



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ABIGAIL DE PAULO ANDRADE

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: UMA ANÁLISE DE CASOS E NOTIFICAÇÕES
DO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CEARÁ.**

FORTALEZA-CE

2013

ABIGAIL DE PAULO ANDRADE

**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: UMA ANÁLISE DE CASOS E NOTIFICAÇÕES
DO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CEARÁ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Gomes Bezerra
Filho

Co-orientadora: Prof. Dra. Regina Fátima
Gonçalves Feitosa

FORTAL EZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

A565v Andrade, Abigail de Paulo.
 Violência contra idosos: uma análise de casos e notificações do município de Sobral-Ceará /
 Abigail de Paulo Andrade. – 2013.
 142 f.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa
 de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.
 Orientação: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.

 1. Violência. 2. Idoso. 3. Vigilância em Saúde Pública. I. Título.

CDD 362.1

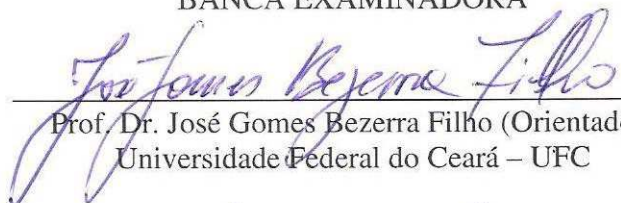
ABIGAIL DE PAULO ANDRADE

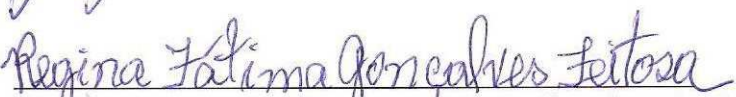
**VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: UMA ANÁLISE DE CASOS E NOTIFICAÇÕES
NO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CEARÁ.**

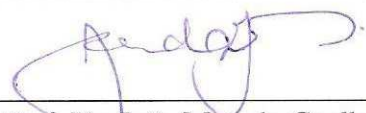
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

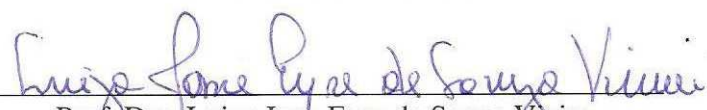
Aprovada em: 30/08/2013 às 9:00h


BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof. Dra. Regina Fátima Gonçalves Feitosa (Co orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Universidade de Fortaleza - UNIFOR


Prof. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú

FORTALEZA

2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus, que sempre iluminou os meus caminhos.

A minha família por sempre se preocuparem se eu estava bem, pelo amor, oferecendo ajuda, me apoiando e incentivando, mesmo que isso significasse estar longe deles, por me sustentar e pagar minhas contas quando fiquei sem a bolsa e desempregada.

Ao meu querido namorado, Alberto, que sofreu tanto quanto eu com esse processo, por sempre me apoio, incentivo, escutar meus lamentos, chamar minha atenção, enxugar minhas lágrimas, chorar comigo, corrigir meus trabalhos, por ter paciência comigo.

A tia Helena por me acolher em sua casa, em Fortaleza, durante esses dois anos e meio, pelas caronas quando eu ainda não sabia andar de ônibus e até depois disso, pela comida, pela atenção, pela sua diaristas, Valda, que lavava e engomava minhas roupas.

Ao meu orientador, prof. Gomes, pela oportunidade de realizar meu sonho de ser mestre.

A minha co-orientadora profa. Regina, pela ajuda, por me receber em sua casa, pela força e por ler meu trabalho mesmo estando doente.

A todos os professores e convidados do mestrado, pela grande contribuição na minha formação, não só como pesquisadora, mas como pessoa.

A banca de qualificação, prof. Alberto, prof^a. Augediva e Virna, pela grande contribuição na construção e aperfeiçoamento do meu projeto.

A secretaria do mestrado, na pessoa de Zenaide e Domiki, pelas informações, pela atenção, pela ajuda, pela paciência, pelo incentivo, pela amizade e pelas palavras de conforto.

Aos meus colegas de mestrado e companheiros de luta, pela valorosa contribuição na minha formação intelectual e pessoal, pela amizade e pela força. Albério, Adriano, Ana Ciléia, Cadú, Lígia, Fernanda, Cláudia, Jocélia, Laura, Lorena, Luzia, Magda, Pablo, Emílio, Lúcio, Germana, Vitor, Shirley, Shirlene, Sheila, Cleiton, Raquel, Silvana, Alciléia Daniele, Livia, Marcelo, Flávia, Gerônimo, Tatiana.

Aos colegas de mestrado de outras turmas, mas que também contribuíram.

A Flávia, pela amizade que não acaba com o fim do mestrado, por me ouvir, pela caronas, pelo carinho, pela atenção, pelas conversas, pelos cafés, por tudo.

As minhas colegas e companheiras de orientador, Francismeire, por acender a vontade em mim pelo mestrado, a Michele, pela atenção, pela ajuda e por me encaminhar ao mestrado, a Ivoneide, pela ajuda com os artigos, a Vilma, pelas oportunidades e pelas ajudas, Marinila, pelo carinho e pela força, Isabelle, pela disponibilidade, Rosa e Kelly, pela atenção.

Ao Núcleo de Pesquisa em Violência e Acidentes (Grupo de Ação pela Paz), as pessoas que passaram e deixaram suas contribuições, principalmente a enfermeira Ângela, pela pareceria.

A equipe do PET vigilância, grupo de violência contra idoso, os dois grupos de bolsistas, as enfermeiras, a Lilian, pela força e pela construção desse trabalho.

A Comissão Científica de Sobral, na pessoa do prof. Ângelo, pela atenção.

Ao Comitê de Ética de Sobral, na pessoa da profa. Maristela, pela agilidade, pela ajuda e pela atenção.

A todos os profissionais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Sobral, pelo excelente acolhimento, quando fui coletar meus dados. Principalmente a coordenadora Natália, pela disponibilidade em ajudar, a secretária Márcia, por separar as pastas de prontuários, aos psicólogos Silvia e Pablo, por tirarem minhas dúvidas sobre os casos, ao Assessor Jurídico Marcelo, por tirar minhas dúvidas jurídicas e dividir a mesa de estudo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, pela disponibilização dos dados necessários, principalmente ao Robério, pela atenção e por ter procurado e imprimido as fichas de notificação do sistema e a Lúcia pela atenção e ajuda.

A Secretaria de Urbanismo, patrimônio e meio ambiente de Sobral, na pessoa de Wellington, por disponibilizar o mapa de Sobral, por tirar minhas dúvidas sobre os endereços e pela gentil atenção.

A zoonose de Sobral, na pessoa de Lissandro, pela disponibilização dos mapas, pela atenção e pela construção dos mapas com os dados da pesquisa.

Ao bolsista de estatística Cícero, pela grande ajuda na análise estatística da pesquisa, pela atenção e pela paciência em ensinar.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão dessa fase.

Muito Obrigada!

RESUMO

O estudo teve como objetivo caracterizar a notificação de violência contra idosos no município de Sobral, Ceará. Trata-se de um estudo transversal, realizado com as notificações de violência contra idosos realizados pelo CREAS e/ou pelo setor saúde de Sobral, em 2011 e 2012. Catalogaram-se 311 notificações, que foram submetidas à análise descritiva e ao programa SPSS, para realizar a estatística bivariada e multivariada. O CREAS foi responsável por 98,1% de todas as notificações. 52,1% das denúncias foram realizadas pessoalmente, principalmente por familiares da vítima (28%) e em 49,8%, não foi solicitado anonimato. A situação de violência foi confirmada em 215 (69,1%) denúncias. Desses casos confirmados, 87,4% aconteceram na zona urbana de Sobral, com destaque para os bairros Centro e Sinhá Sabóia. Os casos de violência ocorreram principalmente na residência (95,8%), onde 35,8% dos idosos sofreram múltiplas violências. A tipologia mais frequente foi a psicológica (67,4%) e apresentou-se reincidência em 27,4% das situações. As vítimas foram principalmente do sexo feminino (65,6%), na faixa etária de 60 a 79 anos (68%), recebem aposentadoria (54,9%), mora com família (82,8%) e não apresentam dependência para AVD (49,3%). O agressor frequentemente era do sexo masculino (60,4%), na faixa etária de 30 a 49 anos (27%), filhos da vítima (63,7%), morando com ela (68,8%), utilizam álcool e/ou drogas (47,4%). Entre os casos concluídos foram necessárias 1 a 6 meses (43,5%) de acompanhamento, 1 a 5 visitas (75,5%) e foi obtida superação da situação de violência em 39,4% dos casos. Houve associação entre o tipo de violência e faixa etária da vítima ($p=0,00$), sexo do agressor ($p=0,00$) e residir ou não com a vítima ($p=0,00$). O modelo que se ajustou aos respectivos desfechos foi: os casos confirmados de violência: quando o denunciante é a própria vítima, ou uma pessoa da comunidade, ou instituição, não ser denuncia anônima, não ser negligência ou ser violência psicológica. Nos casos de violência exclusivamente do tipo psicológica: não apresentar dependência para AVD, o agressor ser do sexo feminino e a vítima não morar com familiares. No grau de complexidade da medida adotada ao agressor: sofrer violência psicológica ou financeira e o agressor ser filho da vítima. Para melhorar as notificações é necessário integração entre os serviços, uma maior capacitação dos profissionais, bem como estudos qualitativos sobre o tema. O combate da violência contra o idoso é construído com estudos investigativos, para obter dados fidedignos, que sirvam o suporte para políticas públicas eficientes; debates reflexivos; campanha educativa sobre o envelhecimento e divulgação das ações da rede, para a sociedade exercer sua cidadania contribuindo no combate da violência.

Palavras chaves: violência, idoso, vigilância da saúde

ABSTRACT

The study aimed to characterize the violence reporting against elderly in the city of Sobral, located in Ceará state, Brazil. It is a cross-sectional study made upon the violence reports against the elderly conducted by CREAS (social care local council) and by Sobral's health departments, through the years 2011 and 2012. 311 reports were categorized and submitted to descriptive analysis and the SPSS software, in order to conduct bivariate and multivariate statistics. CREAS was the one responsible for 98,1 % of all these reports. 52.1% of complaints were conducted in person, mostly by the victim's family (28%) and in 49.8% anonymity were not requested. The violence situations were confirmed in 215 (69.1%) complaints. 87.4% of these confirmed cases occurred in the city area, especially in the vicinities of Downtown and Sinhá Sabóia district. The violence occurred mainly at home (95.8%), where 35.8% of elderly people suffered multiple kinds of violence, the type which occurred most frequently was the psychological one (67.4%), and recurrence was presented in 27.4 % of cases. The victims were mostly female (65.6%), aged 60-79 years (68%) dependent on retirement income (54.9%), living with family (82.8%), and not dependent on ADL (49.3%). The abuser often were male (60.4%), aged 30-49 years (27%), son/daughter of the victim (63.7%), living with her (68.8%), and addicted to alcohol and / or drugs (47.4%). Among the cases closed, assistance from 01 to 06 months (43.5%) was needed, plus 01-05 visits (75.5%), after which the situation of violence was solved in 39.4% of cases. There has been an association between violence and the following elements. Age of the victim ($p = 0.00$), gender of offender ($p = 0.00$) and the continuous living with the victim ($p = 0.00$). The model fit to the outcome were: in confirmed cases of violence, it happened that when the complainant is the victim itself, or a person of its community, or a singular institution, there was no anonymous denunciation, neglect or psychological violence. In cases of psychological violence only, not related to ADL dependency, the offender is female and the victim does not live with relatives. The degree of complexity of the measure adopted against the offender: it suffers psychological or financial and is a son/daughter of the victim. To improve the notifications is necessary integration between services, better training for professionals as well as qualitative studies on the topic. The combat of violence against aged people is built with investigative studies in order to obtain reliable data, which serve to support efficient public policies; reflective discussions; educative campaign on Ageing and disclosure of network actions, for society exert its citizenship by contributing combating violence.

Keywords: Violence; Elderly; Health surveillance

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do município de Sobral-CE	49
Figura 2	Fluxo de dados em meio magnético do SISNET, 2009.....	50
Figura 3	Fluxograma dos casos de violência atendidos pelo CREAS.....	52
Figura 4	Distribuição dos casos coletados de acordo com a fonte.....	54
Figura 5	Triagem de dados para análise.....	54
Figura 6	Variáveis utilizadas na Análise Bivariada	58
Figura 7	Mapa das notificações de violência contra idoso, realizada na zona urbana, distribuídas por bairros na sede de Sobral, 2011 e 2012.....	62
Figura 8	Mapa das notificações de violência contra idoso, realizada na zona rural, distribuídas por distritos de Sobral, de 2011 e 2012.....	63
Figura 9	Mapa dos casos confirmados de violência contra idoso, ocorridos na zona urbana, distribuídos por bairros na sede de Sobral, 2011 e 2012.....	64
Figura 10	Mapa dos casos de violência contra idoso, ocorridos na zona rural, distribuídos por distritos de Sobral, de 2011 e 2012.....	65
Figura 11	Associações múltiplas de violência.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de notificações, segundo o ano, a fonte, o tipo e características da denúncia e a classificação final do caso, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE	61
Tabela 2	Distribuição das notificações, segundo a zona e a confirmação da situação de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	63
Tabela 3	Distribuição dos casos confirmados de violência, local de ocorrência, tipologia, quantidade de tipos e reincidência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE	66
Tabela 4	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo associações de duas tipologias de violência sofrida, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	67
Tabela 5	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo as características da vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	69
Tabela 6	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo a tipologia da violência e as características da vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	70
Tabela 7	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo as características do agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	72
Tabela 8	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo a tipologia da violência e as características do agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	74
Tabela 9	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo a conclusão dos casos e características do acompanhamento, CREAS e SINAN NET,	

	em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	75
Tabela 10	Distribuição dos casos confirmados de violência, segundo o tipo de armazenamento e grau de completude, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	76
Tabela 11	Associações entre casos confirmados de violência contra idosos e as variáveis independentes, relacionadas com a denúncia, o local de ocorrência e o tipo de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	77
Tabela 12	Associações entre casos confirmados de violência contra idosos e as variáveis independentes, relacionadas a vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	78
Tabela 13	Associações entre casos confirmados de violência contra idosos e as variáveis independentes, relacionadas ao agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	79
Tabela 14	Associações entre casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica e as variáveis independentes, relacionadas com a denúncia, o local de ocorrência e a reincidência da violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.	81
Tabela 15	Associações entre casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica e as variáveis independentes, relacionadas com a vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.	82
Tabela 16	Associações entre casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica e as variáveis independentes, relacionadas com o agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	83
Tabela 17	Associações entre as medidas adotadas ao agressor e as variáveis independentes, relacionadas com a denúncia, o local de ocorrência e o tipo de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.	85
Tabela 18	Associações entre as medidas adotadas ao agressor e as variáveis independentes, relacionadas com a vítima, CREAS e SINAN NET, em	

	2011 e 2012, Sobral-CE.	86
Tabela 19	Associações entre as medidas adotadas ao agressor e as variáveis independentes, relacionadas com o agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	87
Tabela 20	Modelo para os casos confirmados de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	89
Tabela 21	Modelo para casos de violência exclusivamente do tipo psicológica, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	89
Tabela 22	Modelo para a complexidade da medida adotada ao agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

95% C.I.	Intervalo de confiança de 95%
ART.	Artigo
AVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
B	Coeficiente de regressão
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMPI	Conselho Municipal da Pessoa Idosa
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSF	Centros de Saúde da Família
DATASUS	Empresa de Processamento de Dados do SUS
DE	Demanda Espontânea
DDH	Disque Direitos Humanos
DDM	Delegacia em Defesa da Mulher
df	Graus de liberdade
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Exp(B)	Odds Ratio
FASM	Fundação de Ação Social do Município de Sobral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM-B	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - por bairro
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LI	Limite Inferior
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LS	Limite Superior
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NUTEC	Núcleo de Tutela Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSE	Proteção Social Especial
R ²	R quadrado Nagelkerke
R\$	Reais
RAP	Risco Atribuível proporcional
RC	Razão de Chance
RP	Razão de prevalência

RR	Risco Relativo
S. E.	Erro padrão
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar
SER	Secretaria Executiva Regional
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIG	Valor de significancia
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Serviço Psicológico Aplicado
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
X ²	Qui quadrado
Wald	Valor da estatística de Wald

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Justificativa e relevância.....	21
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
3.1 Violência contra a pessoa idosa.....	25
3.2 Legislação brasileira e políticas públicas no enfrentamento da violência.....	32
3.2.1 Constituição Federal Brasileira de 1988.....	32
3.2.2 Política Nacional do Idoso.....	33
3.2.3 Estatuto do Idoso.....	34
3.2.4 Políticas Públicas na Saúde.....	35
3.2.5 Políticas Públicas na Assistência Social.....	36
3.3 Vigilância da violência contra idosos e obrigatoriedade da notificação.....	39
4 METODOLOGIA.....	49
4.1 Tipo e local do estudo.....	49
4.2 População alvo.....	52
4.3 Coleta de dados.....	55
4.4 Análise dos dados.....	57
4.5 Aspectos Éticos.....	59
5 RESULTADOS.....	60
5.1 Caracterização das notificações.....	60
5.2 Distribuição geográfica.....	62
5.2.1 Distribuição das notificações.....	62
5.2.2 Distribuição dos casos confirmados de violência.....	63
5.3 Caracterização da violência.....	65
5.4 Caracterização da vítima.....	68
5.4.1 Associação entre a tipologia da violência e as características da vítima...	70
5.5 Caracterização do agressor.....	71

5.5.1 Associação entre tipologia da violência e as características do agressor...	73
5.6 Caracterização do acompanhamento dos casos.....	74
5.7 Análise Bivariada.....	76
5.7.1 Associações entre os casos confirmados de violência e os potenciais fatores.....	76
5.7.2 Associações entre os casos de violência exclusivamente psicológica e os potenciais fatores.....	80
5.7.3 Associações entre o grau das medidas adotadas ao agressor e os potenciais fatores.....	84
5.8 Análise Multivariada.....	88
5.8.1 Modelo para os casos confirmados de violência.....	88
5.8.2 Modelo para casos de violência exclusivamente psicológica.....	89
5.8.3 Modelo para a complexidade da medida adotada ao agressor.....	90
6 DISCUSSÃO.....	91
6.1 Caracterização das notificações.....	91
6.2 Distribuição geográfica das notificações.....	92
6.3 Caracterização da violência.....	94
6.4 Caracterização da vítima.....	95
6.4.1 Associação entre a tipologia da violência e características da vítima...	103
6.5 Caracterização do agressor.....	101
6.5.1 Associação entre a tipologia da violência e características do agressor...	104
6.6 Caracterização do acompanhamento dos casos.....	105
6.7 Análise Bivariada e Multivariada.....	107
6.7.1 Desfecho dos casos confirmados de violência.....	107
6.7.2 Desfecho violência exclusivamente psicológica	108
6.7.3 Desfecho grau de complexidade das medidas adotadas ao agressor.....	109
7 CONCLUSÕES.....	111
8 LIMITAÇÕES.....	112
9 RECOMENDAÇÕES.....	113
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICE.....	125
APÊNDICE A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO SINAN.....	125
APÊNDICE B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO	

CREAS	127
APÊNDICE C – PRONTUÁRIO DO CREAS DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	128
ANEXOS.....	133
ANEXO A – ROTEIRO DA PESQUISA.....	133
ANEXO B – ANUÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL.....	138
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	139
ANEXO D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	142

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo comum a todos os seres, e, igualmente, uma fase natural da vida humana. Influenciado por múltiplos fatores (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros), confere a cada homem características peculiares para envelhecer. É, ainda, um processo dinâmico e progressivo no qual modificações tanto morfológicas quanto funcionais e bioquímicas podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o possivelmente mais vulnerável a agravos e doenças (SOUZA, SKUBS e BRÊTAS, 2007).

A população idosa tem apresentado um crescimento acentuado, desde o início do século XXI, nos países em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, duplicou-se o nível de expectativa de vida ao nascer, em relativamente poucas décadas. Vinculado ao acelerado aumento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo, deve-se acrescentar o recente interesse sobre a temática e os problemas que lhes dizem respeito. Esse fenômeno quantitativo reflete nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades (MINAYO, 2003).

São apontados os seguintes fatores para esta nova realidade social: o aumento da esperança de vida, a diminuição da taxa de mortalidade em todas as idades, mas em particular na faixa etária dos mais idosos, devido ao avanço dos cuidados sócio-sanitários e a uma diminuição da fecundidade nos últimos anos (LEITÃO, 2010).

O Relatório Mundial da Violência, da Organização Mundial da Saúde (OMS), traz em seu conteúdo a constatação desse fenômeno mundial relacionado à população idosa: em virtude do aumento da expectativa de vida do ser humano, prevê-se que, por volta de 2025, a população global de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos será mais que o dobro, passando de 542 milhões, em 1995, para cerca de 1,2 bilhão (OMS, 2002).

No contexto brasileiro, a composição etária vem apresentando constante aumento da proporção de idosos: em 1980 existiam 7,2 milhões de pessoas com idade a partir de 60 anos, enquanto em 2010 este contingente populacional chegou a somar 20,6 milhões, segundo dados dos últimos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Isto significa que, o número de pessoas idosas aumentou 2,9 vezes em 40 anos, chegando a representar 10,8% da população brasileira em 2010 (MASCARENHAS *et al*, 2012).

No Brasil, há estimativas de que, em 2020, atinja-se a notável marca de 32 milhões de idosos no país (LIMA-COSTA e VERASIL, 2003). No entanto, em 2003, já era possível afirmar que o país ocupava a sexta posição mundial quanto ao número de idosos (CARVALHO e GARCIA, 2003).

Neste momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece uma atmosfera de publicização das informações produzidas sobre eles, tornando-as um assunto obrigatório da pauta de questões sociais. (MINAYO, 2003).

O processo de envelhecimento acarreta uma co-dependência, que pode acabar ocasionando conflitos que ocorrem no âmbito familiar, institucional e no convívio social. Nessas circunstâncias, é comum acontecer o fenômeno da violência contra o idoso (FLORÊNCIA *et al*, 2007).

O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa resalta que “Violência, maus-tratos, abusos contra os idosos são noções que dizem respeito a processos e as relações sociais interpessoais, de grupo, de classe, de gênero, ou ainda institucionais, que causem danos físicos, mentais e morais à pessoa.” (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde assevera que a violência contra o idoso pode se originar igualmente de um viés involuntário, por meio de uma ação ou de uma omissão (OMS, 2002). Qualquer que seja a ordem do abuso, todavia, é certo que o mesmo resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso. Souza e Minayo (2010), informam-nos, ademais, acerca das várias faces deste mal: lesões físicas, psicológicas, sexual, negligência, autonegligência, abandono, violências financeira e econômica.

Em 2011, tivemos o total de 5.307 notificações de violência contra idoso no Brasil, representando 5% de todas as notificações de violência registradas. O Ceará neste ano se encontrou em 17º lugar entre os estados notificadores, com somente 37 notificações, enquanto São Paulo em 1º lugar realizou 1.353 (BRASIL, 2012 A).

Ainda sobre esses dados nacionais de 2011, relacionados à violência contra o idoso, a tipologia da violência que mais se destacou foi 63,3% física, 27,1% psicológica e 26,6% negligência/abandono. Vale ressaltar que, de todos os casos, 36% são violência de repetição, o que acentua a importância do acompanhamento das vítimas. Quanto ao agressor se sobressaiu

com 30% os filhos, 11% os desconhecidos e 9,2% se repetiu entre as opções: amigo, conjuge e a própria pessoa. Outra questão que chamou a atenção é que 22,6% dos casos houve envolvimento com álcool (BRASIL, 2012 A).

Novamente a respeito do Relatório Mundial sobre violência, revelou-se que a maior incidência de agressão ao idoso acontece no âmbito familiar, sendo que os fatores que mais contribuem para o aumento da vulnerabilidade são os seguintes: agressor vive no mesmo local que a vítima, dependência financeira entre pais e filhos, comunicação deficiente, isolamento do idoso e da família, vínculos afrouxados e falta de afeto nas relações familiares (OMS, 2002).

Concomitante à dependência gerada pelo declínio da capacidade cognitiva e física do idoso vem a exigência de cuidados específicos por parte dos cuidadores, que por sua vez, se sentem sobrecarregados. Isso acarreta assim uma condição de risco para a violência, posto que essa situação desencadeia o enfraquecimento do vínculo de solidariedade e afetividade entre ambos. Esse fato explica os casos de maus tratos envolverem frequentemente mais idosos dependentes do que independentes. Vale ressaltar que o grau de dependência entre cuidado e cuidador é um dos fatores mais importantes para ocorrência da violência doméstica, sendo essa dependência a situação que impõe a “lei do silêncio” ao indivíduo em situação de violência (MORAES *et al*, 2008).

Para se prevenir dessa situação, é importante a atenção do profissional de saúde para os sinais de sobrecarga dos cuidadores familiares que são: distúrbios de sono, perda de energia, fadiga crônica, isolamento, uso abusivo de substâncias, fumo, problemas físicos, alteração de memória, baixa concentração, agressividade, dificuldade de concentração (CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Depressão, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações que os vitimam e a viver em desesperança estão entre as principais consequências oriundas dos maus-tratos contra os idosos (MINAYO, 2003). Isto dito, não surpreende a conclusão de Lachs e Pillemer (2004), os quais, em pesquisa percuciente, atestam que o risco de um idoso submetido à violência morrer num período de três anos é maior quando comparado aos idosos que não sofreram tal situação. Os mesmos autores asseveram, igualmente, ser o tema de elevada importância, o que gera a necessidade de maiores estudos.

A família, por um longo período, era responsabilizada pelos atos de violência contra o idoso, porém o fenômeno do envelhecimento populacional desencadeou um processo designado como “elevação da consciência sobre os direitos dos idosos”, direcionando o olhar da sociedade para a questão do abuso aos idosos e aumentando a responsabilidade do estado (FLORÊNCIA *et al*, 2007).

Diante desse quadro, em 2001, foi realizada a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que define e estabelece como uma de suas diretrizes a estruturação da vigilância e monitoramento de violências e acidentes (BRASIL A, 2001).

Relacionado à violência contra o idoso, houve em 2003 a homologação da Lei Federal 10.741, mais conhecida como Estatuto do idoso, que apresenta no artigo 19, a obrigatoriedade da comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Com a finalidade de facilitar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violências e acidentes, em 2006, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2006). Em 2009, os dados obtidos pelo VIVA passaram a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Mas recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 104, que dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de violência, tornando-a obrigatória a todos os profissionais de saúde (BRASIL A, 2011).

A Unidade de Saúde da Família (USF), dentro da atenção básica, tem papel essencial no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois responde como porta de entrada do usuário no sistema, oportunizando à equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência. Além de esse espaço poder solucionar cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade (BRASIL, 2004).

Os profissionais da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) têm a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de maus-tratos às autoridades competentes, o que viabiliza a investigação e a ação dos serviços de proteção ao idoso onde estiver inserido (SALIBA *et al*, 2007). Neste sentido, os danos gerados em cada família podem ser minimizados pelo reconhecimento da violência intrafamiliar, interrompendo assim a continuidade desse ciclo (LOPES e PAIXÃO, 2007).

Em pesquisa realizada em Curitiba, os integrantes da equipe da ESF apontaram como os fatores que mais dificultam o rastreamento da violência intrafamiliar contra idosos, o fato de o idoso ocultar as agressões sofridas, a presença de doença mental e a comunicação deficiente dessa faixa etária. Outra situação que foi mencionada é a falta de um instrumento de identificação de violência específico para a terceira idade, de forma a contribuir com os profissionais em seu rastreamento (SHIMBO *et al*, 2011).

1.1 Justificativa e relevância

O aumento da expectativa de vida faz surgir interesse crescente entre diferentes setores da sociedade brasileira e traz a necessidade de tentar compreender as especificidades e as necessidades desse grupo populacional (FONSECA e GONÇALVES, 2003).

Segundo Nogueira *et al* (2011), estudos sobre essa temática tem relevância devido ao aumento do segmento de idosos em quase todos os países do mundo, da consequente visibilidade nas questões que circundam seu universo e da evidência de que a violência contra os idosos é um fato com o qual nos deparamos diariamente. Ela apresenta como um exemplo dos reflexos desta situação, a instituição do Dia Mundial de Combate à Violência Contra a Pessoa Idosa, celebrado no dia 15 de junho.

Conforme Minayo (2007), a violência em si não é uma questão de saúde pública. Transformou-se num tema de responsabilidade da mesma por comprometer a saúde individual e coletiva, sendo imprescindível a construção de políticas específicas, para o seu enfrentamento e prevenção.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, a prevalência de violência entre idosos, independente do tipo, foi estimada em 1,4% (IBGE, 2010). Foi encontrada uma prevalência de violência física de 10,1%, em um inquérito de base populacional realizado com idosos de Niterói (Rio de Janeiro) e 7,9% dos entrevistados referiram ter sofrido violência grave no ano anterior à pesquisa (MORAES *et al*, 2008).

Espíndola e Blay (2007), em revisão sistemática sobre a prevalência de maus-tratos na terceira idade, encontraram estudos geridos em diversas regiões do mundo, principalmente nos Estados Unidos e na Europa, que assinalavam a prevalência de abuso físico na população idosa variando de 1,2% (Holanda) a 18% (Finlândia).

Silva et al (2007) reforçam que a violência psicológica, por si só, podem causar graves problemas de natureza física, não só complicações emocionais. Algumas situações graves de saúde são detectadas, desenvolvidas pelo sofrimento psicológico. Dentre elas: dores crônicas (costas, cabeça, pernas, braços etc), síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares.

Do ponto de vista da saúde global, as diferentes formas de violência contra o idoso comprometem seriamente a sua qualidade de vida, acarretando somatizações e transtornos psiquiátricos diversos, bem como morte prematura. Além disso, em uma visão orgânica e institucional, vê-se a geração de gastos com os setores da saúde, seja pelo aumento do número de atendimentos ambulatoriais, seja por internações hospitalares (KLEINSCHMIDT, 1997; PAVLIK *et al*, 2001).

Em 2010, houve 150.106 internações no Brasil por causas externas dos quais 53% correspondentes a quedas. No Ceará, no mesmo ano, Sobral foi o segundo município com maior número de internações por causas externas, com a quantia de 396, ficando atrás somente de Fortaleza. Minayo (2004 A) ressalta que a reincidência de quedas no mesmo idoso pode ser indicativa da presença de maus tratos.

