



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CÍCERA SARAIVA DE SOUZA**

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: perfil epidemiológico das  
notificações no estado da Paraíba**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2017**

**CÍCERA SARAIVA DE SOUZA**

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: perfil epidemiológico das  
notificações no estado da Paraíba**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cajazeiras), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes

CAJAZEIRAS – PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

S729v Souza, Cícera Saraiva de.  
Violência contra os idosos: perfil epidemiológico das notificações no estado da Paraíba / Cícera Saraiva de Souza. - Cajazeiras, 2017.  
68f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Violência contra idoso - Paraíba. 2. Sistema de Informação e Agravos de Notificação. 3. Abandono de idosos. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 364.632-053.9(813.3)

CÍCERA SARAIVA DE SOUZA

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: perfil epidemiológico das  
notificações no estado da Paraíba**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cajazeiras), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 19 / 09 /2017

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.<sup>a</sup>. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes (ORIENTADORA)  
(UAENF/CFP/UFCG)

  
Prof.<sup>a</sup>. Dra. Anubés Pereira de Castro (MEMBRO)  
(UAENF/CFP/UFCG)

  
Prof.<sup>a</sup>. Ms. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo (MEMBRO)  
(UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2017

*Dedico esta monografia aos meus pais Cícero Saraiva e Francisca Francineide Saraiva, e aos meus avós Francisco Aurélio e Francisca Luzinete. Pelo AMOR, compreensão, apoio,*

*incentivo e dedicação, para que eu pudesse realizar esse sonho.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por permanecer ao meu lado me mostrando o melhor caminho, por me levantar e me dar forças para continuar em pé.

A minha vó, Maria de Lurdes Guerra Saraiva (*in memória*), e minha madrinha, Damiana Aurélio Saraiva (*in memória*) por fazerem parte da minha vida e viverem sempre na minha memória e no meu coração.

Aos meus pais que sempre foram meu refúgio, meu alicerce e meu porto seguro. A eles sou grata pelos cuidados, pelas broncas, pela confiança e amor absoluto.

Aos meus irmãos, fiéis companheiros da minha jornada, obrigada por sempre estarem ao meu lado me incentivando e me apoiando.

Aos meus avós, a minha eterna gratidão pelo acolhimento em sua moradia durante os últimos anos. Obrigada pela paciência, pelo amor e confiança depositados em mim.

Ao meu namorado, meu amor, Alessandro Sousa, pelo incentivo, apoio e compreensão nos momentos de dificuldade.

A Paloma, a Gilvaneide, e Danielly, amigas que a universidade me presenteou. O meu muito obrigado por compartilharem comigo momentos felizes e ruins, por apoiarem e me acolher em suas vidas.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação acadêmica. Em especial aos professores Enfermeiros que me ensinaram a Enfermagem como ciência, mas também, como arte de cuidar do ser humano com dedicação, amor e respeito.

Aos queridos funcionários da UFCG, que participaram da nossa batalha, sempre dispostos a oferecer o melhor para que pudéssemos seguir na luta e avançar sempre.

A minha orientadora Dra. KenniaSibelly Marques de Abrantes, que foi muito atenciosa comigo, me ensinou muito, e que teve a capacidade de compreender meus anseios e me ajudar com muita competência e inteligência.

A todos vocês, o meu singelo Obrigada!

SARAIVA, C. S. de. **Violência contra idosos:** perfil epidemiológico das notificações no estado da Paraíba. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2017.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional, uma das maiores tendências da atualidade, tem refletido no aumento da prática de violência contra idosos. Definida como ato ou omissão que resulta em prejuízos na integridade física e emocional, e em perdas no seu desempenho de papel social, a violência contra essa população configura-se como um relevante problema de saúde pública no Brasil. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das notificações de violência contra a pessoa idosa no estado da Paraíba, no período de 2011 a 2014. **Metodologia e método:** trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Foram analisados casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências registrados pela Paraíba, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os dados foram analisados no programa Microsoft Office Excel 2010 para elaboração de tabelas, contendo o valor absoluto e percentual. **Resultados:** No período de 2011 a 2014 foram registrados 977 casos de violência contra idosos, prevaleceu o sexo feminino (56,1%), cor/raça parda (86,2%), sendo que 48,4% das notificações não informam a escolaridade das vítimas. Quanto ao tipo de violência sobressaíram a negligência/abandono (64,7%) e os abusos físicos (33,1%). Sobre as características das ocorrências notou-se que a maioria das notificações não especificam o meio de agressão utilizado, os maus-tratos ocorreram principalmente nas residências (70,8%), 96,2% evoluíram para alta, prevaleceram os encaminhamentos aos setores ambulatoriais (75,2%), o percentual de lesões autoprovocadas foi de apenas 3,6% e grande parte dos registros (81,4%) não informam se o idoso já havia sido violentado anteriormente. Ao analisar os dados sobre o agressor, evidenciou-se mais uma vez a falta de informações. Apesar disso, dos poucos casos que identificaram o tipo de relação entre agressor e vítima destaca-se autores desconhecidos (11,4%). Sendo que em 87,4% dos registros não consta se houve suposto consumo de álcool. **Conclusão:** Os resultados reforçam tendências identificadas em outros estudos que, por exemplo, destacam predominância de idosos do sexo feminino nas ocorrências de maus-tratos. A limitação para esta pesquisa revelou-se na fragilidade do registro das informações disponibilizados no SINAN-NET, apontando para a necessidade do aprimoramento das notificações. Por fim, espera-se este estudo contribua para o reconhecimento da manifestação desse agravos na vida dos longevos e sugere-se que novos estudos abordando a temática sejam desenvolvidos, a fim de dimensionar com maior exatidão a real dimensão desse problema na Paraíba, bem como no país.

**Palavras chaves:** Violência. Pessoa idosa. Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SARAIVA, C. S. de. **Violence against the elderly: epidemiological profile of notifications in the state of Paraíba.** 65f. Course Completion Work (Bachelor in Nursing). Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2017.

### ABSTRACT

**Introduction:** Population aging, one of the major trends of the present time, has reflected in the increase of the practice of violence against the elderly. Defined as an act or omission that results in impairments in physical and emotional integrity, and in losses in its social role performance, violence against this population is an important public health problem in Brazil. **Objective:** To analyze the epidemiological profile of reports of violence against the elderly in the state of Paraíba, from 2011 to 2014. **Methodology and method:** this is an ecological, retrospective, descriptive study with a quantitative approach. Cases of domestic violence, sexual violence and/or other violence registered by Paraíba in the Notification of Invalidity Information System (SINAN) and made available in the Department of Information Technology of SUS (DATASUS) were analyzed. The data were analyzed in the program Microsoft Office Excel 2010 for elaboration of tables, containing the absolute value and percentage. **Results:** In the period from 2011 to 2014, 977 cases of violence against the elderly were registered, female (56.1%), color/brown race (86.2%) prevailed, and 48.4% of the notifications did not inform the schooling of the victims. Regarding the type of violence, neglect/abandonment (64.7%) and physical abuse (33.1%) were the highlights. Regarding the characteristics of the occurrences, it was noticed that most of the notifications did not specify the means of aggression used, maltreatment occurred mainly in the residences (70.8%), 96.2% evolved to high, prevailed the referrals to the ambulatory sectors (75.2%), the percentage of self-inflicted injuries was only 3.6%, and a large part of the records (81.4%) did not report whether the elderly had previously been raped. When analyzing the data about the aggressor, the lack of information was again evidenced. Nevertheless, of the few cases that identified the type of relationship between aggressor and victim, unknown authors (11.4%) are noteworthy. In 87.4% of the records, it is not known whether there was supposed alcohol consumption. **Conclusion:** The results reinforce trends identified in other studies that, for instance, highlight the predominance of female elderly in the occurrence of maltreatment. The limitation for this research was the fragility of the information available in SINAN-NET, pointing to the need to improve notifications. Finally, this study is expected to contribute to the recognition of the manifestation of this problem in the lives of the longevity and it is suggested that new studies addressing the theme be developed, in order to more accurately measure the real dimension of this problem in Paraíba, as well as in the country.

**Keywords:** Violence. Elderly. Notification of Injury Information System.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Distribuição do total de casos de violência contra idosos residentes na Paraíba, segundo os anos 2011-2014.	36
<b>Tabela 2-</b>	Distribuição do total de casos de violência contra idosos segundo as variáveis demográficas e tipos de violência, Paraíba, 2011-2014.	37
<b>Tabela 3-</b>	Distribuição das notificações de violência contra os idosos segundo as características da ocorrência por sexo	42
<b>Tabela 4-</b>	Distribuição das notificações de violência contra os idosos segundo as características do agressor por sexo	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher

DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP - Instituições Longa Permanência

LDNC - Lista de Doenças de Notificação Compulsória

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIINS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SI - Sistemas de Informação

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SNVE - Sistema de Vigilância Epidemiológica

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TI - Tecnologia da Informação

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

VE - Vigilância Epidemiológica

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VS - Vigilância Sanitária

SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CENÁRIO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL .....	14
3.2 VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
3.3 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	22
3.4 SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	26
3.4.1 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO .....	28
3.4.2 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES.....	29
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	31
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
4.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	31
4.3 FONTE DE DADOS .....	32
4.4 DEFINIÇÃO DE CASO .....	32
4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	33
4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	33
4.7 DISPOSIÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA .....	34
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52
<b>ANEXOS</b> .....	10

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS .....	10
---	----

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, o Brasil vem apresentando queda significativa nos índices de mortalidade e natalidade, culminando para uma das maiores tendências da atualidade: o envelhecimento populacional. O que permite afirmar que o brasileiro tem vivido mais e melhor, graças a avanços na medicina, implantação de programas de saúde pública, acesso ao saneamento básico, condições favoráveis de higiene pessoal, além do controle das taxas de fertilidade (ALVES, 2014).

Os registros do Censo Demográfico de 2010 revelaram que estamos diante de uma transição demográfica, evidenciada pela redução da população de jovens e aumento da população de idosos. De acordo com os dados apresentados, dos 190.755.199 milhões de habitantes, aproximadamente 10,8% são pessoas com idade acima dos 60 anos (IBGE, 2013). E conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 o país ocupará a posição de sexta nação mais envelhecida no mundo (WHO, 2005).

Vale ressaltar, porém, que o envelhecimento populacional não é um fato restrito apenas ao Brasil, mas sim vivenciado mundialmente, significando um triunfo para a humanidade e também um grande desafio (PEDRO; MENA-CHALCO, 2015).

Dessa forma, sabendo que a longevidade torna o ser humano mais vulnerável a uma série de situações, sejam elas no campo biológico, social ou familiar, a violência contra o idoso tem se evidenciado com maior frequência nos tempos atuais (SOUZA; BARROS; SENRA, 2014). Sendo ela, muitas vezes, apontada como um fator responsável por causar sofrimento aos idosos, trazendo consequências graves para a vida desses indivíduos.

Podendo ser visível ou invisível (BRASIL, 2014), a violência quando praticada contra essa população é definida pela OMS como o ato ou omissão, cometido uma ou mais vezes, resultando em prejuízos na sua integridade física e emocional, e em perdas no seu desempenho de papel social, configurando uma quebra de expectativa de confiança por parte de pessoas próximas e da sociedade em geral (MIRABELLI, 2015).

A OMS (2015) também explica que pelo fato do processo de envelhecimento culminar no acúmulo de danos moleculares e celulares, os idosos são indivíduos mais suscetíveis a contrair diversas doenças e sofrerem com declínio da sua capacidade funcional. Além disso, a fragilidade adquirida somada à perda da juventude contribui fortemente para que essas pessoas se tornem vítimas de maus-tratos (OLIVEIRA; NERES, 2012).

Nessa mesma linha de raciocínio, Irigaray (2016) ressalta que com o aumento do número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil, especialmente daquelas com 80 anos ou mais, a tendência é que também ocorra maior frequência de atos violentos contra esse grupo populacional. E diante da gravidade e magnitude do impacto desse fenômeno sobre a saúde e a qualidade de vida desses sujeitos, nas últimas décadas essa temática vem sendo abordada como um relevante problema de saúde pública (LIMA, 2014).

E foi partindo desse pressuposto, que no ano de 2006, a Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (MS) passou a acompanhar a violência contra a pessoa idosa por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA. Trata-se de um instrumento de vigilância composto pelo VIVA- Contínuo, que tem como foco a violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, e pelo VIVA - Inquérito que monitora casos de violências e acidentes nos serviços sentinelas (BRASIL, 2013a).

As leis de nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), de nº 10.778/2003 (Notificação de Violência contra a Mulher) e de nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), já determinavam a notificação compulsória no VIVA dos casos de violência que envolvam, respectivamente, criança, adolescente, mulher ou idoso. Mas foi em 2009, que a modalidade VIVA - Contínuo foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) (BRASIL, 2013a).

Até então, a obrigatoriedade legal da notificação compulsória da violência restringia-se apenas a esses grupos vulneráveis, e somente em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 104, a mesma foi inserida na lista de doenças e agravos de notificação compulsória pelos serviços de saúde, passando a ser de caráter universal o seu registro no SINAN. Assim, esse instrumento obriga a notificação do agravo, em nível nacional, por todos os serviços de saúde (BRASIL, 2013b), bem como, reforça o dever de notificar à autoridade sanitária e à autoridade policial, todos os casos de suspeita ou confirmação da violência praticada contra idosos.

Segundo o estudo realizado por Mascarenhas et al. (2012), no ano de 2010 o SINAN NET registrou 3.593 notificações de violência contra essas pessoas. Sendo São Paulo, o estado responsável por notificar aproximadamente 30% dos casos.

Observando os dados oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2009 a 2014, o Brasil notificou 38.987 casos de maus-tratos contra idosos. Desses, 21.065 eram mulheres, 17.919 eram homens e 03 tiveram o sexo ignorado. Cerca de 1.645 idosos foram a óbito em consequência do evento (BRASIL, 2014).

Já de acordo com dados disponíveis no SIH/SUS, só no período de janeiro de 2015 a maio de 2017, 7.117 idosos brasileiros foram internados por motivo de agressão (BRASIL, 2015a).

Desse modo, vislumbrando a violência contra o idoso como um sério problema de saúde pública de interesse nacional, a presente pesquisa foi guiada pelos seguintes questionamentos: Qual o perfil epidemiológico das notificações de violência contra a pessoa idosa no estado Paraíba? Como se caracterizam as situações de violência contra o idoso, considerando a sua tipologia, meios de agressão, local de ocorrência, encaminhamentos aos setores da saúde, evolução dos casos? Em que frequência os idosos são vítimas de violência por repetição? Quais as características do agressor?

