinantes e causas, diferentes e específicas para cada caso, rigorosos em sua diversidade e podendo ser entendidas e compreendidas somente e tão somente a partir de sua história em particular. Porém sociologicamente falando devemos apontar, sua regularidade e constância. Um número determinado de homicídios acontece todos os anos, discretamente maior ou menor que o número ocorrido no ano anterior. Assim, sem muito esforço, a partir desses dados, poderíamos prever com certa margem de erro, quantas pessoas poderiam morrer em nosso país no próximo ano vítimas de homicídio. E são essas regularidades que nos possibilitam inferir que, longe de ser resultado de decisões individuais tomadas por indivíduos isolados, estamos diante de acontecimentos sociais, produto de determinantes que se originam na convivência dos grupos e nas estruturas da sociedade (WAISELFISZ, 2010).

Contudo, o autor acima ainda constata que o que verdadeiramente mais incomoda nesses números são suas grandezas, por exemplo, no ano de 2007, com todas as quedas ocorridas nas taxas de homicídios no Brasil, aconteceram acima de 47,7 mil homicídios, o que representa uma média de 131 vítimas por dia. Isto representa um número bem maior que um massacre do Carandiru a cada dia desse ano.

No estado do Espírito Santo, após um curto período oscilante, com discretos aumentos e com taxas relativamente próximas das nacionais, em 1986 iniciam-se duas fases bem definidas na evolução dos homicídios do estado. Primeira fase 1986/1998: Para 1980 as taxas da região metropolitana (RM) de Vitória (15,4 em 100 mil) são praticamente equivalentes às do interior (14,9 em 100 mil) e a taxa do estado – 15,1 em 100 mil – está pouco por cima da média nacional, que nesse ano foi de 11,7. Porém os anos seguintes vão evidenciar um forte crescimento, quando as taxas do estado pulam de 20,8 para 58,4 homicídios por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 180,7%, ou 9% ao ano. Nesse período o crescimento das taxas de homicídio do país foram bem menor: 69,9% ou 4,5% ao ano. O

responsável por esse massacre, visível e indiscutivelmente, foi a RM de Vitória, cuja taxa passa de 20 para 96 homicídios em 100mil habitantes, um forte crescimento de 379% ou 13,9% ao ano. Esse acréscimo leva ao estado, principalmente sua capital e/ou RM, a ocupar um dos três primeiros lugares no mapa da violência do país. No entanto, no interior, o crescimento foi bem reduzido: 25% ou 1,9% ao ano. Segunda fase 1998/2010: Contudo em 1998 abre-se no estado uma nova fase, praticamente oposta à anterior: as taxas do estado e de sua RM caem, mas as do interior continuam a aumentar. Em um período em que as taxas nacionais permanecem praticamente estagnadas, as do estado caem 14,3%, sob o comando da RM, cuja diminuição foi de 28,5%, isto é, 2,8 ao ano. Contudo, os índices do interior do estado continuaram a crescer: no período elevam-se 23,5 ou 1,8% ao ano (WASELFISZ, 2012).

Waiselfisz (2012) ainda conclui que a distribuição espacial da violência homicida, principalmente quando desagregada no nível do município, tem-se revelado uma fonte extremamente útil para que sejam estudados os fatores que sobrevivem ao ato e, com esse quadro, aprimorar o delineamento de políticas específicas de enfrentamento. Conformam situações bem diferenciadas nos mecanismos de geração de violência principalmente quando se trata de regiões de desenvolvimento do interior, fomentos de estímulos populacionais e de investimentos que, frente à limitada e escassa presença do poder público, contribuem em atrair de igual forma a criminalidade e a violência; bem como no que se refere a municípios localizados em zona de fronteira federal, pois estes são na grande maioria das vezes controlados por facções criminosas destinadas ao contrabando e/ou rotas de tráfico; ou de igual forma municípios da região de desmatamento amazônico, que impulsionados por negócios e transações políticas e econômicas em torno de grandes empreendimentos agrícolas precedidos de madeireiras ilegais, grilagem de terras, extermínio de populações indígenas e trabalho escravo; e ainda, também municípios amazônicos, centro de biopirataria; ou municípios com domínio territorial, em maior ou menor medida, de quadrilhas, milícias e/ou tráfico de drogas e armas; ou, tanto ou mais importante que as anteriores, municípios e áreas onde impera uma sólida e consistente cultura da violência: crimes chamados de honra e/ou crimes de proximidade, sendo este último o que mais comumente ocorre na cidade de Vitória.

No ano de 2010 foram registradas 219 mortes por homicídio na capital do Espírito Santo, independente do local do fato violento gerador do óbito. Ao considerar o local em que a vítima sofreu a agressão, ou seja, as que ocorreram na cidade de Vitória, o número de óbitos cai de 219 para 143, ou seja, 76 óbitos registrados na capital tiveram o local do fato violento em outros municípios (VITÓRIA, 2010). “Dos 143 homicídios ocorridos realmente na circunscrição de Vitória, 122 eram residentes na Capital, ou seja, mais de 90% das vítimas de homicídios, são residentes do próprio município”. (VITÓRIA, 2010. p. 35).