O impacto da violência contra o idoso no setor saúde pode ser notado também através dos indicadores de morbimortalidade divulgados pelo Ministério da Saúde. Em 2010, no Brasil ocorreram 23.168 óbitos de idosos por causas externas, representando 3,3% dos óbitos dessa faixa etária, ocupando o sétimo lugar nas causas de morte dessas pessoas. Dentre as causas externas, que englobam acidentes e violências, as agressões (1.967) e os eventos cuja intenção é indeterminada (2.951) somam 20,8% dos casos destes (BRASIL, 2012 B).

Nesta mesma fonte, observa-se a situação do Ceará, em 2010, que ficou em oitavo lugar dentre os estados com maior número de óbitos por causas externas, totalizando 1.008 mortes. Essa situação se torna mais grave quando lembramos que o número de pessoas na faixa etária maior de 60 anos vem aumentando gradativamente nos últimos anos, com tendência para atingir maiores índices (BRASIL, 2012 B).

Teve início na segunda metade do século XX a discussão sobre violência como assunto relacionado à saúde, devido as denúncias de profissionais da área em relação aos abusos perpetrados contra crianças, adolescentes e mulheres. Na maioria dos países, a

violência contra os idosos foi a última a ser contemplada nas agendas da política e da saúde (MINAYO, 2006).

No Brasil, somente a partir da década de 1990, o assunto ganhou visibilidade através da promulgação e regulamentação da Política Nacional do Idoso (1994) e, posteriormente, com a aprovação do Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e o Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2007). Apesar do problema da violência contra os idosos estar contemplado nessas Políticas Públicas, a trajetória de implementação das mesmas está apenas no princípio (VALADARES e SOUZA, 2011).

Um estudo de revisão sistemática apresentou um relevante aumento da produção científica relacionada à violência contra a pessoa idosa no decorrer da primeira década do século XXI, mas destaca a necessidade de se estar alerta para temas que vêm sendo pouco ou nada tratados. Pois somente o aumento da massa crítica permitirá que se estabeleçam as evidências mais importantes sobre os problemas e as soluções referentes à essa temática. Além da necessidade de se fazer uma ponte entre a teoria e a prática – e vice-versa – para que esse movimento pedagógico funcione como meio e veículo de adequação e aprimoramento do conhecimento e das políticas para esse grupo que tanta contribuição deu e dá ao país e merece respeito, cuidado e proteção. (MINAYO *et al*, 2010)

Assim, a realização de pesquisas e de debates sobre o tema, que é um fenômeno complexo e se apresenta como uma questão de saúde pública, se torna importante e é justificada diante de uma conjuntura propícia. Além do estudo investigativo favorece o debate e fornece subsídios para o combate à violência de modo eficaz (NOGUEIRA *et al*, 2011).

Diante da magnitude do assunto exposto e a dificuldades que muitos profissionais da área da saúde apresentam para realizar a notificação dos casos de violência, esse estudo gera as seguintes indagações: Existe subnotificação dos casos de violência contra o idoso nos serviços de saúde? Qual o perfil dos envolvidos na violência contra idosos? Existe associação entre o tipo de violência e as características da vítima e do agressor? O que está relacionado com a ocorrência dos casos de violência exclusivamente psicológica? Quais os fatores relacionados ao grau de complexidade da medida adotada ao agressor?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os casos e as notificações de violência contra idosos no município de Sobral-CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar a distribuição espacial das notificações;
- Investigar a existência da subnotificação no setor saúde;
- Descrever o perfil dos casos de violência contra idosos notificados;
- Identificar associação entre os casos confirmados de violência e os potenciais fatores;
- Verificar associação entre a violência exclusivamente psicológica e os potenciais fatores;
- Observar associação entre o grau de complexidade das medidas adotadas ao agressor e os potenciais fatores;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência contra a pessoa idosa

Nas últimas décadas, o mundo vem assistindo ao surgimento de um novo “grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, econômico, político etc.”, os idosos (OSORIO e PINTO, 2007).

Na análise da *ratio* idosos/jovens podemos perceber essa transformação. Em Portugal, de 1940 a 2005, passou-se de 20 idosos por cada cem jovens, para no ano de 2005 atingir uma relação de 107 idosos por cada 100 jovens. No Brasil, de 1980 a 2010, ocorreram 20 idosos para cada 100 jovens e, em 30 anos, chegou-se ao dobro da proporção. (LEITÃO, 2010; BRASIL, 2013)

Observa-se a diferença na proporção entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, porém nos dois casos há o aumento na população idosa. Essa diferença é encontrada dentro do próprio país, como por exemplo, no Rio Grande do Sul, de 1980 a 2010, onde a proporção passou de 23 para 55 idosos para cada 100 jovens e no Ceará, nesse mesmo período, temos respectivamente 23 e 37 (BRASIL, 2013).

O Brasil está entre os países que aumentam mais rapidamente o índice de envelhecimento, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, e haverá 46 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos, de acordo com projeções para o ano de 2025 (BRASIL C, 2009).

Desde 1950, a produção acadêmica sobre a velhice e o envelhecer tem se destacado, em decorrência da transição demográfica dos Estados Unidos e de vários países europeus (FÉLIX, 2009). No Brasil, a velhice vem recebendo maior atenção dos pesquisadores a partir da década de 1980 (PRADO e SAYD, 2006).

O fenômeno do envelhecimento nas sociedades tem sido abordado a partir de diversos olhares, subsidiários de diversas áreas do conhecimento. A perspectiva biológica define a velhice humana como “uma redução da capacidade funcional devido ao curso do tempo” (OSORIO e PINTO, 2007).

O envelhecimento na perspectiva psicológica é o período em que o declínio ocorre mais acentuadamente, considerando-se que durante a vida existem momentos de crescimento e de declínio. Esta perspectiva ainda descreve que, associada à velhice, está a ideia de desocupação, por oposição à ideia de trabalho. Em outra perspectiva, considera-se que o envelhecimento é também um processo cultural e social, sendo visto principalmente como uma alteração de atitudes e mentalidades, que vem mudando o papel dos idosos na nossa sociedade, perdendo estes um espaço de respeito e profunda importância pelo que representam em substituição da ideia de juvenilização da sociedade (LEITÃO, 2010).

Fernandes e Garcia (2012), ao analisarem, na visão do próprio idoso, a conceituação e a construção social da velhice, encontram que “o envelhecimento constitui um processo que, no plano individual, implica trajetórias de vida e, no plano coletivo, se constrói sob diferentes influências de ordem sociocultural”.

Essa população necessita de uma atenção especializada que deve considerar algumas peculiaridades, destacando-se: a presença de doenças crônicas, de comorbidades, o uso de vários medicamentos, desorientação, maior dificuldade para obter informação, menor limiar para suportar a dor, longa permanência hospitalar, maior suscetibilidade à infecção, dificuldade para punção venosa, dentre outras. Frequentemente, os idosos apresentam algum grau de dependência para locomoção e, devido à perda de mobilidade, permanecem mais tempo no domicílio, às vezes limitados ao leito, o que reduz a autonomia e aumenta o risco de acidentes e da ocorrência de maus-tratos (CAVALCANTI; SOUZA, 2010).

Acrescente-se a essa situação, alguns fatores complicadores desse período: o empobrecimento da população, a invalidez física ou mental do idoso, um padrão de vida prévio permeado pela relação de violência, o estresse do cuidador, seus problemas e dificuldades, a moradia conjunta, as perdas materiais, o isolamento social e a consequente diminuição de sua capacidade funcional e cognitiva (FONSECA e GONÇALVES, 2003).

A estrutura familiar vem sofrendo uma gradual reorganização ocasionada pelo processo de envelhecimento populacional. A criação de um ambiente onde a velhice não seja percebida de maneira negativa e as necessidades do idoso possam acompanhar o ritmo e estilo de vida dos demais integrantes da família, torna-se necessária mediante tal situação (BRUNO, 2005).

No Brasil, a família constitui o principal sistema de suporte do idoso. No mundo inteiro, as estruturas familiares estão sofrendo aceleradas modificações ocasionadas por diferentes motivos: separações; divórcios e novas uniões; instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho; maior tempo de vida das gerações e um aumento do contingente de viúvas, geralmente morando sozinhas nas cidades; idosos exercendo chefias de família e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho (KARSCH, 2003). A violência é um dos problemas gerados por estas modificações no seio da família (OLIVEIRA *et al* B, 2012)

O idoso é apresentado como um grupo vulnerável à violência, em vários estudos nacionais e estrangeiros sobre a velhice e o envelhecimento (SANCHES *et al*, 2008). Práticas violentas diversas, contra idosos dos mais variados grupos sociais, econômicos, étnicos e religiosos foi o resultado encontrado na análise comparativa entre culturas distintas em países diferentes (SOUZA *et al*, 2007).

A violência é um problema social e histórico que refere-se a processos e relações sociais e interpessoais e, como produto das relações humanas, é aprendido e reproduzido. Minayo e Souza (1999) assinalam a dificuldade em se conceituar a violência: “[...] principalmente por ser ela, por vezes, uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes uma resultante das interações sociais; por vezes ainda, um componente cultural naturalizado”.

Chauí, *apud* Araújo (2002), conceitua violência sob dois ângulos: em primeiro lugar, como câmbio de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com objetivo de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano como coisa e não como sujeito. Há violência, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio.

A Organização Mundial da Saúde define violência como o uso intencional da 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

A OMS (2002) também estabelece uma tipologia para a violência em três grandes grupos, conforme o agressor: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida),

violência interpessoal (intrafamiliar, doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

O Ministério da Saúde (B 2011) conceitua as naturezas da violência, referindo-se às modalidades ou à expressão dos atos violentos, que são adiante delineadas.

A violência física (servícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico), em que há atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.

A violência psicológica, na qual estão inseridas todas as formas de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.

A tortura, entendida como o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando lhe sofrimento físico ou mental com a finalidade de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa, provocar ação ou omissão de natureza criminosa, em razão de discriminação racial ou religiosa.

A violência sexual, onde se tem que qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.

O tráfico de seres humanos, que inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou a outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para remoção e comercialização de órgãos, com emprego ou não de força física.

A violência financeira ou econômica, expressa através de um ato que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores de outrem.

Por fim, a negligência (abandono), a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social de outrem.

Diz a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que, a violência, “pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países” (Minayo e Souza, 1999).

Os processos de produção e reprodução da violência são multicausais e complexos. A questão da banalização da violência é outro ponto que se deve destacar, uma vez que por vezes é vista como algo natural, restando às pessoas afetadas aprender a conviver com ela (ARAÚJO, 2002).

A violência contra o idoso é uma manifestação independente do nível socioeconômico e nas culturas ocidentais se é justificada pela concepção socialmente aceita, de que o idoso é considerado como algo descartável ou um peso social. Um “desejo social de morte” é nutrido por um segmento da população, que se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, maus-tratos e negligências nas esferas político-institucionais e, marcadamente, no âmbito do domicílio (MINAYO, 2003).

Os fatores de risco para o idoso com relação a situações de violência são, entre outros, as limitações cognitivas e físicas, isolamento social, fatores culturais como a aceitação da violência, discriminação de pessoas idosas, aglomeração na residência, ser portador de doença crônica, fragilidade nas relações familiares e histórico de violência familiar (QUEIROZ *et al*, 2010).

Os idosos, diante da violência doméstica podem ter como primeiras reações os sentimentos de medo, vergonha e até mesmo culpa pelo fracasso das relações, resultando muitas vezes na omissão do fato pela vítima e até mesmo a aceitação deste como acontecimento natural das relações entre os membros da família (RITT, 2007). As testemunhas e as vítimas não denunciam muitas vezes com medo dos agressores, sendo ameaçados por eles com o uso de mais violência. Como a outra face da violência, tem-se o medo que envolve a subjetividade, o imaginário, a precaução, o retraimento e a defesa (FALEIROS, 2007).

O idoso vítima de violência para garantir sua segurança acaba sendo incapaz de se defender, por se sentir permanentemente ameaçado. Além disso, hesitam em denunciar seus agressores, muitos por desconhecerem os serviços de assistência e proteção contra a violência e por não saberem ou mesmo terem medo de pedir ajuda (MENEZES, 1999).

Não são apenas físicas as marcas deixadas pela agressão contra as vítimas idosas, são também psicológicas e, às vezes, até morais. Parecem evidenciar o sentimento de incapacidade em lidar com os filhos, os netos, o companheiro, e em enfrentar o mundo que os cerca (MINAYO, 2005).

Nos atos violentos contra as pessoas idosas está presente o conflito geracional intenso. Deste modo, o momento atual é de considerar o percurso social das antigas gerações para análise interpretativa dos desafios e da conduta coletiva da geração atual (BRITO DA MOTA, 2010).

O *locus* privilegiado de moradia e cuidado dos idosos é a família, por isso, é preciso investir na sua competência para abrigá-lo com respeito e dignidade (BRASIL, 2008). Grossi e Souza (2003) complementam afirmando que é necessário a contribuição da sociedade, independentemente de estes receberem ou não o apoio de suas famílias, pois a responsabilidade dos familiares não deve ser a única alternativa de cuidado para o idoso.

O tema violência contra a pessoa idosa teve o início da discussão bastante recente, principalmente quando comparamos com os outros tipos. Baker (1975), em um periódico inglês, foi o primeiro a trazer a problemática da violência contra o idoso, trazendo a nomenclatura “espancamento de avós”. Enquanto a violências contra a criança, já apresenta levantamentos relacionando a com a saúde, desde o ano de 1880, com Tardieu. Além de registros desde a Antiguidade a preocupação com os castigos contra as crianças (ASSIS, 1994).

O acelerado crescimento desse segmento etário torna-se um fator de recente interesse de pesquisadores sobre o tema, sendo que na década de 90 a preocupação com a violência ganha prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor (MINAYO, 2003).

No Brasil, o tema da violência entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde, somente na década de 1980, em decorrência da magnitude da mortalidade em razão de causas externas, que passou à segunda posição entre as

causas de morte no Brasil. A OpaS e a Organização Mundial da Saúde começaram a falar especificamente do tema "violência" e não apenas "causas externas", oficialmente, a partir da década de 1990 (MINAYO, 2007).

Mesmo diante de tal quadro, inexistente no Brasil uma cultura de estudos e pesquisas acerca das causas externas de decréscimo da qualidade de vida do idoso, tampouco quanto às violências, as quais agregam candente maleficência à existência deste; é consenso que essa realidade carece de um olhar mais atento dos profissionais de saúde. Em nosso país, contudo, a população idosa não costuma ser prioridade nos estudos sobre as causas externas, em razão do predomínio dos jovens, que exibem altas taxas e grande número de casos (SOUZA *et al.*, 2007).

A falta de estudos metodologicamente bem delineados, no Brasil, gera a inexistência de informações científicas sobre o tema. Isto pode ser justificado, em parte, pelas dificuldades que envolvem estudos dessa natureza, encontrando obstáculos, sobretudo, no tempo e custos elevados (ESPINDOLA e BLAY, 2007).

Porém, em razão do crescente contingente de idosos no mundo, a preocupação com esta parcela da população vem aumentando (WANDERBROOKE e MORE, 2012). Analisando a violência contra idosos, estudo realizado por Minayo *et al.* (2011), traz que pesquisas discutindo a questão da violência nesta faixa etária ainda não são suficientes ao se considerar a pluricausalidade desta prática, todavia vem crescendo gradativamente desde a década de 90 até 2008.

No panorama atual, o perfil epidemiológico brasileiro vem sofrendo mudanças acarretadas pelas transformações vivenciadas em decorrência do acelerado processo de envelhecimento populacional. Somam-se a esse contexto as novas formas de arranjos domiciliares e o estresse da vida moderna, proporcionando à família, ao Estado e à sociedade grandes desafios a serem enfrentados (FONSECA e GONÇALVES, 2003).

A ocorrência de redefinições nas políticas de saúde voltadas à população idosa, principalmente no que diz respeito à atenção às doenças de caráter crônico e às ações e estratégias de prevenção e atenção integral no cuidado à saúde do idoso, foram impulsionadas por essa nova realidade (VERAS, 2009).

Os estudos sobre a construção social dessa temática fazem emergir da eloquente sociedade moderna uma discussão voltada aos diversos agentes da violência contra esse grupo etário: vítimas, agressores e cuidadores, trazendo para o centro da discussão, a formulação social da velhice e da violência (MINAYO *et al*, 2010).

3.2 Legislação brasileira e políticas públicas no enfrentamento da violência

O Brasil está se organizando para o envelhecimento de sua população estabelecendo dispositivos legais de amparo à pessoa idosa, dentre os quais os que estão presentes na Constituição Federal. Estes acabaram constituindo diretrizes para a criação da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, além do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), criado em 1º outubro de 2003 (OLIVEIRA *et al* B, 2012).

3.2.1 Constituição Federal Brasileira de 1988

O tratamento destinado pelo Estado brasileiro ao idoso, no âmbito jurídico, é regido tanto na Constituição Federal quanto em legislações inferiores. O texto constitucional, desde a sua elaboração em 1988, mantém previsões especiais de proteção, amparo, auxílio e garantia do bem-estar da pessoa idosa. Essa atitude, que implica na adoção de atitudes concretas, é derivada da consagração, pelo direito constitucional nacional, da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal tem papel muito importante quando se refere aos direitos dos idosos, destacando-se os aspectos gerais do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, traduzindo-se que toda pessoa tem direito a uma vida digna. Esse dispositivo, tão somente, já bastaria para que os direitos fossem respeitados, não só o direito dos idosos, mas os de toda a sociedade (FARIA, 2007).

O fato de a dignidade ser um dos pilares da república brasileira não é por acaso. A ordem constitucional vigente significou uma ruptura com um regime político de autoritarismo que durou mais de vinte anos. Assim, a proteção da pessoa idosa no Brasil é uma etapa lógica da implementação da dignidade, uma vez que, no panorama ético mundial, do qual a dignidade é parte integrante, a preservação da vida humana, em todas as suas etapas, é uma atitude imprescindível a ser cumprida pelos Estados Nacionais (FARIA, 2007).

O título VIII da Constituição, que traz vários regulamentos alusivos à sociedade civil e

suas relações com o poder público, compõe, no capítulo VII, as normas referentes à proteção da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso. É interessante a anotação que se faz logo no início do capítulo, no art. 226, quanto à família, qual seja, a previsão de que ela é a base da sociedade e, como tal, detém especial proteção do Estado. A partir deste trecho é possível depreender que os laços afetivos componentes de um grupo familiar recebem a chancela do Estado, isto é, são por ele reconhecidos e incentivados, pois levam à manutenção do tecido social. Dentre estes laços estão compreendidas, por óbvio, as ligações de dependência e auxílio mútuo existentes entre ascendentes e descendentes. Portanto, já ao classificar a família como célula-base da sociedade, a Constituição confere, implicitamente, um tratamento favorável ao idoso (BRASIL, 1988).

Mas o texto legal não se restringe a esta previsão sutil. Mais adiante, no art. 230, é dito que tanto a família quanto o Estado e a sociedade como um todo “têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Deste modo, todos os componentes do povo brasileiro são, por definição constitucional, responsáveis pelo amparo ao idoso (BRASIL, 1988).

3.2.2 Política Nacional do Idoso

A primeira grande legislação inferior de âmbito federal que cumpriu o papel de direcionar a atividade pública voltada ao idoso foi a Lei 8.842 de 1994, a qual, dentre outras providências, definiu a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

As normas constitucionais carregam um conteúdo diferenciado das demais normas, isto é, elas não são específicas. Por exemplo, viu-se que é dever de todos o amparo ao idoso, mas não nos é dito como deveremos proporcionar este benefício. A tarefa de nortear a efetividade da norma constitucional, neste caso, cabe a outras leis, estas infraconstitucionais, mais específicas e pontuais, como é o caso da lei descrita acima.

Esta lei trouxe importantes direcionamentos para o trato do idoso. Em primeiro lugar, ampliou a ideia constitucional de que a pessoa idosa é sujeito de direitos, afastou a noção de dependência irrestrita e consagrou a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Estabeleceu o limite de sessenta anos para a qualificação de idoso e dividiu entre os quatro entes federados, a saber, a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, a responsabilidade orçamentária pela criação e manutenção de ações e programas que garantam

a dignidade da pessoa idosa.

A Política Nacional dos Idosos tem por objetivo criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que irão envelhecer. Essa política procura impedir qualquer forma de discriminação de qualquer natureza contra os idosos, pois as transformações a serem efetivadas por meio desta política, são destinadas a eles (CIELO e VAZ, 2009).

3.2.3 Estatuto do Idoso

Os idosos tiveram um grande avanço para a garantia dos seus direitos com o capítulo IV da Lei Federal 10.741/2003, também conhecida como o *Estatuto do Idoso*, que é exclusivamente voltado para o Direito à Saúde dos indivíduos que se encontram sob a proteção desta norma (BRASIL, 2003).

Afirma o artigo 15 do Estatuto do Idoso, inserido no capítulo mencionado, que é

Assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Este preceito é aplicável de forma genérica a várias situações, as quais não poderão escapar de seu espírito norteador (o acesso do idoso de forma digna aos serviços de saúde), e dá ensejo a uma série de salvaguardas especificamente voltadas às necessidades especiais de que este grupo populacional é carente (BRASIL, 2003).

O artigo 19 desta lei já introduziu a obrigatoriedade da comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Nacional do Idoso. A responsabilidade da vigilância desse agravo, a partir desse momento, também passa para saúde (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso proporcionou uma maior consciência e informação em relação à violência contra o idoso, nas unidades de saúde, sociais e familiares. Contudo, por se tratar de um instrumento que historicamente tem pouco tempo de existência na legislação brasileira, é

importante descrever que existem limitações com relação ao Estatuto do Idoso (OLIVEIRA *et al*, 2012).

3.2.4 Políticas Públicas na Saúde

A Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso contribuem para prevalecer, como principal responsável pelo bem-estar do idoso, sobre o núcleo familiar a responsabilidade a respeito da proteção e o sustento de seus idosos. A questão dos maus-tratos, após a implementação do Estatuto do Idoso, passou a contar com um instrumento legal, com previsão de pena caso não seja respeitado (PASINATO *et al*, 2006).

O Estado não está desobrigado de um conjunto de atribuições que lhe são destinadas e que estão contidas nas políticas públicas, mesmo que o cuidado das pessoas idosas seja delegado primeiramente à família. Cabendo-lhe estabelecer normas, regras e leis para combater todo tipo de abuso de poder como os maus-tratos contra o indivíduo na sociedade (GAIOLI e RODRIGUES, 2008).

Esse tema atualmente traz preocupação aos diversos segmentos sociais e profissionais, impactando nas políticas públicas. Cada segmento traz uma abordagem teórica específica e metodologia própria, entre estes estão cientistas, gestores, planejadores, sanitaristas, economistas e profissionais de saúde (CANESQUI, 2010).

Os dois polos da vida (as crianças e os idosos) trazem a especificidade de necessitarem assegurar seus direitos e representarem faixas da população que merecem atenção especial, tanto do ponto de vista médico como jurídico e social, o que pode ser garantido através das políticas públicas (LAKS *et al.*, 2011).

Em 1994 foi instituída, através da Lei nº 8.842, regulamentada em 3 de julho de 1996 através do Decreto Presidencial nº 1.948, a Política Nacional de Atenção ao idoso (PNSPI) no Brasil. Teve início, assim, a discussão de políticas públicas voltadas para o idoso. (BRASIL, 1994).

As principais políticas públicas e portarias cujo foco é o idoso, além das que estruturam e organizam a rede de serviços públicos e conveniados do SUS são: Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Política Nacional de Atenção às Urgências, Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Pacto pela Saúde.

Souza e Minayo (2010) as analisaram, considerando principalmente uma investigação criteriosa das recomendações feitas no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), e observaram que o mais condizente com a realidade dos dias atuais é o Estatuto do Idoso, mas que este deveria ser norteadado pela PNRMAV.

Pensando na inclusão de questões específicas voltadas para o diagnóstico da situação de acidentes e violências e na inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SAI e SIH), a PNRMAV orienta para o registro contínuo, padronizado e adequado das informações sobre acidentes e violências. Além de preconizar o registro dessas informações nos atendimentos dos prontos-socorros e ambulatórios, através da criação de normas para padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, incluindo-se tipos de lesões e de causas externas (SOUZA e MINAYO, 2010).

De acordo com o que relata Lima *et al.*(2010), as determinações da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), se contemplam em suas diretrizes, em um quantitativo significativo, a sistematização, organização, reestruturação, consolidação e ampliação da assistência à saúde.

Na população brasileira foram planejadas e implementadas ações sociais diversas voltadas à proteção da população idosa, mas que ainda necessitam de reestruturação, segundo análise do artigo de Sousa e Minayo (TELLES, 2010).

3.2.5 Políticas Pública na Assistência Social

O sistema de proteção social teve um relevante marco no processo histórico de sua construção no Brasil, com a Constituição Brasileira de 1988, afiançando direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e estatal. Dessa forma, inscreveu-se definitivamente nos compromissos e responsabilidades dos entes públicos, o conjunto das necessidades dos cidadãos brasileiros de âmbito pessoal e individual, inaugurando no país um novo paradigma (SPOSATI, 2009).

A Assistência Social foi definida como política pública de direitos e não contributiva pela Constituição Federal de 1988, passando a compor o Sistema de Seguridade Social, ao

lado das políticas da Saúde e da Previdência Social, constituindo-se em “Política de Proteção Social” articulada a outras políticas sociais destinadas à promoção e garantia da cidadania (BRASIL, 1988).

A Assistência Social, quando reconhecida como política pública, dever do Estado e direito do cidadão que dela necessitar, teve os paradigmas e as concepções conservadoras de caráter benevolente e assistencialista rompidas. A Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/1993) assegurou a prioridade da responsabilidade do Estado na gestão, financiamento e execução da política de Assistência Social, ratificando e regulamentando os artigos 203 e 204 da Constituição Federal (BRASIL, 1993).

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS, foi aprovada, em 2004, ancorada nos dispositivos da Constituição Federal/88 e da LOAS, como resultado de um processo democrático e participativo de âmbito nacional, que envolveu amplo debate com representações de diversos segmentos da sociedade, (BRASIL C, 2005).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) foi aprovada, em 2005, com base na PNAS e regulamentou a organização em âmbito nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sistema descentralizado e participativo, que regula e organiza a oferta de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais em todo o território nacional, respeitando as particularidades e diversidades das regiões, bem como a realidade das cidades e do meio rural (BRASIL D, 2005).

Assegurou-se definitivamente, no país, a institucionalidade do SUAS, em 2011, com a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (Lei do SUAS), garantindo avanços significativos, dentre os quais pode-se destacar o cofinanciamento federal operacionalizado por meio de transferência automática e o aprimoramento da gestão, serviços, programas e projetos de assistência social (BRASIL C, 2011).

A Assistência Social garante a proteção social da população. Conforme destaca Sposati (2004), proteção social “se fundamenta na expansão de um padrão societário de civilidade que afiança um padrão básico de vida e respostas dignas a determinadas necessidades sociais”.

Dentro desta existe a Proteção Social Especial (PSE) que organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo o fortalecimento de

potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos e contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários (BRASIL D, 2011).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, como integrante do Sistema Único de Assistência Social, faz parte do âmbito de média complexidade da PSE, sendo responsável pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados, mas sem rompimento de vínculos (BRASIL B, 2006).

O CREAS constitui-se numa unidade pública estatal, de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados, promovendo a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar a ação para os seus usuários, envolvendo um conjunto de profissionais e processos de trabalhos que devem ofertar apoio e acompanhamento individualizado especializado (BRASIL A, 2013).

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, e aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, por meio da Resolução Nº 109 de 11 de dezembro de 2009, dentre os serviços oferecidos pelo CREAS há o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Este serviço é destinado à promoção de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direito (BRASIL D, 2009).

Foi a partir dessa legislação que os programas de assistência social se uniram em uma só instituição, o CREAS, em 2007. No caso do idoso, o que havia antes, em Sobral, desde 2002, era o Disque Idoso, organizado pela Prefeitura Municipal e Diocese de Sobral (CE), Associação Cearense Pró-Idosos (Acepi) e Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA) ligado à Fundação de Ação Social da Secretaria de Saúde e Ação Social, cujo objetivo principal era receber, registrar, classificar, encaminhar e acompanhar os casos de violência ao idoso (FREITAS e TEOFILO, 2010).

3.3 Vigilância da violência contra idosos e obrigatoriedade da notificação

O campo da saúde não encontra respaldo para remover as raízes do problema que é a violência, mas é lá que chegam suas consequências e onde, primeiro, pode-se visualizar seu alto poder destrutivo, onde as situações de agressão violentas ou potencialmente violentas enfrentadas pelos idosos podem ser identificados por olhares mais atentos (TAQUETE, 2007).

Agudelo (1997) em vários de seus estudos vem repetindo que a violência “representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Ou seja, as manifestações da violência são consideradas em geral pelo setor saúde e pelos seus profissionais como negativas para a sociedade e para os indivíduos (MINAYO, 2005).

A violência virou interesse da área de saúde por razão de dois fatores: a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos de cidadania e as mudanças no perfil de morbidade (MACHADO e QUEIROZ, 2006).

Na Política Nacional do Idoso não houve menção à violência, porém há a ênfase de que deve ser garantido o atendimento ao idoso, bem como menção à assistência pré-hospitalar, preventiva, de promoção e de recuperação, através de programas e medidas profiláticas, que precisam ser executadas pela rede de serviços públicos e conveniados do SUS (SOUZA e MINAYO, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) sofre pressão para adequação quanto ao atendimento dos idosos, já que se evidencia carência na operacionalização de seus princípios e diretrizes (SOUZA e CORREIA, 2010). Isto porque não se apresentam como prioridade as políticas sociais que envolvam os direitos humanos direcionados aos idosos em situação de risco. É nesse sentido que os serviços assistenciais de saúde corroboram com o acesso integral, ou seja, promovem ações em diferentes níveis aos idosos vitimados (LIMA *et al.* B, 2010).

Com relação à saúde mental, em razão de a violência abranger idosos que são vítimas de distúrbio mental ou por haver a possibilidade de envolvimento da saúde mental como um dos fatores desencadeantes para os maus-tratos, tanto relacionado ao idoso quanto aos seus cuidadores, enfatiza-se que “a violência pode estar vigente e exigindo a intervenção da rede de saúde mental” (VALADARES e SOUZA, 2011).

Ao analisar as características e operacionalização dessa assistência, considerando-se as ações preventivas de violência e acidentes neste grupo etário, Deslandes e Souza (2010), concluem que as ações integrais são incipientes, em raríssimos casos existe prevenção da violência, falta suporte para vítimas e agressores, e a resolução dos casos denunciados é ainda inconsistente em algumas cidades.