Pelo exposto, cumpre esclarecer que a escolha do tema desta pesquisa se justifica pela percepção da visível magnitude com que esse evento tem se manifestado na vida dos nossos longevos, sendo percebido como um grave problema de saúde pública na contemporaneidade. Além disso, segundo Oliveira et al. (2013), o conhecimento científico a respeito da temática ainda é significativamente escasso no país.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o perfil epidemiológico das notificações de violência contra a pessoa idosa no estado da Paraíba, no período de 2011 a 2014.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar o perfil sociodemográfico da pessoa idosa vítima de violência;
- Verificar os tipos de violência que acometem a população idosa;
- Descrever as ocorrências de violência contra o idoso quanto a: meios de agressão, local de ocorrência, violência de repetição, evolução dos casos, encaminhamento setor saúde, e lesão autoprovocada;
- Conhecer as características do agressor quanto ao vínculo deste com a vítima e o suposto consumo de álcool.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CENÁRIO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

Muito embora o envelhecer seja usualmente interpretado como algo pertinente apenas as pessoas mais velhas, o termo envelhecimento refere a um fenômeno natural do ser humano, estando presente desde o nascimento até a sua morte (PAULA, 2015). Sendo caracterizado por várias alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, que a depender de cada pessoa pode se manifestar de diferentes formas e características (OLIVERA; NERES, 2012).

O fato das manifestações e características do processo de envelhecimento variarem de pessoa a pessoa está intimamente relacionado a uma série de questões próprias de cada indivíduo, dos quais os autores Zenevich, Moriguchi e Madureira (2013) citam, por exemplo, às condições materiais de existência de cada um. Os fatores inerentes ao próprio sujeito, assim como o espaço no qual o mesmo encontra-se inserido, podem influenciar de forma significativa este processo. E conforme os mesmos autores, envelhecer bem não se trata de privilégio ou sorte, mas sim de um objetivo a ser alcançado ao longo da vida, conforme cada um lida com as mudanças associadas ao envelhecimento.

A Gerontologia, ciência que tem como propósito estudar e refletir sobre o processo de envelhecimento (ALBUQUERQUE; CACHIONI, 2013), estabeleceu os conceitos de senescência e senilidade com a finalidade de distinguir o envelhecimento normal do patológico. Deste modo, atribui-se ao termo senescência o envelhecimento natural no qual o indivíduo é capaz de conviver tranquilamente com as limitações impostas pelo decorrer dos anos e de manter-se ativo até nas fases mais tardias da vida. No entanto, ao processo de envelhecimento acompanhado pelos efeitos negativos das doenças e pela incapacidade do sujeito, dá-se o nome de senilidade (BAUAB, 2013).

Os autores Xavier e Queiroz (2015) comentam que as mudanças morfológicas e fisiológicas as quais o ser humano está submetido durante todo o seu curso de vida tendem a ser aceleradas quando o organismo é acometido por uma doença. Ressaltam ainda que esse fenômeno deve ser de conhecimento dos profissionais de saúde de modo a favorecer a elaboração de estratégias que permitam o indivíduo atingir a velhice com autonomia e qualidade de vida.

Sabe-se que com o avançar dos anos os animais e seres humanos apresentam o declínio das reservas fisiológicas, que segundo Barletta (2014) provocam diminuição da capacidade do indivíduo adaptar-se e o torna mais susceptível a eventos traumáticos,

infecciosos e psicológicos. E é na velhice, última fase de ciclo da vida, que as mudanças morfofuncionais resultantes do envelhecimento mais se evidenciam. É quando ocorre a diminuição da capacidade funcional, o embranquecimento e a queda gradual e progressiva dos cabelos, declínio da função imunológica, diminuição da reserva cardíaca, entre outros. Também trata-se de uma fase geralmente marcada pela solidão, e por perdas dos papéis sociais, perdas psicológicas, motoras e afetivas (PAPALÉO NETO, 2007).

Segundo Papaléo Netto (2007), na maioria das pessoas, tais mudanças somáticas e/ou psicossociais começam a se destacarem antes mesmo da idade cronológica, a partir do fim da terceira década da vida ou pouco mais tarde.

Embora a velhice não venha necessariamente acompanhada por uma condição patológica, conforme o conceito de senescência apresentado acima, Barletta (2014) comenta que a fragilidade a qual a pessoa mais velha está exposta a coloca em uma posição em que o direito à assistência à saúde deve ser concedido de forma estratégica e prioritária.

Só recentemente, a questão da velhice passou a ganhar espaço nas discussões políticas dos países. Em 1982 a ONU (Organização das Nações Unidas), durante promoção da “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento”, definiu como idoso, pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, ou 65 ou mais em países desenvolvidos (BRASIL, 2014). E considerando que Brasil é atualmente classificado como uma nação em fase de desenvolvimento, o primeiro conceito é o que se adequa a nossa realidade.

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, a população de idosos é a que mais cresce no Brasil, configurando em uma mudança impressionante na demografia brasileira, e ao mesmo tempo, em um fenômeno novo repleto de desafios para a sociedade, para as famílias e para o Estado. Só para se ter uma ideia, no início do século XX a expectativa de vida do brasileiro não ultrapassava dos 33.5 anos, e já na metade do mesmo século passou a ser de 50 anos (BRASIL, 2014). O que nos leva a refletir o salto de anos vividos que o brasileiro vem alcançando.

Ainda de acordo com Brasil (2014), esse fenômeno tem ocorrido de uma forma tão acelerada que em 2011, por exemplo, a população de pessoas com mais de 60 anos ultrapassou o percentual de 23 milhões, uma quantidade que estava prevista a ser atingida apenas no ano 2020. Fazendo do Brasil um dos países que mais envelhece, e em passos significativamente acelerados. Hoje a sua população de idosos é maior do que a de países europeus, a exemplo da França, Inglaterra, Itália e Espanha (KÜCHEMANN, 2012).

A associação entre redução acentuada na taxa de fertilidade, redução nos níveis de mortalidade e o aumento da expectativa de vida tem provocado o rápido envelhecimento das

populações em todo o mundo, ocasionando o que chamamos de transição demográfica (UNASUS/UFMA, 2014; OMS, 2015).

Definitivamente, já é fato que população mundial está envelhecendo demasiadamente. Os dados estatísticos da OMS aponta que no período entre 1970 e 2025 o número de idosos no mundo aumentará 223 %, em torno de 694 milhões. Assim, a previsão é que em 2025 existirá 1,2 bilhões de pessoas no planeta vivendo a velhice. Para 2050, espera-se um percentual de dois bilhões, sendo que mais da metade serão nos países ainda em desenvolvimento. No Brasil, sabe-se que em 2050 o número será de 32 milhões, tomando para si a posição de sexta nação do mundo em número de idosos. Possivelmente, o número de pessoas na terceira idade será maior ou se igualará ao número de crianças e jovens de 0 a 15 anos (BRASIL, 2014), o que permite mencionar que atualmente o país vivencia uma transição demográfica em passos acelerados, marcada principalmente pelo elevado índice de envelhecimento populacional (WHO, 2005).

Nesse sentido, Leandro-França e Murta (2014) apontam a necessidade da elaboração de políticas consistentes e de ações imediatas que reflitam o impacto desse fenômeno na saúde, na qualidade de vida, e na economia mundial.

De acordo com Paula (2015), é provável que em 20 anos a população de pessoas idosas no Brasil pode atingir ou mesmo ultrapassar um percentual de 30 milhões, equivalendo 13% da população geral. A autora justifica que esse fenômeno no país é conseqüente dos avanços da tecnologia nos campos da medicina, das melhorias no saneamento básico, bem como das melhores condições de higiene pessoal e ambiental. Também é conseqüente de maior acesso a métodos contraceptivos e do ingresso da mulher no mercado de trabalho. Avanços estes, que reduziram as taxas de mortalidade e de natalidade entre os brasileiros.

Certamente que esse cenário é sinônimo de progresso no país, mas por outro lado, é utopia enxergar apenas o seu lado positivo. Tudo tem ocorrido de forma tão rápida, que surge a preocupação de em quais as condições o Brasil irá receber esse novo perfil sociodemográfico. Diante disso, Vicente e Santos (2013) mencionam que aumentar a quantidade de anos vividos não é o suficiente. Torna-se necessário que o aumento da expectativa de vida esteja associado a melhor condição de vida de modo que se possa viver uma velhice ativa e saudável o máximo de tempo possível.

Nesse contexto, surgem as interrogações referentes ao modo como o Brasil e sociedades irão se organizar para atender as demandas geradas pelo envelhecimento populacional. Por sua vez, a OMS argumenta que as nações podem custear o envelhecimento desde que os governos, as organizações e a sociedade civil coloquem em prática as políticas e

os programas de “envelhecimento ativo”, termo usado para designar o processo em que ações de saúde e de segurança devem ser ofertadas às pessoas que tem uma vida mais longa (WHO, 2005).

Rinco, Lopes e Domingues (2012), reconhecem que as características particulares do envelhecimento devem ser identificadas e reconhecidas, e apontam para a importância de se estabelecer, nesse contexto, políticas bem estruturadas, supervisionadas e permanentemente avaliadas que promovam a diminuição da desigualdade e exclusão social. Pois para eles, o fortalecimento do apoio social e de uma rede social podem proteger as pessoas durante todo o curso da sua vida, de modo que ao chegar à velhice não sofram tanto com o isolamento, fragilidade e vulnerabilidade. Evidentemente, as políticas públicas devem garantir ao indivíduo, durante todo o processo de envelhecimento o suprimento das suas necessidades, promoção do acesso a serviços, e condições para que vivam conforme os seus deveres e direitos previstos na sociedade, inclusive nas situações de vulnerabilidade extrema.

No cenário nacional, os instrumentos que amparam o idoso são a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso de 1994 e o Estatuto do Idoso (lei nº 10.741) de 2003. No entanto, ainda há um déficit de políticas sociais eficazes que garantam a proteção e do cuidado ao longevo (BERGER e CARDOZO, 2013). Apesar disso, na concepção de Weisshimeet al. (2015), aos poucos o idoso brasileiro vem conquistando seu espaço e direitos na sociedade.

Falando do Estatuto do Idoso, trata-se de um instrumento legal criado em outubro de 2003 com a finalidade de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou maior a 60 anos. Conforme trazem os artigos 8.º e 9.º, o envelhecimento deve ser garantido como um direito social, e é responsabilidade do Estado, assegurar à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio de efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2013c).

Por sua vez, ao refletir sobre os instrumentos dessa natureza, Paula (2015) argumenta que a pessoa idosa não precisa de mais declarações de direitos, na verdade ela necessita da concretização dessas leis. Pois na prática, frequentemente o direito dessas pessoas são violados, por exemplo, por meio das situações de violência. Para a mesma autora, enquanto esse tipo de problema não for devidamente enfrentado, o idoso não poderá desfrutar de uma vida digna.

Nessa perspectiva, segundo Oliveira e Neres (2012), uma das consequências negativas geradas pelo aumento do número de pessoas com mais de 60 anos, é exatamente o aumento de abusos contra essa população. Consequentemente, mais do que nunca, deve-se reconhecer que

o abuso da força física e/ou emocional provoca traumas e pode levar o idoso à morte. Além do mais, ser negligente com as necessidades da pessoa idosa, além de constituir uma forma cruel de violência, é também um crime contra os direitos fundamentais desse grupo social (BRASIL, 2014).

E embora, existam argumentos como os de Bezerra; Almeida e Nóbrega-Therrien (2012) de que a velhice tem sido uma etapa da vida atualmente valorizada e privilegiada, marcada por novas conquistas e pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal, sabe-se que as pessoas mais jovens tem uma tendência de desvalorizar as pessoas de mais idade, tratando-as como indivíduos descartáveis, inúteis e sem função social. Principalmente, o Preconceito e a discriminação têm sido formas de violência comumente praticadas contra elas (BRASIL, 2014).

### 3.2 VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Conforme Paula (2015), a violência é definida pela OMS como o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra uma pessoa, um grupo, uma comunidade ou contra si próprio e que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. É compreendida e reconhecida como um fenômeno global, democrático, multicausal, multifacetado e multisetorial muito presente na sociedade contemporânea, configurando um problema de saúde pública. Podendo ocorrer em qualquer fase da vida do ser humano, seja no campo do trabalho, nas dimensões religiosas, culturais e/ou comunitárias, entre outras (SCHRAIBER, 2014).

Santos (2016) argumenta que o termo violência remete a uma pluralidade de conceitos e definições, por isso torna-se difícil estabelecer um conceito único para referir-se a tal palavra. Consequentemente, falar de violência hoje, sem dúvida é um desafio cuja complexidade maior está em definir na sua totalidade um termo compreendido por diferentes maneiras.

A abordagem da violência como um problema de saúde pública é uma questão que tem ganhado destaque progressivamente na sociedade moderna, pois se trata de um evento que vem provocando consequências a curto, médio e longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países. E que, além disso, segundo Moura, Oliveira e Vasconcelos (2015), afeta a trajetória e o curso de vida das pessoas, modifica as vivências comunitárias e representa uma violação aos direitos fundamentais dos grupos societários. Fazendo-se,

portanto, necessário um olhar ampliado e integralizado sobre a vida do sujeito que sofre violência, trazendo para a prática dos profissionais o desafio de executarem ações interdisciplinares, ultrapassando as barreiras de ações multiprofissionais (BONES et al., 2015).

Nesse sentido, para Borges (2014), a violência deve ser tratada como um acontecimento complexo e multicausal que exige dos profissionais de saúde a competência para identificar e atuar efetivamente nos casos em que haja suspeita, de modo a contribuir para redução das consequências geradas por este problema. O mesmo autor reconhece ainda a necessidade de se estabelecer integração em rede entre ações preventivas, estratégias de defesa e proteção, atendimento integral e responsabilização social a fim de ofertar uma melhor assistência às vítimas de violência.

Considerado um fenômeno que se expande de modo paradoxal em relação aos direitos humanos e sociais, atualmente a violência embarca muitos espaços da sociedade. Ela estende-se desde a violência do próprio Estado, a exemplo dos crimes de guerra ou dos abusos no interior de suas instituições, perpassa pelos diversos espaços públicos, e alcança até às relações de cunho afetivo, sexual ou familiar no mundo privado. Por esse motivo, o seu controle não é algo que depende apenas do apelo feito aos indivíduos pela sua responsabilidade individual ética, social e política, mas sim, é algo que está condicionado a uma reconstrução da vida social no sentido moral e legal, reorientando tanto as relações entre as pessoas quanto a relação entre o próprio Estado e a sociedade civil (SCHRAIBER, 2014).

De acordo com a proposta de classificação da violência apresentada pelo “Relatório Mundial de Violência e Saúde”, ao considerar as características daquele que comete o ato violento, a violência subdivide-se em três grandes categorias:

- a) A violência autoinfligida que compreende o suicídio, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, e as situações de autoagressões e automutilações.
- b) As violências interpessoais que se dividem em violência intrafamiliar, a qual ocorre entre membros da família e parceiros íntimos, principalmente em ambiente doméstico, e em violência comunitária que acontece em ambientes sociais e que pode ser praticada por sujeitos conhecidos ou desconhecidos. São frequentes nas relações que envolvem disputas de poder, e surgem da interação entre pessoas com dificuldade em resolver conflitos por meio do diálogo.
- c) A violência coletiva subdivide-se em violência social, política e econômica, o que sugere a existência de diferentes motivos que levam a esse tipo de violência ser cometida pelos grandes grupos de pessoas e pelos Estados. A violência coletiva

cometida com o propósito de seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica caracteriza-se por ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados com o objetivo de interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas (SÃO PAULO, 2015; PAULA, 2015).

