UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM GERONTOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO

LARYSSA GRAZIELLE FEITOSA LOPES

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE

Recife
2016

LARYSSA GRAZIELLE FEITOSA LOPES

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.
Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Fernandes de Souza

Co-orientadora: Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal

Recife
2016

Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L864v Lopes, Laryssa Grazielle Feitosa.
Violência contra a pessoa idosa no município de Caruaru/PE / Laryssa Grazielle Feitosa Lopes. – 2016.
57 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Edilson Fernandes Souza.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.
Inclui referências e anexos.

1. População idosa. 2. Notificação. 3. Violência I. Souza, Edilson Fernandes (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-068)

LARYSSA GRAZIELLE FEITOSA LOPES

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Edilson Fernandes de Souza (Orientador)

_____

Prof. Dr. Rogerio Dubosselard Zimmermann (Membro Titular Interno)

_____

Prof. Dr. Vilde Gomes de Souza (Membro Titular Externo)

_____

Profª. Drª. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Membro Suplente Interno)

_____

Profª. Drª. Eliane Rolim de Holanda (Membro Suplente Externo)

A todos que cooperaram para realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por durante toda a minha vida, guiar-me e mostrar os melhores caminhos, nem sempre mais fáceis, mas os corretos a seguir.

A minha mãe, Walria, por ser minha base, sobretudo por ser meu exemplo de força e luta, abdicando de muitas coisas, para me ofertar uma boa educação.

Aos meus avós, por acreditarem em mim e me incentivarem em meio aos medos e dúvidas.

A Mosar Araújo, por toda paciência e confiança depositada em mim.

Ao Prof. Dr. Edilson de Souza e à Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal, meus orientadores, pela confiança, paciência, companheirismo e dinamicidade na construção deste trabalho, sobretudo pelo sempre aberto diálogo e discussões, que me impulsionaram na pesquisa, sendo exemplos que desejo seguir.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, pelos preciosos conhecimentos transferidos.

Às colegas de turma do (PPGERO), em especial Carolina Nanque e Gabriela Xavier, por toda parceria e cumplicidade.

À Secretaria de Saúde de Caruaru, por disponibilizar os dados necessários para a realização deste trabalho.

Ao secretário do (PPGERO), Manoel, por sua total paciência e ajuda em todos os momentos.

Aos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

“Violência não é um sinal de força, a violência é um sinal de desespero e fraqueza”.
Dalai Lama.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a ocorrência da violência sofrida pela pessoa idosa no município de Caruaru/PE. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. A população do estudo consistirá na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do Sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), através do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos e/ou mais, que sofreram violência no período de 2009 a 2015. Para avaliar o perfil pessoal dos idosos vítimas de agressão, as características da violência sofrida, perfil do agressor e a evolução do caso, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência dos casos de violência. **Resultados:** Os casos de violência, em sua totalidade (231), ocorreram e foram notificados na cidade de Caruaru/PE. O sexo masculino foi mais acometido (77,5%), a faixa etária mais prevalente foi de 60-69 anos, a etnia ignorada/branco (49,4%) seguida da parda (34,6%) e os casados sofreram mais violência (32,5%). No que se refere ao local da ocorrência foi prevalente a residência (80,5%), vítimas de lesões não autoprovocadas (83,1%), a violência física predominou (93,5%). O meio de agressão mais comum foi espancamento (44,1%), com dois ou mais envolvidos (68,8%). O agressor em sua maioria era o filho (47,6%), o sexo ignorado/branco prevaleceu (79,7%) seguido do masculino (17,3%), sem suspeita de álcool em grande parte (52,8%) e como evolução (89,6%) dos internos receberam alta. **Conclusão:** Por ser um estudo inédito na cidade de Caruaru, os dados apresentados poderão servir de base para a realização de intervenções necessárias a nível de promoção e prevenção da saúde deste seguimento populacional que está em crescimento e que necessita de ações lhes garantam mais qualidade de vida.

Palavras-chave: População idosa. Notificação. Violência.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the occurrence of violence against the elderly in the city of Caruaru / PE. **Method:** It is an epidemiological study, descriptive, quantitative, cross-sectional. The study population will consist of all the data / notified of suspected or confirmed cases from SINAN (grievances Information System notifiable) through consolidated the reporting forms of individuals aged 60 years and / or more, who have experienced violence from 2009 to 2015. to assess the personal profile of the elderly victims of aggression, the characteristics of the violence suffered, offender's profile and developments in the case, the percentage frequencies and constructed frequency distributions of cases were calculated violence. **Results:** Cases of violence in its entirety (231) occurred and were reported in the city of Caruaru / PE. Boys were more affected (77.5%), the most prevalent age group was 60-69 years, ethnicity ignored / white (49.4%) followed by brown (34.6%) and married suffered more violence (32.5%). With regard to the location of occurrence was the residence prevalent (80.5%), victims of non self-injuries (83.1%), physical violence predominated (93.5%). The most common means of aggression was beaten (44.1%), with two or more involved (68.8%). The attacker mostly was the son (47.6%), sex ign / White prevailed (79.7%) followed by the male (17.3%), without suspicion of alcohol in large part (52.8%) and how evolution (89.6%) of internal discharged. **Conclusion:** For being a pioneering study in the city of Caruaru, the data presented may serve as a basis for carrying out necessary interventions at the level of promotion and preventive health care, this population following that is growing and you need the stock them ensuring better quality of life.

Keywords: Elderly population. Notification. Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Página
Figura 1:	Mapa da cidade de Caruaru	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal da pessoa idosa vítimas de violência na cidade de Caruaru-PE 30
Tabela 2. Características dos casos de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru-PE. 31
Tabela 3. Perfil do praticante de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru-PE. .. 32
Tabela 4. Evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru/PE. .. 33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de ética em pesquisa
CNDI	Criação Nacional dos Direitos dos Idosos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDH	Disque Direitos Humanos
FIN	Ficha Individual de Notificação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Mortalidade por acidentes e violência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 REFERENCIAL TEÓRICO 15
2.1 O processo de envelhecimento: conquistas e desafios 15
2.2 Violência contra o idoso 19
3 OBJETIVOS 24
3.1 Objetivo Geral 24
3.2 Objetivos Específicos 24
4 MÉTODO 25
4.1 Área do estudo 25
4.2 População e período de referência do estudo 26
4.3 Critério de Inclusão 26
4.4 Critério de Exclusão 26
4.5 Desenho do estudo 26
4.6 Definição das Variáveis do Estudo 26
4.6.1 Variável dependente 26
4.6.2 Variáveis independentes 27
4.7 Coleta dos dados 27
4.8 Processamento dos dados 28
4.9 Considerações Éticas 29
5 RESULTADOS 30
6 DISCUSSÃO 34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 42
REFERÊNCIAS 43
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL 51
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 53

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo orgânico, natural, gradual e irreversível, no qual ocorrem transformações ao longo da vida. Trata-se de um período complexo, heterogêneo e que está atrelado a diversos fatores, desde genéticos, à qualidade de vida, educação e ambiente em que o indivíduo vive desempenhando as suas atividades (OLIVEIRA, 2010).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002), o período de 1975 a 2025 deve ser conhecido como a era do envelhecimento. Tal processo se encontra mais veloz nos países em desenvolvimento, e atinge crescimento de 123%, enquanto que em países desenvolvidos o valor observado foi de 54%.

A população idosa brasileira está acompanhando a tendência mundial e já apresenta considerável crescimento em relação à população jovem, decrescente em nível de natalidade. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo 2000, apontaram uma população de 60 anos ou mais, em torno de 14.500.000 de pessoas idosas, contra 10.700.000 em 1991. No censo de 2010, estes valores foram em torno de 20.600.000, o que representa 10,8% da população total, contra 8,6% do censo anterior em todo o país (IBGE, 2008).

Uma questão muito peculiar e que não se caracteriza por ser um evento novo, trata-se da violência contra idosos, temática ainda pouco discutida e pontuada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende o termo violência como a ação da força física, de poder e/ou a ameaça contra si, outros, grupos e comunidade, ou como resultado ou possibilidade de gerar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Na sua classificação, a violência pode ser de origem: física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono e autonegligência (WHO, 2002).

Logo, é de conhecimento que a violência contra a pessoa idosa se configura hoje como um problema de saúde pública e, mesmo assim, as produções científicas no Brasil sobre a referida temática são escassas. Saber quem são as vítimas, em que meio estão e quais suas peculiaridades, tanto no que se refere ao tipo de violência, bem como na identificação dos agressores, são informações essenciais para a ação do estado, a criação
de políticas públicas e até mesmo para garantir um atendimento de saúde adequado, por parte dos profissionais desta área (OLIVEIRA et al., 2013; PINHEIRO et al., 2011).

Um imbróglio que acentua a deficiência na geração dessas informações está na fragilidade dos cursos na área de saúde, nos quais as disciplinas não abordam ementas relacionadas à violência, assim como muitos programas de educação continuada para esses

profissionais, o que colabora para o não entendimento que este impacto pode gerar na qualidade de vida das vítimas (OLIVEIRA et al., 2012).

Por se tratar de um fenômeno socialmente construído, a violência e os maus tratos são representados de forma diferente entre as pessoas e entre os grupos de uma mesma sociedade. Esta afirmação conduz ao entendimento de que a abordagem social desta temática pode trazer importantes desdobramentos na produção do conhecimento e na intervenção em diversos segmentos, se for estudada dentro de uma perspectiva psicossociológica, distanciando-se, portanto, apenas das abordagens puramente epidemiológicas e demográficas (SARAIVA; COUTINHO, 2012a).

A criação de políticas públicas é fundamental para garantir aportes legais e tem sido conquistas importantes para a população idosa, pois elas preconizam, entre outras questões, a promoção do envelhecimento ativo, direito à interação integral à saúde através do SUS, capacitação dos recursos humanos e orientação dos cuidadores familiares, ao assegurar a qualidade da atenção oferecida, a obrigação da notificação dos casos suspeitos ou confirmação de violência aos órgãos públicos e as ações de prevenção desses agravos (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Os profissionais de saúde que lidam com este público, nos seus serviços diários, têm por responsabilidade atuar diante de tal realidade ou relato, assim como denunciar, na busca de abranger a cidadania do idoso, não permitindo ou não sendo omisso a tal ato. A tríade, saúde / velhice / violência, reforça a necessidade e capacidade de trabalhar tais questões na saúde pública de maneira profícua e menos dispendiosa (CASTRO et al., 2013).