Com relação à rede de proteção aos idosos, tomando para discussão a saúde mental, psicossocial e física em seus aspectos preventivos, de promoção ou recuperação, Souza *et al.* (2008) em seu estudo, que tomou como referência a cidade do Rio de Janeiro, concluíram, entre outras considerações, que “há a necessidade premente do fortalecimento de redes formais e informais de apoio e proteção”.

Em seu estudo de revisão bibliográfica sobre a temática, Castro *et al* (2013) encontraram destaque, na relação violência/velhice/saúde nova abordagem voltada à legitimação dessa tríade no âmbito da saúde com enfoque no entendimento de que, no contexto da saúde pública, é possível “trabalhar” a violência neste grupo de maneira mais eficaz e menos onerosa. Assim, instiga-se a partir desta discussão a necessidade de ampliação de pesquisas que contemplem essa problemática, sendo também visível a necessidade de abordagens que tratem do processo saúde-doença do idoso que vive o fenômeno da violência, através de pesquisas de campo.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi incorporado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo definida, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

No Brasil, os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/ Datasus) servem de base para o Sistema de Vigilância Epidemiológica em Violência e Acidentes, pela sua qualidade e permitem o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Esses dados são rotineiramente analisados e as informações são divulgadas em publicações do Ministério da Saúde (BRASIL B, 2005).

As informações das internações hospitalares por causas externas realizadas no Sistema Único de Saúde (SIH/Datasus), também são monitorados. Essas bases são de acesso fácil,

disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Tais análises ressaltam o grande impacto que essas causas determinam sobre a vida e a morte dos brasileiros, colocando a questão na dimensão de um problema social que precisa ser mudado (BRASIL B, 2005).

A realização das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para realizar ação. A adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário é que garante a qualidade da informação (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a informação – capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2009 A).

O enfrentamento da violência deve ter início com o rompimento do silêncio, por meio da notificação das informações, sendo efetivo e cobrando efetividade de instituições parceiras, produzindo a “crença” de encadeamento de ações eficazes (ARPINI *et al.*, 2008).

Diante disso, o Ministério da Saúde, reconhecendo o grande impacto social, econômico e, em especial, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), promovido pelas violências e pelos acidentes, além da insuficiência de intervenções pautadas em ações preventivas e de promoção da saúde, assumindo a responsabilidade que tem no enfrentamento desses problemas, implantou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005).

Anteriormente, a vigilância dos casos de violência era realizada pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Bancos de dados que não possibilitavam encontrar os fatores associados ou planejar estratégias de prevenção da violência. Dessa forma, a verdadeira magnitude e a gravidade das violências sobre a saúde da população brasileira continuavam desconhecidas. Como resposta a essa demanda o Ministério da Saúde lançou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), elegendo, mediante critérios específicos, municípios prioritários para implantação (BRASIL, 2006).

Sistema que atendeu ao que determina a Lei nº. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), mais especificamente em seu artigo 19: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde” (BRASIL, 2003). Recentemente, a redação anterior foi alterada pela Lei nº. 12.461/2011: “os casos de suspeita

ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles” (BRASIL, 2011).

O VIVA possui dois componentes: vigilância contínua e vigilância por inquérito. O primeiro componente consiste na captação contínua pelos serviços de saúde de dados sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências (GAWRYSZEWSKI, 2006). O segundo tem como objetivo principal caracterizar as vítimas de violências e (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros) atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais e municípios do Brasil, em turnos sorteados, no período de trinta dias consecutivos. Já foram realizados 4 inquéritos, nos anos de 2006, 2007, 2009 e 2011. (BRASIL C, 2013)

Os dados do VIVA Contínuo, no período de 2006 a 2008, eram digitados no aplicativo Epi Info 3.5.1. A partir de 2009, os dados passaram a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – versão Net (Sinan Net), o que facilitou a expansão do VIVA (BRASIL B, 2011).

Os dados são obtidos através das notificações. Notificação é definida como “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes”. A notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, que auxilia, na maior parte dos casos, o desencadeamento do processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009 A).

O artigo 19, da Lei nº 10.741/2003, prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória. Os serviços de emergência e os postos de saúde merecem atenção especial, por se constituírem as principais portas de entrada de vítimas de maus-tratos (GOMES e VIANNA, 2008)

No caso das violências, o profissional deve preencher a ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, ao identificar qualquer tipo de violência. Essa ficha é composta pelas variáveis: vítima/pessoa atendida, ocorrência, tipologia da violência, consequências da violência, lesão, provável agressor, evolução e encaminhamentos. A ficha é preenchida nos serviços de saúde e outras fontes

notificadoras como asilos, centros de convivência, centros de referência para vítimas de violência (MASCARENHA *et al*, 2012).

Uma das mais recentes medidas adotadas pelo Ministério da Saúde foi a publicação da Portaria 104, em 2011, com o intuito de reafirmar a importância da notificação da violência. Este documento no artigo 7º menciona que “A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975”, ou seja, passou a ser um agravado de notificação universal em todos os serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2011).

Porém é preciso ressaltar que nem todos os casos de violência contra os idosos chegam ao conhecimento dos serviços de saúde, conforme tem sido observado em vários estudos. Isto se deve ao fato de que grande porção da violência contra a população dessa faixa etária é cometida pelos familiares no ambiente doméstico, o que dificulta a denúncia e a notificação dos atos abusivos pelos idosos. (MINAYO B, 2004; SOUZA, 2006; SOUSA 2009)

Outra questão são os profissionais da saúde que frequentemente não investigam a existência de violência na vida do idoso durante o atendimento, seja por não se sentirem capacitados a fazê-lo, seja porque não existem protocolos, o que leva à conclusão de que a rede de serviços não está preparada para acolher, escutar, tratar e encaminhar o idoso, o que contribui para o subregistro das ocorrências. (SOUZA *et al*, 2008)

A subnotificação dos dados sobre os casos de violência na terceira idade, acarretando a ausência de dados importantes, por exemplo, como e onde ocorreu a agressão, identificação do agressor, os fatores de risco que levaram à violência, além da não divulgação pelos sistemas de informação, pode facilitar o aumento destes na sociedade (SHIMBO, 2008).

A validade e a confiabilidade das informações do ponto de vista acadêmico são temas de preocupação, embora exista por parte do Ministério e da maior parte das Secretarias Estaduais e Municipais uma busca insistente de melhorar a qualidade dos dados (MINAYO, 2005).

É preciso ressaltar que, embora imperfeitas, o conjunto de fontes de informação e os esforços importantes que têm sido realizados para sua compatibilização são o bastante para a produção de políticas de âmbito nacional, pois apresentam indicadores de magnitude, de fatores de risco, de grupos mais vulneráveis e de tendências, ainda que imperfeitos (MINAYO, SOUZA, 2003).

A violência doméstica tende ser compreendida pelos profissionais de saúde como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. As disciplinas, na maioria dos cursos da saúde, não contemplam em suas ementas aspectos relacionados com a violência e mesmo muitos programas de educação continuada para profissionais de saúde não abordam esta questão. Isto contribui para a falta de preparo destes profissionais para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas (OLIVEIRA *et al* B, 2012).

Minayo (1994) aponta que devido às formas amplas e complexas que a violência assume, ocasiona a subnotificação, em razão da dificuldade da captação dos casos. Igualmente, a vítima sofre pressão por parte da família e dos agressores, com o objetivo de evitar que seu depoimento traga transtorno legal. Some-se a isto a banalização da violência, naturalizada no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social.

Sanches *et al.* (2008) destacam que “há uma grande dificuldade em estudar a violência na velhice nos moldes propostos pela saúde até então”. Este problema baseia-se na complexidade quanto à definição da terminologia para descrever a violência contra idosos.

Minayo (2004), menciona que, dentre as dificuldades de estudar a violência contra o idoso e sua relação com a terminologia, está a inclusão desta na categoria causas externas, nos estudos epidemiológicos, contudo, há de se considerar que violência e causas externas não são sinônimas. A violência é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas de aniquilamento de outrem ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais, sendo o termo “mau trato” sinônimo de “abuso”.

Mesmo com as Políticas Públicas para o enfrentamento da violência familiar oferecendo orientações nos documentos que as compõem sobre o tema, não é de fácil manejo para os profissionais da saúde, pois se necessita de compreensão e abordagem integralizada,

haja vista que estes ainda recebem pouco ou nenhum preparo para lidar com a questão (BONFIM *et al*, 2010). Por outro lado, quando se trata de indicar medidas que guiem os profissionais na identificação e no manejo dos casos de violência contra o idoso, a produção de conhecimento nas áreas humanas e da saúde ainda é incipiente. (WANDERBROOCKE e MORE, 2012)

A construção de significados acerca do que constitui violência familiar contra idosos e a identificação de quais destes encontram-se em situação de vulnerabilidade, é uma das questões que se coloca nesse sentido, uma vez que os significados acerca dos fenômenos guiam as condutas profissionais, ampliando ou restringindo as possibilidades de ação em relação aos problemas (RIFFIOTIS, 2006).

O fato de que a violência não existe enquanto fenômeno objetivo deve ser considerado como uma particularidade nesse processo, mas a sociedade a constrói através dos significados atribuídos aos fatos, eventos, ações, relacionamentos e valores que são reconhecidos como problema em determinadas circunstâncias e momento histórico específico, ou seja, os significados construídos em torno das violências são dinâmicos e mutáveis (MINAYO, 2006).

A tarefa dos profissionais de saúde não se torna mais fácil após a reflexão desenvolvida acima. Ao contrário, mostra a necessidade de trabalharem não só com modelos epidemiológicos, mas de incluírem a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos, das ações e dos processos violentos. Torna-se igualmente fundamental aprofundar a importância e o papel da subjetividade e das determinações sociais nas escolhas de possibilidades, por menores que sejam as opções dos indivíduos (MINAYO, 2005).

A questão da violência na velhice exige atenção profissional das mais diferentes áreas, pois a construção social referente a esse tema revela uma problemática antiga que vem se tornando cada vez mais grave e comum, constituindo um problema social que atravessa gerações (RODRIGUES *et al*, 2010). Assim, em qualquer contexto de atuação para efetivo cuidar, é preciso qualificação profissional na assistência ao idoso (CASTRO *et al*, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família pode colaborar para tornar o fenômeno violência mais visível, em virtude da prática de inserção profissional no cotidiano das comunidades e das famílias, e também porque tem a transformação social como princípio norteador, baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (APRATTO JÚNIOR e MORAES, 2010).

Os profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária, têm atuação fundamental na promoção da saúde à população e detecção precoce de situações potencialmente prejudiciais ao bem-estar biopsicossocial, como as que envolvem violência familiar contra o idoso. Essa modalidade de assistência pode fortalecer a rede de suporte social para as pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente, os idosos que geralmente utilizam esses serviços com maior regularidade, por permite o acesso, proximidade e continuidade da atenção à população (WANDERBROOCKE e MORE, 2012).

A violência intrafamiliar contra idosos é uma das mais comuns referidas pelos integrantes da equipe ESF, ao identificar as formas de reconhecimento desta, é uma das maneiras primordiais, que se tem de identificar se está ocorrendo violência, e se essa ocorrência estiver presente, as formas como os maus-tratos estão ocorrendo (SHIMBO *et al*, 2011).

As equipes da ESF criam condições e estimulam a participação dos usuários nos processos educativos, orientam a participação comunitária e o controle social para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como no planejamento e na avaliação da assistência ao idoso (LOPES e PAIXÃO, 2007).

É preciso apreciar os motivos que dificultam o reconhecimento da violência, porque só através deste será encontrado caminho para prevenção e tratamento dos males praticados contra idosos (CASTRO *et al*, 2013).

As ações de saúde em relação à violência contra os idosos têm como um dos aspectos que dificulta colocar em prática é que a maior parte ocorre nas famílias. Os dados de pesquisa revelam pontos de convergência a este respeito e indicam que: a) os principais agressores são os filhos homens, noras, genros e cônjuges; b) há uma forte associação com o uso de álcool e drogas; c) relação de dependência financeira entre pais e filhos; d) história de violência na família, e, e) sofrimento mental e psiquiátrico, entre outros. Aumenta a dificuldade em revelar os abusos sofridos, devido aos vínculos de afeto e dependência entre o idoso e o agressor familiar, fazendo com que grande parte dos maus-tratos permaneça silenciada, em função do medo de retaliação ou vergonha do ocorrido (MINAYO B, 2007).

São de grande importância os casos notificados, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção. Além do mais, a responsabilidade do profissional

de saúde em notificar a violência emerge com a notificação, em especial a doméstica, e as possíveis implicações legais e éticas decorrentes da não notificação desses casos (SALIBA *et al*, 2007).

Os estudos dos quais trata este tópico evidenciam também responsabilidade em identificar a presença do fenômeno dos profissionais que lidam com esse público nos serviços de saúde e, mais ainda, denunciar como reforço a ampliação da cidadania do idoso e como respaldo profissional não permitir a convivência ou a omissão. (CASTRO *et al*, 2013)

Em recorte de uma pesquisa interinstitucional, realizada no período de 2006 e 2008, sobre o atendimento ao idoso vítima de violência e acidentes nos serviços da rede SUS, constatou-se alguns obstáculos na notificação dos casos. Através de entrevista com 20 profissionais de saúde do Rio de Janeiro, percebeu-se que alguns entrevistados distinguem violência de maus-tratos, além de relatar a inexistência dessa situação no seu serviço, mesmo todos tendo relatos de casos de idosos submetidos a violência. Isso implica na subnotificação de casos devido ao desconhecimento dos profissionais, ou, talvez, por receio em reconhecer determinadas condições como violência (CAVALCANTI E SOUZA, 2010).

Ainda nesse estudo evidenciou-se que para efetivar a obrigatoriedade da notificação é necessário oferecer um suporte maior para as intervenções, através de uma rede estruturada, além da capacitação dos profissionais, pois muitos profissionais não sabem o que fazer diante das situações e se sentem desamparados para agir. Essa impotência diante dos fatos os desestimula a realizar a notificação (CAVALCANTI E SOUZA, 2010).

Os profissionais da saúde precisam compreender a atribuição de significados à violência contra o idoso, para gerar a possibilidade de interferir nas fronteiras do sistema familiar enrijecidas pela presença de violência, podendo assim dar visibilidade às relações cotidianas sustentadoras de violências. Por sua vez, constitui-se numa necessidade de constante atualização, o entendimento dos significados no contexto da temática da violência, seja para sua identificação, para seu manejo, ou para evitar cair na naturalização do fenômeno (WANDERBROOCKE e MORE, 2012).

Segundo Oliveira *et al* (B 2012), esta temática “traz consigo o universo velado que se estende desde o indivíduo violentado à difícil abordagem e às subnotificações pelos profissionais de saúde”.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências já falava da importância da capacitação dos profissionais do setor para serem capazes, técnica e humanamente, de cuidarem das necessidades decorrentes da demanda que o problema das violências e dos acidentes está criando. Ainda destacam-se como urgentes: treinamento para a melhoria da qualidade da informação; para o diagnóstico dos eventos; para as ações de prevenção e de vigilância epidemiológica (BRASIL A, 2001).

As capacitações devem oferecer às equipes de saúde que lidam com idosos: subsídios para discussão, construção do conhecimento sobre violência/maus-tratos para a criação de estratégias de intervenção no enfrentamento de situações de violência, com vistas a melhorar o diagnóstico de ocorrência de maus-tratos e proteger a identidade do idoso, não o submetendo a situações de agressão, sejam física, emocional ou financeira (GAIOLI e RODRIGUES, 2008).

4 METODOLOGIA

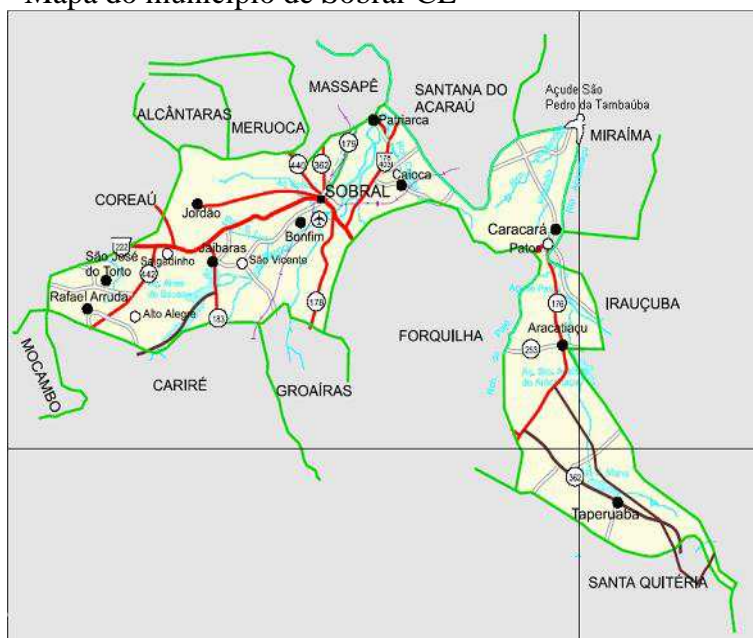
4.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, que foi realizado na cidade de Sobral, situada na Região Noroeste do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza.

O estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Sua aplicação mais comum está ligada à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais características tanto individuais como coletivas, distribuem-se em uma determinada população (MEDRONHO, 2009).

O Município de Sobral (FIGURA 1) ocupa uma área de 2.122 quilômetros quadrados, com população estimada pelo IBGE de 188.233 mil habitantes em 2010, onde 78,3% vivem na zona urbana. Destes, 16.516 mil encontram-se na faixa etária superior a 60 anos, comparando com a população jovem tem-se 27 idosos para cada 100 jovens (IBGE, 2013).

Figura 1 – Mapa do município de Sobral-CE



Fonte: <http://www.sobral.ce.gov.br/cidade/geografia.htm>

A atenção primária de Sobral é composta por 28 Centros de Saúde da Família-CSF, sendo 15 na sede e 13 em distritos, realizando uma cobertura 94% do território. A população conta com o atendimento de 48 equipes de saúde, sendo 41 completas e 7 incompletas, além de 6 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contemplam todos os CSF com

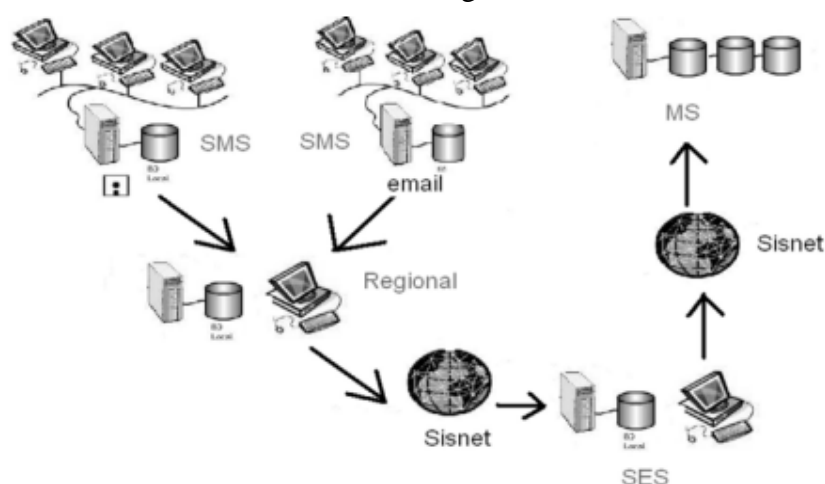
atendimento multiprofissional. Os profissionais que atuam na atenção primária Sobral, para uma melhor formação, contam com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que em 2013 está na 10ª turma (CEARÁ, 2011).

Desde 2006, Sobral foi incluído pelo Ministério da Saúde como município prioritário para a notificação dos casos de violência. Em 2009, essas notificações começaram a ser cadastradas no Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN NET. Anteriormente era apenas digitado no EpiInfo e arquivado na instituição. Somente em 2011 a violência se tornou um agravo de notificação compulsória.

As notificações de violência realizadas nos serviços de saúde ficam sob a responsabilidade do Núcleo Municipal de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, na Secretaria da Saúde e Ação Social, na coordenação de Vigilância à Saúde, como subdivisão da Vigilância Epidemiológica, como a divisão por área técnica, sendo a responsável técnica pela área de causas externas.

O fluxo dos dados (FIGURA 2) segue o seguinte percurso: após a chegada ao setor responsável dentro da Secretária Municipal de Saúde (SMS) as fichas de notificação são digitadas e enviadas por email ou pelo SISNET, para as Regionais de Saúde, que enviam para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e seguem para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009 B).

Figura 2 – Fluxo de dados em meio magnético do SISNET, 2009.



Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, 2009

A Assistência Social de Sobral até o ano de 2012 era vinculada à Fundação de Ação Social do Município de Sobral (FASM), que era uma ramificação da Secretaria de Saúde e

Ação Social. Porém, em 2013, foi criada uma secretária própria, denominada Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Extrema Pobreza.

A parte assistencial básica, voltada ao idoso, desta secretaria é composta por quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que são responsáveis pela organização e oferta de Serviços da Proteção Social Básica. Quanto aos serviços específicos aos idosos, tem-se na atenção especializada de média complexidade: um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e de alta complexidade: dois abrigos, o Abrigo Sagrado Coração de Jesus e o Abrigo Bom Samaritano (FASM, 2012).

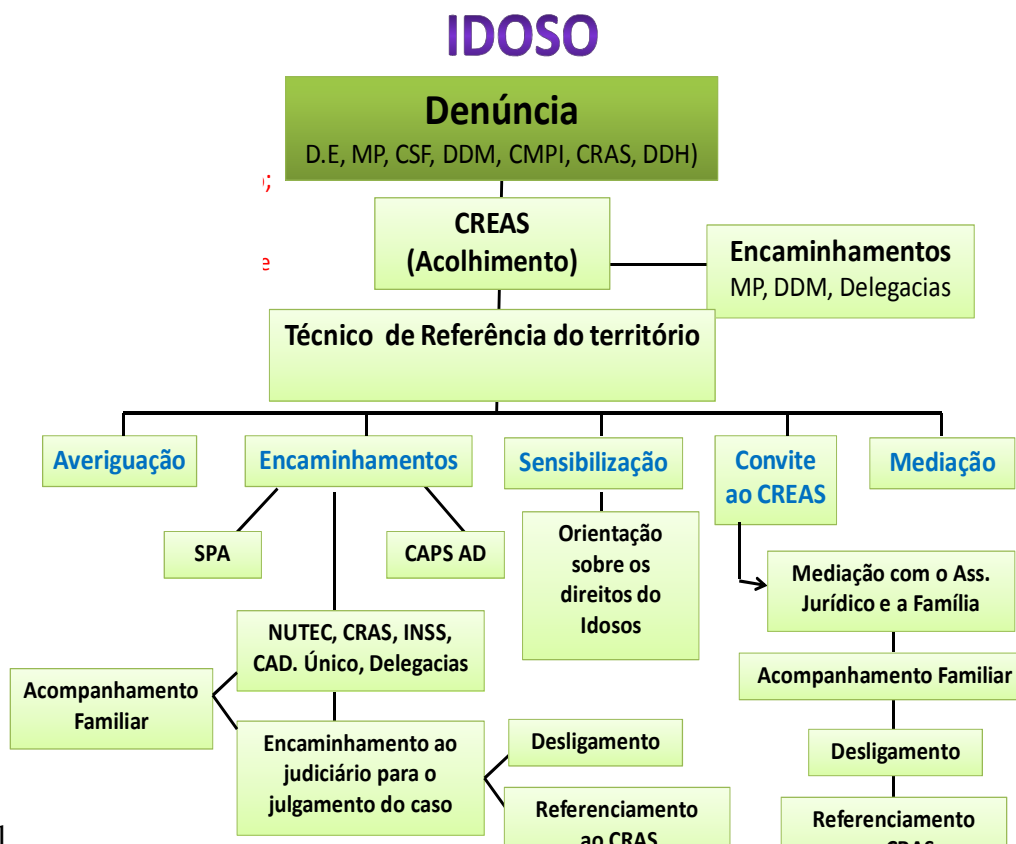
A comunicação entre as diversas instituições e o CREAS (FIGURA 3) ocorre através das denúncias. O serviço social recebe dos setores da saúde, policial e judicial, os casos onde há necessidade de acompanhamento das vítimas. Em contrapartida, o serviço social encaminha os agressores para os setores policial ou judicial, dependendo do tipo de violência cometida e o desfecho do caso. As vítimas que necessitam de cuidados médicos são enviadas ao hospital e quando não há mais condições da convivência do idoso com os familiares, uma vaga é solicitada ao Abrigo. A equipe da atenção primária do bairro onde a vítima mora é informada para também realizar o acompanhamento desta.

As denúncias dos casos de violência chegam ao CREAS de três maneiras, pessoalmente, indo até o estabelecimento, encaminhado por outros serviços e por ligação telefônica, através do telefone da instituição ou pelo serviço nacional gratuito de atendimento, Disque 100. Após a denúncia o técnico do CREAS de referência do território da vítima realiza uma visita domiciliar a vítima, para averiguar a veracidade das informações.

Quando confirmado, o caso é analisado e os encaminhamentos necessários são feitos para as instituições adequadas, como CAPS, CRAS, INSS, delegacias etc. Dentre as ações realizadas pode haver o acompanhamento e sensibilização dos membros da família por uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, assistente social, assessor jurídico e pedagoga, através de um prontuário preenchido com os dados das visitas periódicas e pela evolução dos encaminhamentos realizados.

Em algumas situações, somente com as ações citadas acima, a situação de violência é superada. Então é realizado o desligamento do caso e referenciado ao CRAS. Em conjunturas mais conflituosas é feito um convite para a família e os envolvidos comparecerem ao CREAS, para realizar uma mediação com o assessor jurídico, buscando a resolução do problema.

Figura 3 – Fluxograma dos casos de violência atendidos pelo CREAS de



FONTE: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Sobral -CE, 2013.

*DE: Demanda Espontânea, MP: Ministério Público, CSF: Centro de Saúde da Família, DDM: Delegacia em Defesa da Mulher, CMPI: Conselho Municipal da Pessoa Idosa, CRAS: Centro de Referência de Assistência Social, DDH: Disque Direitos Humanos, SPA: Serviço Psicológico Aplicado, CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, NUTEC: Núcleo de Tutela Coletiva, INSS.: Instituto Nacional de Seguridade Social

Em termos de estrutura policial, inexistente em Sobral uma Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso, especializada em investigações de delitos cometidos contra idosos, embora haja previsão específica no decreto nº 51.548 de 2007. No que toca à organização judiciária, tampouco há Varas especializadas para a condução de processos que envolvam direitos do idoso, prevista pelo artigo 70 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

4.2 População alvo

A população alvo do presente estudo envolveu os idosos do município de Sobral, que foram notificados pela situação de violência, entre 2011 e 2012. As pessoas com 60 anos ou mais serão consideradas idosas ou pertencentes à terceira idade, de acordo com a definição do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

A proposta de objeto de estudo foi composta por todos os casos de violência contra os idosos registrados no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e/ou notificados na Secretaria de Saúde de Sobral, entre os anos de 2011 e 2012.

A escolha das instituições foi baseada na sua relevância em relação às notificações de casos de violência. Foram identificados em Sobral outras possíveis fontes de notificação de violência contra idosos, porém não foram incluídas, pois já são contempladas por estes dois órgãos.

A Secretaria de Saúde é onde se concentram todas as notificações do setor saúde. Independentemente de acontecerem nas atenções primária, secundária ou terciária, elas são enviadas à secretaria para alimentar os sistemas nacionais de informação. Os registros de violência contra o idoso encontrados no serviço policial e judicial são encaminhados ao CREAS.

O CREAS é a unidade pública responsável pela oferta de serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (BRASIL A, 2013). Desta maneira, ele é a referência para os demais serviços socioassistenciais e para outras políticas públicas, para o encaminhamento e resolução desse tipo de caso, além de oferecer o serviço de denúncia diretamente ligado à população.

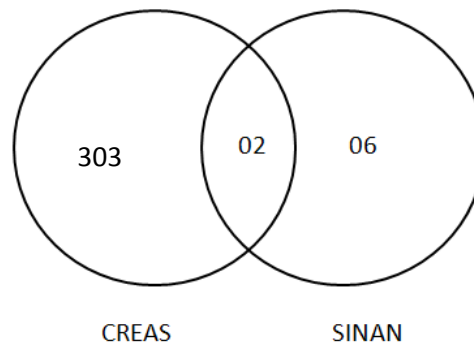
O critério de inclusão foi a vítima ter 60 anos ou mais, residir em Sobral e o caso de violência ter sido notificado nas instituições estudadas, no período de 2011 e 2012.

Dentre os anos de 2011 e 2012 foram obtidas 305 notificações de violência contra a pessoa idosa, no CREAS de Sobral e 08 notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificações - SINAN do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde de Sobral.

Os casos de violência foram contabilizados por idoso. No caso de o mesmo idoso ter sofrido vários tipos de violência, em períodos diferentes, gerando diversas denúncias, no roteiro para coleta de dados existem variáveis para registrar essa situação. O caso de violência de um mesmo idoso registrado nas duas instituições foi considerado somente uma notificação.

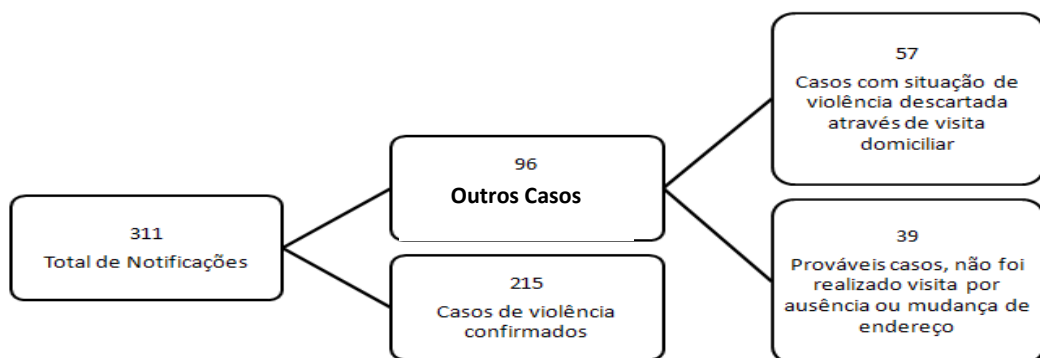
Foram encontrados 08 notificações no SINAN e 305 casos no CREAS. Destes, 02 casos foram registrados no SINAN e no CREAS, que foram descartados, totalizando 311 casos. (FIGURA 4)

Figura 4 – Distribuição dos casos de violência contra idosos coletados, de acordo com a fonte.