A tabela abaixo demonstra o quantitativo de óbitos por homicídio segundo a faixa etária da vítima – somente de residentes da cidade de vitória no ano de 2010.

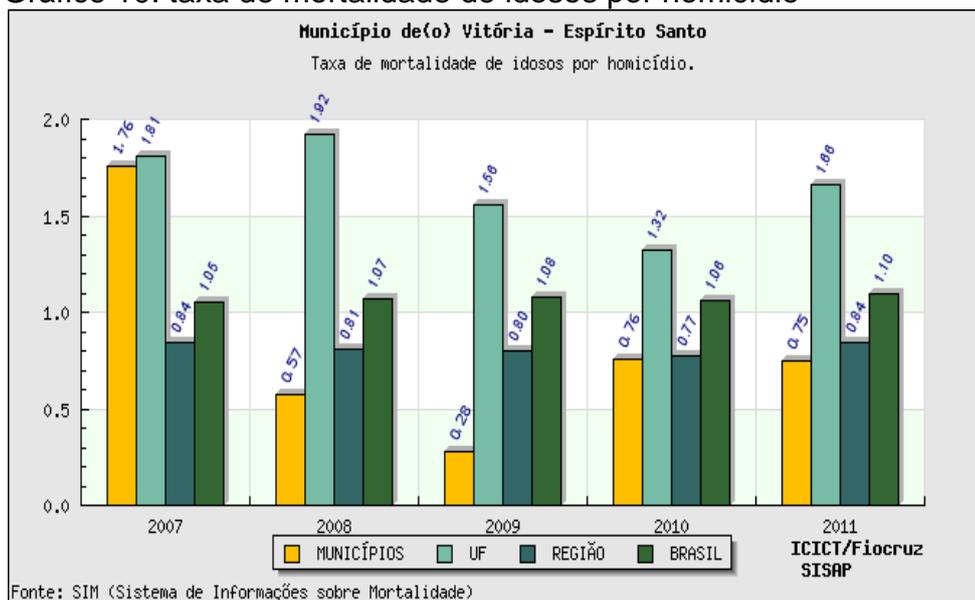
Tabela 04: Quantitativo de óbitos por homicídio

Faixa etária	Número de óbitos
60 a 64 anos	1
65 a 69 anos	0
70 a 74 anos	1
75 a 79 anos	0
80 anos e mais	0
Total	2

Fonte: Adaptado do boletim estatístico de mortalidade por causas externas (VITÓRIA 2010)

O gráfico 10 estima o risco de morte por homicídio na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Foi Utilizado o método de cálculo: (Número total de óbitos de idosos por causas externas / População total de idosos) x 10000, o que resultou no ano de 2010 em 0,76, ficando abaixo da média do estado, da região e do país, no referido ano.

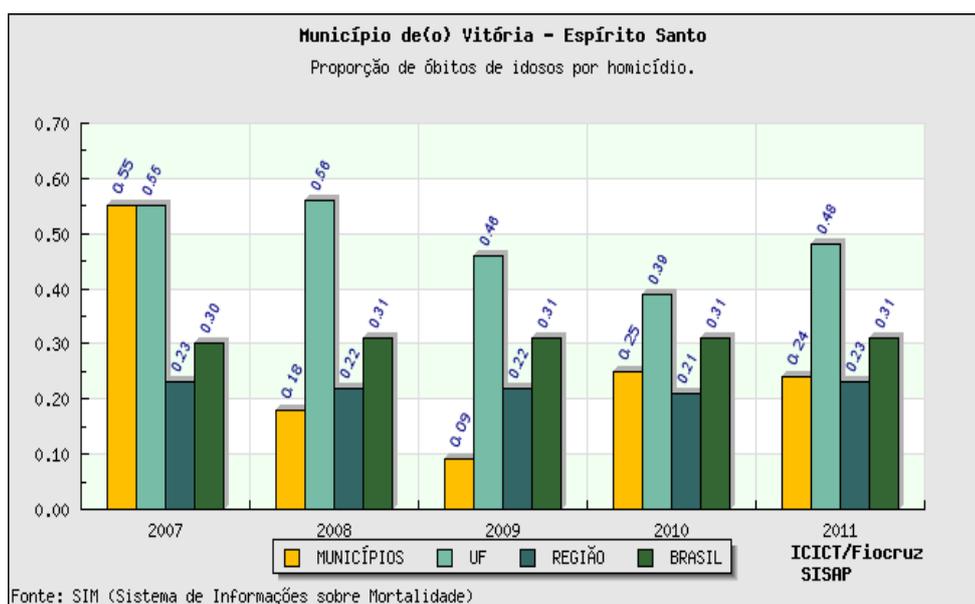
Gráfico 10: taxa de mortalidade de idosos por homicídio



Fonte: Fiocruz, 2012.