Quanto à natureza dos atos, conforme descreve o Ministério da Saúde (MS), a violência classifica-se como física, sexual, psicológica, e negligência/abandono. Entende-se por violência física a execução de atos violentos com o uso intencional da força física, tendo como propósito ferir, lesar, e causar dor e sofrimento a pessoa, deixando ou não marcas notórias no corpo. Por sua vez, violência sexual é toda relação sexual em que a pessoa é forçada a submeter-se contra a sua vontade, tomada por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica. A violência psicológica define-se por qualquer forma de rejeição, desprezo, discriminação, punição humilhante e uso de uma pessoa para suprir as necessidades psíquicas de outra, expondo-a ao risco de prejuízos na sua autoestima e desenvolvimento. Por fim, a violência por negligência/abandono é percebida como a omissão de cuidados básicos necessários para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa (SÃO PAULO, 2015).

A violência aniquila vidas. A cada ano, cerca de meio milhão de pessoas são assassinadas em todo o mundo. Crianças, mulheres, homens e pessoas idosas sofrem com problemas causados por ela, em ambientes domésticos, escolares ou comunitários. Pessoas são atormentadas por décadas, algumas entram em estado depressivo, e chegam até a provocarem suicídio. Famílias se desestruturam, ficam na miséria quando o provedor da família é assassinado ou fica incapacitado devido à violência. E muitos são os gastos que os países têm nas áreas da saúde, justiça criminal e bem-estar social (OMS, 2015).

O Resumo Relatório mundial sobre a prevenção da violência elaborado e publicado pela OMS em 2014 constatou que atividades de prevenção à violência estão sendo realizadas em um número considerável por todo o mundo, mas também revelou a existência de lacunas no conhecimento sobre a extensão da problemática, na acessibilidade das vítimas aos serviços de apoio, na qualidade e no alcance dos programas de prevenção, bem como, na aplicabilidade das leis existentes (OMS, 2014).

No contexto da violência as causas externas, que incluem as violências e os acidentes, tem-se destacado por décadas no cenário da epidemiologia do Brasil e do mundo (BRASIL, 2016). Nessa perspectiva, as mesmas passaram a ser reconhecidas como uma importante questão em saúde pública e incluídas na agenda de prioridades do MS, com a finalidade de atuar na perspectiva da promoção à saúde, prevenção e vigilância epidemiológica, ultrapassando a responsabilização exclusiva da assistência e reabilitação das vítimas (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

No Brasil é altíssimo o índice de mortalidade e morbidade ocasionada por causas externas relacionadas às situações de violência, o que tem tornado a redução da morbimortalidade provocada pelas mais frequentes formas de violência e acidentes em um dos principais desafios para o setor da saúde. Sendo a violência considerada um evento impactante na qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, a mesma também gera demanda em outros setores como na educação e na segurança pública. No entanto, no que se refere especificamente ao setor da saúde, a preocupação se explica pelo fato de que a pessoa que sofre violência requer uma série de cuidados específicos acarretando em altos custos. Muitas das vítimas adoecem, apresentam sequelas e carecem de assistência nos diferentes níveis da atenção à saúde (SÃO PAULO, 2015).

Um estudo que buscou traçar o perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de emergência do SUS em 2011, realizado por Neves et al. (2013), apontou que 4.497 dos atendimentos envolveram eventos resultantes de violência. As pessoas mais acometidas por violência tinham de 20 a 39 anos (56,9%). Quanto ao local de ocorrência prevaleceu a via pública (41,0%). A proporção de internação entre as vítimas de violência foi duas vezes maior do que a mesma proporção entre as vítimas de acidentes.

O SIH, que concentra os registros para remunerar os hospitais públicos e privados que prestam atendimento pelo SUS, fornece dados sobre a morbidade hospitalar por acidentes e violências (BRASIL, 2016). Para ter-se uma ideia, o SIH/SUS, só no ano de 2015, registrou um número de 50.783 internamentos por motivo de agressões, desse total, 2.386 pacientes evoluíram para óbito. O valor gasto foi de R\$ 77.294.384,78, e cada internamento custou em média R\$ 1.522,05 . As duas regiões que mais registraram internações por essa causa foram Sudeste (19.155) e Nordeste (14.079). No que diz respeito ao Nordeste, os estados da Bahia (4.534), Ceará (2.617), e Rio Grande do Norte (1.994) apresentaram maior índice de internamento por agressão (BRASIL, 2015a).

No campo das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência no país, em 2001, por meio da Portaria MS/GM nº. 737/2001, o MS elaborou a Política Nacional de

Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência que define finalidades, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e prevê a articulação intra e intersetorial. Em seguida, outros mecanismos foram criados, podendo ser identificado a Política Nacional de Atenção às Urgências, que prevê a melhoria e a expansão dos atendimentos pré, intra e pós-hospitalares das vítimas de acidentes e violências, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.863/2003; a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que implantou os núcleos locais de prevenção à violência e promoção da saúde para a atenção integral e proteção das vítimas e famílias em situações de violência; e a Portaria GM/MS nº. 2.406/2004 que estabeleceu a notificação compulsória da violência contra a mulher (BRASIL, 2013a).

Em 2006, visando coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes que subsidiassem políticas em saúde pública para a prevenção desses agravos, criou-se o VIVA através da Portaria MS/GM nº. 1.356, de 23 de junho do mesmo ano. O VIVA foi inicialmente implantado nos serviços de referência para violências, somente em alguns municípios. Posteriormente, diante da Portaria MS/GM nº. 2.472/2010, a violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada passou a ser de notificação compulsória em todos os serviços sentinelas. No entanto, foi a partir de 2011, conforme estabelecido pela Portaria MS/GM nº. 104/2011, que a violência doméstica, sexual e/ou outras violências passaram a ser consideradas agravos de notificação compulsória em todos os serviços de saúde, públicos ou privados. Vale ressaltar, porém, que mesmo com essa normativa, a notificação da violência em alguns municípios ainda encontra-se em estágio de evolução (BRASIL, 2013b).

### 3.3 VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Considerando a velocidade em que a população brasileira tem envelhecido nos últimos anos, com a previsão de em breve se tornar a sexta população mais envelhecida do mundo, e reconhecendo a complexidade do processo do envelhecimento, Berger e Cardozo (2013) afirmam que os mais diferentes setores da sociedade precisam estar preparados para enfrentar os desafios que surgirão. E é nesse contexto, que os mesmos autores chamam a atenção para o crescente número de casos de violência cometido contra idosos, por causas que variam desde os conflitos interpessoais até a impunidade e a omissão do poder público em não assegurar a efetivação dos direitos humanos dos idosos.

Visualizado como um grave problema de saúde pública na contemporaneidade (OLIVEIRA et al., 2013), somente nas últimas duas décadas as práticas de maus-tratos a essas pessoas vem sendo tratada com maior importância. Vários países passaram a discutir a temática, e em 15 de junho de 2006, o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa (*World Elder Abuse Awareness Day, WEADD*) foi oficialmente instituído pela ONU. Desde então, essa data vem sendo lembrada, no âmbito internacional, por meio de mobilizações realizadas por governos, grupos, organizações, e profissionais que visam sensibilizar a sociedade no enfrentamento das diferentes formas de abuso contra o idoso (MIRABELLI et al., 2015).

É importante ressaltar, porém, que não se trata de um fenômeno novo para a sociedade. Na verdade, apesar de ser um agravo de notificação recente no mundo e no Brasil, conforme consta no Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2014), a pessoa mais velha, independentemente do tipo de sociedade a qual ela pertence, é vítima de abusos desde os tempos remotos. E seria alimentar-se de uma utopia acreditar que em algum momento a sociedade tenha tratado bem essa população.

Oliveira e Neves (2012) apontam que esse problema está presente em todas as camadas e setores sociais, até mesmo nos serviços de saúde, e explicam que tal fenômeno está intimamente relacionado à vulnerabilidade a qual o longo vivo está exposto, em virtude da perda da juventude e da sua fragilidade adquirida durante os anos vividos. Compartilhando do mesmo pensamento, Oliveira et al. (2013) afirmam que o ato acontece fora ou dentro do ambiente doméstico, tendo como agentes os próprios familiares ou pessoas que exercem algum poder sobre o idoso.

De acordo com o conceito estabelecido pela OMS, a violência contra o idoso são ações de cunho físico ou emocional praticadas em um único episódio ou mais, resultando em prejuízo da integridade física e emocional, impedindo o desempenho do seu papel social. Na maioria das vezes, parte exatamente das pessoas que mais deveriam cuidar e zelar pelo seu bem estar, principalmente dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, ou mesmo da comunidade e da sociedade em geral (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, o Estatuto do idoso, em seu cap. IV, art.19, §1, define essa modalidade de violência como qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que cause a morte, dano ou sofrimento físico, e/ou psicológico na pessoa idosa. Ainda de acordo com esse documento, os casos suspeitos ou confirmados de violência, cometidos contra esses indivíduos, devem ser obrigatoriamente comunicados pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como a qualquer dos seguintes órgãos: autoridade

policial; Ministério Público; Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso (BRASIL, 2013c).

Assim, o MS utiliza uma classificação padronizada internacionalmente para designar as formas de violências mais praticadas contra o idoso (BRASIL, 2014):

- a) Abusos físicos: forma de violência mais visível, caracterizada por atos agressivos como empurrões, beliscões, tapas, ou pelo uso de cintos, objetos domésticos, arma branca ou arma de fogo. Geralmente ocorrem em ambiente doméstico, podendo também ocorrer em vias públicas ou em instituições. Algumas vezes o abuso não deixa marcas evidentes, tornando-se constante e sem o reconhecimento por outras pessoas. Outras vezes, porém, resultam em lesões maiores que levam ao internamento hospitalar ou mesmo a morte.
- b) Abuso psicológico: refere a qualquer forma de menosprezo, desprezo, preconceito e discriminação que causem, no idoso, tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, às vezes, depressão. Pode se manifestar pelo uso de expressões como “você já não serve para nada”; “você só dá trabalho”; ou por atos e atitudes que provoquem sentimentos de redução ou inutilidade.
- c) Violência sexual: corresponde ao ato de estimular a vítima ou usá-la para obter satisfação sexual e práticas eróticas e pornográficas por meio de aliciamento, agressão física ou ameaças. Portanto, as vítimas desse tipo de abuso costumam sofrer também negligência e violência psicológica, causando muitas vezes o sentimento de culpa, de baixa autoestima e até mesmo provocando o desejo de realizar suicídio. Aponta-se como um dos tipos de violência cometida contra idosos que vivem em Instituições Longa Permanência (ILP).
- d) Abandono: configurando-se uma das mais cruéis formas de violência exercida contra o idoso, refere-se a situações em que o mesmo é retirado da sua casa contra a sua vontade; é obrigado a mudar de local na casa para beneficiar os mais jovens, sendo colocado, por exemplo, em lugar isolado da família e das relações familiares; é conduzido, contra a sua vontade, a uma ILP, com intuito de se livrar da sua presença no ambiente doméstico; ou é também deixar de assistir às suas necessidades, privando-o de alimentos, hidratação, medicamentos, e outras necessidades básicas, acarretando o seu adoecimento ou morte.
- e) Negligência: são as várias formas de menosprezo e de abandono de pessoas idosas, a se citar, o desleixo e a inoperância dos órgãos de Vigilância Sanitária

(VS) em relação aos abrigos e clínicas por parte dos serviços públicos. Apesar das normas e padrões formulados pela VS, ainda há uma ineficiência no que diz respeito à fiscalização, permitindo que a violência institucional se instale e se perpetue.

- f) Abuso econômico-financeiro e patrimonial: corresponde principalmente às disputas de familiares pela posse dos bens ou ainda as ações delituosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentadorias e outros bens da pessoa idosa. Muito presente em todo o mundo, e no Brasil, esse tipo de agressão vem sendo, em grande parte, cometida, por familiares que forçam procurações para tutelar a pessoa idosa, para privá-la de acessar aos seus bens patrimoniais e para vender seus bens e imóveis sem o seu consentimento.
- g) Violência autoinfligida e autonegligência: nesse caso os maus-tratos não partem de outra pessoa, mas sim do próprio idoso contra si mesmo. A própria pessoa autonegligência, por exemplo, a sua alimentação, higiene corporal, cuidados com a saúde. Prefere o isolamento, e manifesta-se direto ou indiretamente o desejo de morrer. Além dessas atitudes, esse tipo de violência também pode se manifestar por ideias suicidas, tentativas de suicídio ou pela prática do suicídio.

A violência contra a pessoa idosa também pode se expressar nas formas: Estrutural: origina-se nas situações de desigualdades sociais, em vivências marcadas por pobreza, miséria e discriminação; Interpessoal: expressa nas relações cotidianas e intergeracionais; e Institucional: produzida pela omissão no gerenciamento das políticas, dos serviços de assistência, e das relações desiguais de poder (BRASIL, 2013b). Para Souza, Meira e Menezes (2012), essa última, quando praticada nas instituições de saúde, manifesta-se pela recusa ou omissão de assistir o idoso conforme suas necessidades (negligência), principalmente àquele com maior dependência de cuidados.

Sabe-se que independentemente de sua natureza, a violência é um problema que resulta em consequências graves, capaz de mutilar vidas, famílias e sociedades. E mais especificamente no idoso, as consequências são desastrosas, causando lesões traumáticas, frustrações, dor, medo, depressão, entre outros. Além do sofrimento das vítimas, esta problemática também acarreta prejuízos ao contexto familiar, causando, muitas vezes, o rompimento das relações familiares (SILVA et al., 2014).

Dos dados estatísticos, em 2013, o Brasil registrou 11.378 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra indivíduos de 60 anos ou mais, sendo 5.054 homens e 6.324 mulheres. As formas de violência mais cometidas foram agressão física (60,3), negligência/abandono (29,8%), violência psicológica/moral (27,2%) e violência financeira (7,4%). Entre os homens, os tipos mais frequentes foram agressão física (67,1%) e negligência/abandono (26,8%), enquanto que entre as mulheres, além de ter ocorrido em maior proporção o abuso físico (54,8%) e a negligência/abandono (26,8%), também houve maior ocorrência de violências psicológica/moral (35,1%). Verificou-se que 36% das vítimas informaram violência por repetição, ou seja, o evento já havia sido perpetrado anteriormente (BRASIL, 2017).