O banco de dados foi subdividido para realizar uma melhor análise. Ao analisar as características das notificações, da distribuição geográfica e análise bivariada, para saber associação entre os casos confirmados de violência e os potenciais fatores utilizou-se todos os casos, com o valor total de 311 notificações, pois é necessário utilizar os casos com situação de violência confirmada ou não. Porém, para as outras análises, que são ligadas à violência, foi trabalhado com os 215 casos confirmados de violência, pois as análises se voltavam para esses casos em específico (FIGURA 5).

Figura 5 – Triagem de dados para análise.



4.3 Coleta de dados

As fontes de obtenção de dados para subsidiar o trabalho foram oriundas da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências do SINAN, instrumento padrão para notificações de violência do Ministério da Saúde, que alimentam o SINAN NET (APÊNDICE A) e ficam armazenadas na Secretaria Municipal de Saúde de Sobral.

Por se tratarem de casos antigos e o local de armazenamento ser de difícil acesso, foi necessário imprimir na íntegra as fichas de notificação retiradas do sistema.

Os prontuários de acompanhamento de violência do CREAS de Sobral foram outra fonte, que são armazenados em pastas divididas por categoria de acordo com o gênero e a faixa etária das vítimas e o ano de conclusão do caso. Todas as fichas das pastas de violência contra o idoso dos anos de 2011 e 2012 foram verificadas e somente foram selecionadas as desejadas para o estudo. Procurou-se também no sistema interno da instituição os casos que ainda estavam em andamento, que ficam organizados com numeração própria em armários.

No CREAS os casos acompanhados podem ter dois tipos de organização: prontuário ou ficha. As denúncias de casos mais simples de fácil resolução, que necessitam de pouco tempo de acompanhamento, as informações permanecem mantidas somente nas fichas de denúncia (APÊNDICE B), com as folhas de acompanhamento em anexo. Porém se os casos demonstrarem a necessidade de maiores intervenções ou maior tempo é aberto um prontuário (APÊNDICE C), onde é realizado um cadastro para obter mais informações e a família recebe uma numeração, que será arquivada no sistema.

A coleta de dados foi orientada por um roteiro estruturado (ANEXO A), construído com base nos instrumentos das instituições pesquisadas. A mesma aconteceu no período de abril e maio de 2013, no período da manhã e tarde, por meio de visitas diárias, pelo próprio pesquisador.

Os vinte primeiros roteiros preenchidos serviram de base para observar a necessidade da inclusão ou exclusão das variáveis de estudo. Posteriormente foram atualizados para entrar na amostra. Foram incluídas variáveis como forma de denúncia, tempo de acompanhamento, número de visitas, motivo da conclusão, classificação final, agressor era o cuidador, quantidade de agressores e observações.

Após anotação manual dos dados em roteiros impressos, os dados foram digitalizados em uma máscara no Epi Info, versão 3.5.1, para posteriormente facilitar sua análise.

O roteiro foi dividido em oito etapas, considerando variáveis específicas para cada ponto. **VIOLÊNCIA:** fonte de informação, data da denúncia/notificação, denúncia anônima, tipo de denúncia, denunciante, UBS de notificação nome da vítima e local de ocorrência. **TIPOLOGIA:** tipo de violência, meio de agressão, natureza da lesão e parte do corpo atingida; **VÍTIMA:** caso novo, reincidência, quantas reincidências, quanto tempo, endereço completo, idade, data de nascimento, sexo, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, aposentadoria, benefícios, renda mensal, doença crônica, tratamento de saúde, deficiência/transtorno, uso de álcool, uso de drogas, tipos de drogas; **FAMÍLIA:** quantos membros da família moram com o idoso e quem são, renda familiar, situações de risco da família, antecedentes de violência na família e cuidador do idoso; **AGRESSOR:** sexo, idade, relação de parentesco com a vítima, proximidade da moradia do idoso, escolaridade, trabalho, dependente financeiro do idoso, renda mensal, uso de álcool, uso de drogas, estava sob o efeito de substâncias químicas durante a agressão, história passada de violência; os **ENCAMINHAMENTOS** e **MEDIDAS ADOTADAS A VÍTIMA**; **MEDIDAS ADOTADAS AO AGRESSOR**; e **CLASSIFICAÇÃO FINAL** situação de violência, motivo da finalização, data de conclusão, número de acompanhamento, grau de completude e observações.

Ao final foi visto a qualidade das informações das notificações do serviço de saúde. Isso foi obtido verificando o grau de completude das fichas, pela quantidade de variáveis preenchidas, não sendo consideradas como resposta a opção ignorado e nos prontuários do CREAS pela existência das informações.

Utilizou-se a seguinte classificação para o grau de completude, fichas e prontuários respectivamente: completa, quando todos os campos estiverem preenchidos ou existência de mais informações que as necessárias para acompanhamento dos casos; básica, quando somente as principais informações forem preenchidas ou houver somente as informações necessárias ao acompanhamento eficiente do caso e insuficiente, quando a ficha estiver somente com metade ou menos dos dados ou ausência de informações importantes.

Considera-se como principais informações as variáveis que se encontram nos seguintes campos da ficha do SINAN: notificação individual, dados da residência, dados da ocorrência, tipologia da violência, dados provável do agressor e evolução e encaminhamento.

O Grau complexidade foi considerado médio quando houve o envolvimento de mais de uma instituição no trato e na resolução do problema e leve quando somente foi necessário a realização de visitas e orientações por parte do CREAS.

4.4 Análise dos dados

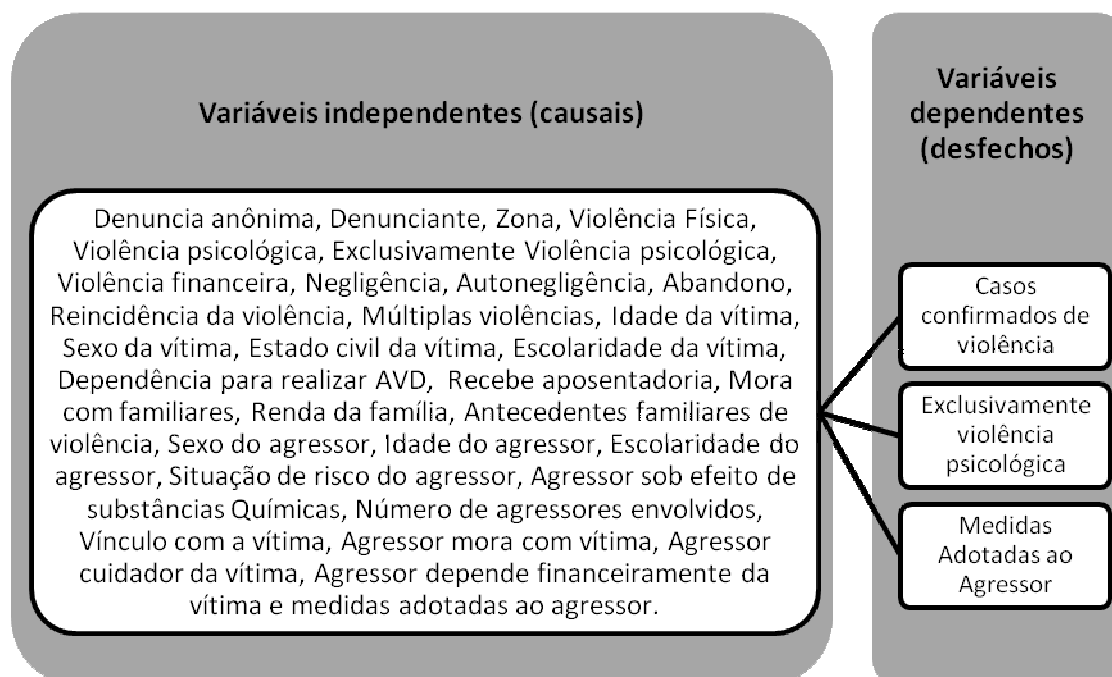
Primeiramente realizou-se a análise descritiva das variáveis de estudo, realizando uma exploração da amostra estudada, apresentando seus valores absolutos e percentuais, através de tabelas para melhor visualização.

Foram construídas tabelas relacionando a tipologia da violência com algumas características da vítima (sexo e idade) e do agressor (sexo, idade, vínculo e morar com a vítima), para observar se havia diferença na distribuição dos casos de acordo com essas variáveis. Foi utilizado o programa "R" para verificar a associação entre essas variáveis.

Os dados foram tabulados e processados no programa Epi Info, versão 3.5.1 e os cálculos da análise bivariada e multivariada foram realizados pelo SPSS versão 20.

Para a análise bivariada foram utilizadas as variáveis categóricas. A associação entre as variáveis de desfecho e exposição foi através do p valor menor do que 5% ($p < 0,05$) dos expostos e não expostos e descrito o seu intervalo de confiança de 95% (IC95%). Não foram usadas variáveis contínuas neste estudo.

No quadro 01, encontram-se os desfechos acompanhados de todas as variáveis independentes que foram utilizadas na análise bivariada. Dentre estas as que apresentaram significância inferior ou igual a 0,20 foram incluídas para realização dos modelos de regressão logística.

Figura 6 – Variáveis utilizadas na Análise Bivariada

Realizou-se a regressão logística com as variáveis selecionadas baseando-se em fatores que poderiam estar associados à violência contra idosos. Foram selecionadas as variáveis categóricas que fossem possíveis de determinar o fator explicativo ou associado baseado na literatura, bem como a partir das análises multivariada. Permaneceram no modelo final a condição de significância inferior ou igual a 0,05.

Aplicou-se a regressão logística, no modo “forward” com os desfechos e as variáveis independentes a fim de criar modelos explicativos da veracidade da denúncia, a relação com a violência psicológica e o grau de complexidade da medida adotada ao agressor. Posteriormente, realizou-se a interpretação da razão de chance de influência das variáveis independentes sobre a dependente e realizou-se a discussão dos modelos.

A distribuição espacial foi realizada em um mapa de Sobral, com as divisões geográficas do município, localizando as notificações e os casos de violência, da zona urbana por bairro e o da zona rural por distrito. Foram utilizadas marcações com três tons de cores de acordo com a quantidade de casos em cada local e cores diferentes para diferenciar os mapas que apresentavam a distribuição de notificações, dos com os casos confirmados de violência.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa incorporou todas as normas e diretrizes regulamentadoras da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

A referida norma, no que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, determina como referenciais básicos a autonomia, a não-maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade. Assegura ainda a privacidade, a confidencialidade, o sigilo e a não-discriminação de qualquer natureza.

O projeto foi primeiramente enviado à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, onde recebeu parecer favorável para a implementação da pesquisa (ANEXO B) e posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e aprovado (ANEXO C), com o registro nº CAAE 13959713.1.0000.5053.

Dentre os regramentos de tal envio, encontra-se a obrigatória remessa do termo de fiel depositário para todas as instituições (ANEXO D), que terão seus dados disponibilizados, a fim de salvaguardar os princípios éticos e legais que envolvem a pesquisa de dados de seres humanos.

O termo de consentimento livre e esclarecido não foi utilizado, por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, onde não houve contato com nenhum idoso diretamente. Além da inviabilidade de encontrar os idosos, não só pelo tempo, mas também por alguns já terem falecido ou não estarem no mesmo endereço, o que justificou a não apresentação deste documento.

A beneficência é vislumbrada quando se percebe a possibilidade real de se traçar o perfil epidemiológico da notificação da violência contra o idoso e a existência da subnotificação por parte do setor saúde por meio da análise de dados, servindo como um instrumento para o poder público criar políticas mais efetivas e direcionadas às reais necessidades nesta área. A justiça foi garantida uma vez que os resultados trarão um maior benefício para a sociedade e para os serviços onde está sendo realizada a pesquisa.

As informações coletadas foram utilizadas para fins de instrução de estudos dos mais diversos segmentos interessados. A divulgação dos saberes alcançados foi feita por meio de trabalhos apresentados em congressos, publicação de artigos científicos e exposição dos resultados para as instituições envolvidas no processo.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das notificações

Dentre os anos de 2011 e 2012, foram registradas 305 notificações de violência contra a pessoa idosa, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS de Sobral e nesse mesmo período foram registrados somente 8 notificações desse tipo de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificações - SINAN do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde de Sobral. Devido ao fato de 02 casos do SINAN também estarem registrados no CREAS, eles foram retirados, totalizando 311 notificações. Destas notificações, 172 ocorreram em 2011, e 139 em 2012 (TABELA 1), representando, em média, 13 casos mensais notificados em Sobral, nestes dois anos.

As denúncias dos casos em 52,1% (162) foram realizadas pessoalmente, onde o denunciante se dirige até o CREAS para registrar a ocorrência. Os denunciantes em 17,4% (54) solicitaram anonimato, mesmo quando realizaram a denúncia pessoalmente, pois o interesse era o não conhecimento pelas partes envolvidas na violência. Dentre os denunciantes se destaca os familiares com 28% (87), cujos filhos ficam em primeiro lugar com 73,6% (64) destes e as instituições com 17,7% (55), cuja 58,2% (32) são da atenção primária (TABELA 1).

Dos 311 casos obtidos, em 69,1% (215) foi confirmada a situação de violência através de visitas domiciliares, 18,3% (57) a situação foi descartada e 12,6% (39) não houve confirmação, pois não foi possível realizar a visita por falta de informações, mudança ou endereço não encontrado (TABELA 1).

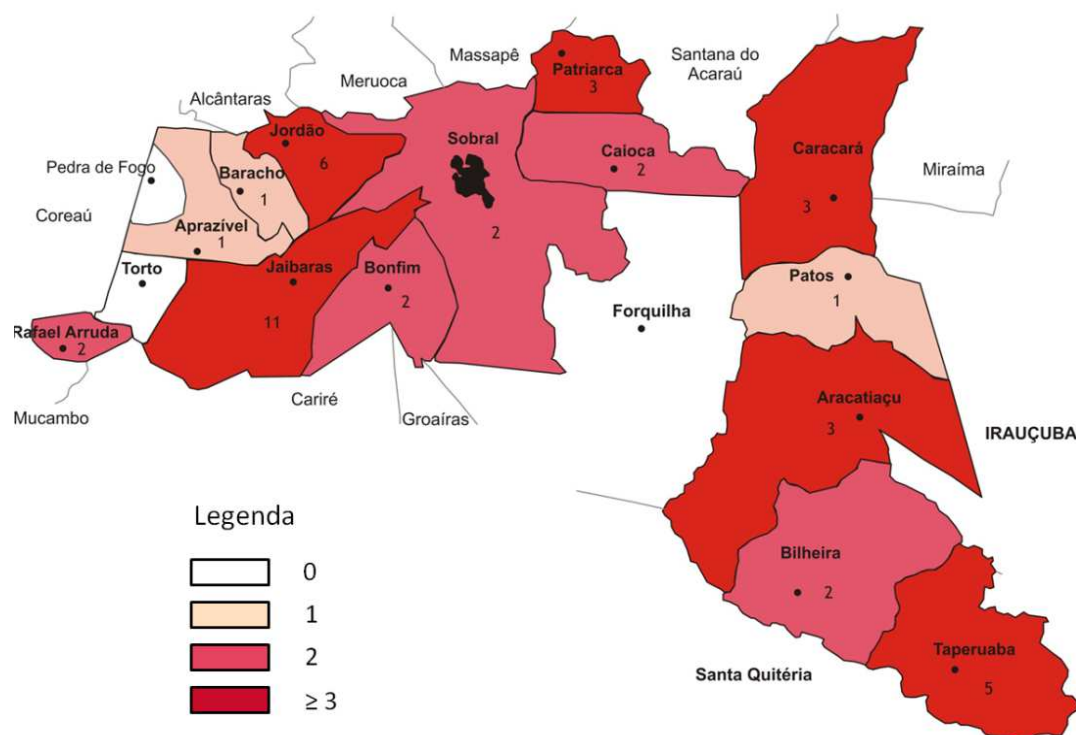
Tabela 1 – Distribuição do número de notificações de violência contra idosos, segundo o ano, a fonte, o tipo e características da denúncia e a classificação final do caso, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VARIÁVEIS	N	%
Ano da notificação		
2011	172	55,3
2012	139	44,7
Fonte de Informação		
CREAS	305	98,1
SINAN	06	1,9
Tipo de denúncia		
Pessoalmente	162	52,1
Por telefone	86	27,7
Disque 100	09	2,9
Outros**	11	3,5
SI	43	13,8
Denúncia Anônima		
Não	155	49,8
Sim	54	17,4
SI	102	32,8
Denunciante		
Familiar	87	28
Instituição	55	17,7
Pessoa da comunidade	24	7,7
Vítima	19	6,1
Outros***	03	1,0
SI	123	39,5
Denunciante Familiar*		
Filho	64	73,6
Neto	11	12,6
Sobrinho	06	6,9
Outros	06	6,9
Denunciante Instituição*		
Atenção Primária	32	58,2
Serviço Social	13	23,6
Hospital	04	7,3
Jurídico e Policial	04	7,3
Outros	02	3,6
Situação de violência		
Confirmado	215	69,1
Descartado	57	18,3
Provável	39	12,6

*A porcentagem foi calculada considerando os casos desses item, respectivamente, 87 e 55.

** Encaminhamentos *** Agressor, cuidador e mãe biológica do filho adotivo. SI: Sem Informação

Figura 8 – Mapa das notificações de violência contra idoso, realizada na zona rural, distribuídas por distritos de Sobral, de 2011 e 2012.



FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

5.2.2 Distribuição dos casos confirmados de violência

Dentre os casos confirmados de violência a maioria ocorreu na zona urbana 87,4% (188) e 12,6% (27) na rural. Com relação as outras categorias, na zona urbana houve mais casos descartados 19% (51) e na zona rural mais casos prováveis 23,2% (10) (TABELA 2).

Tabela 2 - Distribuição das notificações de violência contra idosos, segundo a zona e a confirmação da situação de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

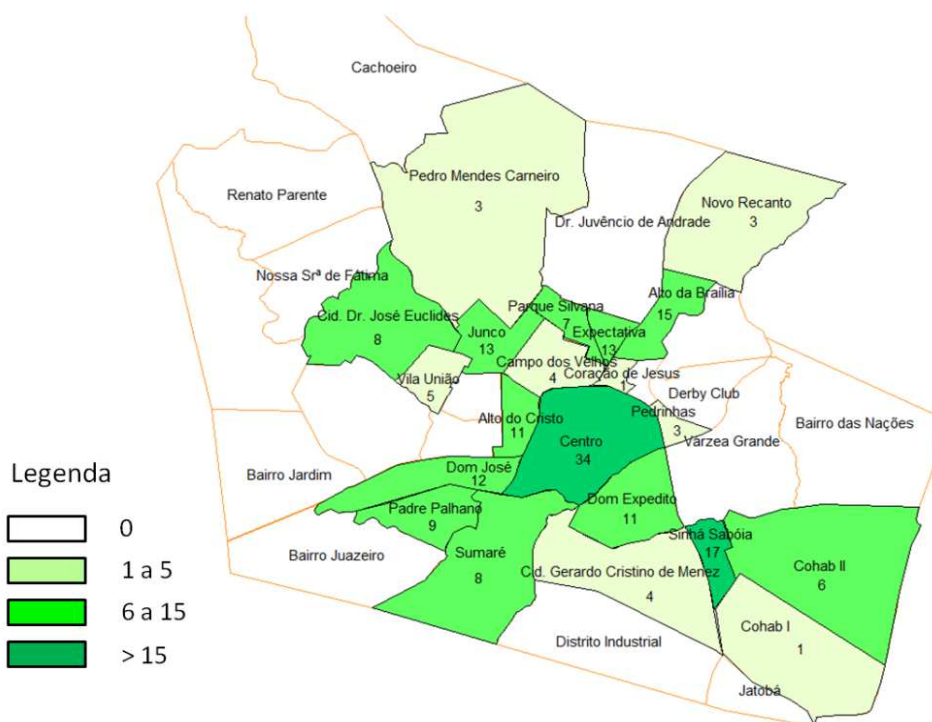
Variável	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
	N	%	N	%
Situação de violência				
Confirmado	188	70,1	27	62,8
Descartado	51	19,0	6	14,0
Provável	29	10,9	10	23,2

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

Ao distribuir casos confirmados ocorridos na zona urbana, no mapa dividido por bairros de sobral, observou-se o destaque o bairro do Centro com 17,2% (34) e Sinhá Sabóia

8,6% (17). Houve onze bairros que tiveram entre 6 e 15 casos, seis bairros tiveram 1 a 5 e os dezessete outros, nenhum (FIGURA 9).

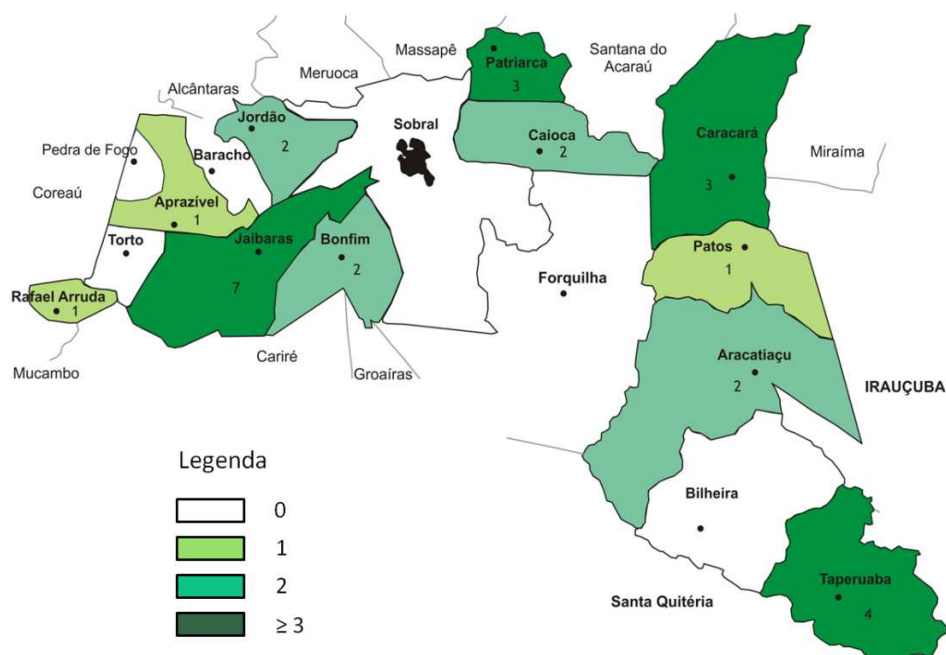
Figura 9 – Mapa dos casos confirmados de violência contra idoso, ocorridos na zona urbana, distribuídos por bairros na sede de Sobral, 2011 e 2012.



FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

Na zona rural de Sobral em 61,4% (27) das notificações realizadas, a situação de violência foi confirmada. Ao distribuir os casos confirmados de violência, dividido por distritos, observou-se o destaque do distrito Jaibaras 25,9% (7) e Taperuaba 14,8% (4). Dois distritos tiveram 3 casos, quatro tiveram dois, três distritos tiveram somente 1 caso e os cinco demais nenhum (FIGURA 10).

Figura 10 – Mapa dos caos de violência contra idoso, ocorridos na zona rural, distribuídos por distritos de Sobral, de 2011 e 2012.



FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

5.3 Caracterização da violência

Dentre os 215 casos confirmados de violência, em 95,8% dos casos (206) o local de ocorrência da violência foi na residência. As tipologias de violência que se destacaram foram psicológica 67,4% (145), financeira 27% (58), física 21,9% (47) e negligência 17,7% (38). Outras violências detectadas foram: abandono 4,7% (10) e autonegligência 4,2% (09) (TABELA 3).

Ainda com relação a tipologia outro dado chamou a atenção: 35,8% (77) dos casos a vítima sofreu mais de um tipo de violência. Além disso, 27,4% (59) dos casos foram reincidentes, situação comprovada por relatos nas observações dos prontuários ou com existência de outras denúncias (TABELA 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, local de ocorrência, tipologia, quantidade de tipos e reincidência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VARIÁVEIS	Nº	%
Local de Ocorrência		
Residência	206	95,8
Via Pública	08	3,7
Outro*	01	0,5
Violência Psicológica		
Sim	145	67,4
Não	70	32,6
Violência Financeira		
Sim	58	27,0
Não	157	73,0
Violência Física		
Sim	47	21,9
Não	168	78,1
Negligência		
Sim	38	17,7
Não	177	82,3
Abandono		
Sim	10	4,7
Não	205	95,3
Autonegligência		
Sim	09	4,2
Não	206	95,8
Violência Sexual		
Sim	0	-
Não	215	100,0
Mais de 1 tipo de violência		
Sim	77	35,8
Não	138	64,2
Reincidência		
Sim	59	27,4
Não	156	72,6

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

* Campo agrícola

Segundo a tipologia, ainda pode-se descrever a associação de tipos de violência sofrida. Observou-se que dentre os idosos que sofreram somente um tipo de violência, se destacou a psicológica com 39,5% (85) do total. Em segundo lugar vem a negligência com 7,9% (17) e em terceiro a financeira com 6% (13) (TABELA 4).

Nos casos onde houve associação com dois tipos de violência encontrou-se com mais frequência juntos a violência psicológica e física em 11,6% (25), seguido da psicológica e financeira com 8,8% (19) e financeira e negligência com 5,1% (11) (TABELA 3 e FIGURA 11).

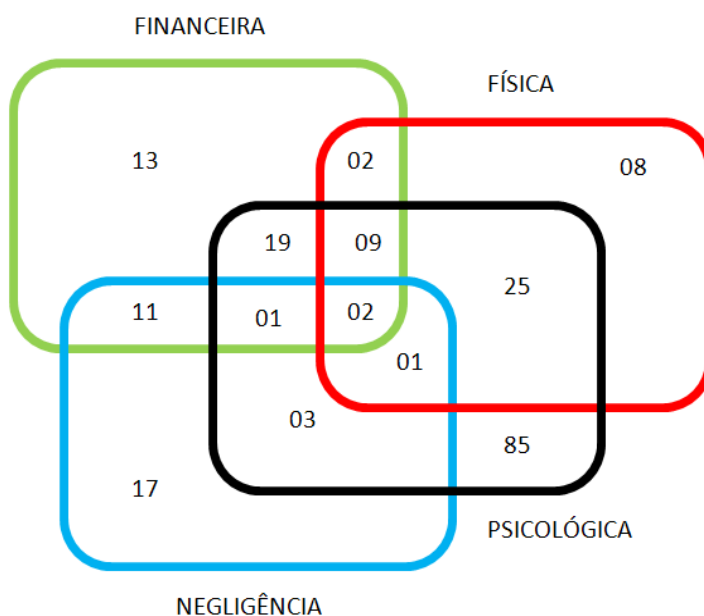
Tabela 4 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo associações de duas tipologias de violência sofrida, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VIOLÊNCIA	PSICOLOG.	FÍSICA	FINANC.	NEGLIG.	AUTONEG.	ABANDON
PSICOLOG.	85	-	-	-	-	-
FÍSICA	25	08	-	-	-	-
FINANC.	19	02	13	-	-	-
NEGLIG.	03	-	11	17	-	-
AUTONEG.	-	-	01	-	08	-
ABANDON	-	-	-	03	-	07

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

Foram encontrados casos com mais de dois tipos de violência associadas: psicológica, física e financeira com 9 casos; psicológica, física e negligência 1 casos; e psicológica, financeira e negligência com 1 caso. Houve 2 idosos que sofreram 4 tipos de violência (psicológica, física, financeira e negligência) (FIGURA 11).

Figra 11 – Associações de múltiplas tipologias de violência



FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

5.4 Caracterização da vítima

Os idosos vítimas de violência foram em 65,6% (141) dos casos do sexo feminino. Quanto a distribuição por faixa etária observou-se que 33,6% (72) tinham de 60 a 69 anos, 34,4% (74) 70 a 79 anos, 26% (56) 80 a 89 anos e 6% (13) mais de 90 anos. Dessa forma a maioria, 67,9% (146), estava nas duas primeiras décadas do envelhecimento, de 60 a 79 anos. A média de idade de todos os idosos foi de 74,4 anos. A raça somente foi registrada em 12 casos e, por isso, foi excluída da análise (TABELA 5).

Na estratificação do estado civil, dividiu-se em 2 grupos: com companheiro – casados e união estável – 34,9% (75) e sem companheiro – viúvo, solteiro e separado – 12,1% (26). A respeito da escolaridade, 24,2% (52) não tinham escolaridade (analfabeto) e 16,3% (35) tinham algum grau de escolaridade (TABELA 5).

Relacionado ao socioeconômico, 54,9% (118) dos idosos relataram receber aposentadoria. Considerando o salário mínimo (SM) do período estudado com o valor de R\$545,00, quanto à renda mensal tem-se a seguinte distribuição: 2,8% (06) recebem menos de 1 SM, 53,5% (115) recebe igual a 1 SM ou menos que 2 SM e 4,6% (10) recebem mais de 2 SM (TABELA 5).

Ainda sobre a temática, 82,8% (178) dos idosos moravam com algum familiar, 12,1% (26) moravam sozinhos, com cônjuge ou conhecidos. Com relação à quantidade de pessoas que viviam com eles, nos registros obteve-se que 6% (13) moravam sozinhos, 64,2% (138) moravam com até 3 pessoas e 25,1% (59) moravam com mais de 3 pessoas (TABELA 5).

Quanto à saúde das vítimas, em 22,3% (48) houve registro de presença de doença e em 9,8% (21) a existência de deficiência ou transtorno. Somando as duas situações encontrou-se 60 idosos (27,9%) apresentando algum dos casos. Apresentavam algum grau de dependência para realizar as atividades básicas de vida diária (AVD) 20,9% (45) e 49,3% (106) são independentes (TABELA 5).

Tabela 5 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo as características da vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	141	65,6
Masculino	74	34,4
Idade		
60 – 69	72	33,6
70 – 79	74	34,4
80 – 89	56	26,0
≥ 90	13	6,0
Estado Civil		
Com companheiro	75	34,9
Sem companheiro	26	12,1
SI	114	53,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	52	24,2
Com escolaridade	35	16,3
SI	128	59,5
Aposentadoria		
Sim	118	54,9
Não	09	4,2
SI	88	40,9
Renda do idoso		
< 1 SM	06	2,8
=1SM a < 2 SM	115	53,5
≥ 2 SM	10	4,6
SI	84	39,1
Mora com família		
Sim	178	82,8
Não	26	12,1
SI	11	5,1
Quantidade moradores		
Sozinho	13	6,0
Até 3 pessoas	138	64,2
> 3 pessoas	54	25,1
SI	10	4,6
Doença autorreferidas		
Sim	48	22,3
SI	167	77,7

Deficiência		
Sim	21	9,8
SI	194	90,2
Dependente AVD		
Sim	45	20,9
Não	106	49,3
SI	64	29,8

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

AVD: Atividade Básica da Vida Diária; SM: Salário Mínimo

5.4.1 Associação entre a tipologia da violência e características da vítima

Relacionando a tipologia da violência com o sexo das vítimas, não houve associação. Encontrou-se que, em ambos os sexos, o tipo de violência predominante foi a psicológica. Porém, em segundo lugar no sexo feminino foi a violência física, e, no sexo masculino, a violência financeira (TABELA 6).