A violência presente em ampliados contextos, muitas vezes não revelada, dificulta muitos processos, não só orgânicos, mas social e quando tal questão acomete o idoso, muitas vezes se torna fatal. Diante disso, o estudo tem como pergunta condutora: Qual a ocorrência da violência sofrida pelo idoso e os fatores associados no município de Caruaru/PE? haja vista que não se tem conhecimento de pesquisa sobre esta temática na referida região e Caruaru ser a cidade do interior do Estado mais violenta, ficando atrás apenas da capital (Recife). Saber como esse fenômeno se comporta é crucial para, então, subsidiar e melhorar ações de prevenção e proteção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O processo de envelhecimento: conquistas e desafios

O envelhecimento é heterogêneo e se caracteriza por
múltiplos aspectos, dentre eles:
questões culturais, sociais, históricas e demográficas,
havendo assim uma não compreensão
dessa fase"
(SOUZA, D. J. et al., 2010).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2011, a população idosa do mundo era referente a 800 milhões de pessoas o que, em porcentagem, representava 11% da população mundial. Em 2050, esse valor alcançará 2 bilhões de idosos, uma porcentagem de 22% da população total; porém, essa taxa de crescimento da população idosa varia, inclusive, quanto à idade. Na faixa etária os indivíduos com 80 anos ou mais, o crescimento mais acelerado e, segundo projeções da ONU, alcançará valores de 3,2% ao ano entre 2040 e 2050, sendo 2,5 vezes maior que a encontrada nos grupos de 60 a 79 anos no mesmo período (UNITED NATIONS, 2013).

Nesse ínterim, há projeções de que o Brasil, em 2025, será o sexto país com a maior parcela de idosos do planeta, atingindo cerca de 32 milhões, sendo necessário o interesse da comunidade científica por diversos impactos que esta informação gera, seja em nível social e/ou econômico (LUSTOSA et al., 2013).

Sendo assim, a velhice passa a ser uma realidade, não só em países desenvolvidos, mas no mundo, e o Brasil acompanha de forma premente. É necessário, portanto, entender que aliado a esta transformação etária, uma gama de subsídios precisa ser fornecida a esta população em ascensão, como políticas públicas destinadas a considerar a capacidade funcional, autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, que gerem possibilidade de atuação dos idosos em diversos contextos sociais (VERAS, 2009).

Segundo estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o envelhecimento populacional ocorre através de mudanças em alguns indicadores de saúde, dentre eles, a fecundidade e mortalidade, que caracterizam a transição demográfica. Outro indicador importante é o aumento da expectativa de vida. Há uma heterogeneidade deste para o ser

humano, caracterizado pelas condições sociais, econômicas, região geográfica de origem, o local onde residem.

Mais precisamente, na segunda metade do século XX, o país apresentou uma diminuição na taxa de natalidade maior que a observada na mortalidade e, devido a tal processo, houve uma queda no crescimento populacional, assim, pode-se inferir um aumento na expectativa de vida ao nascer, que passou de 62,57 anos, em 1980, para 73,17 anos, em 2009; e projeções futuras justificam esse índice, em 2050 sendo de 81,29 anos, resultando em um elevado crescimento da população brasileira que aliado, tem-se a necessidade de novas demandas (MARQUES, 2014).

Baseado nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o quantitativos de idosos presente na Região Nordeste era de mais de 5 milhões e meio, e, em Pernambuco, encontravam-se quase 1 milhão de idosos, valor inferior apenas quando comparado ao estado da Bahia, que apresentava um número maior: no entanto, somente em Recife e região metropolitana, localizavam-se mais de 400 mil idosos, demonstrando claramente que devem ser evidenciadas, de maneira urgente, políticas públicas para esta parcela da população (IBGE, 2010b).

Caruaru cidade do interior de Pernambuco, localizada no Agreste, conta com uma população de 314.192 mil habitantes. Destes, 31.626 são idosos, havendo maior predomínio do sexo feminino, 18.458 idosas, contra 13.168 idosos (IBGE, 2010a).

A feminização do envelhecimento já é visível, o que sugere uma proporção de mulheres superior a de homens e essa realidade ocorre em nível mundial, no Brasil em 2007, havia cerca de 79 homens idosos para cada 100 mulheres de 60 anos ou mais, logo além do que as pesquisas comprovam desse processo que a questão de gênero é um elemento crucial que permeia uma grande relevância quando se trata do processo de envelhecimento, tendo a diferença de idade alcançado valores de até oito anos a mais na vida das mulheres (IBGE, 2008; LIMA; BUENO, 2009; AREOSA, 2010).

Alguns dispositivos foram criados para servirem de base à transição demográfica. Em 1991, as Nações Unidas lançaram uma carta de princípios para a pessoa idosa. Ainda que este instrumento seja executado em diferentes níveis temporais e de intensidade, é um importante aliado na concepção do processo de envelhecimento, da mesma forma, movimentos sociais, a sociedade civil e instituições governamentais brasileiras conquistaram um aporte de leis, decretos, propostas e medidas para a população idosa.

Ao considerar o exposto no parágrafo anterior, destaca-se: Criação Nacional dos direitos dos Idosos (CNDI) em 2002, elaboração e publicação do Estatuto do Idoso, em 2003,

voltado a pessoas com 60 anos ou mais. A Política Nacional de Prevenção à Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência (2001); o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2004); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006); o II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2007) e em 2011, a recente conquista do Disque Direitos Humanos (DDH), a fim de dar voz às vítimas que tiveram seus direitos violados (BRASIL, 2000).

Uma pesquisa realizada por Guerra e Caldas (2010), sobre as dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento a partir da percepção do idoso, deixa claro a heterogeneidade de tais enredos, e revela que a cultura, fatores econômicos, dentre outros, são primordiais em tal caracterização, porém, como dificuldades foram encontradas, desde características relacionadas ao processo de envelhecimento, como desgaste físico, perda da resistência, perpassando por questões sociais como o preconceito, a aposentadoria, exclusão, perda da utilidade social, proximidade da morte e, dentre as recompensas têm-se o conhecimento, a experiência, acesso a transporte público gratuito, presença de apoio e suporte familiar

O grande desafio atual para a sociedade é entender o idoso, permitindo que o mesmo se mantenha ativo e independente. Daí a necessidade da implementação de políticas públicas, e de ações preventivas, controle e tratamento de condições crônicas, pois necessário faz-se a preservação da autonomia dos mesmos, visto que a atenção à saúde não pode mais estar restrita apenas ao procedimento e ações meramente biológicas, descaracterizando e/ou não considerando os determinantes e condicionantes socioambientais, e bem como as questões subjetivas e singulares (SILVA et al., 2014; MALTA; MERHY, 2010), elementos fundamentais à prestação de uma assistência humanizada e holística.

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis tem se tornado ascendente entre a população de idosos, além da transição demográfica corrente no Brasil, há também a transição epidemiológica, caracterizada hoje por doenças crônicas e múltiplas, que se processam por anos, sendo necessários cuidados intensos, medicações, hospitalizações, exames, dentre outros recursos. Essas metamorfoses que hoje ocorrem, no Brasil, remetem a uma maior exigência desse grupo populacional ao procurar e usar os serviços de saúde nas três esferas de atenção do cuidado, tendo então a inevitabilidade de mais tempo de fornecimento dessa atenção gerando consequentemente mais gastos (VERAS, 2009).

Dentre as doenças crônicas que prevalecem com o aumento da idade destacam-se: as osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, cerebrovasculares e o câncer. Essas Doenças crônicas não transmissíveis são as

responsáveis por cerca de 66,3% da carga de doença, ao passo que as doenças infecciosas permeiam em valores de 23,5% e causas externas 10,2% (CAMPOLINA et al., 2013). Fica claro que o Brasil possui ainda uma transição epidemiológica complexa e diversificada.

Mesmo havendo uma melhora na economia do país nos últimos anos, os serviços de saúde de atenção ao idoso ainda clamam por investimentos, a fim de oferecer um melhor suporte ao fenômeno populacional já instaurado e mensurado para os próximos anos (ANDRADE et al., 2013).

Nesse âmbito, os gastos com o sistema de saúde são um desafio fiscal, sendo necessário pensar na lógica atual do sistema e em possíveis mudanças, findar apenas a visão do tratamento de enfermidades e garantir ações de promoção, prevenção e educação em saúde, favorecendo a redução dos custos e mantendo a independência e a autonomia dos idosos (VERAS, 2011).

Outro aspecto relevante e tido como um desafio no referido campo do processo de envelhecimento, é o idoso e sua relação com o trabalho, a prossecução do tempo de vida e a atividade e ações de produção, são hoje uma veracidade, seja em detrimento a necessidade individual, complemento na contribuição familiar ou mesmo apenas como meio opcional, garantindo também alternativas para as empresas (GUIMARÃES, 2012).

Um infortúnio que hoje se pauta é a questão da aposentadoria. Estudiosos da Gerontologia Social acreditam que o trabalho é um elemento crucial e positivo, no que se refere à longevidade; porém, muito se precisa ainda ser feito para que se mude o perfil de condutas e finalize essa visão apenas de assistencialismo, na qual se busca afastar pessoas de idade avançada de suas atividades, protagonizando, muitas vezes, um isolamento social, sendo necessária a construção de espaços e condições adequadas para essa geração continuar ativa (MENDES et al., 2005).

Segundo Neri (2007), após aposentados, os idosos reconhecem a importância de continuar trabalhando, exercendo suas atividades, como respostas às suas necessidades, e apontam que o trabalho não é obrigação, que é importante como forma de ocupação da mente, ou seja, enfatizam a quebra da visão de recolhimento do trabalho após a aposentadoria, porém muitos assinalaram que após aposentadoria não fazem nada, ou não sabiam o que fazer o que retrata e fortalece a necessidade supracitada.

Além disso, a imprescindibilidade de se manter ativo no mercado de trabalho, após aposentados também está relacionada com a busca de manter um meio para o sustento complementar as despesas, muitas vezes relacionadas a gastos com saúde, devido a altas jornadas de trabalho ao longo da vida (GEIB, 2012).

A partir disso, pode-se inferir que o processo de envelhecimento gera indagação a todo modelo cultural de organização das idades e questões sociais, desde as ações e comportamentos de diferentes gerações na sociedade, no processo de produção de riqueza, de transferência de recursos, até a posição de geração de empregos, fator fundamental no que se refere à proteção social (GUILLEMARD, 2007).

2.2 Violência contra o idoso

A violência contra o idoso insere
não somente o vitimizado,
mas todos que estão envolta,
seja a família, o profissional de saúde
e de maneira mais global, o sistema de saúde,
que terá como responsabilidade atuar
na causa mas sobretudo
nas consequências de tais atos.
(SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

A configuração da população brasileira vem sofrendo mudanças na sua performance, tendo como projeções futuras, o aumento de idosos. Este grupo etário, é muitas vezes preterido, não estando entre as prioridades de estudos e pesquisas e depara-se com o quesito violência, sendo um problema crescente e, muitas vezes, tem como resultado final a morte. O processo cultural é um coeficiente contributivo para a geração de tais atos. Pode-se dizer que é um fator atemporal e inerente a diversas etnias, onde há relação primária com questões de gênero, geracional e peculiaridades em nível de conflitos familiares (MASCARENHAS et al., 2012; SILVA; FRANÇA, 2015).

A violência hoje está presente em espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em momentos em que a guerra prevalece, ou supostamente a paz se faz presente, ou seja, não há elementos bastantes e palpáveis para lidar com o dimensionamento de tal questão, nos quais, suas interligações ainda são pouco conhecidas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

A OMS na Rede Internacional de Prevenção contra maus-tratos em pessoas idosas, listou sete tipos de violência praticada contra o idoso, são elas:

- abuso físico ou maus-tratos físicos (volta-se ao uso de forca física);
- abuso ou maus-tratos psicológicos (reporta-se as agressões verbais ou gestuais);
- negligência (caracterizada pela recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável, no cuidado com a vítima);
- autonegligência (delimita-se pela negação ou fracasso de prover a si mesma o cuidado adequado);
- abandono (entende-se pela ausência, por parte do responsável, de assistência necessária ao idoso, a quem caberia prover custódia física e cuidado);
- abuso financeiro (exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não consentido dos recursos financeiros de um idoso);
- abuso sexual (ato ou jogo sexual, destinado a estimular a vitima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas erótico-sexuais).