O gráfico 11 mede a participação dos óbitos por homicídio entre os idosos de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária. Foi utilizado o método de cálculo: $(\text{Número total de óbitos de idosos por causas externas} / \text{Número total de óbitos de idosos}) \times 100$, o que resultou no ano de 2010 em 0,25%, ficando acima da média da região e abaixo da média do estado e do país, no referido ano.

Gráfico 11: proporção de óbitos de idosos por homicídio



Fonte: Fiocruz, 2012.

As taxas de homicídios de idosos por 100 mil habitantes indicam casos altos de violência doméstica e de um tipo de homicídio específico, que ocorre na maioria das vezes dentro das relações de poder da esfera familiar. Locais com altas taxas desse tipo de homicídio precisam de um investimento maior de intervenção nas relações violentas perpetradas no ambiente doméstico. No caso da cidade de Vitória foram constatados 0,25 casos a cada 100 mil habitantes no ano de 2010, número este abaixo dos encontrados no estado do Espírito Santo bem como no país.

2.11 QUEDAS

As quedas, ocasionadas muitas vezes pela diminuição da acuidade visual e pelo desequilíbrio postural, inerentes à idade, refletem os principais acidentes entre os idosos. Grande parte destes que vivem em casa e a metade dos que vivem em asilos caem pelo menos uma vez por ano, com isso a fratura de colo de fêmur, pela queda, se torna a principal causa de hospitalização. Cinquenta por cento desses idosos que sofrem esse tipo de fratura falecem dentro de um ano, e, a metade dos que sobrevivem ficam totalmente dependentes dos cuidados de outras pessoas, elevando os custos da atenção à saúde e com isso retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período de tempo (BRASIL, 2008).

De acordo Freitas (2013) a queda é uma ocorrência aonde a pessoa vai involuntariamente de encontro ao solo. Estudos apontam que a queda é um dos traumas mais antigos do ser humano, atingindo-o nos dois extremos da vida, mas é na velhice que o homem encara as sequelas mais graves e significantes das quedas e que evidencia um grande e significativo problema de saúde para a população idosa.

Ainda segundo a autora acima, a queda pode ser vista ainda, como um evento de alarme da vida de uma pessoa idosa, pois pode marcar o início de um importante declínio da função ou sintoma de uma patologia nova. Seu número aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos, em todos os grupos étnicos e raciais.

Minayo (2003) pontua que estudos internacionais e nacionais demonstram que, enquanto os acidentes de transporte são a primeira causa específica de mortes de idosos, as quedas são relevantes tipos de agravo que ocasionam à internação desse

grupo populacional sendo, com isso, o mais importante motivo de sua busca aos serviços de urgência e emergência. Demonstrem também que a maior parte das quedas que provocam lesões e traumas ocorre dentro de casa e entre o quarto e o banheiro; e ao atravessar as ruas, ao embarcar nos transportes coletivos ou ao se locomoverem dentro deles, quando no ambiente urbano. Associam-se, na maioria das vezes, a comorbidades e fragilidades como osteoporose, diminuição ou perda da acuidade visual e instabilidade postural típicos da idade. Porém essas dificuldades podem indicar negligências em prover proteção aos idosos.

Souza et al. (2002) descrevem que existe uma razão de três quedas não-fatais para cada queda fatal, sendo assim, em cada três quedas uma leva o idoso ao óbito, e ainda que esta ampla relação que há entre óbitos e lesões é também uma demonstração direta de vários tipos concomitantes de maus-tratos por parte dos familiares ou dos cuidadores, dentro dos lares ou nas instituições de longa permanência de idosos. Grande parte desse grupo que vive em casa, muitas vezes sozinhos e outra parte que vivem em instituições, sofrem ao menos uma queda por ano. As fraturas são as principais causas de internação e, grande parte dos idosos que sofrem esse tipo de lesão vem a morrer. Porém os que sobrevivem se tornam totalmente dependentes dos cuidados de outras pessoas. Isso representa, diretamente, dentre outros, altos custos financeiros e sociais.

2.11.1 Mortes de idosos por quedas no município de Vitória no ano de 2010

No Estado do Espírito Santo, em 2009, as causas externas representaram 18,9% dos óbitos e 7,6% das internações por todas as causas. A principal causa de morte foi o homicídio. Contudo neste mesmo ano a principal causa de internação foram as quedas, principalmente as que acometeram as pessoas com mais de 60 anos (BASTOS et al., 2009).

Segundo estudo de Jorge et al (2007) as causas externas de alta letalidade, sobretudo nos casos de natureza intencional, tornam a proporção dos casos mais importante sobre a mortalidade do que sobre o número de internações hospitalares. Porém o inverso ocorre com as quedas, que corresponderam naquele ano de estudo a 3,6% das mortes e 42,8% dos internados por causas externas.