Houve associação em relação à faixa etária e ao tipo de violência. Em todas as faixas etárias, a psicológica foi o tipo mais comum de violência que ocorreu. Nas estratificações etárias teve-se a seguinte sequência, excluindo a violência psicológica: entre 60 a 69 anos de idade foi violência física, violência financeira, negligência e outros, e nas outras faixas encontrou-se o mesmo posicionamento que foi violência financeira, negligência, violência física e outros (TABELA 6).

Tabela 6 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo a tipologia da violência e as características da vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VIOÊNCIA	PSICOLÓGICA		FINANCEIRA		FÍSICA		NEGLIGÊNCIA		OUTRAS		x ²	P
VÍTIMA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Sexo											7,14	0,12
Feminino	104	73,7	33	23,4	34	24,1	23	16,3	10	7,1		
Masculino	41	55,4	25	33,8	13	17,6	15	20,3	09	12,2		
Idade											33,1	0,00
60 – 69	64	88,9	11	15,3	22	30,5	5	6,9	02	2,8		
70 – 79	46	62,2	22	29,7	14	18,9	15	20,3	06	8,1		
80 – 89	29	51,8	20	35,7	10	17,8	14	25	09	16,1		
≥ 90	06	46,1	05	38,5	01	7,7	04	30,8	02	15,4		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012. *OBS: A proporção citada foi calculada de acordo com o total de idosos existente na categoria da variável que sofreu o determinado tipo de violência.

5.5 Caracterização do agressor

Os agressores se destacam por ser em maioria do sexo masculino 60,4% (125). A idade do agressor variou de 12 a 88 anos, na distribuição por faixas etárias evidenciou-se os adultos, idade entre 30 a 49 anos, com 27% (58), e adultos jovens, de 18 a 29 anos, com 12,1% (26). Poucos foram os registros do nível de escolaridade (51), somente 18,6% (40) apresentavam algum nível de escolaridade (TABELA 7).

Relacionado à quantidade de agressores em 88,8% (191) dos casos, registrou-se apenas 01 pessoa que praticava a violência. A maioria dos agressores 79,5% (171) eram familiares das vítimas. Onde tem-se ênfase nos filhos com 63,7% (137) na participação das agressões, em segundo lugar, com uma diferença significativa, os netos com 8,8% (19). Agravando a situação 68,8% (148) dos agressores moravam junto com a vítima. Porém somente 12,6% (27) eram os responsáveis pelo cuidado do idoso (TABELA 7).

Em relação ao fator socioeconômico 25,1% (54) estavam desempregados. Quase metade, 47,4% (102) faziam uso de bebidas alcoólicas ou drogas. Destes usuários 45,1% (46) estavam sob efeito dessas substâncias durante a agressão (TABELA 7).

As medidas adotadas ao agressor para resolução dos casos em 37,7% (81) foram intervenções jurídicas – processo, detenção ou audiência com Assessor jurídico. Em 23,7% (51) dos casos somente o acompanhamento, através de visitas e orientações, o que foi suficiente para superar a situação de violência (TABELA 7).

Tabela 7 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo as características do agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VARIÁVEIS	Nº	%
Quantidade de agressores		
Um	191	88,8
Vários	24	11,2
Sexo		
Feminino	74	35,7
Masculino	125	60,4
Fem e Masc	8	3,9
Idade		
12 – 17	08	3,7
18 – 29	26	12,1
30 – 49	58	27,0
50 – 59	11	5,1
≥ 60	08	3,7
SI	104	48,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	11	5,1
Com escolaridade	40	18,6
SI	164	76,3
Vínculo com vítima		
Filho/a	137	63,7
Neto/a	19	8,8
Outros Familiares	15	7,0
Pessoa da comunidade	13	6,0
Cônjuge/parceiro	09	4,2
Outros*	14	6,5
SI	8	3,7
Moradia		
Junto	148	68,8
Vizinho	22	10,2
Distante**	27	12,6
SI	18	8,4
Cuidador		
Sim	27	12,6
Não	157	73,0
SI	31	14,4
Desempregado		
Não	33	15,3
Sim	54	25,1
SI	128	59,6

Álcool e/ou Drogas		
Sim	102	47,4
SI	113	52,6
Sob Efeito de álcool e/ou drogas***		
Sim	46	45,1
Não	56	54,9
Medidas adotadas		
Jurídicas	81	37,7
Orientações/visitas	51	23,7
CAPS AD	23	10,7
Outros	60	27,9

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

* Enteado e próprio idoso

** Em outro bairro ou outra cidade.

***Proporção calculada somente com os usuário de álcool e/ou drogas (102).

5.5.1 Associação entre a tipologia da violência e características do agressor

Relacionando a tipologia da violência com o sexo dos agressores foi confirmada a associação e observou-se que ambos os sexos prevalecem na violência psicológica. Em seguida para o sexo masculino temos a mesma quantidade para violência financeira e física. No sexo feminino a negligência fica em segundo lugar, com uma porcentagem três vezes maior que a do homem, e em terceira posição, vê-se a financeira (TABELA 8).

Com relação à faixa etária não foi possível verificar a associação, devido algumas faixas não apresentarem nenhuma quantidade. Em todas as idades a violência predominante é a psicológica. Os menores de idade cometem mais violência psicológica, financeira e violência física. Os adultos jovens, 18 a 29 anos, psicológica, física, financeira e negligência. Os adultos, 30 a 49 anos, financeira, física e negligência. Na faixa de 50 a 59 anos, tiveram iguais proporções em violência financeira e negligência, por último física. Os idosos só cometeram negligência e abandono (TABELA 8).

Em todos os tipos de violência o filho da vítima se destacou como agressor, não mostrando associação entre essas variáveis. Porém, encontrou-se associação entre a moradia do agressor, em todos os tipos de violência a vítima e o agressor moram juntas, exceto no caso da violência financeira.

Tabela 8 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo a tipologia da violência e as características do agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

VIOLÊNCIA	PSICOLÓGICA		FINANCEIRA		FÍSICA		NEGLIGÊNCIA		ABANDONO		x ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AGRESSOR*												
Sexo											35,6	0,00
Masculino	99	79,2	33	26,4	33	26,4	09	7,2	02	1,6		
Feminino	41	55,4	23	31,1	12	16,2	26	35,1	07	9,4		
Masc e Fem	03	37,5	02	25,0	02	25,0	03	37,5	01	12,5		
Idade												
Até 17	07	87,5	04	50,0	03	37,5	00	–	00	–		
18 – 29	24	92,3	06	23,0	08	30,8	04	15,4	00	–		
30 – 49	46	79,3	18	31,0	14	24,1	10	17,2	00	–		
50 – 59	07	63,6	04	36,4	01	9,1	04	36,4	00	–		
≥ 60	02	25,0	00	–	00	–	05	62,5	01	12,5		
Vínculo vítima											7,85	0,09
Filho	102	74,4	37	27,0	34	24,8	25	18,2	3	2,2		
Outros	43	70,5	21	26,9	13	16,7	13	16,7	7	9,0		
Reside com vítima											35,1	0,00
Sim	117	79,0	40	27,0	37	25,0	29	19,6	-	-		
Não	26	42,6	18	29,5	6	9,8	9	14,7	9	14,1		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Foram retirado os 8 casos de autonegligência

5.6 Caracterização do acompanhamento dos casos

Dentre os casos de violência estudados, 68,4% (147) já estavam concluídos e arquivados. A grande maioria dos casos, 51,6% (111) foram concluídos com até 5 visitas. Os casos em andamento também se destacam nessa mesma faixa de visitas, porém apresentou-se uma maior proporção de casos com um número com mais de 6 acompanhamentos, comparando com os já concluídos (TABELA 9).

Em relação à variável tempo de acompanhamento, quase metade dos casos foram concluídos em até seis meses, 48,9% (105). Enquanto os em andamento, 30,9% (21) já passaram mais de um mês sendo acompanhado e em 33,8% (23) já ultrapassou a faixa de 6 meses (TABELA 9).

Quanto ao motivo da finalização do acompanhamento dos casos concluídos têm-se que, em quase metade, 39,5% (58), a situação de violência existente foi superada. Em segundo e terceiro lugar, com quantidades próximas, observou-se que em 17% (25) houve o afastamento do agressor e em 15% (22) foi solicitado o cancelamento da denúncia, com o consequente fim do acompanhamento. Em quarto lugar, com menor porcentagem, mas com relevância, 9,5% (14) houve óbito da vítima, antes de o caso ser resolvido (TABELA 9).

Tabela 9 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo a conclusão dos casos e características do acompanhamento, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

CASO	CONCLUÍDO		EM ANDAMENTO	
VARIÁVEIS	Nº	%	Nº	%
Nº acompanhamento				
1 – 5	111	75,5	46	67,6
6 – 10	24	16,3	18	26,5
> 10	-	-	4	5,9
SI	12	8,2	-	-
Tempo de acompanhamento				
Até 1 mês	41	27,9	7	10,3
> 1 – 6 meses	64	43,5	21	30,9
> 6 – 1 ano	20	13,6	23	33,8
> 1 ano	20	13,6	17	25,0
SI	02	1,4	-	-
Motivo finalização				
Superação	58	39,5	-	-
Afastamento agressor	25	17,0	-	-
Solicitação cancelamento	22	15,0	-	-
Óbito	14	9,5	-	-
Outros	10	6,8	-	-
SI	18	12,2	-	-

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

Quanto à qualidade da informação, medida através do grau de completude, dentre os casos acompanhados através de prontuário, 66,7% (82) contém todas as informações necessárias para o acompanhamento adequado do caso. Porém, nos casos que somente possuía uma ficha de denúncia, em 71,7% (66), houve quantidade insuficiente de informação (TABELA 10).

Tabela 10 - Distribuição dos casos confirmados de violência contra idosos, segundo o tipo de armazenamento e grau de completude, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

GRAU DE COMPLETUDE	PRONTUÁRIO		FICHA	
	Nº	%	Nº	%
Completa	82	66,7	9	9,8
Básica	34	27,6	17	18,5
Insuficiente	7	5,7	66	71,7

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

5.7 Análise Bivariada

5.7.1 Associações entre os casos confirmados de violência e os potenciais fatores

Encontrou-se associação significativa para a denúncia ser de um caso verdadeiro de violência, quando em relação à denúncia: ela não é anônima ($p=0,01$); o denunciante é uma pessoa da comunidade ou a própria vítima ($p=0,0$); a violência denunciada é do tipo física ($p=0,01$) ou psicológica associada com outra ou exclusiva ($p=0,0$); quando não for denuncia de negligência ($p=0,0$); e o caso de violência denunciado é reincidente ($p=0,0$) (TABELA 11).

Também há associação quando a vítima tem idade menor ou igual a 75 anos ($p=0,0$) e não apresentar dependência para realizar as atividades básicas de vida diária (AVD) ($p=0,0$) (TABELA 12). Em relação ao agressor tem-se a associação quando ele está sob efeito de álcool e/ou drogas durante a agressão ($p=0,01$), não ser o cuidador da vítima ($p=0,0$) e depender financeiramente da vítima ($p=0,01$) (TABELA 13).

Tabela 11 – Associações entre casos confirmados de violência contra idosos e as variáveis independentes, relacionadas com a denúncia, o local de ocorrência e o tipo de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Caso confirmado de violência				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Denuncia anônima												
Não	121	78,1	34	21,9	2,26	1,16	4,41	1,28	1,02	1,61	5,94	0,01
Sim	33	61,1	21	38,9	-	-	-	-	-	-		
Denunciante												
Outros*	41	89,1	5	10,9	4,54	1,63	12,68	1,38	1,15	1,67	9,35	0,00
Instituição**	41	74,5	14	25,5	1,62	0,77	3,43	1,16	0,93	1,44	1,61	0,20
Familiares	56	64,4	31	35,6	-	-	-	-	-	-	-	
Zona												
Urbana	186	69,9	80	30,1	1,28	0,66	2,49	1,09	0,86	1,37	0,54	0,46
Rural	29	64,4	16	35,6	-	-	-	-	-	-		
Violência Física												
Sim	47	83,9	9	16,1	2,70	1,27	5,78	1,27	1,10	1,47	7,01	0,01
Não	168	65,9	87	34,1	-	-	-	-	-	-		
Violência psicológica												
Sim	145	82,4	31	17,6	4,34	2,60	7,26	1,59	1,33	1,90	33,38	0,00
Não	70	51,9	65	48,1	-	-	-	-	-	-		
Exclusivamente Violência psicológica												
Sim	85	80,2	21	19,8	2,34	1,34	4,07	1,26	1,10	1,46	9,21	0,00
Não	130	63,4	75	36,6	-	-	-	-	-	-		
Violência financeira												
Não	157	71,7	62	28,3	1,48	0,89	2,49	1,14	0,95	1,36	2,27	0,13
Sim	58	63,0	34	37,0	-	-	-	-	-	-		
Negligência												
Não	177	78,7	48	21,3	4,66	2,74	7,93	1,78	1,39	2,28	34,66	0,00
Sim	38	44,2	48	55,8	-	-	-	-	-	-		
Autonegligência												
Sim	9	90,0	1	10,0	4,15	0,52	33,23	1,32	1,05	1,64	2,11	0,15
Não	206	68,4	95	31,6	-	-	-	-	-	-		
Abandono												
Sim	10	90,9	1	9,1	4,63	0,58	36,73	1,33	1,09	1,63	2,53	0,11
Não	205	68,3	95	31,7	-	-	-	-	-	-		
Reincidência da violência												
Sim	59	89,4	7	10,6	4,84	2,12	11,05	1,41	1,24	1,60	16,26	0,00
Não	155	63,5	89	36,5	-	-	-	-	-	-		

Variáveis	Caso confirmado de violência				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Múltiplos tipos de violências												
Sim	77	75,5	25	24,5	1,58	0,93	2,70	1,14	0,99	1,32	2,88	0,09
Não	138	66,0	71	34,0	-	-	-	-	-	-		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Pessoa da comunidade ou vítima

**Hospitais, PSF, CRAS, secretarias, Ministério Público, NASF, Fórum, abrigo ou profissional da saúde.

RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

Tabela 12 – Associações entre casos confirmados de violência contra idosos e as variáveis independentes, relacionadas à vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Caso confirmado de violência				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Idade												
≤ 75 anos	123	76,9	37	23,1	2,13	1,30	3,49	1,26	1,08	1,47	9,26	0,00
> 75 anos	92	60,9	59	39,1	-	-	-	-	-	-		
Sexo												
Masculino	74	71,8	29	28,2	1,21	0,72	2,04	1,06	0,91	1,23	0,53	0,47
Feminino	141	67,8	67	32,2	-	-	-	-	-	-		
Estado civil												
Com parceiro*	75	75,8	24	24,2	1,08	0,45	2,62	1,02	0,81	1,28	0,03	0,86
Sem parceiro**	26	74,3	9	25,7	-	-	-	-	-	-		
Escolaridade												
Com escolaridade	35	89,7	4	10,3	1,35	0,38	4,81	1,04	0,90	1,20	0,21	0,65
Sem escolaridade	52	86,7	8	13,3	-	-	-	-	-	-		
Dependência para realizar AVD												
Não	106	84,1	20	15,9	5,18	2,75	9,76	1,66	1,34	2,07	28,11	0,00
Sim	45	50,6	44	49,4	-	-	-	-	-	-		
Recebe aposentadoria												
Não	9	90,0	1	10,0	2,97	0,37	24,23	1,20	0,96	1,50	1,14	0,29
Sim	118	75,2	39	24,8	-	-	-	-	-	-		
Mora com familiares												
Sim	180	72,6	68	27,4	1,73	0,88	3,39	1,20	0,93	1,55	2,60	0,11
Não	26	60,5	17	39,5	-	-	-	-	-	-		
Renda da família												
> 2 SM	40	83,3	8	16,7	1,88	0,81	4,36	1,15	0,97	1,35	2,18	0,14
≤ 2 SM	104	72,7	39	27,3	-	-	-	-	-	-		

Variáveis	Caso confirmado de violência				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Antecedentes familiares de violência												
Não	3	75,0	1	25,0	1,00	0,09	11,24	1,00	0,55	1,83	0,00	1,00
Sim	21	75,0	7	25,0	-	-	-	-	-	-		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Casada ou união estável

**Solteira, viúva ou separada

AVD: Atividades Básicas de Vida Diária; SM: Salário Mínimo; RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência

LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

Tabela 13 – Associações entre casos confirmados de violência contra idosos e as variáveis independentes, relacionadas ao agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Caso confirmado de violência				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P	
	Sim		Não										
	N	%	N	%									
Sexo													
Masculino	125	72,3	48	27,7	1,34	0,80	2,23	1,09	0,93	1,29	1,23	0,27	
Feminino	74	66,1	38	33,9	-	-	-	-	-	-	-		
Idade													
Até 17 anos	8	100,0	0	0,0									
30 a 49 anos	58	85,3	10	14,7	2,90	0,73	11,47	1,28	0,85	1,93	2,45	0,12	
50 a 59 anos	11	84,6	2	15,4	2,75	0,40	18,88	1,27	0,80	2,02	1,10	0,29	
18 a 29 anos	26	78,8	7	21,2	1,86	0,43	8,01	1,18	0,76	1,83	0,70	0,40	
Acima de 60 anos	8	66,7	4	33,3	-	-	-	-	-	-	-		
Escolaridade													
Sem escolaridade	11	91,7	1	8,3	1,10	0,11	10,87	1,01	0,83	1,22	0,01	0,93	
Com escolaridade	40	90,9	4	9,1	-	-	-	-	-	-	-		
Situação de risco													
Álcool	76	90,5	8	9,5	1,58	0,57	4,37	1,06	0,93	1,19	0,80	0,37	
Drogas	42	89,4	5	10,6	1,40	0,44	4,49	1,04	0,91	1,20	0,32	0,57	
Desempregado	54	85,7	9	14,3	-	-	-	-	-	-	-		
Ação sob efeito de álcool e/ou drogas													
Sim	46	97,9	1	2,1	9,86	1,24	78,66	1,19	1,06	1,34	6,68	0,01	
Não	56	82,4	12	17,6	-	-	-	-	-	-			
Número de envolvidos													
Um	191	79,9	48	20,1	1,49	0,65	3,42	1,10	0,88	1,37	0,90	0,34	
Vários	24	72,7	9	27,3	-	-	-	-	-	-			

Variáveis	Caso confirmado de violência				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Vínculo com a vítima												
Filho	137	78,7	37	21,3	0,95	0,52	1,75	0,99	0,87	1,12	0,03	0,87
Outros*	78	79,6	20	20,4	-	-	-	-	-	-		
Mora com vítima												
Não	61	72,6	23	27,4	1,15	0,65	2,01	1,04	0,89	1,22	0,23	0,63
Sim	148	69,8	64	30,2	-	-	-	-	-	-		
Cuidador da vítima												
Não	157	79,7	40	20,3	4,80	2,59	8,88	1,77	1,33	2,36	27,2	0,00
Sim	27	45	33	55	-	-	-	-	-	-		
Depende financeiramente da vítima												
Sim	42	93,3	3	6,7	5,73	1,41	23,34	1,32	1,04	1,67	6,91	0,01
Não	22	71,0	9	29,0	-	-	-	-	-	-		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

* Cônjuge, cuidador, neto, genro/nora, outro familiar, pessoa da comunidade ou outros.

RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

5.7.2 Associações entre os casos de violência exclusivamente psicológica e os potenciais fatores

Encontrou-se associação significativa para a tipologia do caso de violência ser exclusivamente psicológica, quando em relação à denúncia: o denunciante é um familiar ($p=0,0$) ou pessoa da comunidade ou vizinho ou a própria vítima ($p=0,01$) e a zona de ocorrência do caso for a urbana ($p=0,0$) (TABELA 14).

As características da vítima foram ter idade menor ou igual a 75 anos ($p=0,0$), não apresenta dependência para realizar as atividades básicas de vida diária (AVD) ($p=0,0$) e morar com familiares ($p=0,01$) (TABELA 15).

Em relação ao agressor é ele ser do sexo masculino ($p=0,01$), ser o cuidador da vítima ($p=0,0$) e depender financeiramente dela ($p=0,03$) (TABELA 16).

Tabela 14 – Associações entre casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica e as variáveis independentes, relacionadas com a denúncia, o local de ocorrência e a reincidência da violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Exclusivamente violência psicológica				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Denúncia anônima												
Sim	15	45,5	18	54,5	1,31	0,60	2,85	1,17	0,76	1,81	0,47	0,49
Não	47	38,8	74	61,2	-	-	-	-	-	-	-	
Denunciante												
Familiares	26	46,4	30	53,6	5,06	1,84	13,92	3,17	1,44	7,00	10,82	0,00
Outros*	17	41,5	24	58,5	4,13	1,42	12,00	2,83	1,24	6,46	7,31	0,01
Instituição**	6	14,6	35	85,4	-	-	-	-	-	-	-	
Zona												
Urbana	79	42,5	107	57,5	2,83	1,10	7,28	2,05	0,99	4,27	4,98	0,03
Rural	6	20,7	23	79,3	-	-	-	-	-	-	-	
Reincidência da Violência												
Não	67	43,2	88	56,8	1,73	0,92	3,29	1,42	0,93	2,17	2,89	0,09
Sim	18	30,5	41	69,5	-	-	-	-	-	-	-	

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Pessoa da comunidade ou vítima

**Hospitais, PSF, CRAS, secretarias, promotoria, NASF, Fórum, abrigo ou profissional da saúde.

RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

Tabela 15 – Associações entre casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica e as variáveis independentes, relacionadas com a vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Exclusivamente violência psicológica				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Idade												
≤ 75 anos	57	46,3	66	53,7	1,97	1,12	3,48	1,52	1,06	2,19	5,57	0,02
> 75 anos	28	30,4	64	69,6	-	-	-	-	-	-	-	
Sexo												
Feminino	62	44,0	79	56,0	1,74	0,96	3,15	1,41	0,96	2,08	3,37	0,07
Masculino	23	31,1	51	68,9	-	-	-	-	-	-	-	
Estado civil												
Com parceiro*	38	50,7	37	49,3	2,31	0,90	5,96	1,65	0,89	3,06	3,08	0,08
Sem parceiro**	8	30,8	18	69,2	-	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade												
Com escolaridade	21	40,4	31	59,6	1,30	0,53	3,17	1,18	0,67	2,07	0,33	0,57
Sem escolaridade	12	34,3	23	65,7	-	-	-	-	-	-	-	
Dependência para realizar AVD												
Não	56	52,8	50	47,2	6,08	2,49	14,83	3,40	1,68	6,87	18,05	0,00
Sim	7	15,6	38	84,4	-	-	-	-	-	-	-	
Recebe aposentadoria												
Não	5	55,6	4	44,4	3,09	0,78	12,20	1,93	1,01	3,69	2,81	0,09
Sim	34	28,8	84	71,2	-	-	-	-	-	-	-	
Mora com familiares												
Sim	78	43,3	102	56,7	4,21	1,39	12,70	2,82	1,13	7,05	7,41	0,01
Não	4	15,4	22	84,6	-	-	-	-	-	-	-	
Renda da família												
> 2 SM	16	40,0	24	60,0	1,37	0,65	2,92	1,22	0,77	1,96	0,68	0,41
≤ 2 SM	34	32,7	70	67,3	-	-	-	-	-	-	-	
Antecedentes familiares de violência												
Não	9	42,9	12	57,1	1,50	0,12	19,24	1,29	0,24	6,86	0,10	0,75
Sim	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	-	-	-	

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Casada ou união estável **Solteira, viúva ou separada

AVD: Atividades Básicas de Vida Diária; SM: Salário Mínimo; RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência

LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

Tabela 16 – Associações entre casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica e as variáveis independentes, relacionadas com o agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Exclusivamente violência psicológica				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Sexo												
Masculino	60	48	65	52	2,18	1,19	4,01	1,61	1,09	2,40	6,40	0,01
Feminino	22	29,7	52	70,3	-	-	-	-	-	-	-	
Idade												
18 a 29 anos	13	50,0	13	50,0	7,00	0,75	65,22	4,00	0,61	26,0	3,55	0,06
30 a 49 anos	27	46,6	31	53,4	6,10	0,70	52,76	3,72	0,58	23,7	3,34	0,07
50 a 59 anos	4	36,4	7	63,6	4,00	0,35	45,39	2,91	0,40	21,3	1,36	0,24
Acima de 60 anos	2	25,0	6	75,0	2,33	0,17	32,59	2,00	0,22	17,8	0,41	0,52
Até 17 anos	1	12,5	7	87,5	-	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade												
Sem escolaridade	20	50,0	20	50,0	2,67	0,62	11,53	1,83	0,67	5,05	1,80	0,18
Com escolaridade	3	27,3	8	72,7	-	-	-	-	-	-	-	
Situação de risco												
Álcool	44	57,9	32	42,1	1,60	0,79	3,22	1,25	0,89	1,77	1,71	0,19
Drogas	22	52,4	20	47,6	1,28	0,57	2,86	1,13	0,75	1,70	0,35	0,55
Desempregado	25	46,3	29	53,7	-	-	-	-	-	-	-	
Ação sob efeito de álcool e/ou drogas												
Sim	27	58,7	19	41,3	1,42	0,65	3,12	1,17	0,82	1,68	0,77	0,38
Não	28	50	28	50	-	-	-	-	-	-	-	
Número de envolvidos												
Um	77	40,3	114	59,7	1,35	0,55	3,31	1,21	0,67	2,19	0,43	0,51
Vários	8	33,3	16	66,7	-	-	-	-	-	-	-	
Vínculo com a vítima												
Filho	60	43,8	77	56,2	1,65	0,92	2,96	1,37	0,94	1,99	2,87	0,09
Outros*	25	32,1	53	67,9	-	-	-	-	-	-	-	
Mora com vítima												
Sim	65	43,9	83	56,1	1,73	0,92	3,26	1,41	0,93	2,14	2,93	0,09
Não	19	31,1	42	68,9	-	-	-	-	-	-	-	

Variáveis	Exclusivamente violência psicológica				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Sim		Não									
	N	%	N	%								
Cuidador da vítima												
Sim	24	88,8	3	11,2	7,51	2,17	25,95	1,72	1,41	2,11	13,08	0,00
Não	81	51,6	76	48,4	-	-	-	-	-	-	-	
Depende financeiramente da vítima												
Não	14	63,6	8	36,4	3,15	1,08	9,22	1,78	1,07	2,98	4,54	0,03
Sim	15	35,7	27	64,3	-	-	-	-	-	-	-	
Medidas adotadas												
Médias**	45	43,3	59	56,7	1,35	0,78	2,34	1,20	0,86	1,67	1,18	0,28
Leve***	40	36,0	71	64,0	-	-	-	-	-	-	-	

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

* Cônjuge, cuidador, neto, genro/nora, outro familiar, pessoa da comunidade ou outros.

**Fórum, delegacia, CAPS AD ou Assessor Jurídico.

***Orientações.

RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ;

P: p valor

5.7.3 Associações entre o grau das medidas adotadas ao agressor e os potenciais fatores

Encontrou-se associação significativa para o grau de complexidade das medidas adotadas ao agressor, para esta ser média, quando em relação à denúncia: o denunciante é um familiar ($p=0,02$) ou pessoa da comunidade ou a própria vítima ($p=0,01$), a violência perpetrada for do tipo psicológica ($p=0,0$) ou não for negligência ($p=0,01$) e o caso for de múltiplas violências ($p=0,05$) (TABELA 17).

As características da vítima foram ter idade menor ou igual a 75 anos ($p=0,04$), receber aposentadoria ($p=0,03$), morar com familiares ($p=0,02$) e a renda da família ser maior que dois salários mínimos (TABELA 18).

Em relação ao agressor é ele ser do sexo masculino ($p=0,01$), ter idade entre 30 a 49 anos ($p=0,02$), ser filho da vítima ($p=0,0$) e morar com a vítima ($p=0,04$) (TABELA 19).