No que se refere aos instrumentos legais que asseguram os direitos da pessoa idosa no país, a Constituição Federal de 1988 nos seus Capítulos II e VI e as Lei 8.842/94 da Política Nacional do Idoso e 10.741/2003 do Estatuto do Idoso preconizam que o idoso deve estar livre de qualquer forma de violência. Da Política Nacional do Idoso, destaca-se a criação do Conselho Nacional do Idoso e o estabelecimento de normativas que dispõem das competências e atribuições relacionadas à garantia da proteção da pessoa idosa. No Estatuto do Idoso aparecem vários dispositivos voltados para a prevenção e repressão de violência e abusos cometidos a esse grupo social. Diante disso, percebe-se que as situações de violência, maus-tratos, desrespeito, abandono e negligência ocorrem na forma de violação dos direitos da pessoa idosa (MIRABELLI et al., 2015), o que para Berger e Cardozo (2013), sinaliza um retrocesso no campo social quanto às afirmações dos direitos humanos.

### 3.4 SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, o emprego das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) tem sido cada vez mais frequente na esfera da saúde pública com o pressuposto de propiciar uma melhor gestão das informações neste âmbito. Seguindo essa tendência, desde a década de 70, a saúde pública brasileira tem investido na criação dos chamados Sistemas de Informação em Saúde (SIS) na perspectiva da informatização dos dados (DANIEL, 2012).

Compreende-se por Sistemas de Informação em Saúde (SIS), instrumentos tecnológicos que ajudam os gestores da União, Estados e Municípios a processarem dados, favorecendo uma integração entre as três esferas de governo em prol de uma melhor gerência dos serviços ofertados. Tais dados por sua vez, revelam as características da situação de saúde da população, a exemplo da morbidade, mortalidade, demandas ambulatoriais e hospitalares,

entre outras. Portanto, uma vez processados, esses dados tornam-se informações fundamentais para o direcionamento da prestação dos serviços de saúde, monitoram o comportamento da população e apuram os mais variados agravos que atingem a mesma, de modo a proporcionar o planejamento das práticas e políticas públicas na área (DANIEL, 2012).

Segundo o MS, a Tecnologia da Informação (TI) tornou-se nos últimos anos uma ferramenta essencial para as organizações públicas brasileiras, configurando-se um importante instrumento no sentido de fornecer apoio e suporte ao processo de reformulação da saúde pública em que o país se encontra atualmente. Aponta-se como ponto principal da TI a efetiva aplicação das informações como suporte para o direcionamento das tomadas de decisões e das práticas por essas organizações (BRASIL, 2016a).

Para Araújo e Silva (2015) a informação é o alicerce da administração em saúde pública, pois norteia a implantação, supervisão e avaliação dos modelos de assistência em saúde, das medidas preventivas e das ações de controle dos agravos. Além disso, atendendo a um dos princípios organizativos do SUS, o da participação popular, conforme aponta o Ministério da Saúde, a ampla divulgação das informações em saúde não se resume apenas as contribuições mencionadas acima, mas também é uma estratégia que estimula a consciência subjetiva do cidadão e promove o controle social (BRASIL, 2016b).

Diante de tal relevância, e ao mesmo tempo, da identificação de muitas lacunas operacionais da gestão do SUS, surgiu à necessidade do poder Executivo Federal em formular uma política que visasse uma melhor governança no uso da informação em saúde e dos recursos de informática. Nesse contexto, no ano de 2004, criou-se Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PIINS), contribuindo para o fortalecimento do uso de Sistemas de Informação (SI) no cenário da saúde brasileira (BRASIL, 2016b).

Juntamente com as informações advindas dos sistemas surge o DATASUS, criado através do Decreto nº 100 de 1991, definido como um órgão que armazena grande quantidade de informações tendo a grande missão de estruturar, gerenciar e manter os diferentes tipos de SI desenvolvido no âmbito da saúde pública. Para tanto, o DATASUS, principal ferramenta construída para atender a demanda de saúde dos brasileiros, fornece as secretarias municipais e estaduais de saúde sistemas capazes de gerar informações elementares para o planejamento de uma gestão em saúde qualificada que atenda as peculiaridades de cada região (DATASUS, 2017). Portanto, vale ressaltar a importância de que estes sistemas sejam supridos de dados qualificados, pois é a partir das informações geradas nestes que se consolida o planejamento da oferta de serviços de saúde, conforme as necessidades e os recursos disponíveis (DANIEL, 2012 e LIMA et al., 2015).

De acordo com o site do DATASUS, desde a sua implantação, o mesmo vem desenvolvendo inúmeros sistemas que tem funcionado como instrumentos de suporte junto ao Ministério da Saúde na construção e no fortalecimento do SUS (DATASUS, 2017). Dentre uma gama de sistemas, além do SINAN e do SIH, é possível citar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). E em função do objetivo principal deste estudo, apenas o SINAN será descrito a seguir.

### 3.4.1 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Abath et al. (2014a) definem o SINAN como um SIS responsável pelo registro contínuo de dados acerca de doenças e agravos de notificação compulsória da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Teve sua regularização em 1998, por meio da Portaria nº 1.882. São objetivos do SINAN, o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificações em todo o território nacional pelas três esferas de governo. Quando notificados, estes dados são organizados e dispostos no site do DATASUS para serem acessados, observados e estudados (LAURINDO, 2016).

Os dados gerados pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) nas três esferas são coletados, transmitidos e disseminados pelo SINAN que é composto por 22 pequenos módulos configurando uma rede informatizada de apoio à pesquisa e análise de informações sobre as doenças notificadas. Assim, o mesmo contribui continuamente para a formulação do perfil da morbidade, e conseqüentemente, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal (LAURINDO, 2016).

Em seu estudo, Araújo e Silva (2013) apontam que apesar de apresentar suas limitações, o SINAN tem se revelado uma ferramenta fundamental para a Vigilância Epidemiológica (VE) e encontra-se em constante transformação, pois a cada dia surgem novas demandas que requer maior complexidade e também responsabilidade do MS em constituir um sistema de informação eficaz, capaz de subsidiar as tomadas de decisão. A alimentação desse sistema por sua vez, ocorre a partir do conceito epidemiológico estabelecido em torno das chamadas doenças e agravos de notificação compulsória.

Para tanto, define-se por notificação compulsória, a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, cumprida por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, diante de casos suspeitos ou confirmados de

doença, agravo ou evento de saúde pública, conforme estão definidos pelo MS, seguindo as normas técnicas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância Sanitária podendo ser imediata ou semanal. Sendo que qualquer cidadão que tenha conhecimento da doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória poderá comunicar à autoridade de saúde. E independentemente da forma em que for realizada, a notificação também deverá ser inclusa nos SIS (BRASIL, 2016a).

Conforme a Instrução Normativa nº. 2, de 22 de novembro de 2005, a qual trata de regulamentar as atividades da VS em relação à coleta, fluxo e alimentação do SINAN, todos os casos suspeitos e/ou confirmados das doenças que estão inseridas na Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), definida pela SVS/MS, deverão ser notificados por meio do SINAN. Para isso, a notificação deve ser feita com o preenchimento da Ficha de Notificação do SINAN, que deve ser usada como documento de uso padrão e obrigatório em todo o território nacional (BRASIL, 2005a).

Segundo Araújo e Silva (2013) o SINAN, desde a sua criação, está em processo de evolução, e constantemente novas versões do mesmo são disponibilizadas pelo MS. As alterações no sistema ocorrem conforme vão sendo realizadas as reformulações na composição da LDNC devido às mudanças no comportamento epidemiológico das doenças na população, a exemplo disso, é possível citar o momento em que este sistema passou a ser alimentado por dados de violência doméstica, sexual e outras violências gerados a partir do VIVA contínuo, conforme será descrito abaixo.

### 3.4.2 SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Na busca pelo aprimoramento da vigilância, prevenção e promoção de uma cultura de paz, em 2006, o VIVA foi implantado com objetivo de coletar dados e gerar informações sobre o comportamento de violências e acidentes, de modo a subsidiar a formulação das políticas públicas no âmbito da saúde e dos outros setores direcionados ao enfrentamento desses eventos. Sua criação surgiu da necessidade de se conhecer a realidade dos atendimentos de saúde realizados às vítimas de violência e acidentes, e de se ampliar o conhecimento das diferentes formas de violência. Pois até então, apenas os eventos graves e fatais podiam ser conhecidos pelos seguintes SI: SIH/SUS e SIM (BRASIL, 2017).

Por sua vez, o VIVA é constituído por dois componentes diferentes. O primeiro é representado pelo Viva Contínuo (Sinan), que capta continuamente dos serviços de saúde dados de violência doméstica, sexual, e/ou de outras violências interpessoais e

autoprovocadas; e o segundo apresenta-se como o Viva Inquérito, que realiza vigilância através de inquérito em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados (BRASIL, 2017).

As duas modalidades utilizam como instrumentos de coleta, respectivamente, a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no SINAN e a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema EpiInfo (BRASIL, 2016).

Inicialmente o VIVA contínuo foi implantado apenas nos serviços de referência para violências, como os centros de referência para DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Humana), ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros (ASSIS et al., 2012). No entanto, a partir de 2009, seus dados passaram a serem digitalizados no SINAN, promovendo sua expansão pelos municípios e unidades notificadoras (BRASIL, 2013b).

Apesar de nos últimos anos a notificação de violência encontrar-se em fase de evolução e expansibilidade pelo Brasil, o MS salienta que esse processo ainda acontece de forma muito heterogênea, e está condicionado a fatores como, a gestão local, capacitação dos profissionais, adesão à notificação pelos serviços, bem como a estruturação da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência. E para que aconteça de forma uniforme em todo o território nacional, ainda é preciso investir em capacitação de recursos humanos, planejamento, organização e articulação entre os serviços notificantes e a rede de atenção e proteção (BRASIL, 2017; BRASIL, 2013b).

No que se refere à implantação do componente VIVA contínuo, Abath (2014b), ao avaliar a inserção do mesmo no município de Recife, evidenciou existência de fatores contextuais que influenciam negativamente na efetividade deste sistema, tais como: o pouco investimento; o pouco conhecimento ou desconhecimento acerca desse instrumento; o não reconhecimento da violência como prioridade e o pouco de envolvimento da gestão com o VIVA contínuo; além da pouca participação do controle social na intervenção.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Segundo Gil (2002), a pesquisa consiste em um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo possibilitar a formulação de respostas para os problemas propostos.

Nessa perspectiva esta pesquisa trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Utilizaram-se dados secundários obtidos do SINAN/SUS, referentes à violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a pessoa idosa, disponíveis no DATASUS.

As pesquisas de natureza descritiva visam à descrição de uma determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Caracteriza-se pelo uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. No geral, assumem a forma de levantamento (GIL, 2002).

O estudo ecológico, segundo Lima-Costa e Barreto (2003), analisa dados globais de populações inteiras, comparando a frequência de doença entre diferentes grupos populacionais, durante o mesmo período ou a mesma população em diferentes momentos. Para os autores, nesse tipo de estudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo.

Quanto à pesquisa quantitativa, esta traduz em números opiniões e informações de modo que facilite sua classificação e análise. Ela lida com fatos, ou seja, com tudo aquilo que possa ser limitado e mensurado (KAUARK, 2010).

### 4.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Entende-se por população o conjunto de seres animados ou inanimados que possuam no mínimo uma característica em comum. Amostra é uma parte ou parcela, devidamente selecionada do universo (população), ou seja, um subconjunto do universo (LAKATOS e MARCONI, 2010).

A população alvo deste estudo foram pessoas idosas ( $\geq 60$  anos), residentes no estado da Paraíba. Desta população extraíram-se como amostra, idosos vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências de maus-tratos, identificadas por meio das notificações realizadas no SINAN – versão Net, no período de 2011 a 2014.

Situada no leste da região Nordeste, a Paraíba tem como limites o estado de Rio Grande do Norte ao norte, o Oceano Atlântico a leste, Pernambuco ao sul e o Ceará a oeste.

De acordo com censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) em 2010, a sua população total era de 3.766.528. Para 2016, a estimativa era de se ter 3.999.415 habitantes distribuídos em seu território de abrangência de aproximadamente 56.468,435 Km<sup>2</sup>. A população de idosos em 2010 era composta por 451.385 pessoas, das quais 247.664 eram mulheres e 195.437 homens. Mais da metade da população de idosos residiam na zona urbana (332.973), e somente 118.129 residiam na zona rural (IBGE, 2010).

#### 4.3 FONTE DE DADOS

Foram utilizadas as fontes oficiais de informações acerca da violência doméstica, sexual e/ou outras violências gerenciadas e disponibilizadas pelo MS, através do banco de dados do SINAN.

Os dados específicos de violência que alimentam esse sistema são captados por meio da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (anexo A), que contém variáveis sobre a vítima/pessoa atendida, ocorrência, tipologia da violência, consequências da violência, lesão, provável agressor, evolução e encaminhamentos. Tal ficha é preenchida nos serviços de saúde e em outras instituições notificadoras (asilo, centros de referência para vítimas de violência, centros de convivência) e os dados são digitados no SINAN Net em nível municipal para serem transferidos para as esferas estadual e federal compondo a base de dados nacional disponível pelo MS no site do DATASUS.

#### 4.4 DEFINIÇÃO DE CASO

No banco do SINAN NET, utilizaram-se todos os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências na Paraíba que atingiram indivíduos na faixa etária dos 60 anos ou mais no período de 2011 a 2014.

Determinou-se este período de coleta, por ser o ano de 2011, o momento marco em que a notificação compulsória dos casos de violência passou a ser universal em todos os serviços de saúde, e em todo o território brasileiro. Desse modo, compreende-se que foi a partir de então que um maior número de municípios passou a registrar esses dados com maior impulso e progresso. E se estendeu até 2014, por ser, dos mais recentes o mais completo disponível no momento da pesquisa.

#### 4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Nesse estudo, a fim de caracterizar o perfil sociodemográfico das vítimas, as variáveis utilizadas foram sexo (masculino e feminino); raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda e indígena); e escolaridade (nenhuma, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 ou mais, ignorado/branco).

Os tipos de violência cometidas contra essa população foram analisadas quanto a sua natureza: física, negligência/abandono, psicológica/moral, financeira/econômica, sexual, tortura, intervenção legal e outros.

As categorias com suas respectivas variáveis utilizadas para caracterizar as ocorrências estão dispostas a seguir:

- Meio de agressão (força corporal, objeto perfuro-cortante, ameaça, arma de fogo, envenenamento, objeto contundente, substância/objeto quente, enforcamento, outro meio de agressão e ignorado/branco);
- Local de ocorrência (residência, via pública, habitação coletiva, bar ou similar, comércio, escola, outros locais e ignorado/branco);
- Evolução dos casos (alta, evasão, óbito por violência, óbito por outras causas, ignorado/branco);
- Encaminhamento setor saúde (ambulatório, internamento, não se aplica, ignorado/branco);
- Violência de repetição (sim, não, ignorado);
- Lesão autoprovocada (sim, não, ignorado).