A partir desta divisão, há também, por sua tipologia, classificação em três categorias, segundo as características de quem comete o ato violento, sendo elas: violência dirigida a si (autoinfligidas), violência interpessoal e violência coletiva (OMS, 2002).

O conjunto de todas essas violências resulta em um grave problema de saúde pública e de grande magnitude, pois não se limita a classe social, raça, gênero e nem idade, sendo esta última, um forte indicador de vulnerabilidade (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

No mundo, a prevalência de violência direcionada a pessoa idosa variou de 3 a 10% em relação ao total de casos de violência. Já a incidência teve valor aumentado de 150% no período de 10 anos. Caracterizando mais dados de outros países, nos Estados Unidos, alguns achados afirmam que cerca de 2 milhões de idosos são vítimas de violência, anualmente. Destes, apenas 19% tornam-se de conhecimento público. Já no Canadá, tal processo atinge 4 a cada 100 idosos. No que se refere aos dados relatados no Brasil, tem-se que no ano de 2009, houve uma totalidade de 21.453 mortes, decorrentes de acidente e/ou violência, ocupando assim a sexta posição no ranking dos óbitos da população idosa no país (RUIZ, 2001; FONSECA; GONÇALVES, 2003; JUNIOR; REICHENCHEIM, 2006; MASCARENHAS et al., 2011).

Por se tratar de um fenômeno social, a violência e os maus tratos são entendidos de formas diferentes, entre os grupos presentes na sociedade. Essa problemática, quando praticada na população idosa, apresenta aspectos estruturais, institucionais e familiares. A identificação da vítima ocorre de forma individualizada, podendo associar tal ato a um ou mais aspectos relacionados à causa (SARAIVA; COUTINHO, 2012b).

Nesse contexto, a compreensão de tal revés, que engloba os mais velhos, é de caráter multidimensional e multifatorial, e pode estar associada desde as mudanças na configuração familiar, fato contemporâneo, onde ações podem ser caracterizadas por atitudes de insultos, agressões físicas geradas pelos familiares ou cuidadores, muito conhecida como violência doméstica, até as ações voltadas a questões de políticas públicas, acesso a transportes públicos e instituições como um todo. No que concerne a questões culturais, a relação de poder é algo presente e geralmente exercido pela população mais jovem, que tende a ser mais valorizada que os mais velhos. Esses fatos aumentam as desigualdades socioeconômica e sociocultural, afirmando também a violência social nesta parcela da população (MARTINS, 2013).

No Brasil, esta tônica ganha força e permite a geração de políticas públicas, mais precisamente nas duas últimas décadas. Isso é resultante de lutas dos próprios idosos, assim como da ação de aliados, seja por meio de associações de aposentados, movimentos políticos, ou de instituições e conselhos específicos. Dentre esses ganhos, estão a Política Nacional do Idoso (PNI), criada em 1994 e, posteriormente, em 2003, o Estatuto do Idoso. Ambos entendem que os maus tratos a esta população, acarreta violação de seus direitos, necessitando assim serem notificados (BRASIL, 2014).

De acordo com a PNI (1994), a denúncia a qualquer forma de negligência e desrespeito ao idoso torna-se obrigatória. De forma complementar, o estatuto do idoso declara e esclarece o que vem a ser violência contra a pessoa idosa, assim como detalha as questões cabíveis no âmbito das notificações, garantindo assim um aporte legal dos aparatos necessários nas ações que devem ser realizadas, quando praticado tal ato:

> Violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Estatuto do Idoso, cap. IV, art.19, §1).
>
> Os casos de suspeita ou confirmação de violência, praticados contra idosos, serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, ministério público, conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso e conselho nacional do idoso (art.19 do Estatuto do Idoso) (BRASIL, 2003).

O ato de notificar, desenha-se na geração de informações (tipo e local da ocorrência, vínculo da vítima com o agressor, dentre outros) aos órgãos cabíveis, sobre a ação ou a suspeita dela, auxiliando assim no planejamento das ações e políticas públicas, cujo objetivo

culmina na redução da prevalência ou incidência do ato. Neste caso, violência, já a denúncia gera informações e é registrada em delegacias e, a partir daí, tem-se a investigação (BANNWART; BRINO, 2011).

Segundo Minayo e Souza (2005), os dados epidemiológicos gerados a partir do processo de notificação, que alimentam os sistemas de informação em saúde e mensura a magnitude da violência, que são decorrentes da vida privada, pública e das ações das instituições, depende muito do entendimento e sensibilidade de quem notifica, necessitando deste, um olhar holístico e compreensivo de tal processo, para poder atuar nas causas básicas, geradas por lesões, traumas, seja psicológicos ou não, mortes e não somente nos sinais visíveis presentes na vítima.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foi desenvolvido na década de 90 e, a partir da comunicação e organização de dados nas três esferas do governo, possibilita a informação de elementos gerados pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um importante dispositivo na caracterização e estudo de um agravo ou doença, permeando assim os problemas de saúde em determinada população, assim como na detecção de surtos ou epidemias (LAGUARDIA et al., 2004).

Ainda como base legal para garantir maior suporte às vítimas, foi criada, em 2001, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Esse documento surge do princípio que os atos de violência são previníveis e previsíveis, estabelecendo e definindo níveis de atuação no setor saúde, assim como identificando as responsabilidades institucionais cabíveis de diversos setores que poderão intervir no processo, e, em 2011, através da Portaria MS/GM nº 104/2011, a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em todo o território nacional (JORGE; YUNES, 2001; BRASIL. MS, 2011).

Guimarães et al. (2007) traz que a violência contra pessoa idosa é a expressão de um fenômeno social, que ultimamente vem ganhando mais notoriedade, em virtude das crises e mudanças que a sociedade passa, seja tanto no que se refere ao meio de produção e reprodução, quanto nas relações sociais, econômicas, políticas e no que permeia a valorização mundana, ética e cultural. Sendo assim difícil de ser controlada e que ocorre em diferentes classes, atingindo ambos os gêneros.

Nesse contexto, alguns estudos trazem como produto, a variabilidade de informações nos tipos de violências, como o estudo realizado em Fortaleza, Ceará, que constatou que a maioria das vítimas de violência (72%) eram mulheres. Destas, 38% tinham idade entre 71 e

80 anos, que viviam com o agressor (70,4%), tendo os familiares, filhos, como os mais suspeitos (57,7%) (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

Em Brasília, no Distrito Federal, houve a predominância de violência contra idoso do sexo masculino, casado, onde a incidência maior foi no tipo de lesão corporal (32,54%), seguida de ameaças (30,78%) e, 62,81% dos agressores em questão, não eram familiares, só 13,56% eram filhos. Já em Recife, a menor quantidade de notificações de violência, se deu entre idosos com 60 anos ou mais, no que se refere a ambos os sexos, sendo estes responsáveis por 3,3% das notificações em 2012 (OLIVEIRA et al., 2012.; SILVA et al., 2013). Com isso, pode-se inferir a grande diversidade no processo da questão estudada, seja por gênero, classe social, raça, estrato geográfico, aportes financeiros, dentre outros.

No âmbito da saúde coletiva, a violência trata-se de um fenômeno social complexo e necessita de uma abordagem sistemático-ecológica, que envolva todas as esferas, individual, familiar, comunitária, onde as políticas de enfrentamento de cada nível tenham uma abordagem efetiva em cada nível apresentado (CAVALCANTE; SOUZA, 2010).

A defesa ao idoso precisa ser realizada de forma ampla e holística, não só por ações voltadas ao sistema de saúde, mas sim a todos os órgãos que possam ser atuantes, sejam eles formais ou informais, como Ministério Público, associações de moradores, dentre outras vertentes possíveis (SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a ocorrência da violência sofrida pela pessoa idosa no município de Caruaru/PE.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a amostra vítima de violência, segundo as variáveis demográficas (sexo, raça, idade, estado civil, ocupação e local de residência);

Descrever a violência segundo natureza, local e grau da lesão, instrumento utilizado, local da ocorrência e número de envolvidos;

Caracterizar o perfil do agressor segundo as variáveis sexo, vinculo com a pessoa idosa e suspeita do uso de álcool;

Verificar a evolução dos casos, considerando alta hospitalar, evasão/fuga e óbitos.

Verificar se houve associação entre a ocorrência da violência e as variáveis investigadas.

4 MÉTODO

4.1 Área do estudo

A área do estudo foi a cidade de Caruaru, localizada no estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do país. Faz parte da mesorregião do agreste Pernambucano e da microrregião do Vale do Ipojuca, localiza-se a oeste da capital do Estado. A cidade ocupa uma área de 920,611 km², sendo que 16,65 km² fazem parte do perímetro urbano e os 903,961 km² restantes, da zona rural (IBGE, 2010a).

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, Caruaru conta com uma população de 314.192 habitantes, sendo a maior do interior do estado. Destes, 31.626 são idosos, havendo maior predomínio do sexo feminino, com 18.458 idosas, contra 13.168 idosos (IBGE, 2010a).

A Secretaria Municipal de Caruaru também fez parte do cenário do estudo, uma vez que, as informações foram obtidas por meio de um sistema de informação e notificação, fornecido pela referida Secretaria.

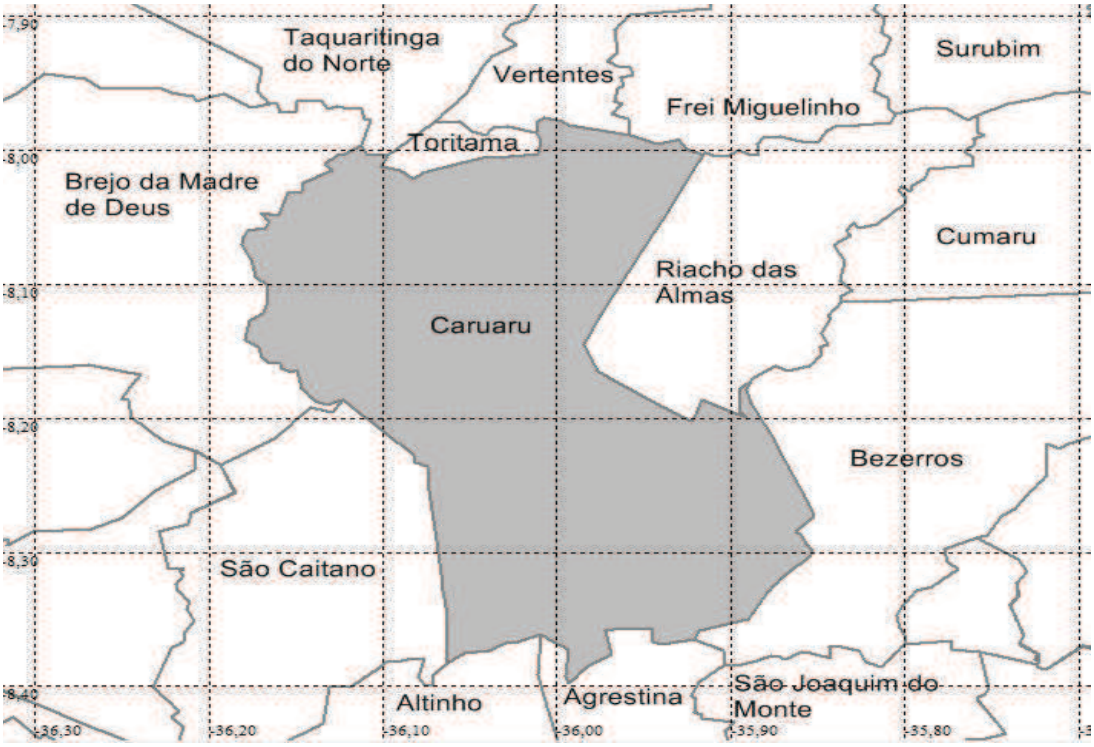


Figura 1: Mapa da cidade de Caruaru e cidades que fazem limites.