Quanto às quedas fato é a tendência de que estas acometam prioritariamente as crianças e os mais idosos, por motivos fisiológicos e com isso nos chama a atenção para possíveis erros de preenchimentos das autorizações de internações hospitalares bem como para um possível mal escondido quanto à ocorrência da mesma, pois muitos desses eventos podem não ser simples quedas, e sim maus tratos, que muitas das vezes são codificados e anotados erroneamente. Contudo nesse contexto de quedas, quando divididos por gênero, o sexo masculino teve predomínio nas faixas etárias até os 69 anos, porém na faixa etária de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, a predominância foi do sexo feminino (ALOCHIO, 2011).

A tabela abaixo demonstra o quantitativo de óbitos por queda em pelo menos uma das causas segundo a faixa etária da vítima – somente de residentes da cidade de Vitória no ano de 2010.

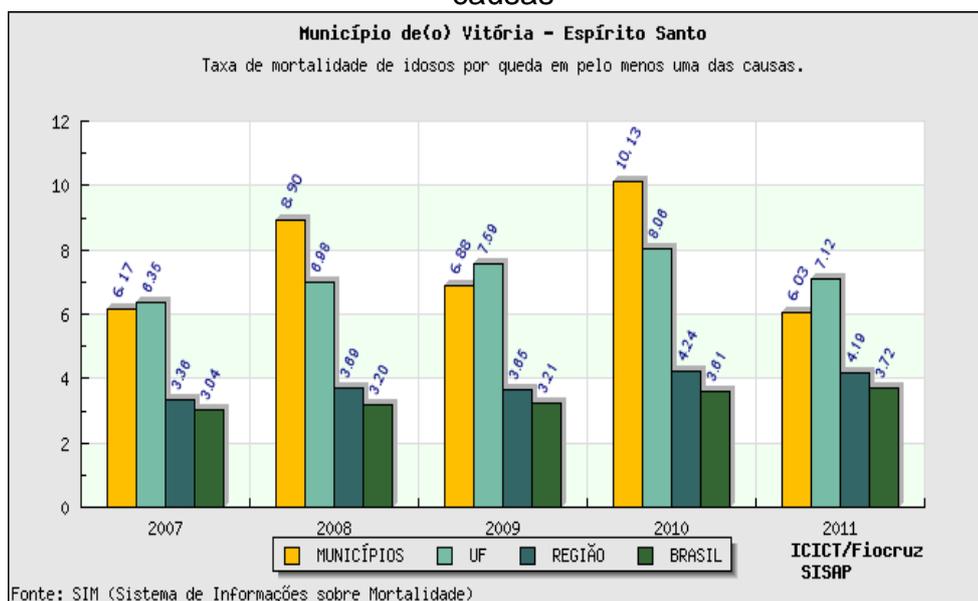
Tabela 05: Quantitativo de óbitos por queda em pelo menos uma das causas

Faixa etária	Número de óbitos
60 a 80 anos e mais	40
Total	40

Fonte: Adaptado do boletim estatístico de mortalidade por causas externas (VITÓRIA 2010)

O gráfico 12 estima o risco de morte por queda na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Foi utilizado o método de cálculo: (Número total de óbitos de idosos por causas externas / População total de idosos) x 10000, o que resultou no ano de 2010 em 10,13, ficando acima da média do estado, da região e do país, no referido ano.

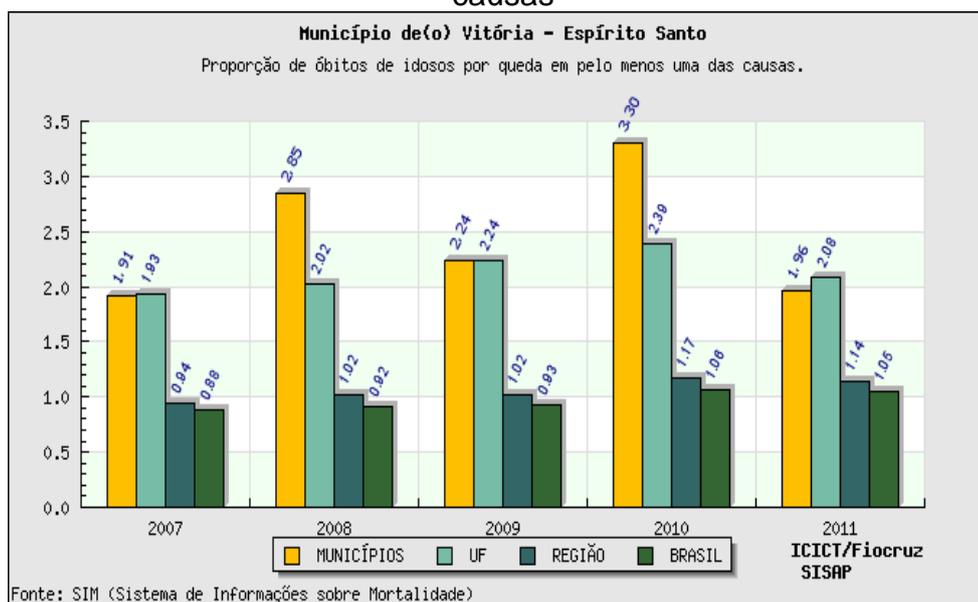
Gráfico 12: taxa de mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas



Fonte: Fiocruz, 2012.