Tabela 17 – Associações entre as medidas adotadas ao agressor e as variáveis independentes, relacionadas com a denúncia, o local de ocorrência e o tipo de violência, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Grau de complexidade das medidas adotadas				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Média		Leve									
	N	%	N	%								
Denuncia anônima												
Não	61	50,4	60	49,6	1,78	0,80	3,94	1,39	0,85	2,25	2,05	0,15
Sim	12	36,4	21	63,6	-	-	-	-	-	-	-	
Denunciante												
Outros*	24	58,5	17	41,5	3,04	1,23	7,52	1,85	1,10	3,10	5,96	0,01
Familiar	31	55,4	25	44,6	2,67	1,15	6,20	1,75	1,05	2,90	5,34	0,02
Instituição**	13	31,7	28	68,3	-	-	-	-	-	-	-	
Zona												
Urbana	94	50,5	92	49,5	1,94	0,86	4,40	1,47	0,87	2,47	2,59	0,11
Rural	10	34,5	19	65,5	-	-	-	-	-	-	-	
Violência Física												
Sim	26	55,3	21	44,7	1,43	0,75	2,74	1,19	0,88	1,61	1,16	0,28
Não	78	46,4	90	53,6	-	-	-	-	-	-	-	
Violência psicológica												
Sim	84	57,9	61	42,1	3,44	1,86	6,36	2,03	1,37	3,01	16,29	0,00
Não	20	28,6	50	71,4	-	-	-	-	-	-	-	
Exclusivamente												
Violência Psicológica												
Sim	45	52,9	40	47,1	1,35	0,78	2,34	1,17	0,89	1,54	1,18	0,28
Não	59	45,4	71	54,6	-	-	-	-	-	-	-	
Violência Financeira												
Sim	31	53,4	27	46,6	1,32	0,72	2,42	1,15	0,86	1,54	0,82	0,37
Não	73	46,5	84	53,5	-	-	-	-	-	-	-	
Negligência												
Não	93	52,5	84	47,5	2,72	1,27	5,81	1,82	1,08	3,05	6,97	0,01
Sim	11	28,9	27	71,1	-	-	-	-	-	-	-	
Autonegligência												
Não	102	49,5	104	50,5	3,43	0,70	16,92	2,23	0,65	7,62	2,57	0,11
Sim	2	22,2	7	77,8	-	-	-	-	-	-	-	
Abandono												
Não	101	49,3	104	50,7	2,27	0,57	9,01	1,64	0,63	4,28	1,42	0,23
Sim	3	30,0	7	70,0	-	-	-	-	-	-	-	

Variáveis	Grau de complexidade das medidas adotadas				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P	
	Média		Leve										
	N	%	N	%									
Reincidência da violência													
Sim	33	55,9	26	44,1	1,50	0,82	2,75	1,22	0,92	1,62	1,75	0,19	
Não	71	45,8	84	54,2	-	-	-	-	-	-	-		
Múltiplas violências													
Sim	44	57,1	33	42,9	1,73	0,99	3,04	1,31	1,00	1,72	3,70	0,05	
Não	60	43,5	78	56,5	-	-	-	-	-	-	-		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Pessoa da comunidade ou vítima

**Hospitais, PSF, CRAS, secretarias, promotoria, NASF, Fórum, abrigo ou profissional da saúde.

RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

Tabela 18 – Associações entre as medidas adotadas ao agressor e as variáveis independentes, relacionadas com a vítima, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	Grau de complexidade das medidas adotadas				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Média		Leve									
	N	%	N	%								
Idade												
≤ 75 anos	67	54,5	56	45,5	1,78	1,03	3,07	1,35	1,01	1,82	4,28	0,04
> 75 anos	37	40,2	55	59,8	-	-	-	-	-	-	-	
Sexo												
Feminino	73	51,8	68	48,2	1,49	0,84	2,63	1,24	0,90	1,69	1,90	0,17
Masculino	31	41,9	43	58,1	-	-	-	-	-	-	-	
Estado civil												
Com parceiro*	39	52,0	36	48,0	1,08	0,44	2,64	1,04	0,67	1,62	0,03	0,86
Sem parceiro**	13	50,0	13	50,0	-	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade												
Com escolaridade	21	60,0	14	40,0	1,02	0,42	2,44	1,01	0,71	1,43	0,00	0,97
Sem escolaridade	31	59,6	21	40,4	-	-	-	-	-	-	-	
Dependência para realizar AVD												
Não	56	52,8	50	47,2	1,84	0,90	3,76	1,40	0,92	2,12	2,87	0,09
Sim	17	37,8	28	62,2	-	-	-	-	-	-	-	
Recebe aposentadoria												
Não	8	88,9	1	11,1	7,48	0,91	61,66	1,72	1,29	2,30	4,66	0,03
Sim	61	51,7	57	48,3	-	-	-	-	-	-	-	

Variáveis	Grau de complexidade das medidas adotadas				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
	Média		Leve									
	N	%	N	%								
Mora com familiares												
Sim	94	52,2	86	47,8	2,97	1,19	7,40	1,94	1,01	3,71	5,82	0,02
Não	7	26,9	19	73,1	-	-	-	-	-	-	-	
Renda da família												
> 2 SM	29	72,5	11	27,5	2,35	1,06	5,19	1,37	1,05	1,78	4,57	0,03
≤ 2 SM	55	52,9	49	47,1	-	-	-	-	-	-	-	
Antecedentes familiares de violência												
Sim	11	52,4	10	47,6	6,60	0,29	148,58	3,67	0,27	49,29	1,75	0,19
Não	0	0,0	3	100	-	-	-	-	-	-	-	

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

*Casada ou união estável

**Solteira, viúva ou separada

AVD: Atividades Básicas de Vida Diária; SM: Salário Mínimo; RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência

LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

Tabela 19 – Associações entre as medidas adotadas ao agressor e as variáveis independentes, relacionadas com o agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis		Grau de complexidade das medidas adotadas				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P
		Média		Leve									
		N	%	N	%								
Sexo													
Masculino		69	55,2	56	44,8	2,02	1,13	3,64	1,46	1,05	2,03	5,61	0,02
Feminino		28	37,8	46	62,2	-	-	-	-	-	-	-	
Idade													
30 a 49 anos		39	67,2	19	32,8	6,16	1,13	33,43	2,69	0,80	9,05	5,33	0,02
50 a 59 anos		7	63,6	4	36,4	5,25	0,70	39,48	2,55	0,71	9,16	2,77	0,10
Até 17 anos		5	62,5	3	37,5	5,00	0,58	42,80	2,50	0,67	9,31	2,29	0,13
18 a 29 anos		13	50,0	13	50,0	3,00	0,51	17,71	2,00	0,57	7,05	1,55	0,21
Acima de 60 anos		2	25,0	6	75,0	-	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade													
Com escolaridade		28	70,0	12	30,0	2,80	0,71	10,97	1,54	0,78	3,03	2,28	0,13
Sem escolaridade		5	45,5	6	54,5	-	-	-	-	-	-	-	
Situação de risco													
Álcool		46	60,5	30	39,5	1,05	0,52	2,15	1,02	0,77	1,36	0,02	0,88
Drogas		29	69,0	13	31,0	1,53	0,66	3,59	1,17	0,86	1,57	0,98	0,32
Desempregado		32	59,3	22	40,7	-	-	-	-	-	-	-	

Variáveis	Grau de complexidade das medidas adotadas				RC	LI	LS	RP	LI	LS	X2	P	
	Média		Leve										
	N	%	N	%									
Agressor sob efeito de álcool e/ou outras drogas													
Não	37	66,0	19	34,0	1,64	0,73	3,65	1,22	0,88	1,68	1,46	0,23	
Sim	25	54,3	21	45,7	-	-	-	-	-	-	-		
Número de agressores envolvidos													
Vários	15	62,5	9	37,5	1,91	0,80	4,58	1,34	0,95	1,89	2,16	0,14	
Um	89	46,6	102	53,4	-	-	-	-	-	-	-		
Vínculo com a vítima													
Filho	78	56,9	59	43,1	2,64	1,48	4,72	1,71	1,21	2,41	11,09	0,00	
Outros*	26	33,3	52	66,7	-	-	-	-	-	-	-		
Mora com vítima													
Sim	79	53,4	69	46,6	1,89	1,03	3,48	1,42	0,99	2,02	4,25	0,04	
Não	23	37,7	38	62,3	-	-	-	-	-	-	-		
Cuidador da vítima													
Sim	83	52,9	74	47,1	1,63	0,71	3,74	1,30	0,80	2,09	1,36	0,24	
Não	11	40,7	16	59,3	-	-	-	-	-	-	-		
Depende financeiramente da vítima													
Sim	23	54,8	19	45,2	1,21	0,43	3,40	1,10	0,66	1,81	0,13	0,72	
Não	11	50,0	11	50,0	-	-	-	-	-	-	-		

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

* Cônjuge, cuidador, neto, genro/nora, outro familiar, pessoa da comunidade ou outros.

RC: Razão de chance ; RP: Razão de Prevalência LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior ; X2: qui quadrado ; P: p valor

5.8 Análise Multivariada

5.8.1 Modelo para os casos confirmados de violência

Com relação aos casos confirmados de violência, tiveram significância estatística ($p < 0,05$) associadas aos casos confirmados de violência: quando o denunciante é a própria vítima ou uma pessoa da comunidade ou instituição, não ser denuncia anônima, não ser negligência ou ser violência psicológica (TABELA 20).

Tabela 20 – Modelo para os casos confirmados de violência contra idosos, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.	
							Low	Up
Denunciante instituição	1,39	0,62	5,03	1	0,02	4,03	1,19	13,63
Denunciante outros*	1,73	0,68	6,38	1	0,01	5,63	1,47	21,50
Reincidência	2,94	1,10	7,17	1	0,01	18,93	2,20	163,00
Denuncia anônima	1,97	0,72	7,45	1	0,01	7,15	1,74	29,35
Negligência	1,94	0,60	10,42	1	0,00	6,94	2,14	22,51
Violência psicológica	1,05	0,52	4,01	1	0,048	2,85	1,02	7,93

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

* Pessoa da comunidade ou vítima

N= 159, R2= 0,41, Porcentagem de predição final do modelo= 81,1%

B: Coeficiente de regressão, S.E: Erro padrão, Wald: Valor da estatística de Wald, df: graus de liberdade, Sig: valor de significancia (p), Exp(B): Odds Ratio e 95% C.I.: intervalo de confiança de 95%

5.8.2 Modelo para casos de violência exclusivamente psicológica

Com relação aos casos de violência exclusivamente psicológica, tiveram significância estatística associadas a esse desfecho as seguintes situações: não apresentar dependência para AVD, o agressor ser do sexo feminino e a vítima não morar com familiares (TABELA 21).

Tabela 21 – Modelo para casos de violência contra idosos exclusivamente do tipo psicológica, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.	
							Low	Up
Dependência AVD*	1,73	0,47	13,37	1	0,00	5,62	2,23	14,16
Sexo agressor	0,68	0,40	2,92	1	0,09	1,98	0,90	4,32
Morar com família	1,71	0,68	6,35	1	0,01	5,52	1,46	20,86

*Atividades Básicas da Vida Diária

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

N= 147, R2= 0,26, Porcentagem de predição final do modelo= 66%

B: Coeficiente de regressão, S.E: Erro padrão, Wald: Valor da estatística de Wald, df: graus de liberdade, Sig: valor de significancia (p), Exp(B): Odds Ratio e 95% C.I.: intervalo de confiança de 95%

5.8.3 Modelo para o grau de complexidade da medida adotada ao agressor

Os resultados do ajuste do modelo com relação para verificar as variáveis relacionadas com o grau de complexidade da medida adotada ao agressor, foram as seguintes variáveis que tiveram significância estatística associadas a esse desfecho: sofrer violência psicológica ou financeira e o agressor ser filho da vítima (TABELA 22).

Tabela 22 – Modelo para a complexidade da medida adotada ao agressor, CREAS e SINAN NET, em 2011 e 2012, Sobral-CE.

Variáveis	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.	
							Low	Up
Violência psicológica	1,41	0,36	15,79	1	0,00	0,24	0,12	0,49
Violência financeira	0,68	0,36	3,66	1	0,06	0,51	0,25	1,02
Vínculo do agressor com a vítima	0,96	0,33	8,76	1	0,00	0,38	0,20	0,72

FONTE: CREAS e SINAN NET – Sobral -CE, 2011 e 2012.

N= 204, R²= 0,19, Porcentagem de predição final do modelo= 69,1%

B: Coeficiente de regressão, S.E: Erro padrão, Wald: Valor da estatística de Wald, df: graus de liberdade, Sig: valor de significancia (p), Exp(B): Odds Ratio e 95% C.I.: intervalo de confiança de 95%

6. DISCUSSÃO

6.1 Caracterização das notificações

Distribuindo as notificações catalogadas no estudo, nos anos de 2011 e 2012, dentre a população idosa de Sobral, temos uma prevalência de 1,83%. Percentual maior que o nacional, 1,4% (IBGE, 2010), porém menor que o encontrado no estudo realizado por Oliveira *et al* (2012 B), com as denúncias realizadas na polícia civil do DF, a qual constatou que 3,84% de todos os idosos residentes no DF registraram junto às delegacias de polícia algum tipo de violência em domicílio, nos anos de 2003 a 2007.

Grossi e Souza (2003) também encontraram dados próximos ao estudo citado acima, realizando um levantamento pela Delegacia do Idoso de Porto Alegre em 2003, onde, no período de 1995 a 1999, 3% da população senil de Porto Alegre, realizou denúncia de maus tratos e violência na delegacia.

Ressaltou-se uma diferença discrepante entre a **quantidade de notificações** realizadas no setor saúde e na assistência social. Houve 38 vezes mais notificações na assistência social. Essa subnotificação do setor saúde ficou mais evidente quando se observou que 11,6% das denúncias do CREAS foram realizadas por profissionais da saúde, os quais, apesar de denunciarem o caso ao CREAS, não realizaram a notificação no setor saúde.

Cavalcante e Souza (2010) em sua pesquisa realizada no Rio de Janeiro, constataram alguns obstáculos na notificação dos casos. Percebeu-se que alguns profissionais de saúde distinguem violência de maus-tratos. Isso implica na subnotificação de casos devido ao desconhecimento dos profissionais, ou, talvez, por receio em reconhecer determinadas condições como violência. Justificativa essa que não pode ser colocada neste estudo, posto que os profissionais do setor saúde realizaram as denúncias ao CREAS, reconhecendo assim a presença da violência nos casos. Isso descarta a hipótese da ausência de conhecimento da existência dos casos de violência por estes profissionais.

Observou-se que a maioria das denúncias não teve solicitação de **anonimato** e foram realizadas pessoalmente, com os denunciantes dirigindo-se até a sede do CREAS. A grande maioria dos **denunciantes** eram familiares das vítimas, destacando os filhos. Já as vítimas foram as que menos denunciaram.

Através desses dados observou-se que aparentemente não existe medo por parte dos denunciante em revelar a sua identidade, ou há grande revolta diante da situação, pois mesmo a maioria destes serem familiares das vítimas e por esse motivo, possivelmente terem contato com o agressor, ainda assim realizam a denúncia.

Já com relação aos idosos realizarem a denúncia, podemos levantar algumas hipóteses: os idosos denunciam pouco por medo dos efeitos que sua denúncia pode causar, pelo agressor em muitos casos morar junto do mesmo, por querer resguardar o agressor, em muitos casos serem seus próprios filhos, por se acharem culpados pela violência da qual são vítimas, por naturalizarem a questão da violência ou ainda por não conhecerem seus direitos, nem o serviço de denúncia.

Em pesquisa realizada por Nogueira *et al* (2012), em Fortaleza, com dados do Alô Idoso, projeto com características similares ao da instituição em estudo, obteve-se porcentagem oposta quanto ao anonimato, onde 77,1% das denúncias foram feitas de forma anônima, em 2007, bem como nos processos arquivados de 2003 a 2007. Porém, com relação a quem realizou a denúncia, os resultados foram semelhantes, a maioria familiares e também, em menor quantidade o próprio idoso, nos dois períodos pesquisados pelo autor.

6.2 Distribuição geográfica das notificações

Após visita domiciliar para averiguação da denúncia, foi confirmada a **situação de violência** em 69,1% dos casos. Na **zona urbana** essa proporção foi de 70,1%, onde notou-se que o bairro de mais destaque pela quantidade de casos foi o Centro. Neste bairro fica a sede do CREAS e essa associação ficou ratificada pelo grande número de denúncias de casos ocorridos em ruas próximas a esta instituição, além de ser o bairro mais populoso do município.

Em pesquisa de Faleiros (2007), no Distrito Federal, encontrou-se destaque em Brasília e Ceilândia quanto ao número de agressões contra o idoso. Mesmo as duas cidades possuírem características muito diferentes, sendo a primeira possuidora de uma renda per capita e nível socioeconômico superior à segunda, se assemelham pela segunda ser a região administrativa de maior população do Distrito Federal.

Outros bairros, como Sinhá Sabóia, Alto da Brasília e Expectativa, que também se destacaram, apresentam altos índices de pobreza e de homicídio. Situação também observada na pesquisa realizada por Nogueira *et al* (2012), em Fortaleza, que teve como a área da cidade

mais referida a SER III (Secretaria Executiva Regional), respondendo por 25,1% dos casos. Onde os bairros Bom Sucesso e Henrique Jorge foram os que apresentaram a maior quantidade de casos (7,3% ao todo).

Essa região de Fortaleza possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - por bairro (IDHM-B) baixo e esses dois bairros apresentaram destaque em todas as seguintes variáveis: mortes violentas, lesão corporal, roubos, furtos e relações conflituosas. Características e percentual parecido com o do bairro Sinhá Sabóia, onde ocorreu 7,9% de todos os casos confirmados (MOURA, 2011).

A distribuição dos casos confirmados na **zona rural** foi de 62,85%. O distrito que se destacou foi Jaibaras, que é o mais populoso de todos se localiza próximo a sede do município de Sobral. Possui dois CSF, apresentando uma estrutura de apoio maior para os profissionais, situação que auxilia o trabalho do CREAS e facilita as visitas domiciliares para confirmação dos casos.

Em 30,9% dos casos, a **situação de violência é descartada ou provável**. Esta última situação ocorreu devido à comprovação ter sido impossibilitada pela mudança de endereço da vítima, endereço não encontrado ou pela ausência desse dado. Ressalta-se que na zona rural, em comparação à urbana, houve proporcionalmente mais casos cuja a comprovação não foi possível comprovação. Situação que pode ser explicada pela dificuldade de acesso as casas e a falta de exatidão dos endereços.

Nogueira *et al* (2012) realizaram um estudo sobre as denúncias de violência contra o idoso registradas no *Alô Idoso*, de Fortaleza. Dentre as denúncias realizadas, houve improcedência em 18,1%, em 9,6% do casos o endereço referido na denúncia não foi localizado. Em 6,5% a família mudou-se.

Com relação aos casos da zona urbana, que tiveram a situação de violência descartada, encontrou-se duas situações recorrentes, observadas durante a leitura dos prontuários, através da descrição dos profissionais que realizaram a visita. Primeiro, os profissionais não observam sinais de violência, o que não significa ausência desta, pois os envolvidos podem ocultar a verdadeira situação, pelos mesmos motivos que levam à não denúncia por parte da vítima. Segundo, em muitos casos o que havia na verdade era um conflito familiar, principalmente entre o denunciante e o possível agressor, que normalmente eram parentes,

irmãos na maioria das vezes e as desavenças eram em parte por motivos financeiros, sendo mais comum o interesse em receber a aposentadoria dos pais.

6.3 Caracterização da violência

O **local de ocorrência** onde a violência ocorreu em maior frequência foi no ambiente domiciliar, corroborando com outros estudos que apresentaram diferentes metodologias. Por exemplo, levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, evidenciou que 86% (532) dessa violência aconteceram na residência (BRASIL, 2008). Abath *et al* (2012) observaram que 59,3% (303) dos idosos sofreram de violências físicas em sua residência e foram registradas laudo de corpo delito no Instituto Médico Legal (IML) de Recife-PE de 2004 a 2007. Outro estudo através das notificações realizadas obtidas do SINAN NET, com os dados nacionais de 2010, observou-se que a maioria dos episódios de violência contra idosos ocorreu no domicílio (78,8%) (MASCARENHA *et al*, 2012).

Diversos estudos também obtiveram esse mesmo resultado: Minayo (2003), Fonseca e Gonçalves (2003), Pasinato *et al* (2006), Gaioli e Rodrigues (2008).

Este fato pode ser explicado devido ao fato de grande parte dos agressores morarem com os idosos e no ambiente domiciliar o agressor estar protegido dos olhares externos, tornando o ato mais oculto e de difícil flagrante, diminuindo a possibilidade de denúncia.

Observou-se que a **tipologia da violência** se distribuiu na seguinte ordem decrescente: psicológica, financeira, física, negligência, abandono e autonegligência. No estudo de Nogueira *et al* (2012), encontrou-se sequência muito parecida, apenas modificando a negligência que ficou em segundo lugar. A violência psicológica também ficou em primeiro lugar nos seguintes estudos: Sanches (2006), Apratto Júnior e Moraes (2010) e Oliveira *et al* (2012 B).

Na pesquisa de Oliveira *et al* (2012 B), que aconteceu na Polícia Cível, aparecem alguma semelhanças, por exemplo, a violência psicológica também ficou em primeiro lugar, com 55,24% dos casos, seguido pela física, com 41,73%, negligência, com 1,52% e sexual com 0,24%, diferença esclarecida pelo tipo de estabelecimento escolhido.

Outro exemplo é o trabalho de Mascarenha *et al* (2012), realizado no setor saúde, com as notificações nacionais do SINAN NET, os tipos de violência mais relatados foram:

violência física (67,7%), violência psicológica (29,1%) e negligência (27,8%). Possivelmente pela resolução das consequências dessa tipologia, principalmente física, ser neste setor.

Não houve nenhuma notificação de caso de violência sexual. Resultado também obtido na pesquisa de Nogueira *et al* (2012). Diante desse fato, pode-se idealizar duas hipótese: ou essa informação condiz com a realidade e não ocorreu nenhum abuso sexual, ou por esse tipo de violência ser o de mais difícil revelação. Segundo Schraiber *et al* (2003) esse tipo de violência fica silenciado no âmbito familiar.

Cerca de um terço dos idosos da pesquisa sofreu mais de um tipo de violência. Resultado menor do que o encontrado por Nogueira *et al* (2012), que observou a proporção de 66,5% dos idosos são vítimas de mais de um tipo de violência. Schraiber *et al* (2006), em sua pesquisa bibliográfica encontraram vários estudos que ressaltam que os diversos tipos de maus-tratos se articulam.

Algumas **associações de violências** foram mais frequentes: psicológica e física, psicológica e financeira, financeira e negligência, e psicológica, física e financeira. Com poucas diferenças a esta pesquisa, Nogueira *et al* (2012) encontrou a seguinte sequência: negligência e violência econômica (12,8%), violências física e psicológica (12,4%), violência psicológica e negligência (10,1%) e violências psicológica e econômica (6,7%).

Aproximadamente um terço dos casos analisados teve **reincidência** de notificação. Número menor que o encontrado por Mascarenha *et al* (2012), onde mais da metade das vítimas referiu que já tinha sido violentada previamente (53,6%).

6.4 Caracterização da vítima

O **perfil da vítima** encontrado foi com as seguintes características: sexo feminino, na faixa etária dos 60 a 79 anos, com parceiro, sem escolaridade, recebendo aposentadoria, com renda mensal de um salário mínimo, morando com familiares, com média de três pessoas residindo no mesmo local e não apresentam dependência para realizar as AVD. Sanches (2006) e Melo *et al* (2006) encontraram dados que apontam as mulheres idosas, com baixa escolaridade e solteiras como as vítimas mais vulneráveis à violência.

Foram encontrados três perfis com algumas características em comum: Mascarenha *et al* (2012), predominaram as vítimas do sexo feminino, metade dos idosos apresentava 60 a 69 anos de idade, com até 8 anos de estudo e sem companhia marital; Castro *et al* (2013),

maioria no sexo feminino, entre 60 e 70 anos, com até três anos de escolaridade, e dividindo moradia com o equivalente a 6 ou mais moradores e Abath *et al* (2012), em estudo transversal realizado no Instituto de Medicina Legal do Recife (Pernambuco) identificou-se que a maioria dos idosos vítimas de violência era do sexo masculino, casados e com idade entre 60 e 69 anos.

Quanto ao **gênero**, mais da metade das vítimas eram do sexo feminino. Corroborando com os seguintes autores: Minayo (2003), Melo *et al* (2006), Sanches (2006), Moraes *et al* (2008), Souza *et al* (2008), Mascarenha *et al* (2012), Nogueira *et al* (2012) e Duque *et al* (2012). Uma hipótese pra esse fato é a dinâmica de dominação de gênero, expressa nas relações de poder tanto no espaço intra como extrafamiliar, onde a mulher é submissa as vontades do homem (FALEIROS, 2007).

Sanches (2006) reforça esse pensamento lembrando à questão da violência de gênero, que revela uma cultura de discriminação contra a mulher. Esta questão de gênero que estabeleceu às atribuições construídas historicamente e rotuladas ao homem e à mulher, marcadas pela assimetria e hierarquia na relação entre eles, onde o homem fica responsável pela provisão da casa e a mulher é a dona de casa, cuidadora e mãe.

Outro ponto que pode ser uma das razões para explicar o porquê das idosas serem as maiores vítimas é a violência contra a mulher desde jovem. Apesar de as mulheres terem uma expectativa de vida maior que os homens, parece influir mais o fato de a idosa já ter sido agredida quando jovem e manter essa dinâmica no envelhecimento (SANCHES, 2006).

Por outro lado encontrou-se também dois estudos que apontam o homem como vítima mais frequente foram: Gaioli e Rodrigues (2008) e Oliveira *et al* (2012 B).

Com relação à **faixa etária** das vítimas, houve proporção aproximada entre as faixas de 60 a 69 (33,6%) e 70 a 79 anos(34,4%). Houve estudos em que predominaram as idades de 60 a 69 anos, Duque *et al* (2012) e outros em que a faixa de destaque foi de 70 a 79 anos, Nogueira *et al* (2012), Souza *et al* (2008) e Souza *et al* (2007). Os estudos de Pasinato *et al* (2006) e Sanches (2006), encontraram outro resultado, que a mulher idosa e com idade igual ou superior a 75 anos sofre mais violência.

Ainda que a literatura aponte que as maiores vítimas são idosos mais velhos, alegando como motivo principal às limitações funcionais e cognitivas, como no estudo americano de

Tatara (1998), em que 43,7% dos casos de violência doméstica de natureza física, o idoso tinha 80 anos ou mais, nos estudos pesquisados sobre esta variável ocorrem algumas disparidades em relação à predominância deste evento.

Caldas (2003) e Minayo e Souza (2005) afirmam que quanto menor a idade do idoso, menor a possibilidade de dependência física e mental e maior sua autonomia, facilitando o registro da denúncia.

Diante destes dois argumentos, e pelo tamanho amostral reduzido de idosos com 80 anos e mais, não podemos descartar a hipótese de não-associação entre a faixa etária e a violência, assim como no estudo de Duque *et al* (2012).

A média da idade encontrada foi 74,4 anos, próximo ao encontrado por Mascarenha *et al* (2012) 71,1 anos. Vale lembrar que a distribuição no estudo dos idosos por faixa etária, se aproximou da proporção existente na população brasileira. Em 2012 a população idosa se distribuía em 55,2% na faixa de 60 a 69 anos, 30,6% de 70 a 79 anos e 14,2% acima de 80 anos (IBGE, 2013)

Segundo o **estado civil** da vítima a proporção maior foi a dos que tinham companheiro – casados ou união estável, corroborando com estudos de Oliveira *et al* (2012 B), Apratto Júnior e Moraes (2010), Gaioli e Rodrigues (2008) e Moraes *et al* (2008).

A literatura assinala que as principais vítimas são as que possuem companheiro e coloca como uma das explicações a proporção de conjugues agressores (GAIOLI e RODRIGUES, 2008). Porém, somente isso não explica tal realidade e temos que lembrar da dificuldade de trabalhar variáveis separadamente, pois quando falamos de violência os fatores parecem estar interrelacionados.

Contudo Mascarenha *et al* (2012) e Duque *et al* (2012) em seus dados encontraram que o destaque foi para os que não tinham companhia marital (solteiro/separado/viúvo).

Relacionado ao **nível de escolaridade**, 24,2% nunca estudaram (analfabetos), afirmando a pesquisa de Duque *et al* (2012), que teve até percentual similar, com 26,15% de analfabetos. Em Moraes *et al* (2008) a maioria da vítimas tinha escolaridade. Porém Mascarenha *et al* (2012), que encontraram grandes proporções, 87,9% referiram ter concluído até 8 anos de estudo.

Moraes *et al.*(2008) apontam que possuir pouca escolaridade pode apresentar maior relação com a dependência dos cuidadores para auxílio das atividades cotidianas. Entretanto, o medo de represálias, bem como de perder a fonte de carinho e afeto, pode impedir a declaração de violência entre eles. Situação revelada pelo atual estudo, posto que houve poucas denúncias realizadas pela vítima. A grande maioria foi por outras pessoas, onde o medo do agressor não interferiu na atitude.

A **renda do idoso** em 53,5% dos casos era entre um salário mínimo e menor que dois salários. Duque *et al* (2012) ressaltaram que foram mais vitimizados os idosos que recebiam até um salário mínimo (22,86%) e os que contribuíam para o sustento da casa (20,88%).

Melo *et al* (2006) e Oliveria e Penna (2002) defendem que com relação à parte financeira, tanto a situação do idoso sustentado por um cuidador, sendo considerado um “peso”, como o inverso, ele como fonte de renda do domicílio são potenciais risco para a violência.

Abath *et al* (2012) pontuam que, nas residências onde os idosos não são responsáveis pelo sustento, normalmente eles são mais velhos, mais pobres, com piores condições de saúde e com menor capacidade funcional, quando comparadas aos idosos chefes dos domicílios. Características colocadas como situação de risco para a violência. Duque *et al* (2012) completa o pensamento afirmando que, quanto maior a renda do idoso, melhores condições de vida ele terá e maiores serão as possibilidades de contribuição desta renda no sustento da família.

Com relação à **aposentadoria**, 54,9%, recebem aposentadoria, percentual próximo ao encontrado por Abath *et al* (2012), observou 49%. Araújo e Alves (2000) e Grossi e Souza (2003) identificaram que a maioria das pessoas que convivem com os idosos são dependentes de sua renda e esta, normalmente, é favorecida pela política dos benefícios previdenciários. Segundo os autores, este fato é devido ao aumento do desemprego e do número de divórcios que propicia o retorno dos filhos adultos para a casa de seus pais, desenvolvendo uma dependência emocional e financeira, o que pode levar ao abuso financeiro ou material do idoso.

Com relação à **moradia**, a grande maioria das vítimas, 82,8%, co habitavam com alguém da família, apoiando os dados de Nogueira *et al* (2012) que registraram 90,1% dos idosos residem com alguém da família e, destes, menos de 2% residem não familiares.

Quanto ao **arranjo familiar**, 64,2%, dos idosos moravam com até três pessoas e 25,1% com mais de três. Duque *et al* (2012) observaram que os idosos que moravam com um número maior de coabitantes (6 ou mais moradores) corresponderam a 33,33% dos casos. Resultado consonante com diversos estudos, Moraes *et al* (2008), Apratto Júnior e Moraes (2010), Grossi (2003) e Souza *et al* (2004), que afirmam que os idosos que convivem com maior número de pessoas no domicílio foram mais vitimizados.

Fonseca e Gonçalves (2003) e Freitas e Téofilo (2010) identificaram com um dos motivos da violência doméstica o fenômeno de choque de gerações. Por diferentes gerações conviverem na mesma unidade doméstica surge um potencial causador de conflitos intrafamiliares, permeado por disputas por espaço físico e também por dificuldades financeiras na família. Assim, o convívio plurigeracional não pode ser visto como garantia de velhice bem sucedida, nem mesmo sinal de relações mais amistosas entre as sucessivas gerações.

Aprofundando essa hipótese, Neri e Carvalho (2002) afirmam que, independentemente de o agressor ser ou não um parente, a qualidade da relação entre ele e o idoso depende de crenças, valores e concepções sobre a velhice e o cuidado.

Quanto à **saúde das vítimas**, em 22,3% houve registro de presença de doença e em 9,8% a existência de deficiência ou transtorno. Outros estudos encontraram, em 34,4% dos casos, que os idosos tiveram problemas de saúde relatados (NOGEIRA *et al*, 2012) e 21,8% informaram possuir algum tipo de deficiência ou transtorno (MASCARENHA *et al*, 2012)

Com relação a apresentar algum grau de **dependência para realizar as atividades básicas de vida diária (AVD)** 20,9% tiveram algum grau e 49,3% eram independentes. Duque *et al* (2012) observaram que as maiores vítimas no que diz respeito às AVD foram os independentes para estas atividades.