4.2 População e período de referência do estudo

A população do estudo consistiu na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do Sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), através do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos e/ou mais, que sofreram violência no período de 2009 a julho de 2015.

4.3 Critério de Inclusão

Todas as notificações ou suspeitas realizadas na cidade de Caruaru, no período de 2009 a julho de 2015.

4.4 Critério de Exclusão

Fichas que não estejam devidamente preenchidas com as informações necessárias para a consolidação no SINAN.

4.5 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Estudos transversais, ou de corte transversal, são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como *instantâneos* da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006). Dentre as vantagens deste tipo de desenho, pode-se mencionar o baixo custo, o amplo poder descritivo, o que gera embasamento para planejamento em saúde.

4.6 Definição das Variáveis do Estudo

Todas as variáveis foram definidas conforme consta na ficha de notificação de violência (ANEXO A), de acordo com o banco de dados do SINAM.

4.6.1 Variável dependente

- Violência –

Violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Estatuto do Idoso, cap. IV, art.19, §1).

4.6.2 Variáveis independentes

- Sexo – masculino ou feminino.
- Faixa etária – 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais.
- Raça – Ignorada, branca, preta, parda, indígena.
- Estado civil – solteiro, casado, união consensual, divorciado/separado, viúvo ou outro.
- Tipo da violência – Física, psicológica, sexual, financeira, negligência.
- Local de residência - consistirá na zona (urbana ou rural) em que a vítima residia quando foi notificada a violência.
- Local da ocorrência - consistirá no local em que a vítima foi submetida à agressão.
- Números de envolvidos na violência- Ignorado, um, dois ou mais.
- Lesão autoprovocada- Sim ou não.
- Suspeita de uso de álcool- Sim ou não.
- Sexo do agressor - caracterizado como “masculino” ou “feminino”.
- Vínculo com o agressor – filho (a), neto (a), companheiro (a), irmão (a), genro/nora, outro familiar, vizinho (a), cuidador (a), desconhecido (a) ou outro.
- Evolução – Evasão, fuga, óbito.
- Meio de agressão – objeto utilizado.

4.7 Coleta dos dados

Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é um Sistema de informação alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos, que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, da qual a violência faz parte (Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011).

Inicialmente em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006 (BRASIL. MS, 2006), com base em dois componentes: Vigilância Contínua e Vigilância por Inquérito (pontual), em que a Vigilância Contínua captava os dados de violência em serviços de saúde, por meio de um questionário padronizado, elaborado pela Área Técnica de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que vigorou até 2008.

A partir do segundo semestre de 2008, o DATASUS, em parceria com a Área Técnica de Vigilância de Violências e Acidentes e com a Gerência Técnica do SINAN, modificou a padronização da Vigilância Contínua, que passou a notificar os casos de violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net, cuja ficha é "Ficha de notificação/investigação individual de violência" no SINAN Net.

Essa mudança está fundamentada na cobertura nacional, com uma mesma linguagem em todo o país, ocasionando a expansão do VIVA e universalização da Vigilância contínua. Tendo em vista a temática universalização, em 2009 foi publicada a Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011, que incluiu a violência e sua ampla classificação na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, assumindo caráter universal.

Essa mesma portaria, foi recentemente revogada pela Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, que modificou alguns itens, a começar pelo nome da ficha, que agora denomina-se: Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, sendo liberada sua versão no SINAN a partir de Outubro de 2014, vigorando o SINAN 5.0. Além disso, foram incluídos outros campos na ficha, dos quais se destaca "orientação sexual", ampliando o objeto da notificação, incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica.

Em se tratando do fluxo realizado, o SINAN pode ser operacionalizado nas unidades de saúde, segundo a orientação de descentralização do SUS, a partir da Ficha Individual de Notificação (FIN), que são digitadas na Secretaria Municipal de Saúde. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços de vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais.

4.8 Processamento dos dados

Para análise dos dados foram tabuladas as informações acerca da violência contra o idoso na cidade de Caruaru-PE de 2009 a julho de 2015 na planilha eletrônica Microsoft Excel. Para avaliar o perfil pessoal dos idosos vítimas de agressão, as características da violência sofrida, perfil do agressor e a evolução do caso, calculou-se as frequências percentuais e foram construídas as distribuições de frequência dos casos de violência.

Ainda, foi calculada a prevalência dos casos de violência em idosos residentes em Caruaru dentre os casos notificados de 2009 a 2015 (Jul).

4.9 Considerações Éticas

O projeto deste estudo foi analisado pela Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru e teve sua realização autorizada, por meio da liberação da carta de anuência.

O mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, CAAE nº 50813715.0.0000.5208 (ANEXO B), de acordo com as normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012). Os dados foram armazenados em um banco sob responsabilidade da pesquisadora, que o guardará. A coleta do foi iniciada após a aprovação no Comitê de Ética.

5 RESULTADOS

Na tabela 1, temos o perfil pessoal dos idosos vítimas de violência, verifica-se que a maioria dos casos de violência contra a pessoa idosa ocorre com os do sexo masculino (77,5%), faixa etária de 60 a 69 anos (56,7%), da cor parda (34,6%), residente na área urbana (63,6%) e é casado ou em união estável (32,5%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 para ambos), indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança nos fatores: raça, zona de residência e situação conjugal. Indicando que alguns dos níveis destes fatores possuem prevalência idêntica.

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal da pessoa idosa vítimas de violência na cidade de Caruaru-PE.

Fator avaliado	Total	%	IC(95%)	p-valor[1]
Sexo				
Masculino	179	77,5	71,7 - 82,4	<0,001
Feminino	52	22,5	17,6 - 28,3	
Faixa etária				
60 a 69 anos	131	56,7	50,3 - 62,9	
70 a 79 anos	76	32,9	27,2 - 39,2	<0,001
80 anos e mais	24	10,4	7,1 - 15,0	
Raça				
Ign/Branco	114	49,4	43,0 - 55,8	
Parda	80	34,6	28,8 - 40,1	
Branca	33	14,3	10,4 - 19,4	<0,001
Preta	3	1,3	0,4 - 3,8	
Indígena	1	0,4	0,1 - 2,4	
Zona de residência				
Ign/Branco	7	3,0	1,5 - 6,1	
Urbana	147	63,6	57,3 - 69,6	<0,001
Rural	75	32,5	26,8 - 38,8	
Periurbana	2	0,9	0,2 - 3,1	
Situação conjugal				
Ignorado, Branco	66	28,6	23,1 - 34,7	
Solteiro	54	23,4	18,4 - 29,2	
Casado/União Consensual	75	32,5	26,8 - 38,8	<0,001
Viúvo	25	10,8	7,4 - 15,5	
Separado	11	4,7	2,7 - 8,3	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05

[1] Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Na tabela 2, temos as características dos casos de violência contra a pessoa idosa. Através dela verifica-se que o local onde mais ocorre a violência é na residência da vítima (80,5%), com lesões que não são autoprovocada (83,1%). Ainda, o tipo de violência mais evidenciada é a violência física (93,5%), através de força corporal/espancamento (44,1%), e normalmente duas ou mais pessoas são praticantes desta violência (68,8%). Observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 para ambos), indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança em todos os fatores avaliados, indicando que alguns dos níveis destes fatores possuem prevalência idêntica.

Tabela 2. Características dos casos de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru-PE.

Fator avaliado	Total	%	IC(95%)	p-valor[1]
Local da ocorrência				
Residência	33	80,5	65,9 - 89,8	
Via pública	7	17,1	8,5 - 31,2	<0,001
Comércio/Serviços	1	2,4	0,4 - 12,6	
Lesão autoprovocada				
Ign/Branco	15	6,5	4,0 - 10,4	
Sim	24	10,4	7,1 - 15,0	<0,001
Não	192	83,1	77,8 - 87,4	
Tipo de violência				
Física	217	93,5	89,6 - 96,0	
Sexual	6	2,6	1,2 - 5,5	<0,001
Negligencia e abandono	5	2,2	1,2 - 5,5	
psico/moral	4	1,7	0,6 - 4,3	
Meio de agressão				
Força corporal/espancamento	98	44,1	37,8 - 50,7	
Arma de fogo	52	23,4	18,3 - 29,4	
Objeto perfuro cortante	49	22,1	17,1 - 28,0	
Envenenamento	16	7,2	4,5 - 11,4	<0,001
Objeto contundente	4	1,8	0,7 - 4,5	
Substância ou objeto quente	2	0,9	0,2 - 3,2	
Ameaça	1	0,5	0,1 - 2,6	
Número de envolvidos na				
Ign/Branco	34	14,7	10,7 - 19,9	
Um	38	16,5	12,2 - 21,8	<0,001
Dois ou mais	159	68,8	62,6 - 74,5	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05

[1] Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Na tabela 3 temos o perfil dos praticantes da violência contra a pessoa idosa. Através dela verifica-se que as informações sobre o agressor são bastante faltantes. Na variável vínculo do agressor houve informação de apenas 42 casos dos 231 notificados (apenas 18,2%) e, dos que continham informações, a maioria apresentava o filho como agressor (47,6%). Quanto ao sexo do autor, estavam sem informação ou ignorado 78,4% dos casos notificados e 17,3% foram cometidos por pessoa do sexo masculino. Acerca da possibilidade do agressor ter ingerido álcool momento antes da agressão, a maioria não tinha ingerido qualquer bebida alcoólica (52,8%). É importante salientar que neste fator houve também uma grande perda de informação (42,0% de ignorado ou branco) indicando uma alta subnotificação das informações acerca do agressor.

Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 para ambos), indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança nos fatores: vínculo do agressor e suspeita de uso de álcool, indicando que alguns dos níveis destes fatores possuem prevalência idêntica.

Tabela 3. Perfil do praticante de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru-PE.