O gráfico 13 mede a participação dos óbitos por queda entre os idosos de 60 anos ou mais, em relação ao total de óbitos de idosos de mesma faixa etária. Foi utilizado o método de cálculo: (Número total de óbitos de idosos por causas externas / Número total de óbitos de idosos) x 100, o que resultou no ano de 2010 em 3,30%, ficando acima da média do estado, da região e do país, no referido ano.

Gráfico 13: proporção de óbitos de idosos por queda em pelo menos uma das causas



Fonte: Fiocruz, 2012.

A taxa de mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas é bastante elevada chegando a até 10.13 a cada 100 mil na cidade de Vitória no ano de 2010. Na realidade, a frequência de quedas em pessoas idosas é muito mais alta do que se imagina, uma vez que os idosos as aceitam como um fato normal do envelhecer e não as relatam, somente quando são interrogados.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica no Brasil nos coloca diante de novos e grandes desafios como o envelhecimento da população e o conseqüente aumento da demanda de serviços de atenção à saúde, pois associado a esse, outros desafios ainda permaneçam na agenda de prioridades (violência e doenças infecciosas e transmissíveis).

A partir dos anos 1970, observa-se o envelhecimento da população brasileira com a diminuição relativa da população de jovens e o aumento da proporção de adultos e idosos. Caracterizado como um país de jovens em 1980, a idade mediana da população brasileira era de 20,2 anos. Trinta anos depois, o Censo 2010 demonstra o acelerado envelhecimento da população, em consequência, sobretudo, da forte redução dos níveis de fecundidade, com a idade mediana se elevando a 25,2 anos. Além da forte queda da fecundidade, observou-se também nos últimos anos, uma forte queda nas taxas de mortalidade infantil. Estimada em 29,7% no ano de 2000, a taxa de mortalidade infantil cai para 15,6% em 2010, uma redução de 47,5%. Observa-se, por outro lado, o aumento da esperança de vida nas idades mais avançadas, principalmente entre as mulheres.

A análise da mortalidade por causas externas entre os idosos evidencia o aumento da longevidade tanto entre homens como em mulheres e a mudança no perfil da mortalidade por causas.

A experiência desenvolvida pelo trabalho do Grupo de Monitoramento e Avaliação de Morbimortalidade por Causas Externas (GMCE) permitiu apresentar o boletim estatístico de morbimortalidade por causas externas no ano de 2010, além de conhecer e identificar os pontos geradores de óbitos violentos no município. Para tanto o GMCE utilizou uma metodologia, que considera o local do fato violento gerador do óbito para calcular as taxas de mortes por homicídios, acidentes de transporte terrestre e suicídios.

Os dados demonstraram que Vitória, por ser a capital do estado do Espírito Santo, e com isso concentrar os grandes hospitais de referência em trauma, acaba por receber feridos em “incidentes” que não ocorreram no município, o que contribui de

maneira significativa para elevação da taxa de mortalidade por causas externas da cidade (VITÓRIA, 2010).

A metodologia do GMCE resolveu em parte esta distorção, ao apresentar os óbitos decorrentes de fatos violentos que ocorreram no município, o que tornou possível a elaboração de um diagnóstico mais abrangente acerca da real situação do município. Diante disto, o gestor público pode compreender melhor o fenômeno da violência no município e interferir no território, de modo a reduzir e prevenir os ambientes vulneráveis.

Estudos estatísticos realizados pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) e divulgados através do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, demonstram que dentre as causas externas de mortalidade de pessoas idosas na cidade de Vitória no ano de 2010, as que mais causam preocupação são as quedas, os suicídios e de uma forma reduzida, os acidentes de transporte.

Considerando o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente a prevalência de idosos na população, estudar a prevenção de quedas torna-se necessário e fundamental, visto que a incidência de fraturas devido às quedas poderá triplicar nos próximos sessenta anos.

Desta forma, a prevenção de quedas é assunto de suma importância para a saúde pública, haja vista, dentre outros a morbidade que está relacionada a esta. No entanto a prevenção primária é possível. Estudos indicam que a simples suplementação de vitamina D pode levar a um decréscimo de 19% dos riscos de queda, e quando utilizados formas ativas (vitamina D³) o risco diminui em 22%. Outra forma de prevenção primária são as práticas de exercícios físicos regulares e de exercícios de equilíbrio, desta forma o acompanhamento de um paciente com risco de queda se dá com uma equipe geriátrica e gerontológica multidisciplinar envolvendo enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogos e médicos, bem como o envolvimento dos familiares e cuidadores e do próprio paciente.

É importante deixar bem claro que, mesmo que haja formas de se prevenir as quedas nas pessoas idosas, é impossível evitar todas as quedas. A independência e a qualidade de vida do idoso devem ser ponderadas quando se avalia hiperproteção

e independência, para que não se restrinja um idoso ao leito de forma desnecessária e para que valha a pena viver, mesmo que com algum risco inevitável.