Grossi e Souza (2003) afirmam que os idosos que necessitam de ajuda para sobreviver, principalmente devido a problemas de saúde, apresentam maior risco de sofrer algum tipo de violência, quando não há entendimento entre o idoso e a família. Isso corrobora com a visão de Saliba *et al*. (2007), os quais alegam que, com o avançar da idade, aumentam as situações de vulnerabilidade, o que gera maior necessidade de cuidados, criando uma situação de dependência. Isto favorece a ocorrência de abusos e maus tratos entre os idosos mais dependentes.

Porém, Melo *et al* (2006) asseveram que a maior dependência foi considerada inicialmente um fator de risco, porém estudos posteriores mostraram que os idosos vitimizados não eram mais dependentes do que aqueles que não sofriam maus tratos, sendo, conforme os autores, talvez mais capazes, principalmente nos casos de violência física e psicológica.

6.4.1 Associação entre a tipologia da violência e características da vítima

A variável **sexo da vítima** não teve associação ($p = 0,12$) com a tipologia da violência sofrida por esta e o tipo mais freqüente nos dois sexos foi a psicológica. Esses dois dados corroboram com Nogueira *et al* (2012) e Mascarenha *et al* (2012).

O sexo feminino foi mais freqüente nos casos de violência psicológica e física e os homens nos casos de financeira, negligência, abandono e autonegligência. Em consonância com o estudo finlandês, apresentado por Espindola e Blay (2007), o abuso físico foi predominante nas mulheres. Na pesquisa de Pasinato *et al* (2006), nas denúncias recebidas pela Voz do Cidadão houve predominância da mulher nas agressões física, financeira e psicológica e entre os homens, o maior número de denúncias foi de abandono, sendo acompanhada pelos maus tratos físicos e financeiros.

Mascarenha *et al* (2012), encontraram outra distribuição, os casos de violência psicológica, negligência, financeira, sexual e tortura apresentaram frequência significativamente maior entre as mulheres; o abuso físico foi mais frequente entre os homens.

A mulher, quando idosa, em função das circunstâncias do envelhecimento é duplamente fragilizada, pois em geral são mais doentes do que os homens e possuem mais incapacidades funcionais (PASINATO *et al*, 2006 e ROMERO 2002). Nessas mulheres predominam doenças frequentemente incapacitantes, não letais e/ou crônicas. Considerando que essas doenças demandam maior cuidado por parte dos cuidadores, formais ou informais, acredita-se que essa também seria uma possível hipótese explicativa para a maior frequência de vítima idosa no ambiente doméstico (ABATH *et al*, 2012).

Pillemer & Finkelhor (1988) apresentam outra perspectiva de explicação: seria o fato de a detecção ser maior no sexo feminino e não pela magnitude do problema maior neste sexo. Os autores referem que os estudos consideram a mulher como a principal vítima de violência física, fazendo com que a mulher procure atendimento e refira ter sido violentada

com maior frequência que os homens, em consequência da severidade do dano provocado pela violência, que costuma ser maior no sexo feminino.

Com relação à **faixa etária**, ficou demonstrada associação ($p = 0,00$) entre o tipo de violência e essa variável. A violência psicológica e física atingiu mais o grupo de 60 a 69 anos e a financeira, negligência e abandono foi mais frequente com idade superior a 80 anos. Essa mesma distribuição e associação foram encontradas por Nogueira *et al* (2012) e próxima a de Mascarenha *et al* (2012).

Os grupos mais atingidos pela violência foram as faixas de 60 a 69 e 70 a 79 anos, que tiveram proporções bem próximas, 33,4% e 33,6%, respectivamente. Similar ao encontrado por Mascarenha *et al* (2012) e Nogueira *et al* (2012), onde o grupo mais atingido encontra-se entre 71 e 80 anos de idade.

Rosa *et al* (2003) em um estudo com amostragem significativa de idosos em São Paulo, que investigava os fatores determinantes da capacidade funcional dos idosos, associaram a idade superior a 65 anos com dependência moderada/grave. Esse aumento da dependência com o aumento da idade explica porque os idosos mais velhos sofrem mais negligência, abandono e violência financeira, pois são mais dependentes, não só fisicamente, mas também para administrar as finanças. Como citado anteriormente, os idosos menos velhos são mais ativos, dessa maneira realizam mais denúncia pelas agressões físicas e verbais.

6.5 Caracterização do agressor

Durante a busca na literatura por informações sobre os agressores da violência contra idosos, para realizar a análise e a comparação dos dados do presente estudo, observou-se que as características do agressor são menos exploradas que as da vítima. Há em alguns casos a inexistência de dados de algumas variáveis.

O **perfil do agressor** encontrado foi do sexo masculino, 30 a 49 anos, com escolaridade, filho da vítima e morando junto da mesma (mas não é seu cuidador) e utiliza álcool e/ou droga. Nogueira *et al* (2012) encontraram características similares: os agressores estão entre os familiares da vítima, sendo na maioria filhos e netos, havendo uma incidência maior de agressores do sexo masculino.

Menezes (1999) aprofundou a caracterização do agressor e mostrou os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco: o agressor vive na mesma casa que a vítima; filhos dependentes

financeiramente de pais com idade avançada; idosos dependentes da família dos seus filhos para sua manutenção; abuso de álcool e drogas praticado pelos filhos ou pelo próprio idoso; isolamento social dos familiares ou do idoso; história de agressão anterior contra o idoso e história de violência na família.

Com relação ao **sexo** do agressor, 60,4%, são do sexo masculino, dados e proporção semelhante com a literatura (Mascarenha *et al* (2012), Nogueira *et al* (2012), Minayo (2003), Pasinato *et al* (2006), Sanches (2006) e Ritt (2007)).

Segundo Souza (2005), as mulheres, possivelmente, devido às formas de socialização e de construção da identidade masculina, apresentam condutas menos agressivas que os homens. Esta é uma hipótese para termos uma quantidade significativa de agressores do sexo masculino.

A **faixa etária** do agressor que se evidenciou foi de 30 a 49 anos, com 27%, em segundo lugar os adultos jovens, 18 a 29 anos, com 12,1% e em último lugar os menores de idade e os idosos, cada um com 3,7%. Raros são os estudos que apresentam a idade do agressor. Nogueira *et al* (2012) a apresentaram dividida em duas categoria maiores e menores de idade. Este segundo teve proporção de 2,2%.

Araújo (2002) chama a atenção para o crescimento de uma pessoa em um ambiente familiar estressante, cuja relação se fundamenta na violência, isso tem consequências importantes no desenvolvimento dos outros membros, principalmente das crianças, que podem naturalizar a questão da violência e relacionar-se com outros mediante esta, reproduzindo-a “[...] tanto na condição de criança quanto na de jovem ou adulto”.

Outros estudos associam as famílias abusivas com a existência de padrões transgeracionais aprendidos. Existem grandes probabilidades, das crianças que vivem em um ambiente onde a violência, de reproduzi-la nas suas interações com o outro, perpetuando um ciclo de violência gerador de mais violência (MAIA e WILLIAMS, 2005 e Narvaz e Koller, 2006).

A maioria dos agressores, 88,8%, **agiu sozinho**, afirmando o estudo de Abath *et al*, (2012), que encontrou a porcentagem de 62,15%. Oliveira e Penna (2002) e Caldas (2003) apresentam como possíveis justificativas para o fato de a maioria dos agressores ter agido só,

ou seja, desacompanhado, parece demonstrar a fragilidade dos idosos, explicada por aspectos fisiológicos, psicológicos e socioeconômicos dessas vítimas.

Quanto ao **vínculo** entre idoso e agressor 79,5% eram familiares, sendo 63,7% do total eram filhos da vítima, caracterizando assim com violência intrafamiliar. Corroborando com Nogueira *et al* (2012), no qual observou-se que 88,3% eram familiares e 57,7% eram filhos. Diversas pesquisas também encontraram com maior frequência os familiares como agressores Melo *et al* (2006), Tatara (1998), Gaioli e Rodrigues (2008). Outras pesquisas também obtiveram o filho com destaque, com Minayo (2003) e Mascarenha *et al* (2012).

Oliveira *et al* (2012 B) depararam com 62,8% dos agressores sem parentes com a vítima, dado que pode ter explicado por sua pesquisa ter sido realizada na Polícia Civil e para as vítimas é mais fácil denunciar pessoas que não são seus familiares.

Além de ser filho, esse agressor, em 68,8% dos casos, mora na mesma casa que o idoso. Corroborando com os dados de Nogueira *et al* (2012), onde 70,4% das denúncias, relatou-se que os agressores residiam com a vítima.

Barnet *et al.* (apud Paixão Júnior e Reichenheim, 2006) dizem que são muitas as ações violentas praticadas contra os idosos, entendidas como de cunho intrafamiliar, ou seja, efetivadas no contexto da família. Segundo os autores, nesta prática prevalece a relação de intimidade existente entre ambos, agressor/vítima, que pode haver em relações consanguíneas ou domiciliar/profissional.

Nesse estudo 73% dos agressores não eram **cuidadores** dos idosos, o que pode ser explicado pelo fato da maioria das vítimas serem idosos menos velhos e não apresentarem dependência para as atividades básicas da vida diária. Porém, nas análises estatísticas sobre o caso da violência contra idosos, tem-se os cuidadores como agressores frequentes (BRASIL, 2001).

Em relação às **condições financeiras** do agressor 25,1% estavam desempregados e 19,5% dependiam financeiramente do idoso. Não foi encontrada literatura para realizar a comparação dos dados.

As condições de vida também devem ser consideradas como um fator de risco para a violência, pois conflitos familiares são assinalados como possível consequência dessa situação. Essa situação se torna mais incontestável, quando a aglomeração e a falta de

privacidade se tornam presentes. A questão financeira familiar é outro fator que merece atenção, pois é considerada como uma das principais causas da violência contra idosos no âmbito domiciliar. Nesse ponto constituem situações de risco, quando o idoso é financeiramente dependente do seu cuidador e na situação inversa também (GAIOLI e RODRIGUES, 2008).

Com relação à **utilização de substâncias psicoativas** pelo agressor, teve-se referência que 47,4% faziam uso de álcool e/ou drogas e, destes 21,4% estavam sob efeito dessas substâncias no momento da agressão, apoiando dados encontrado por Mascarenha *et al* (2012), onde em 40,4% das vítimas suspeitavam que o agressor fez uso de bebida alcoólica. Nogueira *et al* (2012) encontraram números menores referentes ao uso de álcool e/ou drogas pelo agressor nos dois recortes de sua pesquisa, 27,6% e 14,5% nos casos de 2003 a 2007.

Distintos estudos, tais como Minayo (2003), Brasil (2001 B) e Narvaz e Koller (2006), apontam essa variável como um fator de risco para os maus-tratos, propiciando a elevação de condutas reprováveis socialmente, na medida em que essas substâncias inibem a censura.

6.5.1 Associação entre a tipologia da violência e características do agressor

Foi observada associação entre a tipologia da violência e o sexo do agressor ($p = 0,00$), assim com no estudo de Nogueira *et al* (2012), $p=0,019$.

O homem realiza mais violência psicológica e física. Isso está condizente com a pesquisa realizada nos Estados Unidos, por Tatara (1998), na qual demonstrou-se que 62,6% dos perpetradores da violência doméstica de natureza física contra idosos eram homens. Enquanto as mulheres impetram mais financeira, negligência e abandono, como observado por Nogueira *et al* (2012).

Nogueira *et al* (2012) colocaram como hipótese para essa situação o fato de as mulheres exercerem mais o papel de cuidadoras. Desta forma, sendo as maiores responsáveis pelos cuidados ao idoso e, por conta da sobrecarga no amparo a estes, fracassam nessa tarefa, sendo negligentes com o idoso, abandonando-os ou mantendo-os isolados em casa. Também teriam acesso mais facilitado aos recursos financeiros do idoso, desvirtuando-os, devido à condição de principais cuidadoras.

Não houve associação quanto ao vínculo do agressor com a vítima ($p = 0,09$) e acredita-se que seja devido aos filhos se sobressaírem em todas as tipologias. Nogueira *et al* (2012) também não encontraram associação nesse caso ($p = 0,72$).

A associação também foi observada entre as variáveis tipo de violência e moradia do agressor ($p = 0,00$). Nogueira *et al* (2012) obtiveram $p < 0,0001$, nessa situação, tendo como explicação os agressores se apropriam dos rendimentos do idoso e se distanciam destes. No presente estudo, observaram as seguintes situações: o apoderamento do cartão do benefício previdenciário do idoso, tanto pelos familiares como por comerciantes, que continuam desvirtuando o dinheiro e fazendo empréstimos, sem necessitar estar próximo a vítima.

6.6 Caracterização do acompanhamento dos casos

Nos casos estudados que já estavam concluídos, observou-se que em metade deles foram necessários de 1 a 5 **visitas domiciliares** para concluí-lo, e em um terço foi necessário de 1 a 6 meses de **acompanhamento**. Isso faz deduzir a agilidade dos encaminhamentos e resoluções e na relevância da existência de um rede intersetorial funcionante e comunicante.

Situação oposta foi encontrada por Nogueira *et al* (2012) que chamaram a atenção para a demora na realização das medidas, diante das denúncias inconclusas. Parte delas foi encaminhada com certa demora e, além disso, a maioria dos órgãos que a receberam não havia dado um retorno para o *Alô Idoso* meses depois.

As **medidas adotadas ao agressor** foram em 37,7% de ordem jurídica (prisões e processos), 23,7% necessitaram somente de orientações e 10,7% foram encaminhados para tratamento no CAPS AD, chamando a atenção para a complexidade dos casos e na importância das orientações.

Em 39,4% dos casos houve a superação da situação de violência. Valor superior ao encontrado por Nogueira *et al* (2012) no que diz respeito ao arquivamento dos 2.013 casos do período de 2003 a 2007, onde o atendimento da solicitação e mediação com êxito foram referidos em 7,8% dos casos.

Este fato revela a eficiência do CREAS, bem com suas boas articulações. Mesmo ainda havendo a necessidade de mais contratações para um melhor acompanhamento dos casos, os dados mostram melhores resultados que outras instituições.

Porém outros motivos para a **finalização do caso** chamaram a atenção: 15% solicitaram o cancelamento do acompanhamento. Nogueira *et al* (2012) encontraram a própria vítima solicitando a não-intervenção em 2,7% dos casos.

Araújo (2002) acredita que isso remete à questão da violência naturalizada na dinâmica familiar, cabendo à vítima acostumar-se a ela. Observou-se em alguns discursos dos idosos descritos nos prontuários. Esta característica descrita acima, onde as vítimas achavam importante a permanência do agressor em casa, pois era a “presença masculina” que dava segurança na casa. Mostravam mais preocupação com a violência que possa vir de fora e negação da existente na família.

Alguns confirmam a existência da violência, mas solicitam o cancelamento do acompanhamento. Os motivos alegados pelos idosos para essa decisão são diversos: medo da reação do agressor, sentimento de compaixão, querer proteger o agressor, ter pena de eles ficarem desabrigados, entre outros. Atitude explicada pela maioria dos agressores serem filhos das vítimas.

Nogueira *et al* (2012) complementam lembrando de outros fatores que contribuem para a manutenção do quadro de maus-tratos contra o idoso: a falta de suporte emocional e social, o desconhecimento com relação a seus direitos ou a própria dificuldade de vê-lo respeitado e a descrença que o idoso tem com relação à melhoria do quadro – já que observa-se um distanciamento entre a legislação avançada e suas implementações de fato.

Outro motivo da finalização que teve menor quantidade, mas de grande relevância, foi óbito em 9,5% dos casos. Em 6,3%, dos casos estudados por Nogueira *et al* (2012), o idoso também foi a óbito.

Em alguns desses casos o óbito aconteceu antes de se iniciar o acompanhamento, refletindo na gravidade e na urgência dos casos, comprovando assim a necessidade da prioridade no seu atendimento. Ainda que a violência não tenha sido colocada como causa desses óbitos, apresentam grande influência para o seu acontecimento.

Nogueira *et al* (2012), tiveram conclusões parecidas sobre o falecimento dos idosos: “[...]o dado nos permite inferir que os maus-tratos infligidos atingiram um ponto tão crítico que o idoso foi a óbito. O agressor, ao que tudo indica, ficou impune porque restou impossível apurar a denúncia”.

Outro ponto importante observado foi a quantidade de informações existentes para o acompanhamento adequado dos casos, através do grau de completude das fichas e prontuários. 66,7% dos prontuários estavam completos, porém ainda havia 35,7% com informações insuficientes. Nas fichas encontra-se a situação inversa: 9,8% completas e 71,7% insuficientes.

Essa situação já era esperada, já que através dos prontuários são obtidas mais informações para o acompanhamento da família e os casos de mais fácil resolução, que rapidamente são concluídos. Porém, é importante zelar pela qualidade da atuação, ou seja, é incabível termos um prontuário sem pelo menos as informações básicas para o acompanhamento apropriado do caso.

6.7 Análise Bivariada e Multivariada

6.7.1 Desfecho dos casos confirmados de violência

Há maior chance da denúncia ser de um caso verdadeiro de violência quando o denunciante é uma instituição, ou uma pessoa da comunidade, ou a própria vítima. Isto é explicado pelo fato de alguns familiares quando realizam a denúncia tem interesse em prejudicar o denunciado, frequentemente outro familiar, para obter algum benefício próprio. Como, por exemplo, para obter o monopólio do cartão do benefício previdenciário do idoso.

Quando a denúncia não é anônima há sete vezes mais chance de existir a situação de violência denunciada. Notou-se que os anônimos em sua maioria são familiares, o que reforça o comentário acima.

As denúncias de negligência têm quase sete vezes mais chance de serem inverídicas, pois esse é o tipo de violência escolhida pelo denunciante familiar anônimo para fazer a denúncia. Eles alegam que o idoso não está sendo bem cuidado e que o cuidador está utilizando a aposentadoria da vítima em benefício próprio.

As denúncias de violência psicológica têm quase três vezes mais chance de serem verdadeiras, por serem um tipo de violência mais comum e menos complexa, e não há muito medo em denunciá-la. Além do denunciante não obter nenhuma vantagem pessoal em denunciá-la, o beneficiado será o idoso que está sendo agredido.

A maior relação encontrada foi quando o caso é reincidente ($RP = 18,93$). Quando já aconteceu alguma situação de violência é mais fácil o caso se repetir, pois normalmente os fatores relacionados à situação não foram superados, permanecendo assim a situação de risco.

Observou-se associação com essa variável quando a vítima tem idade igual ou inferior a 75 anos ($p = 0,01$), não depende de outros para realizar as atividades básicas da vida diária ($p = 0,00$) e quando o agressor não é o cuidador do idoso ($p = 0,00$). Estas variáveis podem ser explicadas juntas, posto que os idosos mais novos, por apresentarem menos incapacidades funcionais e mentais, não necessitam de cuidadores. Por serem mais ativos realizam a denúncia de situação de violência que vivenciam.

Outras variáveis que podem ser elucidadas juntas devido à sua relação são: a violência física ($p = 0,01$), o fato de o agressor estar aos efeitos de substâncias químicas ($p = 0,01$) e dependerem financeiramente do idoso ($p = 0,01$). Acontece de o agressor ser usuário de drogas e /ou álcool e agredir fisicamente o idoso exigindo dinheiro para sustentar o vício. Esta situação também é denunciada pelo idoso.

6.7.2 Desfecho violência exclusivamente psicológica

Houve associação para o tipo de denunciante quando familiares ($p = 0,00$) e outros ($p = 0,01$), pois normalmente esse tipo de violência é presenciada por esses denunciantes e por ser de simples complexidade, com poucas conseqüência que precisem da ação de diversas instituições, estas acabam sabendo da existência de poucos casos desse tipo.

Nessa mesma linha de pensamento se explica a associação entre a zona onde viviam as vítimas ($p = 0,03$), uma vez que na zona rural são poucas as instituições que fazem a notificação. Por este motivo os casos notificados e encaminhados ao CREAS, são de maior complexidade.

A idade da vítima teve associação quando esta tem idade igual ou inferior a 75 anos ($p = 0,02$), por serem mais ativos revidando as agressões, incitando a repetição desta. Os idosos menos velhos também realizam mais denúncias de sua situação de maus tratos.

Se o agressor for do sexo feminino, há quase duas vezes mais chances de a violência perpetrada tenha sido exclusivamente do tipo psicológica. Associação esclarecida por esse tipo de violência ser, dentre as outros, a menos complexa em termo de execução e pelas

mulheres apresentarem condutas menos agressivas que os homens. Sendo assim a mais efetuada pelas mulheres.

A vítima tem cinco vezes mais possibilidade de sofrer esse tipo de violência, se não for dependente do outro para realizar as atividades básicas da vida diária. Sendo a mulher a agressora mais frequente dessa violência e na grande maioria é a responsável pelos cuidados aos idosos, essa dependência se torna um facilitador para a efetivação da agressão. Esclarecendo também a associação entre essa violências e o agressor ser o cuidador do idoso ($p = 0,00$).

Quando o idoso mora sem os familiares, há cinco vezes mais probabilidade de ele sofrer somente violência psicológica. Isso é devido ao inverso acontecer com mais frequência. Ao morar na mesma casa com vários familiares, aumenta o risco de maus tratos, principalmente psicológico acompanhados com outro tipo praticado pelos familiares.

Outro ponto é que, no geral, quem comete unicamente a violência psicológica são pessoas da comunidade, que moram vizinhos à vítima. Então o idoso não mora com o agressor nesse caso. Esclarecendo a associação dessa variável com a situação do agressor não depender financeiramente do idoso ($p = 0,03$).

6.7.3 Desfecho grau de complexidade das medidas adotadas ao agressor

Novamente foi apresentado associação quando o denunciante era vítima ou pessoa da comunidade ($p = 0,01$), idoso com idade igual ou menor 75 anos ($p = 0,04$) e não ter sofrido negligência ($p = 0,01$). Quando o idoso realiza a denúncia, significa na maioria das vezes que a situação está insustentável e que possivelmente já foram tentadas soluções alternativas, mas que não tiveram êxito. Por isso, esses casos necessitam de medidas mais complexas, envolvendo outros setores.

A violência psicológica se adequou ao modelo final, por estar relacionada com as seguintes características do caso: o idoso sofrer múltiplos tipos de violências ($p = 0,05$), mora com familiares ($p = 0,02$), o agressor ser filho da vítima ($p = 0,00$) e mora com ela ($p = 0,04$). A violência psicológica na maioria dos casos está presente nos casos onde a vítima sofre vários tipos de violência, situação comumente perpetrada por familiares, normalmente gerada por conflitos intrageracionais, ocasionado pela convivência diária. Diante desse entrelace de fatores serão necessárias maiores intervenções para solucionar o caso.

Outra tipologia de violência que se adequou ao modelo foi a financeira. Acontece principalmente com os idosos que recebem aposentadoria ($p = 0,03$). A renda da família maior que dois salários mínimos ($p = 0,03$) se apresentou-se associada por haver vários membros da família morando juntos, que somando as remunerações, chega-se a essa média. Uma das situações que acontecem é o agressor realizar vários empréstimos com o cartão da aposentadoria do idoso, muitas vezes sem ele saber.

O agressor ser filho da vítima também foi uma variável adequada ao modelo. A maioria destes são homens ($p = 0,02$), sexo prevalente entre os agressores e estão na faixa etária de 30 a 49 anos ($p = 0,02$), idade média dos filhos de pessoas acima dos 60 anos e morando com os pais. Filhos nessa faixa de idade, ainda morando com os pais, significam alguma dependência de um dos lados das partes, o que dificulta a resolução de problemas, sendo imprescindível a intercessão de diversas instituições para superar a situação.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que o fenômeno da violência contra o idoso é complexo, pois os fatores associados a ele estão conectados a diversos campos da realidade, estruturados pelas relações intrafamiliares, de gênero e de classe e influenciados pelos aspectos sociais, culturais e econômicos. Assim, o caminho para o enfrentamento dessa violência deve apresentar a mesma complexidade, perpassando por diferentes áreas.

Os resultados sugerem a existência de expressiva subnotificação dessa violência pelo setor saúde. Apontando, com isto, a falta de conhecimento dos profissionais de saúde para a importância desses dados no conhecimento da realidade da população, bem como para subsidiar a construção das políticas públicas pelos órgãos federais, estaduais e locais ou a descrença no sistema.

Esse estudo mostrou o contexto que envolve as denúncias realizadas no CREAS de Sobral, bem como as características das famílias acompanhadas por esta, que convivem com a violência. Observou-se a eficiência desta instituição na resolução dos casos. Objetivo alcançado devido às articulações intersetoriais desenvolvidas, realizando assim uma atenção integral aos membros envolvidos na situação.

Existe um retardamento na sociedade em relação à garantia de segurança para os idosos. O poder público ainda tem grandes desafios na implantação de uma rede mais estruturada e na adoção de práticas condizentes com as políticas públicas existentes, no caso em questão, o modelo preconizado pelo Estatuto do Idoso. Isto é, certamente, uma questão de cidadania e justiça social.

8 LIMITAÇÕES

Esta pesquisa apresenta limitações decorrentes da restrição da população, aos casos que foram denunciados ao CREAS e/ou notificados pelo serviço de saúde e pelo fato de se tratar de dados secundários, o que limita o estudo às variáveis constantes nas fichas e prontuários dessas instituições.

Ainda assim, algumas variáveis existentes nesses instrumentos não puderam ser trabalhadas ou tiveram sua análise prejudicada, pela pouca ou nenhuma informação cito como por exemplos: meio de agressão, natureza da lesão, parte do corpo atingida, raça da vítima, doenças da vítima, quantidade de membros residentes com o idoso, escolaridade do agressor, profissão do agressor e tipo de droga utilizada pelo agressor.

O desenho de estudo também não permitiu tratar os fatores associados como fatores de risco. Nesse sentido, a discussão sobre essa temática não se esgota nos aspectos destacados, e outras interpretações poderão ser complementadas com investigações mais aprofundadas.

Porém, esta pesquisa teve sua importância como um passo inicial para instigar as autoridades a procurar entender o que está por trás da subnotificação no setor saúde, posto que foi provado a sua existência, além disso apresentar o perfil dos casos e das famílias acompanhados pela instituição, auxiliando no planejamento das atividades internas.

9 RECOMENDAÇÕES

Pactuar ações integradas entre os setores da assistência social e da saúde para o acompanhamento intersetorial dos idosos que tem os seus direitos violados, bem como todos os membros envolvidos. Assim como a equipe de saúde acompanha as gestantes, os diabéticos, entre outros, acompanharem também os casos de violência, que podem ser facilmente consultados no CREAS. Em contra partida auxiliar o CREAS na busca dos endereços das vítimas, pois sem as visitas não é possível confirmar as denúncias e realizar os encaminhamentos necessários.

Realizar estudo, com abordagem qualitativa, com os profissionais da saúde de Sobral, sobre a notificação da violência contra o idoso, abordando as dificuldades, dúvidas e obstáculos destes para a realização dessa tarefa. Importante verificar também se os profissionais estão preenchendo a ficha de notificação e guardando, ao invés de enviar para a secretaria de saúde, onde o SINAN NET é alimentado. Pois isto seria como não estar notificando, uma vez que as informações não chegando nos órgãos que tem competência para resolução do problema.

Seguir as diretrizes da PNSPI, quanto a educação permanente dos profissionais da saúde na área da saúde da pessoa idosa. Promovendo capacitações e sensibilizações com os profissionais da rede de atenção à saúde, principalmente nos setores que são porta de entrada para o sistema, como por exemplo, os Centros de Saúde da Família e os serviços de Urgência e Emergência, para lidar com o fenômeno da violência. Qualificando para a abordagem inicial das vítimas, bem como na detecção e diagnóstico dessa situação, possibilitando um encaminhamento ágil para as instituições competentes. Visando assim reduzir os impactos dessa agressão na qualidade de vida dos idosos.

Desenvolver estudos investigativos com desenhos que possibilitem a averiguação dos fatores de risco a que estão submetidos os idosos, bem como associados à violência e suas tipologias. Auxiliando na construção de políticas públicas e estratégias mais eficientes, por serem mais condizentes com a realidade.

Divulgar as ações das redes de atenção, promoção a saúde, prevenção a violência e serviços especializados, para que a população saiba onde recorrer caso se deparem com essa situação. Exercendo assim o seu papel de cidadão e contribuindo no combate da violência.

Organizar trabalhos educativo que preparem a sociedade para o envelhecimento, estimulem à convivência intergeracional, o respeito aos idosos e sensibilização da família e da sociedade sobre o compromisso no cuidado aos idosos. Atitude também incentivada na PNSPI.

Efetuar as orientações do Estatuto do Idoso, para construção de uma rede integrada e ampla de atenção ao idoso, com práticas condizentes com as políticas públicas, voltadas para promoção, prevenção e reabilitação da saúde e do convívio social.

Com essas medidas, os idosos têm a possibilidade de envelhecer saudavelmente e de serem valorizados pela sociedade. A violência é um grande problema atual e um obstáculo para uma vida melhor. Existe legislação que garante uma vida digna, mas ainda estamos longe da vê-la exercida na prática. O caminho para solução desse problema é o contínuo estudo, debate, instigando reflexões e estimulando ações que contribuam na construção de uma sociedade que respeita seus idosos.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. B.; LEAL, M. C. C. e MELO FILHO, D. A. **Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2012, vol.15, n.2, pp. 305-314.
- AGUDELO, S. F. **Violência, cidadania e saúde pública.** In: BARRETO, M. L. *et al.* (Org.). *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 39-62.
- ARAÚJO, T. C. N. e ALVES, M. I. C. **Perfil da população idosa no Brasil.** *Textos Envelhecimento* 2000; 3(3):7-19.
- ARAÚJO, M. F. **Violência e abuso sexual na família.** *Psicologia em Estudo.* 2002.
- ARPINI, D. M.; SOARES, A. C. O. E.; BERTÊ, L.; DAL FORNO, C. **A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência.** *Psicologia em Revista*, vol. 14, n. 2, p. 95 – 112, 2008.
- APRATTO JÚNIOR, P. C. e MORAES, C. L. **A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil).** *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2983-2995.
- ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectiva para o futuro. **Cad Saúde Pública**, v.10(Supl 1), p.126-34, 1994.
- BAKER, A. A. Granny Battering. **Modern Geriatrics** , v.5, p.20-4, 1975.
- BONFIM, E. G., LOPES, M. J. M., PERETTO, M. **Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher.** *Esc. Anna Nery Rev Enferm* 2010; 14(1):97-104.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990.
- _____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília, 1993.
- _____. **Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 05 janeiro de 1994.
- _____. **Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 201, 16 out. 1996. Seção 1. p. 21082.