Fator avaliado	Total	%	IC(95%)	p-valor[1]
Vinculo do agressor				
Conjugue	7	16,7	8,3 - 30,6	
Filho (a)	20	47,6	33,4- 62,3	
Amigos(as)	3	7,1	2,5 - 19,0	<0,001
Desconhecido (a)	6	14,3	6,7 - 2,8	
Própria pessoa	6	14,3	6,7 – 27,8	
Sexo do autor				
Ignorado/Branco	184	79,7	74,0 - 84,3	
Masculino	40	17,3	13,0 - 22,7	<0,001
Feminino	7	3,0	1,5 - 6,1	
suspeita de uso de álcool				
Ign/Branco	97	42,0	35,8 - 48,4	
Sim	12	5,2	3,0 - 8,9	<0,001
Não	122	52,8	46,4 - 59,2	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05

[1] Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Na tabela 4 temos a evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa. Através dela verifica-se que a maioria dos idosos vítimas de agressão recebem alta hospitalar (89,6%).

Ainda, é importante salientar que 3,9% dos idosos não resistiram á violência sofrida e chegaram ao óbito.

Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo para o fator evolução (p-valor < 0,001), indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança, indicando que alguns dos níveis deste fator possui prevalência idêntica.

Tabela 4. Evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru/PE.

Evolução	Total	%	IC(95%)	p-valor[1]
Ign/Branco	14	6,1	3,6 - 9,9	<0,001
Alta	207	89,6	85,0 - 92,9	
Evasão/fuga	1	0,4	0,1 - 2,4	
Óbito por violência	9	3,9	0,1 - 2,5	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05

[1] Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

6 DISCUSSÃO

No intuito de elaborar uma discussão mais objetiva e concisa dos dados encontrados, apresentaremos por tópicos.

- Casos de violência, segundo a ocorrência e perfil demográfico da pessoa idosa vítimas de violência, notificados na cidade de Caruaru-PE.

No Brasil, o envelhecimento vem tendo uma maior importância, devido ao aumento da expectativa de vida da população, que já é realidade, muito embora, os investimentos em políticas públicas, que garantam qualidade a essa faixa etária, ainda sejam incipientes. Um ponto que gera vítimas diárias, nesta população, é a violência, que, em muitos casos, é omitida, muitas vezes devido à relação agressor-idoso, ou até mesmo medo, por parte das vítimas, em informar ou ter alguma atitude direcionada ao agressor (BRASIL, 2009).

É preciso, por meio de informações epidemiológicas, refletir não apenas os números, mas, sobretudo, as consequências de tais achados, principalmente na população idosa, que está em ascensão. Com base em dados de notificação compulsória, a partir do SINAN, todos os casos notificados ocorreram na cidade de Caruaru, sendo que a residência das vítimas não necessariamente. As notificações são representadas desde 2009 até o primeiro semestre de 2015, tendo como total de todas as violências sofridas por idosos, 231 notificações compulsórias. É importante enfatizar que este estudo é inédito e poderá servir de base para futuras intervenções.

No Brasil, foi realizada uma pesquisa com banco de dados do SINAN, sobre a análise das notificações de violência contra a pessoa idosa no ano de 2010, totalizando um achado de 3.593 notificações. Como afirmado na mesma, são poucos os estudos que estimem a prevalência de violência contra o idoso, sobretudo baseados em dados epidemiológicos (MASCARENHAS et al., 2012).

Em Aracaju, houve registro de 120 notificações, no período de 2011 a 2013, ressaltando, inclusive, que a cidade tem dado início a um trabalho de monitoramento da violência contra o idoso, através do Núcleo de Prevenção de Acidentes que alimenta o SINAN (SOARES et al., 2015). Em Recife, não foi analisado o perfil de violência contra a pessoa idosa nos anos de 2009 a 2012, também através de dados epidemiológicos presentes no SINAN, onde foram registradas, nesse período, 242 casos (PARAÍBA; SILVA, 2015). Em todo o caso, é importante ressaltar que o processo de notificação compulsória é passível de lacunas, e, certamente, não abrange uma totalidade absoluta, sendo a subnotificação um

imbróglio enraizado, havendo necessidade de ações educativas e informativas, no que concerne o processo de notificação e sua finalidade (CONCEIÇÃO et al., 2012). O que permite inferir que, apesar de alto os números, provavelmente ainda são bem maiores em sua totalidade.

Reforçando o supracitado, é importante enfatizar que, quando a vítima é de idade mais avançada, ou seja idosos, a subnotificação progride, sobretudo, no ambiente familiar, devido, muitas vezes, ao próprio processo de transição demográfica e social, assim como o convívio de gerações diferentes, onde viver em família não necessariamente seja uma suposta vida em paz (FALEIROS; BRITO, 2007).

A cidade de Caruaru apresenta uma feminização da população idosa de acordo com os dados nacional, contando inclusive, segundo projeções do IBGE, com uma população do idosos de 31.626 destes 58,36% sendo do sexo feminino e 41,64% do sexo oposto (IBGE, 2010a), no que se refere ao perfil da vítima, verificou-se que há um predomínio do idoso do sexo masculino (77,5%).

Permanecendo nessa horizontalidade, o estudo realizado na cidade do Recife, no Instituto de Medicina Legal, corrobora com tais achados, apresentando um valor de 75% (ABATH et al., 2010). Outra pesquisa, onde há predomínio de violência contra idosos do sexo masculino, foi realizada no Distrito Federal (OLIVEIRA et al., 2012). Assim como uma análise sobre violência em domicílio, revela que a frequência acomete em maior proporção o sexo masculino com (58,6%) dos casos mensurados (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Ainda em sintonia com os achados discorridos acima, um estudo realizado no Rio de Janeiro, sobre a violência contra o idoso, também infere que os idosos do sexo masculino estão mais vulneráveis a sofrerem atitudes de violência do que as idosas de idade mais avançada (SILVA; FRANÇA, 2015).

Destacamos, no entanto, que um grande número de análises atuais, realizadas no Brasil, em que mensuram a violência contra idoso, não corroboram com os nossos achados, pois trazem que as idosas são demasiadamente mais vítimas da violência, sobretudo a violência doméstica (APRATTO JUNIOR, 2010; PINHEIRO et al., 2011; DUQUE et al., 2012; VELOSO et al., 2013; FAUSTINO; GANDOLFI; MOURA, 2014).

Pesquisas realizadas no Canadá, países baixos e Estados Unidos reforçam tais pesquisas quanto ao sexo, prevalecendo o masculino. Já na Finlândia e no Brasil, como dito anteriormente, predomina-se a violência ao sexo feminino (APAV, 2007; FRARI et al., 2010).

A feminização da velhice é uma realidade mundial, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida, onde as idosas vivem cerca de cinco a sete anos a mais que os homens. Porém, esse aumento de anos da mulher idosa vem atrelado a desigualdades, seja por condições estruturais, ou socioeconômicas, o que não garante qualidade nesses anos de vida a mais (NICODEMO; GODOI, 2010).

Um ponto importante a se destacar, e que pode interferir em tais dados supracitados da pesquisa, no que se refere ao sexo prevalente, é a questão da subnotificação da violência contra a mulher, que muitas vezes é tido como algo comum, resultando em um processo de banalização, justificadas por alguns profissionais de saúde, pelo fato de a vítima se recusar a falar sobre o assunto, não permitindo, dessa forma, que os profissionais interfiram, invisibilizando tal ato (KIND et al., 2013).

Por outro lado, é importante elucidar diante de análises diversas, no que se refere ao gênero do idoso, que ambos os sexos estão sujeitos a esse imbróglio social, havendo assim uma equivalência (GAIOLI; RODRIGUES, 2008). Ou seja, a fase de vida que estão inseridos por si só, e aliado a estágios fisiológicos inerentes do processo natural do envelhecimento, gera vulnerabilidade e, consequentemente, a falência de defesa e reação, para a extinção de tais atos.

No que concerne à faixa etária, os idosos com 60 a 69 anos foram mais vítimas de violência; quanto à etnia, houve grande parte da amostra ignorada/branco (não respondido), o que dificulta a clareza e precisão de tais dados, totalizando 49,4%, seguida da cor parda (34,6%) o que apresenta quantitativo alto, visto que é predominante na região Nordeste, em virtude do processo de miscigenação (FLORÊNCIO, 2014), como também é fortalecido por outros estudos citados abaixo, entretanto, a etnia não é um ponto crucial, devido ao grande quantitativo de dados em branco. Referente à zona de residência e estado civil, a maioria das vítimas são da zona urbana (63,6%) e casados (32,5%).

Estudo realizado em 2010, a partir do (SINAN NET), tem que, a faixa etária de 60 a 69 anos é predominante (50,2%) (MASCARENHAS et al., 2012). Corroborando, Abath et al. (2010) inferem dados muito semelhantes, onde a faixa etária predominante é de 60-69 anos (71,6%), cor parda (83,5%), os idosos casados estão propensos a maior grau de violência (44,2%) e a zona urbana também é destaque de prevalência (95,7%). Ainda em caminho horizontal e complementar, a descrição de casos de violência contra idoso, no município de Aracajú, Sergipe, também infere que a faixa etária mais atingida é a mesma supracitada (50,9%) e a cor da pele, por autodeclaração, é predominantemente parda (51,8%) (AGUIAR et al., 2015)

É possível perceber que, quando a capacidade funcional do idoso não está prejudicada pelo processo de envelhecimento, fato este comum entre as idades de 60-69 anos, os mesmos são capazes de interagir mais com as pessoas, geralmente de forma igualitária, e seu poder de desígnio sobre sua vida é proporcional à sua adaptação aos limites impostos por problemas cotidianos, diminuindo assim, as possibilidades de serem alvos de maus tratos (ZAMBONI et al., 2011). O que justifica a alta notificação referente a essa faixa etária.

Em congruência, a literatura enuncia que pessoas com idades entre 60 a 69 anos, apontada como a mais acometida, pode estar diretamente ligada ao fato de nessa fase o idoso ainda manter a capacidade de realização de atividade de vida diária, autonomia na procura por serviços de saúde, quando são vítimas de violência, permitindo assim que a notificação seja mais detectada e investigada o que vem a justificar os achados (FLORÊNCIO, 2014).

De maneira oposta, os idosos de idade mais avançadas, por diversos motivos, desde barreiras físicas, que gera a sua própria perpetuação e restrição ao ambiente doméstico, até complicação de saúde, que ocasiona impossibilidade de procurar ajuda nos serviços de saúde, dificultam, dessa forma, a detecção e diagnóstico de práticas violentas (AGUIAR et al., 2015) e consequentemente as notificações são mais escassas.

No que consiste a zona de residência, a grande parte dos casos de violência ocorreram na zona urbana (63,6%), seguidos da zona rural (32,5%). De modo muito recorrente, muitos estudos se baseiam na perspectiva de violência na capital ou no interior, porém nem sempre fazem distinção das zonas de habitação, se rurais ou urbanas, como ocorre nos estudos de (CORREIA et al., 2012; PINHEIRO et al., 2011).

Logo, há dificuldade de ter parâmetros, devido à falência de notificações nas zonas rurais e de estudos que apresentem tais achados. Sabe-se que, o próprio processo de notificação é vulnerável em grandes centros urbanos e que os imbróglios para a não notificação/subnotificação são, desde fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais de saúde, até a total omissão das vítimas, sendo mais difícil ser mensurado em zonas rurais, sobretudo quando a violência é doméstica.