Para conhecer as características do agressor, investigou-se o vínculo deste com a vítima (filhos, parceiros, conhecidos, desconhecidos, irmãos, cuidadores, a própria pessoa, e outros); e o suposto uso de álcool.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho e agosto do corrente ano (2017), diretamente no banco de dados do SINAN acessando o site do DATASUS. Para tanto, à medida que as variáveis foram extraídas, construiu-se tabelas e gráficos para permitir melhor visualização e análise das mesmas.

#### 4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os resultados foram analisados no mês de agosto do corrente ano, utilizando o método de estatística descritiva, extraindo dados dos anos 2011, 2012, 2013 e 2014 referentes aos

casos de violência ocorridos entre idosos residentes na Paraíba. Depois de serem transportados para Microsoft Office Excel 2010 para elaboração de tabelas contendo o valor absoluto e percentual das variáveis, em seguida os dados foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

#### 4.7 DISPOSIÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A utilização das informações oriundas do SINAN/DATASUS é de livre acesso a toda população brasileira e as tabulações por eles geradas garantem os princípios éticos contidos na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), razão pela qual não há necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orientação recebida pela equipe técnica do DATASUS.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados oficiais mais recentes encontrados no DATASUS acerca da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a pessoa idosa na Paraíba, a presente seção irá tratar dos resultados e discussão.

No período entre 2011 a 2014, das 12.287 notificações de violência registradas na Paraíba pelo SINAN-NET, 977 corresponderam ao total de casos de violência praticados de forma exclusiva contra idosos, o que equivale a 7,9% de todos os casos notificados.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgados pelo IBGE (2010), mostram que a população idosa brasileira totaliza 20.590.599. Desses, 451.385 idosos estão na Paraíba, o que equivale a 11,9% da população paraibana, estimada em 3.766.528 habitantes. Esses dados em análise indicam que 0,2% da população idosa paraibana tiveram episódios de violência notificados no período do presente estudo. No entanto, é importante destacar que a magnitude desse fenômeno não pode ser expressa por essa prevalência.

Embora as notificações de violência no país tenham aumentado nos últimos anos, sabe-se que muitos casos ainda não são denunciados e estão subnotificados (BRASIL, 2015b). Portanto, muitas formas de violência contra a pessoa idosa nem sequer chegam a ser denunciadas aos órgãos de segurança pública, e muito menos aos órgãos da vigilância epidemiológica, contribuindo para o mascaramento da real situação. Isso conseqüentemente compromete a formulação de informações fidedignas acerca da frequência com que esse evento acontece na vida dos idosos, e ao mesmo tempo, configura-se um dos maiores desafios para o enfrentamento desse problema.

No mundo, alguns estudos apontam diferentes percentuais de prevalência desse fenômeno na população idosa. Na China, de uma amostra de 2.000 idosos, 36,2% relataram ter sido vítima de no mínimo um tipo de abuso (WU et al., 2012). No mesmo ano, um estudo no Egito, na zona rural da cidade de Mansoura, com 1.106 entrevistados, identificou que 43,7% sofreram maus-tratos por familiares (ABDEL; EL GAAFARY, 2012).

No Brasil e particularmente no estado da Paraíba, os trabalhos científicos sobre o tema são ainda muito incipientes. Uma tese de doutorado, ao investigar a violência em uma população de idosos cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família da cidade de João Pessoa, no período de julho a setembro de 2012, revelou dados preocupantes. Os valores de prevalência para risco, bem como, para ocorrência da violência foram alarmantes. Na amostra de 311 idosos entrevistados, a prevalência do risco para ocorrência de violência foi de 54,7%

e da violência consumada foi de 35,4%. Estima-se que a prevalência geral da violência contra o idoso na capital, tenha sido 20,95% (FLORÊNCIO, 2014).

Ainda de acordo com Florêncio (2014), mesmo que seus resultados não permitam generalizar toda a população, deve-se dar importância à gravidade que os números encontrados revelaram. A autora também ressalta a complexidade do reconhecimento da violência contra o idoso.

Na tabela 1 verifica-se a distribuição dos casos notificados de violência contra a pessoa idosa segundo os anos 2011, 2012, 2013 e 2014. Nesse intervalo de tempo observa-se que a frequência das notificações apresentou aumento considerável, revelando maior destaque nos anos 2012 com 35,1% (n=343), e 2013 com 48,9% (n=478).

**Tabela 1 – Distribuição do total de casos de violência contra idosos residentes na Paraíba, segundo os anos 2011- 2014**

<b>Ano</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
2011	51	5,2
2012	343	35,1
2013	478	48,9
2014	105	10,8
<b>TOTAL</b>	<b>977</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN /Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017)  
n - número absoluto; % - número percentual.

Sabendo que 2011 foi o período em que a notificação da violência passou a ser de caráter compulsório em todo o Brasil, espera-se que tenha sido a partir de então que os municípios começaram a trabalhar a notificação desse tipo de agravo. Tendo a hipótese de que nesse ano teriam iniciado a divulgação acerca do assunto, e que ações do tipo requer um tempo para se trabalhar o pessoal, sugere-se que o aumento identificado deve-se a maior adaptação e aprimoramento por parte dos serviços notificadores.

Resultados semelhantes a essa distribuição foi encontrado por Mendonça e Reis (2015) na pesquisa desenvolvida em Vitória da Conquista/Bahia. Os autores investigaram as características da violência contra mulheres idosas, a partir das denúncias feitas a Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM) daquele município, no período de 2012 a 2014. Na descrição do número de ocorrências, a maior quantidade foi registrada no ano de 2013. E identificou-se também, um decréscimo de denúncias no percurso de 2013 a 2014.

Assim como Mendonça e Reis (2015) argumentaram em seu estudo, acredita-se que o maior número de notificações tenha ocorrido em 2013 porque provavelmente coincidiu com a época em que divulgação do Estatuto do idoso foi trabalhada em maior escala com a

população idosa, contribuindo para o melhor esclarecimento desta, em relação aos seus direitos e reivindicações.

Na Tabela 2 estão descritas as características sócio-demográficas dos idosos e os tipos de violência segundo o sexo.

**Tabela 2 - Distribuição do total de casos de violência contra idosos segundo as variáveis demográficas e tipos de violência, Paraíba, 2011-2014**

Categoria de análise	Feminino (n=548; 56,1)		Masculino (n=429; 43,9)		Total (n=977; 100%)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Raça/cor da pele</b>						
Parda	454	82,8	388	90,4	842	86,2
Branca	53	9,7	16	3,7	69	7,1
Preta	10	1,8	5	1,2	15	1,5
Indígena	2	0,4	-	-	2	0,2
Amarela	1	0,2	-	-	1	0,1
Ignorado/branco	28	5,1	20	4,7	48	4,9
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>						
Nenhuma	100	18,2	79	18,4	179	18,3
1 a 4 anos	42	7,6	17	4,0	59	6,0
5 a 8 anos	93	17,0	67	15,6	160	16,4
9 a 11 anos	38	7,0	39	9,1	77	7,9
12 ou mais	20	3,7	9	2,1	29	3,0
Ignorado/branco	255	46,5	218	50,8	473	48,4
<b>Tipos de violência<sup>1</sup></b>						
Negligência/abandono	395	72,1	237	55,2	632	64,7
Física	133	24,3	191	44,5	324	33,1
Psicológica/moral	78	14,2	29	6,7	107	10,9
Sexual	15	2,7	1	0,2	16	1,6
Financeira/econômica	10	1,82	1	0,2	11	1,1
Tortura	9	1,6	2	0,4	11	1,1
Intervenção legal	1	0,2	-	-	1	0,1
Tráfico de seres humanos	-	-	-	-	-	-
Outra violência	8	1,4	8	1,8	16	1,6
Ignorado/branco	147	26,8	21	4,9	168	17,2

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN /Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017)  
n - número absoluto; % - número percentual

<sup>1</sup> Não totaliza 100%, pois trata-se de variável com múltipla resposta

Ao avaliar a variável sexo, a maior parte das vítimas trata-se de idosas. Constatou-se, que do total (n=977), 56,1% eram mulheres e 43,9% homens. Uma diferença de aproximadamente 12,2% (tabela 2). Além disso, ao observar a distribuição por sexo isolando

cada ano, percebeu-se que com exceção de 2014, em todos os outros anos o número de mulheres idosas vítimas de violência se sobrepôs ao número de homens idosos.

Na literatura, são muitos os estudos que mostram resultados nessa mesma direção. Dados do MS (BRASIL, 2015b) referentes a uma pesquisa que avaliou as notificações de violência no território nacional, evidenciaram que dos 11.378 registros de abusos contra idosos, 56,1% das vítimas eram representadas pelo sexo feminino. Vale destacar que a proporção maior de violência no sexo feminino não foi verificada somente nessa população, e sim, foi algo comum a todas as demais faixas etárias analisadas. Outros estudos, utilizando métodos diferentes, realizados no Piauí (GUIMARÃES et al., 2016), e nas capitais João Pessoa (FLORÊNCIO, 2014) e Florianópolis (BOLSONI, 2016) também descreveram que as idosas sofrem mais violência em relação aos idosos.

Segundo Duque et al. (2012), o fato da mulher sofrer abusos com maior frequência está provavelmente relacionado a própria questão de gênero aliada as situações de maior vulnerabilidade, as quais geralmente, as mulheres estão mais expostas do que os homens.

As pesquisas gerontológicas descrevem que as mulheres de idade avançada, quando comparadas aos homens, estão mais vulneráveis à pobreza, à viuvez e também à solidão. Além disso, elas sofrem mais com problemas de saúde e possuem menos chances de contar com um companheiro nessa fase da vida (BRASIL, 2014). Consequentemente, esses fatores somados a fragilidade resultante das alterações do processo de envelhecimento, contribuem para que a mulher idosa se torne um alvo fácil a sofrer maus tratos. Além disso, outro aspecto a ser considerado é que as mulheres são em maior número no mundo, e estão vivendo mais.

Em relação à categoria raça/cor da pele, verificou-se um maior número de pessoas idosas que se autodenominavam pardas (86,2%), tanto entre homens (90,4%) como entre mulheres (82,8%). A cor/raça branca esteve mais presente no sexo feminino (9,7%) quando comparada ao sexo masculino (3,7%). Enquanto que a cor/raça preta (1,5%), indígena (0,2%) e amarela (0,1%) expressaram-se em pequena maioria, mantendo-se praticamente na mesma distribuição em ambos os sexos. Houve um percentual de 4,9% para ignorados e branco nessa categoria (tabela 2).

Por sua vez, esses dados se ajustam com os do IBGE (2010), os quais evidenciaram que na Paraíba a maior parte dos indivíduos se autodefinem pardos (52,7%). Na sequência aparecem brancos (39,8%), pretos (5,7%), amarelos (1,3%), e apenas 0,5% indígenas.

Entre muitos estudos realizados em diferentes partes do país, autores como Silva et al. (2013), Florêncio (2014) e Paula (2015), ao realizar estudos em Recife/Pernambuco, João

Pessoa/Paraíba e Palmas/Tocantins, respectivamente, também revelaram que a maioria das vítimas que tiveram seus atos de violência notificados é da cor parda.

A alta prevalência observada entre os indivíduos pardos nesse estudo pode sugerir várias hipóteses. Para Neves et al. (2013), o elevado número de atendimento nos serviços de saúde a indivíduos negros (que compreendem pretos e pardos), por causas violentas, justifica-se pelas atitudes preconceituosas e discriminantes presentes na sociedade, as quais põem essas pessoas em situações de desvantagem, desvalorização e de exposição a maus tratos.

Belonet al. (2008) acreditam que achados como esses estão associados ao conjunto de fatores sócio-econômicos, comportamentais, estruturais e ao acesso aos serviços de saúde que implicam em distinções entre os sujeitos de diferentes raças/cores de pele. Além disso, acrescenta-se que por se tratar de uma informação autodeclarada por cada indivíduo, a descrição de uma população por tais características carrega consigo limitações e vieses sociais.

No que se refere aos anos de estudo, as variáveis mantiveram-se em patamares próximos para os dois sexos. Nos valores totais, chama atenção à categoria ignorado/branco ao ocupar um percentual de 48,4%. Em seguida, os que não possuem nenhuma escolaridade representaram 18,3%. Entre os que referiram algum grau de escolaridade, destacam-se os que estudaram de 5 a 8 anos (16,4%). Os menores percentuais corresponderam a (12 ou mais anos) de estudo, configurando 3,7% no sexo feminino e 2,1% no sexo masculino (tabela 2).

Na análise dessa mesma categoria entre as vítimas de violência que tiveram seus casos notificados na cidade de Recife/Pernambuco, notou-se que essa informação também foi ignorada na maioria das notificações (34,9%), apontando para o provável descaso que os profissionais de saúde demonstram ao preencher os espaços referentes ao campo escolaridade (SILVA et al., 2013).

Sabe-se que o elevado número de dados ignorados e brancos dificulta determinar o real perfil das vítimas estudadas. Assim, reconhecendo a relevância que essa variável escolaridade representa, uma vez que ajuda a mensurar a desigualdade social e sua associação com a ocorrência de violência, Silva et al. (2013) ainda mencionam a necessidade do treinamento para o preenchimento adequado das ficha de notificação desse agravo.

A análise das demais variáveis (anos de estudo) permite identificar o baixo nível de escolaridade entre os idosos. Dados sobre as taxas de analfabetismo no país, nos anos 2013 e 2014, evidenciam que o indicador aumenta conforme a idade avança. Nas pessoas de 60 anos ou mais, o percentual foi de 23,1% (IBGE, 2015).

Partindo do conhecimento que o índice de analfabetismo ainda continua sendo um desafio no Brasil, ao averiguar a relação entre o analfabetismo e a terceira idade, uma pesquisa desenvolvida no município de Sinop/Mato Grosso, diagnosticou que mais da maioria dos idosos entrevistados iniciaram a alfabetização, porém, não concluíram o ensino fundamental, tornando-se analfabeto funcional. Muitos relataram que não permaneceram nas escolas porque viviam no serviço árduo da roça, e não tinham apoio dos pais para seguirem com os estudos (ARRUDA; AVANSI, 2014).

Ainda na tabela 2, quanto à distribuição das notificações segundo os tipos de violência por sexo, observou-se que os principais abusos relatados foram: negligência/abandono (64,7%), abuso físico (33,1%) e violência psicológica/moral (10,9%). Já os resultados para abusos de natureza sexual (1,6%), financeira/econômica (1,1%), tortura (1,1%), e intervenção legal (0,1%) mostraram-se pouco expressivos. Com exceção do abuso físico, significativamente mais frequente entre os homens (44,5%), os demais tipos de violências apresentaram frequência maior entre as mulheres. A variável identificada por outra violência com o percentual 1,6%, manteve-se em proporções semelhantes para ambos os sexos. Nenhum caso de violência por tráfico de seres humanos foi registrado. E quanto à informação ignorado/branco, observa-se um percentual de 17,2% no total dos registros, sendo mais expressivo no gênero feminino (26,8%).