Quanto aos suicídios, é fato que as pessoas idosas apresentam uma taxa mais alta de suicídios finalizados do que o observado em outras faixas etárias. Dores emocionais e físicas graves, uma perda recente, um momento estressante como o diagnóstico de uma doença terminal, são tidos como fatores de risco para que idosos possam tentar tirar a própria vida.

Este grupo tem a tendência de utilizar as formas mais violentas para suicidar, como arma de fogo, overdose e enforcamento. Outro fator preocupante é que eles dificilmente deixam transparecer as suas intenções suicidas, desta forma falas relacionadas com o desamparo e o desespero, o interesse repentino por armas de fogo, a revisão repentina de um testamento ou qualquer verbalização relacionada com suicídio nunca devem ser ignoradas. O enfermeiro deve estar atento a qualquer sinal de alerta, bem como a fatores de risco, encaminhando sempre que julgar necessário ao serviço de saúde mental.

No que tange a acidentes de transporte, fato é que diversas estratégias de prevenção vêm se mostrando efetivas por todo o mundo tais como, a utilização de cinto de segurança, aumento da fiscalização, campanhas educativas sobre consumo de álcool e drogas, entre outras. O que ficou explícito no estudo, pois os casos de morte ficaram abaixo da média do estado e do país no referido ano. Entende-se, no entanto que a prevenção requer abordagem multidisciplinar e intersetorial.

Diante das taxas mostradas no presente trabalho, sugere-se a união dos vários setores da sociedade, saúde pública, segurança, universidades, organizações não governamentais e comunidades, juntando esforços e informações para subsidiar políticas de prevenção e combate ao problema.

Também se pôde compreender a inquestionável importância dos serviços direcionados para o atendimento aos idosos, haja vista que o número de órgãos e instituições imbuídos para essa problemática, infelizmente se encontra ainda escasso e na maioria das vezes omissos, sendo assim, urgente a mobilização social para este fim. É preciso também, que haja melhor habilidade e destreza dos enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e cuidadores, dentre outros que lidam

diretamente com os idosos, qualificando-os para que o acolhimento, o cuidado e a proteção de pessoas a qual essa faixa etária se relaciona, sejam realmente eficazes.

Uma melhor formação dos profissionais da área da saúde, por exemplo, facilitaria bastante à atenção em âmbito tanto hospitalar quanto no pré-hospitalar. Assim como a alocação adequada de recursos podem contribuir para a redução da morbimortalidade de idosos por essas causas.

A presente pesquisa encontrou dificuldades em sua execução em relação às informações conjunturais que deveriam ser fornecidas pelos órgãos específicos (boletins epidemiológicos), pois poucos dados acerca da morbidade e mortalidade de idosos por causas externas são encontrados junto a esses órgãos. Outro fator que dificultou o andamento do trabalho foi a falta de um recorte por bairros, como o que foi realizado somente no ano de 2010 e publicado no Boletim estatístico de morbimortalidade por causas externas. O entendimento dessas variáveis de informação, assim como a caracterização destas, podem elucidar de maneira mais abrangente as estatísticas e as causas de morte enfrentadas por este grupo de pessoas.

Entendemos que esta pesquisa nos abriu várias possibilidades de reflexão sobre a morbimortalidade por causas externas, principalmente aquelas que atingem aos idosos. Através dessas novas perspectivas, consideramos a possibilidade de desenvolvermos outras pesquisas referentes ao tema, que serão importantes para o meio acadêmico, bem como para os profissionais da área e o governo, por meio da elaboração de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

A Santa Sé, **Carta Do Papa João Paulo II Aos Anciãos**. Vaticano, 1º de Outubro de 1999. Disponível em : <https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/letters/1999/documents/hf_jp-ii_let_01101999_elderly.html> . Acesso em 15 Março de 2016.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar** (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011. 244 p.

Aidar, Tirza. **A face perversa da cidade: configuração sócio-espacial das mortes violentas em campinas nos anos 90** / Tirza Aidar. - - Campinas, SP: [s.n.], 2002.

ALOCHIO, Ana Carolina Antunes, **Análise das internações por causas externas no Estado do Espírito Santo. 2011**. 102 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) **Centro de Ciências da Saúde, Universidade federal do Espírito Santo, Vitória, 2011**. Disponível em:< http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_4874_.pdf> Acesso em 20 Abr. 2014.

ARAÚJO Ludgleydson Fernandes de, CARVALHO Virgínia Ângela M. de Lucena e. Aspectos Sócio Históricos e Psicológicos da Velhice. **MNEME revista de humanidades**. V.6, n. 13, dez.2004/jan.2005

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Setembro 2014.

BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos in: Conselho Federal de Psicologia: **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013. 152p. Disponível em:< <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: Julho 2014.

BASTOS, Márcia de Jesus Rocha Pereira et al . Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 123-132, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Abril 2014.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidentes de trânsito causam mais de 40 mil mortes no Brasil**. Disponível em: <

<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/acidentes-de-transito-causam-mais-de-40-mil-mortes-no-brasil>>. Acesso em: Maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da saúde, 2007. 192p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **A violência no Brasil: abordando diferentes fontes**. In: _____. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF, 2008. cap. 7, p.186.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01**, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006.

(Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em Junho de 2014.

BRASIL. Presidência da república, casa civil, Subchefia para assuntos jurídicos, **LEI nº 10741**, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o **ESTATUTO DO IDOSO** e dá outras providências. Disponível em: <

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm> Acesso em Agosto de 2014.

CARDOSO, Camila Abdalla de Oliveira et al . Avaliação epidemiológica dos óbitos por doenças priônicas no Brasil sob o enfoque da biossegurança. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 2-10, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100002&lng=en&nrm=iso>. acesso em: Março 2015.

CIOSAK, S.I., et al. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45(Esp.2), 1763-1768.

CLOSS, Vera Elizabeth e SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em Dezembro de 2014.

DALVI, Maria Goretti. **O Idoso Em Instituições De Longa Permanência No Município De Vitória/Es: Relações Familiares E Institucionalização**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Vitória 2011.

DATASUS. **CID 10 apresentação**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: maio 2015.

DE PAULA LOBO, Andréa; Paula de Oliveira Marques, Ana. **Causas mal definidas de morte na população idosa: uma análise das desigualdades entre os municípios pernambucanos**. 2009. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Pg 56.

DUARTE, Luzia Travassos. **Envelhecimento: processo biopsicossocial**. (Monografia) 2008. Disponível em: www.psiconet.com/tiempo/monografias/brasil. Acesso em 16 de março de 2014.

FELIPE, Thayza Wanessa Silva Souza; SOUSA, Sandra Maria Nascimento. A construção da categoria velhice e seus significados. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 7, n. 2, p. 19-33, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/viewArticle/1384>> . Acesso em Junho 2015.

FREITAS, Elizabete Viana de; Ligia Py; Flávio Aluizio Xavier Cançado; Johannes Doll; Milton Luiz Gorzoni; **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2013.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo , v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100044&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Abril 2015.

Gil, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**.5.ed. São Paulo : Atlas, 2010.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier; BARBOSA, Thiago Luis de Andrade; CALDEIRA, Antonio Prates. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, BRASIL.

Escola de enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 779-786, Dec. 2010 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Março de 2014.

GONSAGA, R.A.T.; RIMOLI, C.F.; PIRES, E.A.; ZOGHEIB, F.S.; FUJINO, M.V.T.; CUNHA, M.B. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.39, n.4, 2012.

GUEDES DE ALBUQUERQUE, Nicelha Maria, AZEVEDO, Ferreira de Macêdo, Maria Lúcia, Fonsêca de Lima, Marlos Victor, Alves Cavalcante, Cleonice Andréa, Albuquerque de Oliveira, Jonas Sâmí, Pereira Silva, Romântiezer Lourenço, PERFIL DOS ATENDIMENTOS POR CAUSAS EXTERNAS EM HOSPITAL PÚBLICO. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2012**, 13: Disponível em
:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980006>>. Acesso em: Abril 2015.

GUERRA, Henrique Leonardo et al . A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 545-551, June 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2103.pdf>>. Acesso em: Agosto 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Vitória (ES) – 2010. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2010&codigo=320530&corhomem=88C2E6&cornmulher=F9C189&wmaxbarra=180>. Acesso em: 13 Abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Vitória (ES) – 2000. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2000&codigo=320530&corhomem=88C2E6&cornmulher=F9C189&wmaxbarra=180>. Acesso em: 13 Abr. 2015.

JORGE Maria Helena Prado de Mello, GAWRYSZEWSKI Vilma Pinheiro, LATORRE Maria do Rosário D.de O.. Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**, 31 (4 Suplemento): 5-25, 1997.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello, KOIZUMI, Maria Sumie, TONO, Vanessa Luiza. **Causas Externas: O Que São, Como Afetam O Setor Saúde, Sua Medida**

E Alguns Subsídios Para A Sua Prevenção. Revista Saúde - Ung, Vol. 1, No 1 (2007). Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/67/105>>. Acesso em abril de 2015.

Laurenti, Ruy; Mello Jorge, Maria Helena Prado de. **O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro / Mortality Information System: past, present and future.** São Paulo; Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações em Português; 2006. 107 p. (Série divulgação, n.11).

LIRA, Pablo; CAVATTI, Caroline. **O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO CENSO 2010.** Núcleo do Observatório Das Metrôpoles. In: INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. Disponível em: <http://observatoriodasmetrolopes.net/download/Censo_ES_e_RMGV.pdf>. Acesso em 21 Jun. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília , v. 19, n. 4, dez. 2010 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Abril 2015.

MAZZUCCO, Geórgia Damiani. **O trabalho grupal desenvolvido com mulheres idosas e viúvas do SESC : o sentido da vida para essas pessoas e a importância do grupo como instrumento de intervenção do serviço social.** Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social, 1995. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/108201>>. Acesso em: JULHO 2014. **A pessoa idosa não existe.** Uma abordagem psicanalítica da velhice. Jack Messy. 2ª ed. 159 p. São Paulo: Ed. Aleph, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Organizado por Maria Cecília de Souza e Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 212p. (coleção antropologia & saúde).