Quanto a situação conjugal, 32,5% dos idosos que sofreram violência eram casados/ união consensual, representando a maioria, logo em seguida, porém os dados ignorados/branco, correspondem a 28,6%, o que não nos permite ter um parâmetro fidedigno. Em consonância, pesquisa realizada no Rio de Janeiro sobre violência doméstica entre idosos aponta que os mais acometidos também são casados 49,8% (JÚNIOR, 2010). Pode-se inferir a partir da literatura que esse aspecto vem de relações conjugais já conturbadas desde o início da união, pois quando esta é estável e harmoniosa, há o que se chama de fator de proteção

conjugal, que elimina diretamente esse tipo de violência, favorecendo ações de proteção pelo casal e família que estão inseridas neste núcleo (FLORÊNCIO, 2014).

Por outro lado, uma pesquisa realizada em Fortaleza, sobre o perfil dos idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da família, pontua que os homens idosos, quando perdem suas esposas ou se separam, tendem a ter outra parceira e, geralmente, mais nova (CLARES, 2011). O que diretamente pode proporcionar situações conflituosas e ações violentas.

- Características dos casos de violência contra a pessoa idosa, na cidade de Caruaru-PE.

O local de ocorrência de maior frequência foi a residência (80,5%); nesse mesmo caminho, um estudo realizado em Fortaleza, CE, converge que a violência ocorre predominantemente no ambiente doméstico (NOGUEIRA et al., 2011). O Relatório Mundial sobre violência e saúde, aponta que de 4% a 6% dos idosos são vítimas de violência doméstica, sendo que estudos que pautem esta temática ainda são parcos, o que gera déficit sobre a concreta realidade de tal problema (JUNIOR, 2010).

Em consonância com o supracitado, a violência doméstica é bastante presente, e, também, difícil de ser diagnosticada, por diversos motivos, dentre eles, pela ocultação da própria vítima, por ter sido agredida por um membro da família, muitas vezes ficam apáticas ou se calam diante de tal situação e até justificam a agressão sofrida (SILVA, 2011), o que pode ser motivo de poucos dados para a realização de pesquisas mais profundas.

No que tange ao tipo de violência, a que mais acometeu os idosos, no período estudado, foi a violência física (93,5%). No que consiste a natureza da lesão (83,1%) são lesões não autoprovocadas, o meio de agressão mais comum foi a força corporal/espancamento (44,1%), seguida de arma de fogo (23,4%) e objeto perfuro-cortante (22,1%), com mais de um envolvido na agressão (68,8%). Achados esses que corroboram com o estudo realizado em 2010, a partir do (SINAN NET), onde foram semelhantes: quanto ao tipo de violência, prevaleceu a física (67,7%), lesões não autoprovocadas (89,2%), em domicílio (78,8%), com ação da força corporal (47,8%) (MASCARENHAS et al., 2012). Os maus tratos físicos em idosos são mais comuns e presentes dentre vários estudos online analisados, seguidos geralmente pela agressão psicológica, que tem como fator dificultador a capacidade de mensuração (MICHELETTI et al., 2011). Fato este que pactua com os dados mencionados.

Em virtude do tipo de violência mais prevalente, o meio de agressão se justifica, haja vista que a violência física é sumariamente mais caracterizada pela ação a partir da força

corporal/espancamento, tendo como exemplo, ações de empurrar, esbofetear, bater (SANTOS et al., 2013). O que se caracteriza que as lesões não são autoprovocada e sim sofrida, por mais de um agressor, sendo estes majoritariamente filhos e cônjuges,

Com relação ao meio de agressão, o espancamento/ força corporal prevaleceu. No que se refere à natureza da lesão, este estudo mostra também, que as lesões resultantes de violência contra idoso possuem mais caráter de gravidade leve, atingindo mais determinadas regiões corporais, como braços e ombros, e que assolam ambos os sexos corroborando com os dados encontrados por Abath et al. (2010).

- Perfil dos agressores

Quanto ao perfil do agressor, o estudo mostrou que os filhos são os que mais agridem os idosos (47,6%), seguidos de cônjuge (16,7%). O que demonstra que as famílias não estão preparadas para darem suporte aos idosos, não possuindo estruturas necessárias para cuidar e se relacionar com os mesmos e ainda reforçando o sentimento de superioridade dos mais jovens sobre os mais velhos e que, muitas vezes, ganha sustento pelo silêncio da própria família (PINHEL, 2011; MARTINS, 2013).

No que se alia ao primeiro dado, no Brasil, de 626 notificações de violência realizada contra idosos, analisados em um serviço de saúde de referência, cerca de 338 fora realizados pelos filhos e o cenário de tal ato era a residência (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

O que infere que dentro de casa é onde ocorre, em grande número, a violência contra o idoso. Algumas pesquisas afirmam que o agressor substancial é o próprio filho do sexo masculino, seguido das filhas e, em quantitativo pouco menor, o cônjuge, o que vem a pactuar diretamente com a realidade da nossa pesquisa (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007; MINAYO, 2003). Com relação ao sexo do agressor (79,7%) foram ignorados/branco, dificultando a real caracterização, seguido do sexo masculino (17,3%), sendo este então mais notificado que o feminino (3,0%) o que vem convergir com o supracitado.

Um estudo realizado em Recife, sobre violência doméstica contra idosos, trouxe que o grau de parentesco dos agressores foi predominantemente os filhos (46,15%). Um fato diferente, é que maioria dos agressores faziam uso de bebidas alcóolicas (SILVA; DIAS, 2015). Sabe-se que o uso de álcool e drogas atua diretamente em tal temática, sendo um fator potencializador de agressividade e maus tratos, o que vem diferir deste estudo, onde a maioria dos agressores não fazem uso de álcool (52,8%) em contrapartida a tal afirmação 42% das notificações, no que se refere ao consumo do agressor foram respondidas como ignorado/branco.

Logo após maior notificação dos filhos como agressor, segue os cônjuges (16,7%) como responsáveis por gerar violências aos idosos, contudo é primordial entender a diferença entre um conflito conjugal que é algo comum a toda relação, que pode ter como produto transformações na vida dos envolvidos e a violência, seria a maneira de resposta ao conflito, sendo ou não adotada pelo casal (BOLZE et al., 2011).

A violência conjugal passou a ter uma visibilidade mais sólida e holística na década de 90, quando percebeu ser utopia inferir apenas o homem como sendo o agressor e a mulher sempre no papel de vítima. Ainda hoje, dialogar sobre vínculo de violência conjugal, sendo o homem vítima, é algo incomum, principalmente por se tratar de um assunto subjetivo, e que, atrelado a ele, perpassa questões de diversas gêneses, como por exemplo: humor, traços de personalidades, crenças, e ainda diferenças na configuração familiar atual (CEZARIO; LOURENÇO, 2013). Quando se trata de idosos, a temática torna-se mais escassa ainda.

- Evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa, segundo o ano de ocorrência.

O encaminhamento do idoso aos hospitais e definição do caso, no que concerne a alta ou óbito, está intimamente ligado à gravidade da violência. Em Niterói, Rio de Janeiro, um inquérito instaurado apresentou prevalência de violência física em 10,1% dos idosos, o que vem a convergir com a presente pesquisa, havendo variações quanto ao tipo: grave (6,3%) e não grave (7,9%), referente ao ano anterior da pesquisa (MORAES; JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

No que consiste as consequências, evolução dos casos, temos os seguintes achados como resultados; das ações de violência (89,6%) dos idosos que foram internados, receberam alta hospitalar, o que nos infere ligar tal ato de violência física ao tipo não grave e (3,9%) evoluem para o óbito, resultante de maior gravidade, além de todo o sofrimento por parte da vítima, uma questão macro se perpetua no sistema de saúde, a alta taxa de internação hospitalar de idosos vítimas de violência. No Brasil, em 2012, houve 169.673 internações de pessoas idosas, decorrentes de violência e acidentes; desses, 6,5% foram provenientes de agressões, realidade da presente pesquisa. Os gastos com internação de idosos são três vezes maiores que com a população em geral, e a taxa média de óbitos da população que é internada por causas externas, dentre elas a violência, é de 2,48 por 100.000 habitantes. Já nas pessoas idosas, esse valor é quase que o dobro, 5,5/100.000 (BRASIL, 2014) o que demonstra que a violência nesse grupo, gera altos gastos para o setor saúde e atua de maneira negativa na qualidade de vida desta população, sendo necessário medidas de mensuração e sobretudo de

promoção e prevenção na busca de diminuir tais atos, que hoje é tido como problema de saúde pública.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento do número de idosos, alguns desafios e demandas necessitam de recursos gerais, como saúde preventiva, que leva em conta desde as necessidades básicas, até questões voltadas ao ambiente e moradia, sendo o Brasil considerado ainda despreparado para alcançar esse novo requerimento, e os municípios mais empobrecidos são os que apresentam mais dificuldades para lidar com questões gerais que acometem os idosos (D´ALENCAR; ALVES, 2004), dentre eles a violência contra a pessoa idosa.

O SINAN é um sistema de grande importância na consolidação de dados de violência contra a população idosa, sendo fundamental o conhecimento de toda a população, sobretudo dos profissionais de saúde no que se refere a notificação compulsória e consequentemente a geração de informações cruciais para o dimensionamento real destes e outros quesitos na busca gerar ações de promoção e prevenção.

O estudo revelou dados extremamente importante, desde o sexo que mais foi acometido, o masculino, com idade entre 60-69 anos, casados, até ao tipo de violência mais presente, que foi a física, geralmente por lesões não autoprovocadas, onde os agressores eram majoritariamente filhos seguidos de cônjuges, e o uso de bebidas alcóolicas não fez ligação direta ao perfil do agressor.

Os idosos, vítimas de atos violentos, quando internados, grande parte (89,6%) evoluem para a alta hospitalar e uma pequena parcela, porém grandemente considerada chegam ao óbito (3,9%), esses números nos chamam a refletir sobre diversos pontos, dentre eles a queda na qualidade de vida dessa população, assim como a situação de vulnerabilidade que ficam expostos, principalmente em ambiente domiciliar, local este que pressupões segurança e aconchego. Outro ponto característico são os gastos, com internações e tempo de internamento, haja vista que fisiologicamente o processo de recuperação tende a ser lento.

A população idosa necessita por ações que visem à garantia não só de qualidade de vida para esta população, mas sobretudo de dignidade. Ressaltamos a importância de novas pesquisas com essa temática haja vista certa escassez, sobretudo com as pessoas de idade mais avançadas, a partir dos 60 anos.

A cidade de Caruaru conta com uma população considerável de idosos e está no patamar de segunda cidade mais violenta de Pernambuco, perdendo apenas para a capital Recife, sendo este estudo de natureza inédita e que pretende atuar de maneira sólida, auxiliar a gestão da cidade a partir de todos os achados na busca de que intervenções sejam realizadas a fim de minimizar os casos na cidade.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. B. et al. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cad Saúde Publica**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 9, p. 1797-1806, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000900013&script=sci_arttext. Acesso:12 dez. 2015 às 20:30.

ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 843-854, maio, 2011.