_____. 2003. **Lei no.10741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico para estruturação física de uma unidade de saúde da família.** Brasília(DF); 2004.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção de violência e cultura de paz.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2008. (Série painel de indicadores do SUS).

BRASIL A.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001.** Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: MS; 2001.

BRASIL A. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da **Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília, 2005.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília:Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL C. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social.** Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Brasília, 2005.

BRASIL D. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social.** Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL A. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de acidentes e violências/ rede de serviços sentinela de acidentes e violências.** Brasília, 2006.

BRASIL B. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CREAS.** GUIA DE ORIENTAÇÃO Nº 1. 1ª Versão.Brasília, 2006.

BRASIL A. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL C. Ministério da Saúde (MS). **Informe de situação e tendências: demografia e saúde.** Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: MS; 2009.

BRASIL D. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução Nº 109 de 11 de dezembro de 2009**. Brasília: 2009.

BRASIL A. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União nº 18, de 26 de janeiro de 2011, Seção I, pág. 38.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL C. **Lei nº 12.435/2011, de 06 de julho de 2011**. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

BRASIL D. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. 04 Caderno CREAS. Brasília, 2011.

BRASIL A. Ministério da Saúde. **Datasus. Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2012. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.de>>. Acesso em: dez. 2012

BRASIL B. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: nov. 2012.

BRASIL A. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>>. Acesso em: jul. 2013

BRASIL B. Ministério da Saúde. **Datasus. Informações de Saúde (TABNET)**, 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em: fev. 2013

BRASIL C. Ministério da Saúde **Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência: VIVA Inquérito**, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32657&janela=1>. Acesso em: jul. 2013

BRITO DA MOTA, A. **A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento**. Soc. estado. 2010; 25(2):225-250.

BRUNO, L. M. S. M. **Considerações sobre o abuso financeiro de pessoas idosas e a dinâmica das relações familiares**. Textos Envelhecimento 2005; 8(2):1-15.

CALDAS, C. P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família.** Cad. Saúde Pública 2003; 19(3): 773-81.

CANESQUI, A. M. **Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007.** *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):1955-1966.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cad Saude Publica, v.19, n.3, p.725-33, 2003.

CASTRO, A. P.; GUILAM, M. C. R.; SOUSA, E. S. S. e MARCONDES, W. B. **Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.5, pp. 1283-1292. ISSN 1413-8123.

CAVALCANTI, M. L. T. ; SOUZA, E. R. **Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).** *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.6,p. 2699-2708, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral. Secretaria. [site na Internet]. Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/sec/saude/>>. Acesso em: ago. 2011.

CERQUEIRA A. T., OLIVEIRA N. I. L. **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos.** Revista Psicologia USP, 2002.

CIELO, P. F. L. D.; VAZ, E. R. C. **A legislação brasileira e o idoso.** Revista CEPPG. Ano 7, n. 21, p 33-46, , 2009.

DESLANDES, S. F. e SOUZA, E. R. **Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras.** *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2775-2786.

DUQUE, A. M., LEAL, M. C. C., MARQUES, A. P. O., ESKINAZI, F. M. V. e DUQUE, A. M. **Violência contra idosos no ambiente doméstico:prevalência e fatores associados (Recife/PE).** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.8, pp. 2199-2208. ISSN 1413-8123.

ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S. L. **Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática.** Rev. Saúde Pública, v.41, n.2, p. 301-306, 2007.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília (DF): Universa; 2007.

FARIA, L. F. S. **A eficácia da legislação brasileira na garantia dos direitos aos idosos.** 2007. 53.f Monografia (Bacharel em Direito). --Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”. Presidente Prudente , 2007.

FÉLIX, J. S. **Economia da longevidade: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos** [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2009.

FERNANDES, M. G. M. e GARCIA, L. **O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas.** Interface Comunic Saúde Educ 2010; 14(35):879-890.

FLORENCIA M. V. L., FILHA M. O. F., SÁ L. D. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007.

FONSECA, M. M. e GONÇALVES, H. S. **Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção.** Interação em Psicologia 2003; 7(2):121-128.

FREITAS, C. A. S. L. e TEOFILO, T. J. S. **Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil).** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2825-2833. ISSN 1413-8123.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL DO MUNICÍPIO DE SOBRAL. **Coordenadorias.** Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/fasm/>>. Acesso em: out. 2012.

GAIOLI C. C. L. O., RODRIGUES R. A. P. **A ocorrência de maus tratos doméstico em idoso.** Revista Latino Americana de Enfermagem, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P., SILVA, M. M. A., MALTA, D. C., MASCARENHAS, M. D. M., COSTA, V. C., MATOS, S. G., MORAES NETO, O.L., MONTEIRO, R. A., CARVALHO, C. G., MAGALHÃES, M. L. **A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes.** Cien Saude Colet 2006; 11(Supl.):1269-1278.

GOMES, L. e VIANNA, C. **Violence against the elder.** J. bras. med. 2008 jan-fev 94(1/2):26-8.

GROSSI, P. K. e SOUZA, M. R. **Os idosos e a violência invisibilizada na família.** Textos e Contextos 2003; 2(1):1-14.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da Saúde no Brasil: Acesso e Utilização de Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censos de 2010, 2011 e 2012** [dados na Internet]. IBGE; 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013.

KLEINSCHMIDT, K. C. Elder abuse: a review. **Ann Emerg Med.** 1997.

KARSCH, U. M. **Idosos dependentes: família e cuidadores.** Cad Saúde Pública. 2003

LACHS, M. S.; PILLEMER, K. Elder abuse. **The Lancet**, New York, v. 364, n. 9441, p. 1263-1272, 2004.

LAKS, J., WERNER, J., MIRANDA-SÁ JÚNIOR, L. S. **Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos.** Rev. Bras. Psiquiatr. 2011; 28(Supl. 2):580-585.

LEITÃO J. C. **(Des)igualdades, envelhecimento e saúde: um avanço civilizacional.** Alicerces. 2010;III(3):91-106.

LIMA-COSTAL M. F; VERASIL R. **Saúde pública e envelhecimento**. Cad Saúde Pública, v. 19, n.3, p.783-91, 2003.

(A) LIMA, M. L. C., SOUZA, E. R., ACIOLI, R. M. L., BEZERRA, E. D. **Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências**. Cien Saude Colet 2010; 15(6):2687-2697.

(B) LIMA, M. L. C., SOUZA, E. R., LIMA, M. L. L. T., BARREIRA, A. K., BEZERRA, E. D., ACIOLI, R. M. L. **Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil)**. Cien Saude Colet 2010; 15(6):2677-2686.

LOPES M. J. M., PAIXÃO D. Y. **Saúde da família: história, práticas e caminhos**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

MACHADO, L. e QUEIROZ, Z. **Negligência e maus-tratos**. In: FREITAS, E. V., PY, L., NERI, A. L., CANÇADO, F. A. X. C., GORSONI, M. L., DOLL, J., organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1152-1159.

MAIA, J. M. D. e WILLIAMS, L. C. A. **Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área**. Temas em Psicologia 2005

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2331-2341. ISSN 1413-8123.

MEDRONHO, R. A., *et al.* **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELO, V. L., CUNHA, J. O. C., FALBO NETO, G. H. **Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco**. Rev. Bras. Saúde Mater Infant 2006; 6(Supl. 1):543-548.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso** [tese de doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

MINAYO, M. C. S.(A). **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MINAYO, M. C. S.(B). **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde**. Cad Saude Publica 2004; 20(3):646-647.

MINAYO, M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cad. Saúde Pública 1994; 10 (S1): 7-18.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 783-791, 2003.

_____. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros: introdução. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.) **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33

_____. **Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. 2005 jan./ abr.

_____. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

MINAYO, M. C. S.(A). **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciênc. saúde coletiva, v.11, p. 1259-1267, 2007.

MINAYO, M. C. S.(B). **Violência contra a pessoa idosa: o direito pelo avesso.** In: Papaléu Netto M, organizadores. Tratado de gerontologia. São Paulo: Atheneu 2007.

MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Ciência Saúde Coletiva 1999; 4(1): 7-23.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R. **Violência contra idosos: é possível prevenir.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. e PAULA, D. R. **Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2709-2718. ISSN 1413-8123.

MORAES, C. L., JÚNIOR, P. C., AREICHENHEIM, M. E. **Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2008.

MOURA, R. org. **Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza: Perfil da SER III.** Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE, Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_III.pdf>. Acesso em: agost. 2013.

NARVAZ, M. G. e KOLLER, S. H. **Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas.** Psico 2006

NERI, A. L. e CARVALHO, V. A. M. L. **O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais.** In: FREITAS, E. V. e XAVIER, F. A. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 778-90.

NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C. e ALMEIDA, P. C. **Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2011, vol.14, n.3, pp. 543-554. ISSN 1809-9823.

OLIVEIRA, G. e PENNA, J. B. **Da violência contra o idoso e suas conseqüências.** Anais Brasil Forense 2002.

(A)OLIVEIRA S. C., LEITE A. C., MONTEIRO L. C. A., PAVARINI S. C. I. **Violência em idosos após a aprovação do Estatuto do Idoso: revisão integrativa.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], oct/dec 2012.

(B)OLIVEIRA, M. L. C.; GOMES, A. C. G.; AMARAL, C. P. M. e SANTOS, L. B. **Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal.** Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2012, vol.15, n.3, pp. 555-566. ISSN 1809-9823.

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

OSORIO, A. R.; PINTO, F. C. **As Pessoas Idosas. Contexto social e intervenção educativa.** Lisboa: Instituto Piaget, 2007.

PASINATO, M. T., CAMARANO, A. A. e MACHADO, L. **Idosos, vítimas de maus-tratos domésticos: Estudo exploratório das Informações levantadas nos Serviços de Denúncia.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006.

PAVLIK, V. N.; HYMAN, D. J.; FESTA, N. A.; DYER, C. B. **Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of a statewide database.** Am J Geriatr Soc., 2001.

PILLEMER, K. e FINKELHOR, D. **The prevalence of elder abuse: a random simple survey.** Gerontologist, 1988

PRADO, S. D. e SAYD, J. D. **A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político.** Cien Saude Colet 2006; 11(2):91-501.

QUEIROZ, Z. P. V., LEMOS, N. F. D. e RAMOS, L. R. **Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar.** Ciência Saúde Coletiva 2010; 15(6):2815-2824.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M., REICHENHEIM, M. E. **Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso.** Cad Saude Publica 2006;

RIFFIOTIS, T. **Nos campos da violência: diferença e positividade.** LEVIS: Laboratório de Estudos da Violência. Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

RITT, C. F. **Violência Doméstica e Familiar Contra o Idoso: o Município e a Implementação das Políticas Públicas Previstas no Estatuto do Idoso** [dissertação mestrado em Direito]. Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC; 2007.

RODRIGUES, T. P., MOREIRA, M. A. S. P., SILVA, A. O., SMITH, A. A. F., ALMEIDA, J. L. T., LOPES, M. J. **Sentidos associados à violência para idosos e profissionais.** Esc. Anna Nery 2010; 14(4):772-778.

ROMERO, D. E. **Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros.** Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4): 777-94.

ROSA, T. E. C., BENICIO, M. H. D., LATORRE, M. R. D. O., RAMOS, L. R. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos.** Rev Saúde Pública 2003

SALIBA O, GARBIN C. A. S., GARBIN A. J. I. e DOSSI A. P. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** Rev Saúde Publica. 2007; 41(3): 472-77.

SANCHES, A. P. R. A. **Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo.** São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]— Faculdade de Saúde Pública; 2006.

SANCHES, A. P. R. A., LEBRÃO, M. L. e DUARTE, Y. A. O. **Violência contra idosos: uma questão nova?** Saúde soc. 2008; 17(3):90-100.

SCHRAIBER, L., D'OLIVEIRA, A. F., HANADA, H., FIGUEIREDO, W., COUTO, M., KISS, L., DURAND, J., PINHO, A. **Violência vivida: a dor que não tem nome.** Interface, 2003.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L. e COUTO, M. T. **Violência e saúde: estudos científicos recentes.** Rev Saúde Pública 2006 mai; 40(n. esp): 112-20.

SHIMBO A. Y. **O reconhecimento pela equipe da estratégia saúde da família da violência intrafamiliar contra idosos.** [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.

SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M. e MANTOVANI, M. F. **Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família.** Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15, n.3, pp. 506-510. ISSN 1414-8145.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S. e CAPONI, S. N. C. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica.** Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.21, pp. 93-103. ISSN 1807-5762.

SOUZA, A. S., MEIRA, E. C., NERI, I. G., SILVA, J. A., GONÇALVES, L. H. T. **Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar.** Textos Envelhecimento 2004; 7(2):1-15.

SOUZA, E. R. **Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(1): 59-70.

SOUZA, E. R. e CORREIA, B. S. C. **Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência.** Cien Saude Colet 2010; 15(6):2753-2762.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.60, n.3, p.263-7, maio/jun.2007

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, v.15, n.6, p. 2659-2668, 2010.

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. **Violência contra os idosos: análise documental.** Revista brasileira de enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007.

SOUZA E. R. **O estado de direito e a violência contra o idoso** [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves; 2006.

SOUZA A. C. **A violência contra os idosos**. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 183-195.

SOUZA E. R., RIBEIRO A. P., ATIE S., SOUZA A. C., MARQUES C. C. **Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado**. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1153-1163.

SPOSATI, A. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social**. In: Serviço Social & Sociedade nº 77. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes**. In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

TAQUETE, S. R. (org). **Violência contra a mulher adolescente jovem**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007.

TATARA, T., organizador. **The national Elder abuse incidence study: final report**. 1998.
TELLES, J. L. **A construção das políticas públicas nos espaços democráticos de participação cidadã: a violência contra pessoas idosas na agenda do movimento social**. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2669-2671.

VALADARES, F. C. e SOUZA E. R. **Violência contra a pessoa idosa: Análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras**. *Cien Saude Colet* 2011; 15(6):2763-2774.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-554.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S. e MORE, C. L. O. O. **Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.8, pp. 2095-2103. ISSN 1413-8123.

APÊNDICE A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS				
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. 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 (OMS, 2002). Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (CID10) Y09	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados Complementares	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	
Dados da Pessoa Atendida	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Ocupação	
	32 Situação conjugal / Estado civil	33 Relações sexuais	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	36 UF		
Dados da Ocorrência	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	41 Número	
	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
Dados da Ocorrência	45 Ponto de Referência	46 Zona	47 Hora da ocorrência	
	48 Local de ocorrência	49 Ocorreu outras vezes?	50 A lesão foi autoprovocada?	
	51 Local de ocorrência	52 Ocorreu outras vezes?	53 A lesão foi autoprovocada?	

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS

10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____					
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____					
	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	
	68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data _____	
71 Data de encerramento _____						
Informações complementares e observações Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Disque-Saúde 0800 61 1997 </div> <div> TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 </div> <div> Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 </div> </div>						
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____		Função _____		Assinatura _____	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Sinan NET		SVS 10/07/2008	

APÊNDICE B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DO CREAS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

10. Desligamento	
Data	Motivo
Parecer final da equipe técnica	
11. Nome e assinatura do(s) técnico(s) Responsável (veis)	
Data: ____ / ____ / ____	
12. Nome e assinatura do(s) responsável (véis) da família	

ANEXO A – ROTEIRO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

PESQUISA: Caracterização da subnotificação de violência contra idosos nos serviços de saúde do município de Sobral-CE.

Formulário Nº _____ Data da Coleta ____/____/____

Nº do Prontuário/ficha _____

	VARIÁVEIS
VIOLÊNCIA	Fonte de informação: (1) CREAS (2) SINAN
	Data da denúncia/notificação: ____/____/____
	Denuncia Anônima: (0) Não (1) Sim (99) SI
	Denunciante: (1) Vítima (2) Vizinho (3) Familiar _____ (4) Profissional de saúde (5) Pessoa da comunidade (6) instituição _____ (7) Outro _____ (99) SI
	Tipo de denúncia: (1) pessoal (2) por telefone (3) dique 100 (4) abordagem (5) outros (88) (99)
	Qual UBS realizou a notificação? _____
	Local da ocorrência: (1) Residência (2) Habitação coletiva (3) Escola (4) Local prática de esporte (5) Bar ou similar (6) Via pública (7) Comércio/serviços (8) Indústria/construção (9) Outro _____ (99) SI Nome: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Zona: (1) Urbana (2) Rural (3) Periurbana (99) SI

TIPOLOGIA	Violência: (1) Interpessoal (2) Institucional (3) Estrutural (99) SI	
	Se interpessoal, qual:	Meio de agressão:
	Violência física: (0) Não (1) Sim (99) SI Violência psicológica: (0) Não (1) Sim (99) SI Violência sexual: (0) Não (1) Sim (99) SI Violência financeira: (0) Não (1) Sim (99) SI Negligência: (0) Não (1) Sim (99) SI Autonegligência: (0) Não (1) Sim (99) SI Abandono: (0) Não (1) Sim (99) SI (88) Não se aplica (99) SI	Força corporal/espancamento: (0) Não (1) Sim (99) SI Enforcamento: (0) Não (1) Sim (99) SI Obj. Contudente: (0) Não (1) Sim (99) SI Obj. pérfurocortante: (0) Não (1) Sim (99) SI Substância/Obj. quente: (0) Não (1) Sim (99) SI Envenenamento: (0) Não (1) Sim (99) SI Arma de fogo: (0) Não (1) Sim (99) SI Ameaça: (0) Não (1) Sim (99) SI (3) Outros: _____ (88) Não se aplica
	Natureza da lesão:	Parte do corpo atingida:
	Contusão: (0) Não (1) Sim (99) SI Corte: (0) Não (1) Sim (99) SI Entorse/luxação: (0) Não (1) Sim (99) SI Fratura: (0) Não (1) Sim (99) SI Traum. Dentário: (0) Não (1) Sim (99) SI TCE: (0) Não (1) Sim (99) SI Politraumatismo: (0) Não (1) Sim (99) SI Intoxicação: (0) Não (1) Sim (99) SI Queimadura: (0) Não (1) Sim (99) SI (2)Outros: _____ (88) Não se aplica (99) SI	Cabeça/face: (0) Não (1) Sim (99) SI Pescoço: (0) Não (1) Sim (99) SI Boca/dentes: (0) Não (1) Sim (99) SI Coluna: (0) Não (1) Sim (99) SI Tórax/dorso: (0) Não (1) Sim (99) SI Abdome: (0) Não (1) Sim (99) SI Quadril: (0) Não (1) Sim (99) SI MMSS: (0) Não (1) Sim (99) SI MMII: (0) Não (1) Sim (99) SI Órgãos genitais/ânus: (0) Não (1) Sim (99) SI Múltiplos órgãos/regiões: (0) Não (1) Sim (99) SI (2)Outros: _____ (88) Não se aplica (99) SI

VÍTIMA	Caso Novo (0) Não (1) Sim (99) SI
	Reincidência (0) Não (1) Sim (99) SI
	Se sim, quantas reincidências _____
	Se sim, Há quanto tempo sofre vio? _____ dias _____ meses _____ anos
	Endereço: _____
	Bairro: _____
	Zona: (1)Urbana (2)Rural (3) Periurbana (99) SI
	Idade: _____ Data nascimento: ____/____/____
	Sexo: (1) masculino (2) feminino (99) SI
	Raça: (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (99) SI
	Estado civil: (1) solteiro (2) casado/união consensual (3) viúvo (4) separado (99) SI
	Escolaridade: (1) Sem escolaridade (2) Alfabetizado (3) 1□ à 4□ série incompleta do EF (4) 4□ série completa do EF (5) 5 □ à 8 □ série incompleta do EF (6) Ensino fundamental completo (7) Ensino médio incompleto (8) Ensino médio completo (9) Ensino superior incompleto (10) Ensino superior completo (99) SI
	Ocupação: _____
	Recebe aposentadoria? (0) Não (1) Sim (99) SI
	Recebe algum benefício? (0) Não (1) Sim (99) SI. Qual? _____
	Renda mensal(R\$): _____
	Doença Referidas: (0) Não (1) Sim (99) SI. Qual? _____
	Realiza o tratamento para essa doença? (0) Não (1) Sim (99) SI
Possui algum tipo de deficiência/transtorno? (0) Não (1) Sim (99) SI	
Se sim, qual tipo de transtorno/deficiência? (1)Física (2)Mental (3)Visual (4)Auditiva (5) Transtorno Mental (6) outros _____ (99) SI	
Uso de álcool: (0) Não (1) Sim (99) SI	
Uso de drogas: (0) Não (1) Sim (99) SI	
Tipo de droga: (1)Maconha (2) Crack (3)Cola (4)Cocaína (5)Cigarro (6) Outra _____ (88) Não se aplica (99) SI	

FAMÍLIA	Quantos membros da família moram como idoso? _____
	Quem são: _____
	Renda familiar, sem o idoso (R\$): _____
	Situação de risco na família: (0)Não (2) Álcool (3) Droga (4) Desemprego (5) Detenção (99) SI
	Quais membros? _____
	Antecedente de violência na família (0) Não (1) Sim (99) SI
	Se sim, qual o tipo? _____
AGRESSOR	Qual membro da família está envolvido? _____
	Algun membro da família é o cuidador do idoso? (0) Não (1) Sim (99) SI
	Quem? _____ Mora como idoso? (0) Não (1) Sim (99) SI
	Sexo (1) Masculino (2) Feminino (99) SI
	Idade: _____ Data nascimento: ____/____/____
	Relação de parentesco com a vítima (1)Cônjuge (2)Filho(a) (3)Cuidador(a) (4)Outro familiar (5)Pessoa da comunidade (6)Neto (7)Nora/genro (8) Outro _____
	Com relação à proximidade da moradia do idoso, o agressor: (1) Mora junto (2) Vizinho (3) Distante (4) outros _____ (99) SI
	Escolaridade: (1)Sem escolaridade (2)Alfabetizado (3) 1□ à 4□ série incompleta do EF (4)4□ série completa do EF (5)5 □ à 8 □ série incompleta do EF (6)Ensino fundamental completo (7)Ensino médio incompleto (8)Ensino médio completo (9)Ensino superior incompleto (10)Ensino superior completo (99)SI
	Trabalha? (0) Não (1) Sim (99) SI
	Em que? _____
	Dependente financeiro do idoso? (0) Não (1) Sim (99) SI
	Renda mensal(R\$) _____
	Uso de álcool (0) Não (1) Sim (99) SI
	Uso de drogas (0) Não (1) Sim (99) SI
Tipo de droga (1)Maconha (2)Crack (3)Cola (4)Cocaína (5)Cigarro (6)Outro (88)NSA (99)SI	
Estava sob o efeito de substancias químicas durante a agressão?(0)Não(2)Álcool(3)Drogas(9)SI	
História passada de violência contra o idoso? (0) Não (1) Sim (99) SI	

<p>ENCAMINHAMENTOS</p> <p>E</p> <p>MEDIDAS ADOTADAS A VÍTIMA</p>	<p>Encaminhamentos da saúde: (1) Encaminhamento ambulatorial (2) Internação hospitalar (88) Não se aplica (99) SI</p> <p>Evolução do caso: (1) Alta (2) Evasão/Fuga (3) Óbito por violência (4) Óbito por outras causas (8) Não se aplica (99) SI</p> <p>(1) Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS</p> <p>(2) Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio</p> <p>(3) Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra</p> <p>(4) Abrigo em entidade</p> <p>(5) Outros _____</p>
<p>MEDIDAS ADOTADAS AO AGRESSOR</p>	<p>(1) Fórum</p> <p>(2) Delegacia (3) Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio</p> <p>(4) Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento à alcoólatra</p> <p>(5) Orientações/visita</p> <p>(6) Outros _____</p>
<p>CLASSIFICAÇÃO FINAL</p>	<p>Situação de violência: (1) Confirmada (2) Descartada (3) Provável (4) Inconclusa</p> <p>Motivo Finalização:</p> <p>Data conclusão: ____ / ____ / ____ Nº acompanhamento: _____</p>
	<p>GRAU DE COMPLETUDE: (1) completo (2) básica (3) insuficiente (88) NSA (99) SI</p>
	<p>OBSERVAÇÕES:</p>

**ANEXO B - ANUÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE
SAÚDE E AÇÃO SOCIAL**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE E AÇÃO SOCIAL
COMISSÃO CIENTÍFICA**

DECLARAÇÃO

Pelo presente instrumento de declaração vimos informar que o projeto de pesquisa intitulado: **NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS E OS FATORES ASSOCIADO À SUBNOTIFICAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ**, com autoria de **Abigail de Paulo Andrade**, classificado como Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Prof^ª. Doutor **José Bezerra Gomes**, foi submetido à Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral tendo recebido **parecer favorável** para sua implementação, por reconhecimento de sua importância e relevância para as políticas públicas de saúde em nossa cidade.

Sobral, 27 de Março de 2013.



Angelo Brito Rodrigues

Gerente do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde - NEPS

COMISSÃO CIENTÍFICA
Escola de Formação em Saúde
da Família Visconde de Sabóia
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL -

Pesquisador: Abigail de Paulo Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13959713.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ((CAPES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 245.510

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

A população idosa tem apresentado um crescimento acentuado, desde o início do século XXI. Esse fenômeno quantitativo reflete nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades. O processo de envelhecimento acarreta uma co-dependência, que pode ocasionar conflitos no âmbito familiar, institucional e no convívio social. Nessas circunstâncias, é comum acontecer o fenômeno da violência contra o

idoso. As diferentes formas de violência comprometem seriamente a qualidade de vida do idoso, acarretando somatizações e transtornos psiquiátricos diversos, bem como morte prematura. Os profissionais da saúde têm a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de maus-tratos às autoridades competentes, o que viabiliza a investigação e a ação dos serviços de proteção ao idoso onde estiver inserido. Porém

nem todos os casos chegam ao conhecimento dos serviços de saúde. A subnotificação dos dados sobre os casos de violência na terceira idade, acarretando a ausência de dados importantes, além da não divulgação pelos sistemas de informação, o que pode facilitar o aumento destes na sociedade. Mesmo diante de tal quadro, inexistente no Brasil uma cultura arraigada de estudos acerca do tema. O aumento da produção científica deste é necessário, pois somente o isso permitirá que se estabeleçam as evidências mais importantes sobre os problemas e as soluções referentes à essa temática. O objetivo desse estudo é caracterizar a notificação de violência contra idosos e seus fatores associados à subnotificação no serviço de saúde no município de Sobral-CEARÁ. Trata-se

Endereço: Av Comandante Maurocêlo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



de um estudo transversal. A proposta de objeto de estudo será composta por todos os casos de violência contra os idosos registrados no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e notificados na Secretaria de Saúde de Sobral, entre os anos de 2011 e 2012. As fontes de obtenção de dados para subsidiar o trabalho serão oriundas das fichas de notificações de violência do Ministério da Saúde, que alimentam o SINAN e ficam armazenadas na Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e os prontuários de acompanhamento de violência do CREAS de Sobral.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a notificação de violência contra idosos e seus fatores associados a subnotificação no serviço de saúde no município de Sobral-CEARÁ.

OBJETIVOS Específicos:

- Determinar a distribuição espacial das notificações;
- Verificar a magnitude da subnotificação no setor saúde;
- Caracterizar o perfil dos casos de violência contra o idoso notificados pelo setor saúde e na assistência social;
- Verificar os fatores que interferem para a notificação da violência no setor saúde e na assistência social;
- Identificar o padrão da informação das notificações do serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

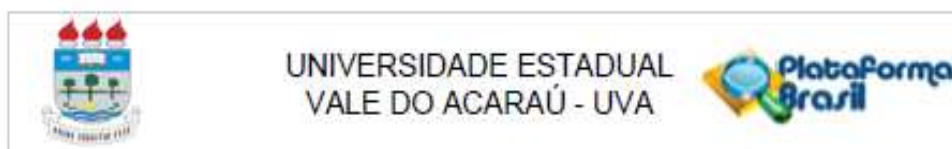
RISCOS:

A pesquisa incorporou todas as normas e diretrizes regulamentadoras da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. A referida norma, no que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, determina como referenciais básicos a autonomia, a não-maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade. Assegura ainda a privacidade, a confidencialidade, o sigilo e a não-discriminação de qualquer natureza. No tocante à maleficência, a segurança de que danos previsíveis serão evitados através do sigilo das informações garantido pelo termo de fiel depositário e termo para anuência da comissão científica da Secretaria de Saúde e Ação Social para autorização da coleta de dados.

BENEFÍCIOS:

A beneficência é vislumbrada quando se percebe a possibilidade real de se traçar o perfil epidemiológico da notificação da violência contra o idoso e a característica da subnotificação por parte do setor saúde através da análise de dados, servindo como um instrumento para o poder Estatal criar políticas públicas mais efetivas e direcionadas às reais necessidades nesta área. A justiça foi garantida uma vez que os resultados trarão um maior benefício para a sociedade e para

Endereço: Av Comandante Maurocêlo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



os serviços onde está sendo realizada a pesquisa. As informações coletadas serão utilizadas para fins de instrução de estudos dos mais diversos segmentos interessados. A divulgação dos saberes alcançados será feita por meio de trabalhos apresentados em congressos, publicação de artigos científicos e exposição dos resultados para as instituições envolvidas no processo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se dentro dos padrões formais da metodologia científica e está de acordo com a proposta traçada nos objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios para apreciação ética e estão todos em conformidade com a Resolução 196/96.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa obedece os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e discussão do projeto no colegiado do CEP/UVA, o relatório emitido pelo parecerista foi aprovado, sendo o projeto classificado como aprovado.

SOBRAL, 15 de Abril de 2013

Assinador por:
Maristela Ines Osawa Chagas
 (Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

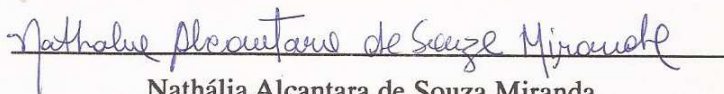
Eu, Nathália Alcantara de Souza Miranda, Coordenadora do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, fiel depositário dos prontuários de acompanhamento das famílias e dos idosos vítimas de violência e da base de dados desta instituição situada em Sobral (CE), declaro que **ABIGAIL DE PAULO ANDRADE**, Pesquisador da Universidade Federal do Ceará (UFC), está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “**NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS À SUBNOTIFICAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CEARÁ.**”, cujo objetivo geral é “Caracterizar a notificação de violência contra idosos e seus fatores associados à subnotificação no serviço saúde no município de Sobral-CE.”

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Sobral, 10 de abril de 2013



Nathália Alcantara de Souza Miranda
Coordenadora do CREAS de Sobral