MINAYO, Maria Cecília de Souza, Cavalcante, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública** 2010;44(4):750-7. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>>. Acesso em: Abril de 2014.

Minayo, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública** v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: maio de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em março 2015.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra Idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ªed., 2005.

NETTO, Nilson Berenchein in Conselho Federal de Psicologia: **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013. 152p. Disponível em:< <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: Julho 2014.

OLIVEIRA, Marcel Gomes. **A História do Delito de Homicídio**, 2015. Revista âmbito jurídico. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9832>. Acesso em: Agosto 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Violência autoinfligida. In: Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002. p. 182-210.

PINTO, Liana Wernersbach et al . Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, p. 2003-2009, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800011&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2015.

PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 491-501, June 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200026&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2014.

SALGADO, Marcelo Antonio. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas públicas para a habitação do idoso. **A Terceira Idade**, v. 39, São Paulo, 2007.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, ciências e saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 155-168, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2015.

SILVA, Vanessa. **Velhice E Envelhecimento: Qualidade De Vida Para Os Idosos Inseridos Nos Projetos Do Sesc-Estreito**. Trabalho de conclusão de curso de Serviço Social. Florianópolis 2009. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial287076.pdf>. Acesso em 15 de março de 2014.

SMARZARO, Dorian Chim. **A informação sobre mortes por causas externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo 2000-2002.** Rio de Janeiro: 2005.90p. Disponível em: < <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4639>> Acesso em:24 Abr 2014.

SOUZA, Daniela Pereira de Souza e. **Prevenção e abordagem da fisioterapia na osteoporose.** Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida – Cabo Frio 2007. Disponível em: <http://www.eduardoassaf.com.br/monografias/2007/2007-danielapereiradesouzaesouza.pdf>. Acesso em 07 de março de 2014.

SOUZA, E.R, MINAYO, M.C.S, XIMENES, L.F. & DESLANDES, S.F. **O Idoso sob o olhar do outro. In: Antropologia, saúde e envelhecimento.** (M.C.S. Minayo & C.E. Coimbra Jr. orgs) pp. 191-209. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; JORGE, Maria Helena Prado De Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. **Mortes e internações por causas externas entre os idosos no brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual.** Rev Assoc Med Bras 2004; 50(1): 97-103. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v50n1/a44v50n1.pdf>>. Acesso em: Abril:2015.

VITÓRIA 2015. **História de Vitória.** Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/historia-de-vitoria>>. Acesso em Abril de 2015.

VITÓRIA. **Boletim Estatístico de Mortalidade por Causas Externas 2010.** Disponível em:<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/Publicacoes/mortalidade/BALANCO_FINAL.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2014.

VITÓRIA. **Centro De Convivência Oferece Atividades Para Os Idosos.** Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/saude-do-idoso#a_centrosdeconvivencia>. Acesso em: Junho de 2014.

VITÓRIA. **Conselho Do Idoso.** Disponível em < http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/acessibilidade#a_idoso>. Acesso em Junho de 2014.

VITÓRIA. **Idosos Contam Com Atendimento Integral Em Centro De Referência.** Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/saude-do-idoso#a_centrodereferencia>. Acesso em Junho de 2014.

VITÓRIA. **Idosos Têm Academias Especiais Para Exercícios.** Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/orientacao-ao-exercicios#a_beneficiosdoexercicio>. Acesso em Junho de 2014.

VITÓRIA. **Índice de desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)**. Disponível em: < <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idh/sumario.asp>>. Acesso em Abril de 2015.

VITÓRIA. **Índice de Envelhecimento por Bairros - Vitória (ES) – 2010**. Disponível em: < http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/Censo_2010/Tab21.pdf>. Acesso em: Abril de 2015.

VITÓRIA. **Informações turísticas**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/informacoes-turisticas>>. Acesso em Abril de 2015.

VITÓRIA. **População Residente por Sexo e Grupo de Idade Acima de 65 Anos - Vitória (ES) – 2010**. Disponível em: < http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/Censo_2010/Tab8_sinopse_pop.asp>. Acesso em: Abril de 2015.

VITÓRIA. **Produto Interno Bruto**. Disponível em: < http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/economia_financas/pib2011.asp>. Acesso em Abril de 2015.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Assistência Social. Lei nº 6.043, de 22 de dezembro de 2003. **Dispõe Sobre A Política Municipal Do Idoso E Dá Outras Providências**. Disponível em: < <http://www.cmv.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L60432003.html>>. Acesso em: Abril de 2015.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da Violência 2010: Anatomia dos Homicídios no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da Violência 2012: Os Novos Padrões da Violência Homicida no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

ZANETTI JUNIOR, Olívio. **Homicídio**, 2009. Disponível em: < http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=1143>. Acesso em Abril 2015.