AGUIAR, M. P. C. et al. Violência contra idosos: descrição de casos no município de Aracajú, Sergipe, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Aracajú. v. 19. n. 2. Abr-Jun. p. 343-349, 2015.

ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva.** Bahia. v. 18, n. 12, p. 3543-3555, 2013.

APRATTO JUNIOR, Paulo Cavalcante. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2015.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. **Terceira idade na UNISC**: novos desafios de uma população que envelhece. Barói: EDUNISC, 2010.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO A VÍTIMA – APAV (PT). **Estatística (2000-2007)**. 2007. Idosos vítimas de crime Apav.pt. Disponível em: http://www.apav.pt/portal/pdf/ Estatistica _Pessoas_idosas_vitimas_crime_2000-2009.pdf. Acesso:13 dez. 2015. às 10:30.

BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Rev Paul Pediatr.** São Paulo. v. 29, n. 2, p. 138-45, 2011.

BOLZE, S. D. A.; SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; VIEIRA, M. L. Conflito conjugal: uma revisão da Produção Científica Brasileira. **Pensando Famílias**, Ce Latino americano e do Caribe v. 15, n. 2, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.842/94**. Política Nacional do Idoso. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 192, outubro. Brasil, 2003.

_____. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Laurez Ferreira Vilela (coordenadora). Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. 68p.

_____. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da União**, 2011, 27 jul.

_____. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014. 90p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.356**, de 23 de junho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 104**, de 25 de janeiro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012 Brasil: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Plano Nacional Criança e Adolescentes. Brasília, 2000.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6. p. 1217- 1229, Jun., 2013.

CASTRO, A. P. et al. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 5, p. 1283-1292, 2013.

CAVALCANTE, 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). **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, p. 6, n. 2699-2708.Set. 2010.

CEZARIO, A. C. F.; LOURENÇO, L. M. Violência conjugal contra homem: Uma análise bibliométrica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**.Juiz de Fora. v. 6, n. 1, p. 144-156. jan - jun, 2013.

CLARES, J. W. B. perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, Fortaleza. p. 12, n. esp, p. 988-94. 2011.

CONCEIÇÃO, J. C. et al. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 2, p. 468-477, maio/ago. 2012.

CORREIA, T. M. P. et al. Perfil dos idosos em situação de violência atendida em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 529-536, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez.2015

D´ALENCAR, R. S; ALVES, W. S. S. O (Des)Amparo da Velhice e a Singularidade Silenciosa das Casas Asilares. **Memorialidades**. Ilhéus (BA), v. 1, n. 2, p. 38-48, Jul/Dez, 2004.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2015. ás 11:00.

FALEIROS, V. P.; BRITO, D. O. Representações da violência intrafamiliar por idosos e idosas. **Ser social**, Brasília, n. 12, p. 105-142, Jul/Dez, 2007.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Functional capability and violence situations against the elderly. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 27, n. 5, p. 392-398. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103210020140005000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2015.

FLORÊNCIO, M. V. L. **Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014.

FONSECA, M. M.; GONÇALVES, H. S. Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. **Interação em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 121- 128, 2003.

FRARI, A. S. et al. Convivendo com um idoso dependente sob a perspectiva da família: um estudo qualitativo. **Online braz. j. nurs.** v. 9, n. 1. abr. 2010. Disponível em: http://www.objnursing. uff.br/index.php/nursing/issue/view/22. Acesso em: 13 dez. 2015 às 10:10.

GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Rev Latino-Am Enfermagem [on line]**. v. 16, n. 3, p. 465-470, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ rlae/v16n3/pt_21.pdf. Acesso em: 30 dez.2015 às 10:30

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva.** Passo Fundo RS. v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

GUILLEMARD, A. M. As Sociedades À Prova Do Envelhecimento - O Desafio do Emprego na Segunda Parte da Carreira. **INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente.**Paris. v. 1, n. 3, abril. 2007.

GUIMARÃES, I. B. O idoso em um contexto de trabalho e de disposições renovadas. **Dossiê-O final da vida no século XXI**. Bahia. v. 17, n. 2, p. 108-125, Jul./Dez. 2012.

GUIMARÃES, J. S.; MIRANDA, J. L. S.; MACÊDO, L. T. A. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luis-MA. Agosto, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais do IBGE**. 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ home/presidencia/noticias/ noticia_visualiza. php?id _noticia=1233&id_pagina=1.Acesso em: 12 jun. 2015.

_____. **Censo Demográfico**, 2010a. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260410&search=pernambuco|caruaru

_____. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos & Pesquisas, informações demográficas e socioeconômicas**.Rio de Janeiro. 2010b.

JORGE, M. H. P. M.; YUNES, J. Violência e Saúde no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 114-127, setembro/novembro, 2001.

JUNIOR, P. C. A. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva.** Niterói, RJ. v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600037&script=sci_arttext. Acesso:01 Jan.2016 ás:20:00.

JUNIOR, C. M. P.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre os instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra idosos, **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1137-1149, 2006.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29. n. 9, p. 1805-1815, set, 2013.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de desafios no desenvolvimento em saúde Notificação (Sinan): de um sistema de informação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**,Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, p. 135 -147, 2004.Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/7521/mod_resource/content/1/artigoSinan.pdf.Acesso: 24 Dez 2015 ás 10:00.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá. v. 2. n. 2, p. 273-280, 2009. Disponível em:

http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1173. Acesso em: 8 Jun. 2015.

LUSTOSA, L. P. et al. Fragilidade e funcionalidade entre idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-354. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/14.pdf. Acesso em: 8 jun. 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**,Minas Gerais. v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2015.

MARQUES, C. P. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília. v. 8, n. 1, p. 65-70. mar, 2014.

MARTINS, M. B. Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosos no contexto familiar. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia.** Manaus. n. 1, v. 4, 2013.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS, 2011.

MASCARENHAS M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. São Paulo. v. 4, n. 18, p. 422-426, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf Acesso em: 15 jun. 2015.

MICHELETTI, A. L. N. S. et al. Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases scielo e lilacs. **Psicólogo informação**. São Paulo. n. 15. jan./dez. 2011.

MINAYO, M. C. S. Violência contra o idoso: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasil: Ministério da Saúde, 2005.

MORAES, C. L; JÚNIOR, P. C. A; REICHENHEIM, 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,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, out, 2008.

NERI, M. C. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. **Fundação Getúlio Vargas**.São Paulo. n. 663, dezembro, 2007.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminilização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. Ext**., São José dos Campos. v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010. Disponível em: <http://200.145.6.204/index.php/revista_proex/article/view/324>. Acesso em: 12 dez. 2015 às 20:40.

NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011.

OLIVEIRA, A. A.V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura, **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n.1, p. 128-133, 2013.

OLIVEIRA, B. **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**. Porto: Livpsic, 2010.

OLIVEIRA, M. C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre o envejecimiento**. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponível em: http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfops/Informe%20II%20Asamblea%20Mundial%20del%20Envejecimiento.pdf. Acesso em: 15 maio 2015.

PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00295.pdf. Acesso em: 04 jan. 2016 às 13:00hrs.

PINHEIRO, J. S. et al. Perfil dos idosos que sofreram violência atendidos em uma instituição de salvador no ano de 2008. **Rev. Baiana de Saúde Pública,** Salvador, v. 35, n. 2, p. 264-276, abr./jun. 2011. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100 0233/2011/v35n2/a2441.pdf. Acesso em: 19 set. 2015.

PINHEL, M. J. J. M. A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação Social) – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2011.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 5, p. 1167-1177, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RUIZ, S. A. et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Atención Primaria, Sant Joan Despí (Barcelona). v. 27, n. 5, p. 331-4, 2001.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10. Acesso em: 11 jan. 2015 às 16:27.

SANTOS, J. A.; NICOLAU, R.; FERNANDES, A. A.; GIL, A. P. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Revues.org**. Lisboa. n. 72. p. 53-77, 2013. Disponível em: http://spp.revues.org/1192. Acesso em: 28 dez. 2015 às 22 :10.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial, **Psicologia & Sociedade**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 112-121, 2012a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n1/13.pdf. Acesso em: 30 jun. 2015.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. Meios de comunicação impressos, representações sociais e violência contra idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 205-214, abr./jun. 2012b.

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

SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 3, p. 506-510, 2011.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência doméstica contra idosos na cidade do Recife Quem são os agressores? **Investigação Qualitativa em Saúde**.Recife. v. 1, 2015.

SILVA, E. A.; FRANÇA, L. H. F. P. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. **Estudos e pesquisas em psicologia.** Niterói. Rj. v. 15, n. 1, p. 155-177, 2015.

SILVA, G. B.; SILVA, V. B.; LOPES, R. C. Caracterizando a depressão no idoso: Uma revisão bibliográfica. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v. 6, n. 9, p. 1-5, 2014.

SILVA, M. C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, jul-set, 2013.

SILVA, T. Violência contra a pessoa idosa: do Invisível ao visível. **Revista Kairós Gerontologia**.São Paulo. v. 14, n. 1, p. 65-78. Março, 2011.

SOARES, A. C. G. M. et al. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**. Aracaju, v. 3, n. 2, p. 109 - 120, fev. 2015.

SOUZA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev**. **Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 321-328, 2010.

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra o idoso: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p. 268-272, 2007.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: **World Population Prospects**: The 2012 Revision. New York, 2013.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2015.