Realmente, em concordância com os dados expressos acima (tabela 2), uma análise, de abrangência nacional, feita sobre as notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra idosos no SINAN-NET, no ano de 2010, sinalizou que a agressão física, negligência/abandono e a violência psicológica/moral são os abusos mais comuns nessa população (MASCARENHAS et al., 2012).

Na realidade dos Estados Unidos, em 2008, mais de um em cada dez pessoas idosas declararam sofrer algum abuso. Sobre os tipos de violência, identificou-se abuso financeiro por parte da família (5,2%), negligência potencial (5,1%), abuso emocional (4,6%), abuso físico (1,6%) e abuso sexual (0,6%) (ACIERNO et al., 2010).

Concordando com o presente estudo, Pinto, Barham e Albuquerque (2013) também verificaram a negligência e o abandono como a principal forma de violência entre os idosos. Das 712 denúncias de maus tratos contra esses indivíduos, em uma cidade no interior de São Paulo, 85% deu-se por negligência/abandono. Oliveira et al. (2013) e Paraíba e Silva (2015), evidenciam essa violência como o segundo tipo mais frequente nessa população.

Sobre o elevado número de casos de negligência observado nas notificações, Assis et al. (2012) fazem uma ressalva. Os autores argumentam que a análise de informações dessa

natureza requer cautela, uma vez que casos de pobreza podem estar sendo erroneamente considerados como negligência.

Em contrapartida, a pesquisadora Paula (2015) comenta que a baixa notificação de negligência/abandono entre os longevos, inclusive identificada em sua Dissertação de Mestrado, revela preocupação, uma vez que durante sua atuação como Promotora de Justiça em cidades interioranas do Estado do Tocantins, por ano, o número de notícias de fato envolvendo essas formas de maus tratos contra idosos era relativamente alto.

O Manual de Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa fala de negligência e abandono de modo separado. Segundo este documento, dentre as várias formas que a negligência pode se manifestar na vida dos idosos, destaca-se a inadequação de moradias, o isolamento dessas pessoas em quartos, e na ausência ou precariedade de cuidados à saúde. São exemplos de abandono, privar o idoso do convívio familiar e social, deixá-los isentos de cuidados básicos à vida, ou leva-lo contra sua vontade a uma instituição de longa permanência (BRASIL, 2014).

Ao contrário do que foi visto no presente trabalho, muitos estudos no contexto da vida dos brasileiros detectaram a violência psicológica/moral como sendo a mais frequente na vida dos idosos. Dentre eles, destaca-se aquele realizado com a população cadastrada no Centro de Referência e enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (CEVI) do município de Teresina/Piauí, em que se detectou uma prevalência de 54,7% de violência psicológica, seguida de violência financeira/econômica (38,2%) (RODRIGUES, 2015). Em uma revisão integrativa que buscou o conhecimento científico produzido no Brasil entre 2005 e 2009 sobre maus-tratos contra idosos, Oliveira et al. (2013) também verificaram uma proporção maior de abusos de natureza psicológica, seguido da negligência.

Os dados da tabela 2, referente à violência física, corrobora com o que Aguiar et al. (2015) trazem ao analisar documentos oficiais gerados pelo Departamento de Atendimento a Grupos Vulneráveis na cidade de Aracajú/Sergipe, evidenciando esse tipo de violência como segunda principal mais comum entre as denúncias feitas por idosos. Já em estudos como o de Paraíba e Silva (2015), que também utilizou a base de dados SINAN-NET, esse tipo de violência foi a mais presente entre todas em ambos os sexos, representando 44,96% das notificações, seguida por negligência/abandono (29,64%).

Apontando para essa mesma realidade (tabela 2), outros autores também evidenciaram em suas pesquisas, que a violência física foi predominantemente mais frequente no gênero masculino (VELOSO et al., 2013). Da análise de 612 notificações de mulheres e homens com idade a partir de 60 anos, vítimas de violência física e sexual, na cidade de São Paulo, notou-

se uma prevalência maior entre homens (52,3%), do que entre as mulheres (47,7%) (RODRIGUES; ARMOND; GORIOS, 2015).

De certo modo, a agressão física anda de mãos dadas com a agressão psicológica, pois de acordo com Minayo (2014), a pessoa idosa cala-se diante dos abusos físicos e se isola para que as pessoas não notem esse tipo de sofrimento, acarretando em prejuízos na sua qualidade de vida e na sua integridade mental.

De fato, quando investigados na população idosa, pouco aparece os casos de abuso sexual, tortura, e violência por intervenção legal. Na pesquisa de Mascarenhas et al. (2012), os percentuais encontrados para esses abusos foram respectivamente, 3,7%, 3,3% e 0,3%. Já a violência financeira, esteve em 7,9% das notificações. Sobre a violência sexual, Oliveira et al. (2013) observaram a falta de indicadores pertinentes para identificar essa forma de maus-tratos em idosos.

Sobre o tráfico de seres humanos, Paula (2015) comenta que realmente não se fala com frequência desse tipo prática contra os longevos. No entanto, no que diz respeito à violência financeira, a autora chama atenção para o fato de que a baixa notificação desse abuso não remete a sua inexistência. Na percepção da autora isso pode ocorrer devido à dificuldade dos profissionais de saúde ou dos idosos em reconhecer esse tipo violência.

Sobre este tipo de violência, a exploração de denúncias registradas no Programa Alô Idoso, Fortaleza/Ceará, permitiu detectar um número considerável de violência econômica, expressando-se como terceiro tipo mais frequente tanto nas mulheres (46,5%), como nos homens (39,5%) (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

Verdadeiramente, sabendo da vulnerabilidade do idoso a ser lesado financeiramente tanto por familiares quanto por instituições tributárias, principalmente aquele com pouca escolaridade, custa acreditar que a violência financeira tenha estado presente em apenas 1,1% das notificações (tabela 2). Como geralmente abusos dessa natureza estão associados a outras formas de maus-tratos que produzem lesões ou até morte, como os físicos e psicológicos (BRASIL, 2014), uma hipótese para tão poucos casos é que esse tipo de violência pode ter sido mascarado em detrimento de outras que deixam marcas e causam mais comoção.

Na Tabela 3 estão apresentadas as características das ocorrências de violência contra o idoso segundo o sexo.

**Tabela 3 – Distribuição das notificações de violência contra os idosos segundo as características da ocorrência por sexo**

<b>Categoria de análise</b>	<b>Feminino (n=548; 56,1)</b>	<b>Masculino (n=429; 43,9)</b>	<b>Total (n=977; 100%)</b>
-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------

	n	%	n	%	N	%
<b>Meio de agressão<sup>1</sup></b>						
Força corporal	70	12,8	96	22,4	166	17,0
Objeto perfuro-cortante	13	2,4	38	8,8	52	5,3
Ameaça	41	7,5	6	1,4	47	4,8
Arma de fogo	12	2,2	35	8,1	47	4,8
Envenenamento	6	1,1	12	2,8	18	1,8
Objeto contundente	8	1,4	8	1,9	16	1,6
Substância/objeto quente	3	0,5	-	-	3	0,3
Enforcamento	1	0,2	2	0,5	3	0,3
Outro meio de agressão	401	73,2	240	55,9	641	65,6
Ignorado/branco	198	36,1	63	14,7	261	26,7
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	438	79,9	253	59,0	691	70,8
Via pública	35	6,4	93	21,7	128	13,1
Habitação coletiva	2	0,4	-	-	2	0,2
Bar ou similar	-	-	6	1,4	6	0,6
Comércio	1	0,2	-	-	1	0,1
Escola	1	0,2	-	-	1	0,1
Outros	4	0,7	9	2,1	13	1,3
Ign/branco	67	12,2	68	15,8	135	13,8
<b>Violência de repetição</b>						
Sim	59	10,8	11	2,6	70	7,2
Não	55	10,0	57	13,3	112	11,4
Ignorado	434	79,2	361	84,1	795	81,4
<b>Evolução dos casos</b>						
Alta	531	96,9	409	95,3	940	96,2
Evasão/fuga	2	0,4	-	-	2	0,2
Óbito por violência	6	1,1	9	2,1	15	1,5
Óbito por outras causas	-	-	3	0,7	3	0,3
Ignorado/branco	9	1,6	8	1,9	17	1,8
<b>Encaminhamento setor saúde</b>						
Ambulatório	411	75,0	324	75,5	735	75,2
Internamento	91	16,6	91	21,2	182	18,6
Não se aplica	27	4,9	4	0,9	31	3,2
Ignorado/branco	19	3,5	10	2,4	29	3,0
<b>Lesão autoprovocada</b>						
Sim	13	2,4	22	5,1	35	3,6
Não	467	85,2	366	85,3	833	85,3
Ignorado/branco	68	12,4	41	9,6	109	11,1

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN /Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017)  
n - número absoluto; % - número percentual.

<sup>1</sup> Não totaliza 100%, pois trata-se de variável com múltipla resposta

Observando a tabela 3, fica evidente a limitação em definir, de modo específico, o meio pelo qual os idosos mais sofreram violência, visto que 65,6% das notificações assinalam

a opção outro meio de agressão, e 26,7% ignorado/branco. Em seguida, tem-se que a força corporal ocorreu em 17,0% dos casos. Com frequência bem inferior seguem o uso de objeto perfuro-cortante (5,3%), ameaças (4,8%), arma de fogo (4,8%), envenenamento (1,8%), objeto contundente (1,6%), substância/objeto quente (0,3%), e enforcamento (0,3%).

A literatura costuma trazer a força corporal, ameaça e uso de perfuro-cortantes como as formas mais usadas para maltratar pessoas idosas. Em Brasil (2013a) as três formas de agressão representaram, respectivamente, 39,1%, 12,9% e 7,6% das ocorrências notificadas. Percebe-se no referido estudo que no sexo masculino também houve predominância de força corporal (39,9%) e do uso de perfuro-cortantes (11,2%), enquanto que nas mulheres, seguida da força corporal (38,4%), nota-se as ameaças (17,6%).

Assim, os baixos valores encontrados para essas três formas de agressão na presente pesquisa, sugere ter ocorrido uma subnotificação e/ou preenchimento incorreto desses campos, uma vez que não é justificável que se tenha um número tão elevado de casos de maus tratos usando meios de agressão não específicos, agrupados na categoria “outro meio de agressão”. Bem como, o número significativo de ignorados ou branco certamente favoreceu tal achado.

Uma investigação abrangendo 1334 boletins de ocorrência registrados no município de Porto Alegre em 2011, de abusos a idosos, revelou que 33,7% das vítimas relataram sofrer ameaça, principalmente por agressores do sexo masculino (CRIPPA et al., 2016).

Conforme aponta o Mapa de Violência 2013, os episódios relacionados a este agravo envolvendo uso de arma de fogo mostram-se bastante expressivos no Brasil, principalmente pelo alto crescimento das mortes que vem causando. No entanto, realmente essas ocorrências não são muito comuns na população mais envelhecida, e sim, os mais jovens são as pessoas mais vulneráveis a esse meio de agressão. No período de 1980-2010, o crescimento da mortalidade por arma de fogo na população jovem foi de 414%, excedendo o crescimento da mortalidade na população geral (WAISELFISZ, 2013).

Como observa-se na tabela 3, a residência revelou-se como o principal local de ocorrência do evento violento (70,8%). Os maus-tratos praticados em vias públicas representaram no total 13,1%, evidenciando-se mais no sexo masculino (21,7%). Nos demais ambientes, verificam-se percentuais pouco significativos. Em 13,8% das notificações o local foi ignorado ou não foi preenchido.

Corroborando para esses resultados, estudos descrevem o próprio domicílio e a via pública como os espaços onde mais frequentemente a pessoa idosa é acometida por violência. No que concerne à especificidade do gênero, dentro de casa as mulheres são mais violentadas

que os homens, enquanto que na rua, vê-se exatamente o contrário (BRASIL, 2005b). Acredita-se que por questões culturais, o idoso permanece mais tempo em via pública do que as idosas, tornando-se alvo mais comum nesse local.

Outro estudo traz a residência com 7,7%, Bar/Similares com 7,7%, Via Pública com 23%, e um elevado percentual de Ignorado/Branco (61,5%), demonstrando falhas no preenchimento desses campos nas fichas de notificações (SILVA et al., 2014).

Um dos argumentos que explicaria a maior frequência de violência no ambiente doméstico, tanto entre homens como em mulheres idosas, seria a existência de relações conturbadas no seio familiar associada ao imaginário social em que a velhice é marcada pelo desprezo e inutilidade, predispondo, portanto, o surgimento de relações conflituosas entre familiares e idosos, ou mesmo entre cuidadores e idosos (SILVA; DIAS, 2016).

Estudo feito com profissionais de saúde da Atenção Básica de Saúde de Juiz de Fora, investigando a percepção destes acerca da violência doméstica contra o idoso, apontou como principais determinantes para esse tipo de ocorrência as questões sociofinanceiras, os valores sociais, as dificuldades das pessoas em lidarem com o envelhecimento, o aumento da expectativa de vida, a correlação com consumo de álcool e outras drogas, e a falta da compreensão sobre o processo natural do envelhecimento (LOURENÇO et al., 2012).

Segundo Minayo (2014), o ambiente familiar, seguido das ruas e das instituições de prestação de serviços, é onde mais ocorrem abusos físicos como empurrões, beliscões, tapas, agressões com cintos, objetos caseiros, entre outros.

Apesar de neste estudo quase não se verificar casos de violência contra o idoso em habitação coletiva (0,2%), nesta categoria inclui-se ILP (BRASIL, 2016). Considerando que a institucionalização tornou-se uma realidade atual entre os idosos brasileiros, a ressalva aqui é feita no sentido de que frequentemente o tratamento que as ILP ofertam aos idosos revela-se em formas de violência (MINAYO, 2014). Muitas vezes esses ambientes não dispõem de infraestrutura adequada e de pessoal qualificado, favorecendo as situações de maus-tratos.

Os autores Lolliet al. (2013) ao realizarem um estudo em duas instituições na cidade de Maringá/Paraná, identificaram violência dos tipos agressão física, verbal e negligência.

No que se refere ao registro de violência por repetição (tabela 3), apenas 7,2 % das vítimas disseram ter sofrido, ou seja, que o evento violento já havia sido perpetrado anteriormente. No entanto, sabendo que a prática de abusos contra esses indivíduos geralmente se processa de maneira silenciosa, dificultando sua identificação, é de se pensar que esse fenômeno ocorra de forma repetida e contínua, especialmente em residências e

ILP's. Assim, acredita-se que a baixa notificação da violência repetida visualizada neste estudo tenha sido um reflexo do grande número de campos ignorados ou em branco (81,4%).

Nota-se que pesquisas abordando a repetição do ato violento em idosos ainda são muito escassas. Dentre os poucos estudos que abordam o assunto, Mascarenhas et al. (2012) identificam que as mulheres tem maior tendência em sofrer violência de repetição, semelhante ao que foi verificado no presente estudo (10,8%). Das notificações realizadas no país, entre 2009 e 2011, aproximadamente 33,0% dos casos de violência contra idosos tratavam-se de episódio por repetição. Essa informação foi até 15% mais presente no sexo feminino (BRASIL, 2013a),

O alto número de violência repetida também foi verificado em vítimas na população geral. De 65 casos notificados, 28 vítimas já haviam sido violentadas outras vezes. Apenas duas notificações ficaram em branco, e em quatro campos ficou ignorado (GALINDO; SOUZA, 2013).

Uma vez que a reiteração de maus-tratos perpetua, o sofrimento produz consequências ainda mais graves (PAULA, 2015). Assim, o não reconhecimento dessa realidade é preocupante e requer atenção.

Confirmando estudos como o de Paraíba e Silva (2015), grande parte dos casos notificados na presente pesquisa, teve a alta como desfecho final (96,2%), 0,2% evadiu e 1,5% foram a óbito por violência. No entanto, enquanto que naquele a maioria das vítimas foram encaminhadas ao setor de internamento (35,54%), no presente trabalho predominou o encaminhamento aos setores ambulatoriais (75,2%), e apenas (18,6%) dos idosos evoluíram para internamento. Nessas categorias não houve distinções significativas entre os sexos (tabela 3).

Resultados semelhantes também foram descritos pelos pesquisadores Cervantes, Joranada e Trevisol (2012), em que referem que 60,7% das vítimas de violência realizaram procedimentos ambulatoriais e 91,3% evoluíram para alta.

Quanto à ocorrência de lesões autoprovocadas observou-se um percentual de 3,6% entre todos os atendimentos, variando de 2,4% entre as mulheres a 5,1% entre os homens (tabela 3), semelhante ao que foi verificado em Brasil (2017) que também mostrou que esse tipo de notificação é mais frequente entre homens. Os casos marcados como ignorado/branco representaram 11,1%.

Na tabela 4 estão apresentadas as características das notificações tendo como referência o autor das agressões e o suposto uso de álcool, segundo o sexo dos idosos vítimas de violência.

**Tabela 4 – Distribuição das notificações de violência contra os idosos segundo as características do agressor por sexo**

Categoria de análise	Feminino (n=548; 56,1)		Masculino (n=429; 43,9)		Total (n=977; 100%)	
	n	%	N	%	n	%
<b>Vínculo entre agressor e vítima<sup>1</sup></b>						
Desconhecidos	24	4,4	87	20,3	111	11,4
Parceiros <sup>2</sup>	44	8,0	2	0,5	46	4,7
Própria pessoa	15	2,7	25	5,8	40	4,1
Filhos	24	4,4	12	2,8	36	3,7
Conhecidos	8	1,4	24	5,6	32	3,3
Irmãos	7	1,3	-	-	7	0,7
Pais <sup>3</sup>	5	0,9	1	0,2	6	0,6
Cuidadores	4	0,7	-	-	4	0,4
Outros vínculos	45	8,2	33	7,7	78	7,8
<b>Suposto consumo de álcool</b>						
Sim	36	6,6	21	4,9	57	5,8
Não	36	6,6	30	7,0	66	6,8
Ignorado/branco	476	86,8	378	88,1	854	87,4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN /Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017)  
n - número absoluto; % - número percentual. <sup>1</sup> Não totaliza 100%, pois trata-se de variável com múltipla resposta. <sup>2</sup> Inclui cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a), ex-namorado (a). <sup>3</sup>Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta.

Evidenciou-se que na maioria das notificações a informação referente ao tipo de vínculo entre vítima e agressor foi ignorada ou não foi preenchida. Isso refletiu nos pequenos valores identificados para esta categoria. Ao analisar a tabela 4, nota-se que os prováveis autores da agressão mais apontados são desconhecidos (11,4%), parceiros (4,7%), e a própria pessoa (4,1%). Com frequência bem menor estão os filhos (3,7%), conhecidos (3,3%), irmãos (0,7%), pais (0,6%) e cuidadores (0,4%). Em 7,8% das notificações, os agressores foram identificados como outros vínculos. Vale destacar que as mulheres sofreram mais agressões por parceiros (8,0%) do que por desconhecidos (4,4%), e nos homens ocorreu justamente o contrário, sobressaiu-se principalmente a agressão por desconhecido (20,3%) em detrimento de parceiros (0,5%).

Diante de do elevado número de casos sem a informação referente ao tipo de vínculo entre idoso e agressor, percebe-se a dificuldade dos profissionais em preencher devidamente esses campos. Essa situação foi bem mais agravante no estudo de Correia et al. (2012), em

que se detectou que entre 79 casos notificados, em apenas um havia a informação sobre o tipo de relação estabelecida.

Os autores Grilo e Júnior (2015) ressaltam que quanto mais dependente e mais frágil for o idoso, maior é o risco e a propensão deste sofrer maus-tratos, assim torna-se cada vez importante olhar com atenção para os agressores.

Um pouco distante do achado do presente estudo, a caracterização da violência contra o idoso em Aracajú/Sergipe, segundo as notificações realizadas entre 2011 e 2013, permitiu identificar o filho como principal responsável por causar violência em idosos (SOARES et al., 2015).

Nessa mesma perspectiva, Moura, Almeida e Brito (2011) descrevem que os agressores, em sua maioria, são pessoas da própria família, e mais uma vez os filhos são apontados como principal autor de maus-tratos a essa população. Para os autores, isso justifica o fato de muitos idosos sentirem-se envergonhados de admitirem a vitimização ou mesmo considerarem a situação de maus tratos como parte da dinâmica familiar. Corroborando com essa informação, uma pesquisa documental com 291 denúncias, revelou que 70,4% das vítimas residiam com familiares (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

Ao relacionar a tipologia da violência com o vínculo existente entre agressor e vítima, estudo realizado revelou que a violência financeira é especialmente surtida por companheiros e descendentes-homens. Destaca-se que mulheres representaram maiores casos de violência conjugal, e nos homens sobressaiu a violência filial (GIL, 2014).

Outro estudo revelou que 54,6% de idosos vítimas de abuso físico relatam ter sido agredido por familiares como (ex) cônjuges, (ex)companheiros, filhos, genros ou noras. Em relação às práticas de violência psicológica, sexual e financeira, esses familiares foram apontados como agressor, em respectivamente 44,1%, 37,5% e 14,3% dos casos (RAMOS, 2011).

No que toca ao suposto consumo de álcool, a categoria mais frequente foi ignorado/branco (87,4%), seguido de não se aplica (6,8%), e apenas 5,8% das notificações assinalam o suposto consumo (tabela 4).

O uso abusivo de álcool é descrito pela literatura como um fator desencadeador de vários problemas de ordem social, (SILVA, 2014), dos quais Vieira et al. (2014) destaca seu importante papel na promoção de atitudes violentas. E contexto das práticas de violência contra o idoso, tem sido sinalizado como um importante fator de risco.

Como detectaram Silva e Dias (2016), dentre as motivações contribuem para as ocorrências de maus-tratos contra essa população, predomina o uso de álcool, a proximidade física e a dependência financeira do agressor em relação ao idoso.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados aqui apresentados, conclui-se que o número de notificações por violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a pessoa idosa na Paraíba apresentou aumento considerável de 2011 a 2014. No entanto, presume-se que o número seja ainda maior uma vez que se trata de uma condição delicada, que geralmente os idosos sentem medo e vergonha de revelar, tendo em vista que muitas vezes o perpetrador é da própria família, dificultando a sua busca por ajuda para libertar-se do problema.

No período analisado, notou-se que o maior número de notificações foram obtidas nos anos 2012 e 2013. Observou-se que a violência contra a pessoa idosa foi mais prevalente no sexo feminino, os idosos se autodeclararam em sua maioria pardos, sendo principalmente vítimas de negligência/abandono seguido de abusos físicos, com meios de agressão não específicos, uma vez que na maioria das notificações predominou a opção outro meio de agressão.

Os idosos sofreram maus-tratos principalmente nas suas residências, sendo encaminhados na maioria das vezes para o atendimento ambulatorial, evoluindo para alta e poucos referiram ter sofrido lesão autoprovocada. Somente um pequeno percentual apontou para a existência de casos de violência de repetição. A maioria das notificações indicam os desconhecidos como principais agressores, no entanto, foi gritante a falta de dados sobre essa categoria, bem como de dado acerca do provável consumo de álcool, dificultando a caracterização dos agressores envolvidos.

De modo geral, a maior limitação para esta pesquisa revelou-se na deficiência do registro das informações, uma vez que se identificou um número elevado de casos ignorados ou em branco, para algumas variáveis. Essa falta de informações pode estar relacionada à ausência de treinamento das pessoas responsáveis pela coleta e consolidação dos dados, ou muitas vezes, por conta da alta demanda nas unidades de saúde ou pelo próprio descaso do por parte dos profissionais de saúde.

Apesar disso, considerando a escassez de estudos sobre essa problemática, especialmente na Paraíba, espera-se que o conhecimento do perfil epidemiológico das notificações de violência contra a pessoa idosa possa contribuir para o reconhecimento de como esse agravo tem se manifestado na vida dessa população, alertando gestores, profissionais de saúde e a própria população sobre a importância de realizar o monitoramento e a prevenção desse agravo. Além de revelar a necessidade do aprimoramento das notificações no SINAN-NET, uma vez que essa ação fornece subsídios essenciais para

capacitar os profissionais de saúde e fortalecer as redes de apoio no enfrentamento dos casos de violência contra os idosos.

Diante disso, recomenda-se que medidas, no sentido de orientar/instruir os profissionais de saúde sobre a importância de se realizar adequadamente o preenchimento das fichas de notificações, sejam tomadas. Sugere-se também o desenvolvimento de novos estudos abordando a temática, a fim de dimensionar com maior exatidão a real dimensão desse problema na Paraíba, bem como no país.

## REFERÊNCIAS

ABATH, M. de B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v.23, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00131.pdf>> Acesso em: 30 de jun. 2017.

ABATH, M. de B. **Avaliação da implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no Recife, Pernambuco**. Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 182p., Recife, 2014b.

Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10654>> Acesso em: 30 de jun. 2017.

ABDEL, R. T.T.; EL GAAFARY, M. M. Elder mistreatment in a rural area in Egypt. **Rev Geriatr Gerontol**. v.12, n. 4 p. 532-537, 2012.

Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0594.2011.00780.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=www.google.com.br&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0594.2011.00780.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)> Acesso em: 06 set. 2017.

ACIERNO, R. et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. **Rev. Am J Public Health**. v. 100, n. 2, p. 292-7, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/pdf/292.pdf>> Acesso em: 08 set. 2017.

AGUIAR, M. P. C. de. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju. **Rev. Esc Anna Nery**, Aracajú, v. 19, n. 2, p. 343-349, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0343.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2017.

ALBUQUERQUE, M. S. de; CACHIONI, M. Pensando a Gerontologia no Ensino Fundamental. **Rev. Kairós Gerontologia**, v.16, n.5, pp.141-163, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19001/1415223>> Acesso em: 23 de maio 2017.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Rev. Portal de divulgação**. v. 13, n. 40, p.8-15, 2014. Disponível em: <[http://anakarkow.pbworks.com/w/file/attach/98620316/2014\\_Alves\\_Transicao%20demografica%20transicao%20da.pdf](http://anakarkow.pbworks.com/w/file/attach/98620316/2014_Alves_Transicao%20demografica%20transicao%20da.pdf)> Acesso em: 23 mai. 2017.

ARAÚJO, M. P. de; SILVA, C. G. da. A importância do sistema de informação de agravos de notificação - SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. **Rev. Interdisciplinar em ciências e saúde**, Universidade Federal de Piauí, 2013. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/rics/article/view/2046>> Acesso em: 23 de maio 2017.

- ASSIS, S. G. de et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.
- ARRUDA, L. M. AVANSI, T. A. Analfabetismo na terceira idade: pesquisa do analfabetismo em Sinop - MT. **Revista Eventos Pedagógicos**. v. 5, n. 2 número regular, p. 435 - 442, 2014. Disponível em: <<http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/eventos/article/view/1425>> Acesso em: 11 de set. de 2017.
- BARLETTA, F.R. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. **Rev. Dir. sanit.** v.15 n.1, pp. 119-136. São Paulo, 2014. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82809/85764>> Acesso em: 02 de junho de 2017.
- BAUAB, J. P.; **O cotidiano, a qualidade de vida e a sobrecarga de cuidadores de idosos em processo demencial de uma unidade escola ambulatorial**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos. 101p, São Carlos, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6868/4888.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 03 de junho de 2017.
- BERGER, M. C. B.; CARDOZO, D. S. L. Violência contra idosos no contexto familiar: uma reflexão necessária. In: **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís 2013. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo9-poderviolenciaepoliticaspUBLICAS/violenciacontraidososnocontextofamiliarumareflexaonecessaria.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2017.
- BEZERRA, C. B.; ALMEIDA, M. I. de.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Rev. Bras.de Geriatria e Gerontologia**. Vol. 15, n.1. p.155-167. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/17.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2017.
- BELON, A. P. et al. Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 2008, Caxambu-MG. **Anais Eletrônicos**. p. 29-03, Caxambu-MG , 2008. Disponível em:<[http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332095072Diabetes\\_idosos.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332095072Diabetes_idosos.pdf)> Acesso em: 17 jun. 2017.
- BOLSONI, C. C. et al. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 671-682, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11074/12509>> Acesso em: 02 set. 2017.
- BONES, A. A. N. S. da et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. **Rev. ABCS Health Sciences**,v.40, n.3, p. 343-347, *Porto Alegre*, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/819/714>> Acesso em: 16 de jun. 2017.
- BORGES, J. P. A. Violência na Infância: perspectivas e desafios para a Enfermagem. **Rev. da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**,v. 14, n. 2, pp. 154-8, Uberlândia 2014.

Disponível em: <[https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n2/v\\_14\\_n\\_2\\_artigo\\_de\\_revisao-violencia\\_na\\_Infancia\\_perspectivas\\_e\\_desafios.pdf](https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n2/v_14_n_2_artigo_de_revisao-violencia_na_Infancia_perspectivas_e_desafios.pdf)> Acesso em 16 de jun. 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: É possível prevenir. É necessário superar.** p. 70, Brasília, 2014.

Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/publicacoes/violencia-contra-a-pessoa-idosa>>. Acesso em: 01 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>> Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**, 2015a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>> Acesso em: 24 de jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.** p. 462, Brasília, 2015b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)> Acesso em 01 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do Idoso – 3. Ed.** Brasília, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>. Acesso em: 01 de junho de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva):** 2009, 2010 e 2011, p.164, Brasília, 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf)> Acesso em 01 de maio de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011.** Brasília, v. 44, n. 9, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidemiologico\\_numero\\_9\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf)> Acesso em: 23 de jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva. **Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016.** Brasília, 2016a. Disponível em: <[http://datasus.saude.gov.br/images/0305\\_PDTI.pdf](http://datasus.saude.gov.br/images/0305_PDTI.pdf)> Acesso em: 25 de jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**, Brasília, 2016b, 56p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf)> Acesso em: 25 de jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2ª edição, P.92, 2016. Disponível em<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005**. Brasília, 2005a. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002\\_22\\_11\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html)> Acesso 29 de agos. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. 24p, Brasília, 2005a. Disponível em:  
 <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acao\\_enfrentamento\\_violencia\\_idoso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf)> . Acesso em: 01 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014**. 218 p., Brasília, 2017. . Disponível em:  
 <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes\\_2013\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2017.

CERVANTES, G. V.; JORNADA, L. K.; TREVISOL, F. S. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª Gerência Regional de Saúde de Tubarão, SC. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre , v. 56, n. 4, p. 325-229, 2012. Disponível:  
<http://www.amrigs.org.br/revista/56-4/1056.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017.

CRIPPA, A. et al. Violência, Crime e Segurança Pública Violência contra pessoa idosa a partir da análise de boletins de ocorrência. **Rev.Sistema Penal & Violência**.,Porto Alegre,v. 8, n. 2, p. 220-230, 2016. Disponível em:<  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/24134/15399>> Acesso em 05 set. 2017.

DANIEL, Vanessa Marques. **Os sistemas de Informação em Saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS: uma análise de estados brasileiros**. Porto Alegre, 2012, 212p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pós-Graduação Administração e Negócios, PUCRS. Disponível em: <  
<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/5664/1/448564.pdf>> Acesso em: 20 de jun. 2017.

DATASUS. Secretaria-Executiva/MS. **Departamento de Informática do SUS: Estrutura**, 2017. Disponível em: <  
<http://datasus.saude.gov.br/datasus/estrutura#>> Acesso em: 28 jun. 2017.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012. Disponível em:<   
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/30.pdf>> Acesso em: Acesso em 02 set. 2017.

FLORÊNCIO, M. V. Di. L. **Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB**. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Faculdade de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/6924>> Acesso em 01 set. 2017.

GALINDO, S. R. W.; SOUZA, M. R. de. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). **Rev. Bis**, v. 14, n. 3, p. 296-302, 2013. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1518-18122013000400007&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1518-18122013000400007&lng=pt&nrm=iss&tlng=pt)>. Acesso em: 10 set. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. Ed. São Paulo, Atlas, 2002.

GUIMARÃES, D. B. O. et al. Caracterização da pessoa idosa vítima de violência. **Rev. Enferm. UFPE [online]**, Recife, v. 10, n. 3, p.1343-50, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11074/12509> > Acesso em 01 set. 2017.

GRILO, P. M. S.; JÚNIOR, I. L. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais. **Rev. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**. v. 20, n. 2, p. 611-624, . Porto Alegre, 2015. Disponível em:<<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/50955>>Acesso em: 13 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Censo de 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/apps/sinopse/webservice/>> Acesso em: 01 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64529\\_apres\\_intr.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64529_apres_intr.pdf)>. Acesso em: 29 de agosto de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014 / IBGE**. p.102, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2017.

IRIGARAY, T. Q. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 33, n. 3, Campinas, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n3/0103-166X-estpsi-33-03-00543.pdf>> Acesso em 18 de julho de 2017.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. \_\_\_/ – Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Sociedade e Estado**. vol. 27.n.1 , 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo, Atlas, 2010.

LAURINDO, T. de S. **Perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência no estado do Rio de Janeiro entre 2009 a 2012**. Niterói, 2016. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/3608/1/TCC%20Thamyres%20de%20Souza%20%20Laurindo.pdf>> Acesso em: 27 de jun. 2017.

LEANDRO-FRANCA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Rev. Psicol. Ciênc. e PROFISSÃO**, v.34, n.2, pp.318-329, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n2/v34n2a05.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2017

LIMA, A. C. et al. DATASUS: o uso dos sistemas de informação na saúde pública. **Rev. Fatec zona sul**, v.1, n. 3, 2015. Disponível em:<<http://www.revistarefas.com.br/index.php/RevFATECZS/article/view/27/57>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, v.12, n.4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

LIMA, F. D. M. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 219-224, Salvador, 2014. Disponível em:<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11989>>. Acesso em: 31 de maio de 2017.

LOLLI, L. F. et al. Atos ocultos de violência praticados contra idosos institucionalizados em associação ao perfil de cuidadores. **Rev. BioscienceJournal**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 237-246, 2013. Disponível em<<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/13931/11993>>. Acesso em: 10 set. 2017.

LOURENÇO, L. M. et al. Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. . **Rev. Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 427-436, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n3/12.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 9, p.2331-2341, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n9/a14v17n9.pdf>> Acesso em: Acesso em 01 de maio de 2017.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. de A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 19-29, Brasília 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00019.pdf>> Acesso em: 17 de jun 2017.

MENDONÇA, M.; REIS, L. A. dos. Caracterização da violência contra mulheres idosas no município de Vitória da Conquista/BA. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. v. 4, n. 2, p.129-136, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/470/541>> Acesso em: em 01 set. 2017.

MIRABELLI, S. C. S. et al. O silêncio que oculta: violência contra a pessoa idosa. **Rev. Mais 60: estudos sobre envelhecimento**, v. 26, n.62, São Paulo, 2015. Disponível em: <[https://www.sescsp.org.br/online/artigo/9371\\_O+SILENCIO+QUE+OCULTA+VIOLENCIA+CONTRA+A+PESSOA+IDOSA](https://www.sescsp.org.br/online/artigo/9371_O+SILENCIO+QUE+OCULTA+VIOLENCIA+CONTRA+A+PESSOA+IDOSA)> Acesso em 01 de julho de 2017.

MINAYO, C. S. de. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Rev. Mais 60 - Estudos sobre Envelhecimento**. v.25, n.60, artigo 1 p. 10-27, 2014. Disponível em: <[https://www.sescsp.org.br/files/edicao\\_revista/c31b6bcb-842a-4b02-8a3c-cf781ab0d450.pdf](https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/c31b6bcb-842a-4b02-8a3c-cf781ab0d450.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MOURA, L. B. A.; OLIVEIRA, C.; VASCONCELOS, A. M. N. Violências e juventude em um território da Área Metropolitana de Brasília, Brasil: uma abordagem socioespacial. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3395-3405, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3395.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2017.

MOURA, J. G. A.; ALMEIDA, M. J. E.; BRITO, J. M. B. de. Perfil de casos de maus tratos registrados na Promotoria do Idoso, em 2008, na cidade de Belém/Pará. **Rev. Portal de Divulgação**. v. 7, n. 12, p. 24-48, 2011. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HeE6B3VKkcsJ:www.portaldoenvelhecimento.com/revista-ova/index.php/revistaportal/article/download/169/169+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em 13 set. 2017.

NERY, A. A. et al. Perfil epidemiológico da morbimortalidade por causas externas em um hospital geral. **Rev.enferm. UFPE online.**, v. 7, n. 2, p. 562-571, 2013.

NEVES, A. C. M. da et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 587-596, 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a05.pdf>> Acesso em: 17jun. 2017.

NOGUEIRA, C. F. N.; FREITAS, M. C. de; ALMEIDA, P. C. de. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 14, n. 3, p. 543-554, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300014)> . Acesso em: : 01 set. 2017.

OLIVEIRA, A. A. V. de et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 66, n. 1, Brasília, 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a20.pdf>> Acesso em 18 jul. 2017.

OLIVEIRA, A. C dos S.; NERES, C. A. **Perfil da violência contra a pessoa idosa no município Teresina-Pi**. Monografia (Bacharel em Enfermagem). Faculdade Santo

Agostinho), Teresina, 2012. Disponível

em: <[https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/tcc\\_diagramado\\_ana\\_celia.pdf](https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/tcc_diagramado_ana_celia.pdf)> .

Acesso em 31 de maio de 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Resumo**: relatório mundial de envelhecimento, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Tradução: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em:

<[file:///C:/Users/CICERA%20SARAIVA/Downloads/9789241564793\\_por%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CICERA%20SARAIVA/Downloads/9789241564793_por%20(1).pdf)>

Acesso em 15 de jun 2017.

PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. Ed. São Paulo, Atheneu, 936 p., 2007.

PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. e. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 18, n. 2., p. 295-306, Rio de Janeiro, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00295.pdf>>

Acesso em 05 set. 2017.

PAULA, C. A. de. **A notificação compulsória no ambiente da saúde dos atos de violência contra a pessoa velha: limites e desafios na cidade de Palmas**. Dissertação (Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos – Mestrado Profissional Interdisciplinar). Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2015.

Disponível em:

<<https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/108/1/Cynthia%20Assis%20de%20Paula%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em 31 mai. de 2017.

PEDRO, W. J, A., MENA-CHALCO, J.P. O envelhecimento na Sociologia brasileira contemporânea: notas preliminares. **Rev. Kairós Gerontologia**. vol.18, n. 19, pp.31-47. São Paulo, 2015. Disponível

em: <<https://revistas.pucsp.br//index.php/kairos/article/view/27239/19287>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J.; ALBUQUERQUE, P. P. de. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Rev. Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1159-1181, 2013. Disponível em: <

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n3/v13n3a18.pdf>> Acesso em 05 set. 2017.

RAMOS, F. S. **Os agressores de pessoas idosas**. Dissertação (Curso de Mestrado em Educação para a Saúde), Universidade do Porto. Porto, 2011. Disponível em:

<

aberto.up.pt/bitstream/10216/62267/2/Os%20agressores%20de%20pessoas%20idosas.pdf>  
Acesso em: 13 set. 2017.

RINCO, M.; LOPES, A.; DOMINGUES, M. A. Envelhecimento e vulnerabilidade social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.6, pp. 79-95, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17288/12828>>. Acesso em 03 de junho de 2017.

RODRIGUES, I. S. **Violência contra a pessoa idosa: realidades e desafios**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, p.108, Teresina, 2015. Disponível em: <<http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Ivalda-Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Viol%C3%Aancia%20contra%20a%20pessoa%20idosa.pdf>> Acesso em 05 de set. 2017.

RODRIGUES, C. L.; ARMOND, J. E. de.; GORIOS, C. Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 755-760, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt\\_1809-9823-rbgg-18-04-00755.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00755.pdf)> Acesso em: 01 jun. 2017.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Linha de cuidado para atenção integral à Saúde da pessoa em situação de violência**, 2015.

Disponível em:

<[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf)> Acesso em: 16 de jun. 2017.

SANTOS, H. dos. **A violência presente nas relações entre alunos e professores no contexto escolar: um estudo bibliográfico**. Araranguá (SC), 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Helen.pdf>> Acesso em: 15 de jun. 2017.

SCHRAIBER, L.B. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. Editorial Especial. **Rev. Saúde Social**, v.23, n.3, São Paulo, 2014. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88561/91438>> Acesso em: 15 de jun. 2017.

SILVA, R. F. et al. O perfil da violência notificada contra idosos na microrregião de Senhor do Bonfim-BA. **Rev. Ciência e desenvolvimento.**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 1, p. 171-183, 2014. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/266/180>> Acesso em: 01 set. 2017.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. Z. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf>> Acesso em: 01 set. 2017.

SILVA, M. A. A. da. **O impacto do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo: a intervenção do profissional da saúde de forma efetiva no tratamento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde as Família).

Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014. Disponível em:  
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4579.pdf>> Acesso em: 11 de set.  
de 2017.

SILVA, M. C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013.  
Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>> Acesso em 31 mai.  
2017.

SOARES, A. C. G. M., et al. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracajú. **Rev. Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**. v. 3, n. 2, p. 109 – 120, Aracajú, 2015. Disponível  
em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/1664/1116>> Acesso em: 18  
de junho de 2017.

SOUZA, M.; BARROS, A. L. R. de; SENRA, L. X. Idosos vítimas de violência: uma análise bibliométrica e sistemática. Revista científica da faminas. v. 10, n. 3, p. 76-92, 2014.  
Disponível em:  
<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J6EnxdJmRV0J:www.faminas.edu.br/download/baixar/468+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso 29 de agos. 2017.

SOUZA, A. S. S.; MEIRA, E. C.; MENEZES, M.R. de. Violência contra pessoas idosas promovida em instituição de saúde. **Mediações- Rev. de Ciências Sociais**, v. 17 n. 2, p. 57-72, Londrina, 2012. Disponível  
em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/14021/11832> Acesso  
em: 01 de julho de 2017.

UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa políticas: programas e rede de atenção à saúde do idoso: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**, 42p. São Luís, 2014. Disponível  
em:<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1728?show=full>>.  
Acesso em: 03 de junho de 2017.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 5, p.1263-1272, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n5/11.pdf>>. Acesso em: Acesso  
em: 01 set. 2017.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enfermagem**, v.22, n.2, p.370-8, Florianópolis, 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a13>> Acesso em 03 de junho de 2017.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres:

denúncias de vividos. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 3, p. 366-72, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>> . Acesso em: 12 set. 2017.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo.** Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO, 2013. Disponível em: <[http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013\\_armas.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf)>> Acesso em 05 set. 2017.

WEISHEIME; et al.; **Idosos da atualidade: aspectos sociais e cognitivos,** 2015. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/11310495-Idosos-da-atualidade-aspectos-sociais-e-cognitivos.html>> Acesso em: 03 de junho de 2017.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde,** p.60, ed.1, Brasília, 2005.

Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em: 01 de junho de 2017.

WU, L. et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. **Rev.PLoSOne.** v. 12, n. 3, p.338-57, 2012.

Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309016/pdf/pone.0033857.pdf>> Acesso em: 06 set. 2017

XAVIER, J. M. V.; QUEIROZ, L. F. R. Alterações morfológicas e funcionais no processo de envelhecimento. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 4. **Anais CIEH,** v. 2, n.1, 2015.

Disponível

em<[http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO\\_EV040\\_MD4\\_SA2\\_ID2014\\_08092015202826.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID2014_08092015202826.pdf)>. Acesso em 02 de junho de 2017.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y. ; MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Rev. Esc. Enfermagem USP,** v.47, n.2, p.433-9, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/23.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 03 de junho de 2017.

## ANEXOS

### ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

	República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde	<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL</b> <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS</b>	Nº _____		
<p><b>Definição de caso:</b> Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.</p> <p><b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.</p>					
Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)			
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Afetada	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade	10 Sexo	11 Gestação		
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Situação conjugal		
	15 Ocupação	16 Relações sexuais			
	17 Possui algum tipo de deficiência?	18 Número do Cartão SUS			
	19 Nome da mãe				
Dados de Residência	20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida...)			24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Local de ocorrência				
Dados da Ocorrência	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida...)			36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência		39 Ocorreu outras vezes?		40 A lesão foi autoprovocada?
	41 Meio de agressão		42 Tipo de violências		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2006