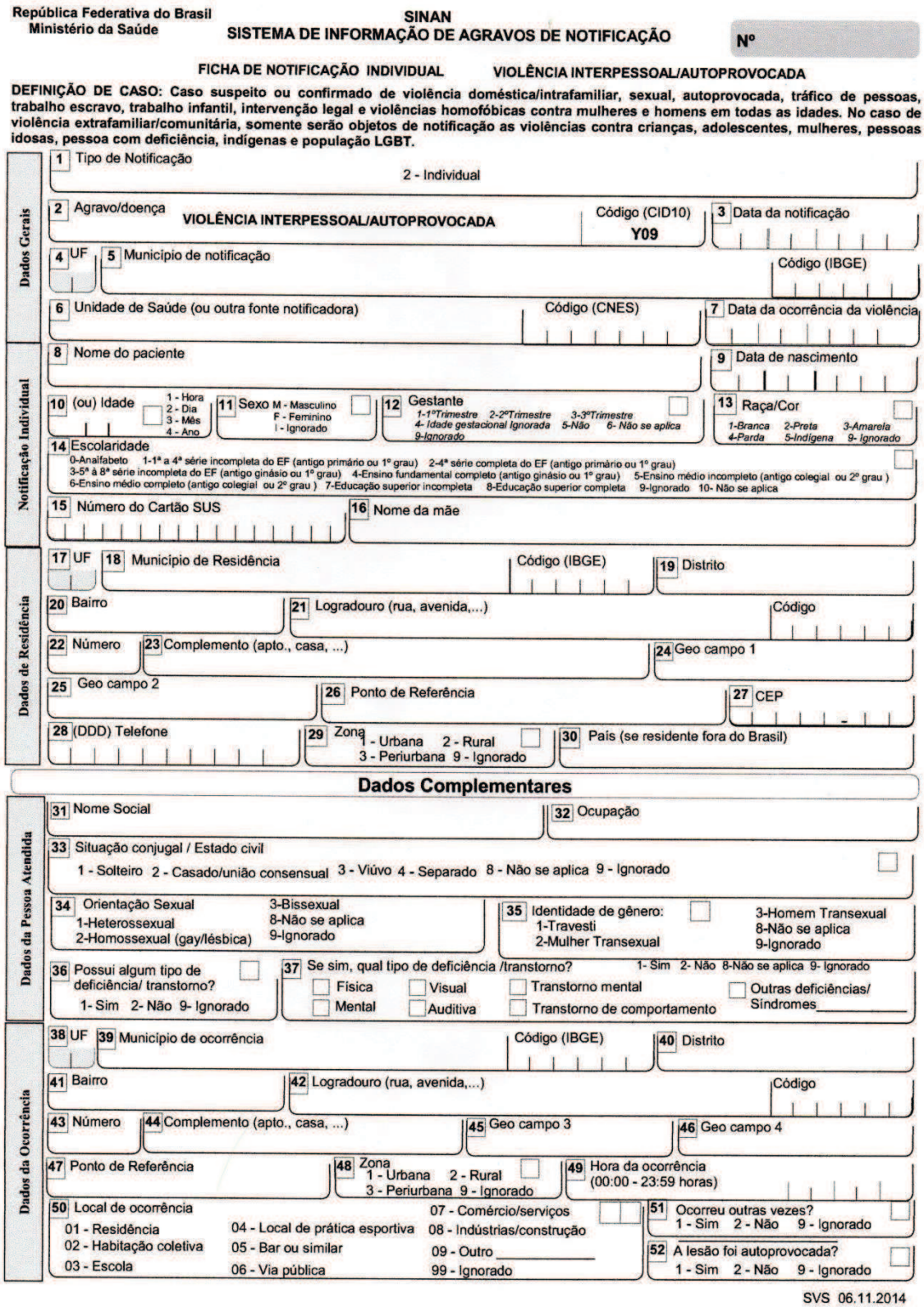
VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, out, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Missing voices**: views of older persons on elder abuse. Genova: World Health Organization, 2002.

ZAMBONI, C. et al. Violência contra idoso: um velho estigma. **Cogitare Enferm**.v.16, n.4, p. 634-639. Out/dez, 2011.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL **VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA**

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravo/doença: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10): Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código (CNES) — 7 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

8 Nome do paciente — 9 Data de nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado* — 13 Raça/Cor *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade: 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

31 Nome Social — 32 Ocupação

33 Situação conjugal / Estado civil: 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

34 Orientação Sexual: 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado: Física; Visual; Transtorno mental; Outras deficiências/ Síndromes; Mental; Auditiva; Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

38 UF — 39 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 40 Distrito

41 Bairro — 42 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

43 Número — 44 Complemento (apto., casa, ...) — 45 Geo campo 3 — 46 Geo campo 4

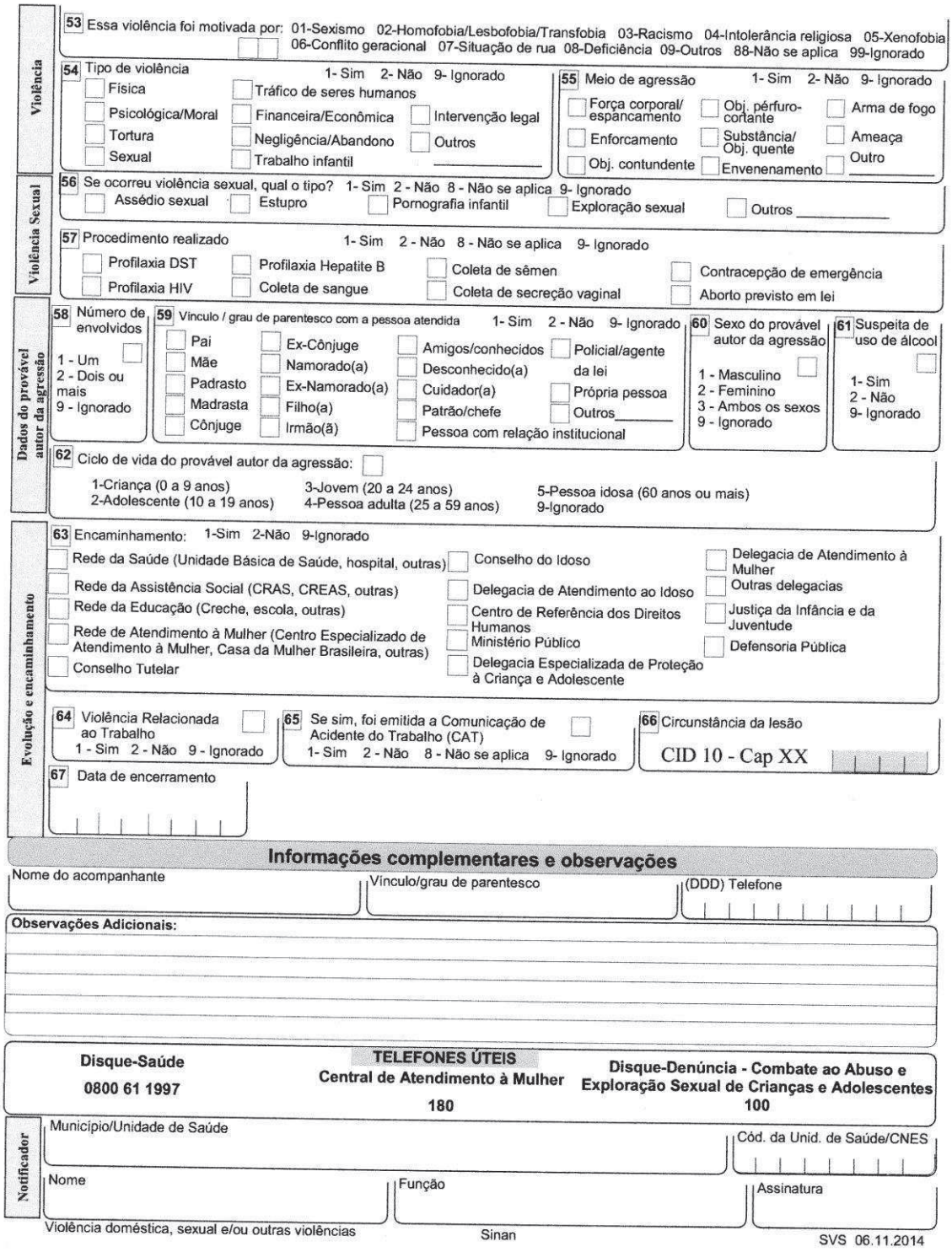
47 Ponto de Referência — 48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

50 Local de ocorrência: 01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Escola; 04 - Local de prática esportiva; 05 - Bar ou similar; 06 - Via pública; 07 - Comércio/serviços; 08 - Indústrias/construção; 09 - Outro _____; 99 - Ignorado

51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 06.11.2014



Violência

53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

54 Tipo de violência — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros

55 Meio de agressão — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro

Violência Sexual

56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros

57 Procedimento realizado — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da agressão

58 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida — 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros

60 Sexo do provável autor da agressão
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

61 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

62 Ciclo de vida do provável autor da agressão:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Evolução e encaminhamento

63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

64 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

66 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

67 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque-Saúde
0800 61 1997

Central de Atendimento à Mulher
180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências — Sinan — SVS 06.11.2014

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos CEP-CCS-UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE
Pesquisador: LARYSSA GRAZIELLE FEITOSA LOPES
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 50813715.0.0000.5208
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.351.668

Apresentação do Projeto:
Trata-se de projeto de pesquisa de Laryssa Grazielle Feitosa Lopes. O envelhecimento é uma realidade mundial como aponta as Organizações das Nações Unidas, mostrando que o período de 1975 a 2025 é considerado como a era do envelhecimento, estando esse transcurso mais fugaz em países em desenvolvimento que logra um crescimento de 123% quando comparado a países desenvolvidos o qual permeia um valor referente a 54%. Uma questão muito peculiar e que não se caracteriza por ser um evento novo, trata-se da violência contra idosos, temática ainda pouco discutida, pontuada e que se caracteriza com um problema de saúde pública. O ato de notificar, se desenha na geração de informações (tipo e local da ocorrência, vínculo da vítima com o agressor, dentre outros) aos órgãos cabíveis, sobre a ação ou a suspeita dela, auxiliando assim no planejamento das ações e políticas públicas, cujo objetivo culmina na redução da prevalência ou incidência do ato. Objetivo: Determinar a ocorrência da violência sofrida pelo idoso e os fatores associados no município de Caruaru/PE. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. A população do estudo consistirá na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do SINAN (Sistema de informação de agravos notificáveis), através do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos e/ou mais, que sofreram violência no período de 2009 a 2015.
Para avaliar o perfil pessoal dos idosos vítimas de agressão, as características da violência sofrida,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

perfil do agressor e a evolução do caso, serão calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequências dos casos de violência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar a ocorrência da violência sofrida pelo idoso e os fatores associados no município de Caruaru/PE.

Objetivo Secundário:

-Caracterizar a amostra vítima de violência, segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, raça, idade, estado civil, ocupação e local de residência);

-Descrever a violência segundo natureza, local e grau da lesão, instrumento utilizado, data e local da ocorrência;

-Verificar se existe associação entre a ocorrência da violência e as variáveis investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de análise de dados secundários, consolidado em um sistema de informação e não trazer informações pessoais da identificação do indivíduo, não há riscos de constrangimento. Sendo os dados não revelando qualquer informação pessoal de pessoas,não há também riscos, nem mesmo mínimos, haja vista apenas dados abertos e presentes no Sistema de Informação de Agravos e Notificações presente no site.O único risco é a quebra de sigilo, fica sob responsabilidade da pesquisadora se responsabilizar quanto a ética em tal ato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Benefícios:

O principal benefício é poder, a partir deste estudo, ter-se um parâmetro da realidade de violências contra idosos no município de Caruaru, haja vista não temos conhecimento de terem sido realizadas pesquisas com essa temática, no presente município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Estudos transversais, ou de corte transversal, são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2006). Dentre as vantagens deste tipo de desenho, pode-se mencionar o baixo custo, o amplo poder descritivo, o que gera embasamento para

planejamento em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação necessária a sua aprovação.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Continuação do Parecer: 1.351.668

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_619866.pdf	10/11/2015 10:42:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_.pdf	10/11/2015 10:27:06	LARYSSA GRAZIELLE FEITOSA LOPES	Aceito
Outros	Uso_dados_secundarios.pdf	10/11/2015 09:48:56	LARYSSA GRAZIELLE	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	10/11/2015 09:45:08	LARYSSA GRAZIELLE	Aceito
Outros	Curriculo_orientanda.pdf	09/11/2015 15:38:07	LARYSSA GRAZIELLE	Aceito
Outros	CURRICULO_orientadora.pdf	09/11/2015 15:24:35	LARYSSA GRAZIELLE	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	05/11/2015 23:50:07	LARYSSA GRAZIELLE	Aceito
Outros	carta.jpg	05/11/2015 23:32:09	LARYSSA GRAZIELLE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 04 de Dezembro de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)