

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA:
o que revelam os laudos periciais do Instituto de Medicina Legal do
Recife

MARCELLA DE BRITO ABATH

RECIFE
2009

MARCELLA DE BRITO ABATH

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA:
o que revelam os laudos periciais do Instituto de Medicina Legal do
Recife

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal

RECIFE
2009

Abath, Marcella de Brito

Violência contra a pessoa idosa: o que revelam os laudos periciais do Instituto de Medicina Legal do Recife / Marcella de Brito Abath. – Recife : O Autor, 2009.

94 folhas : Il.; tab.; quadro; mapa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices

1. Maus-tratos ao idoso. 2. Violência Doméstica.
3. Violência. 4. Idoso. I.Título.

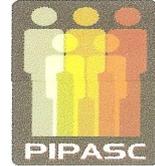
613.98
305.26

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2009-078



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

MARCELLA DE BRITO ABATH

No dia 24 de abril de 2009, às 09:00 horas, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Márcia Carrera Campos Leal (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador) Membro Interno, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (DO – Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Ana Paula de Oliveira Marques (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Marcella de Brito Abath, sobre a sua Dissertação intitulada: **"VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA: O QUE REVELAM OS LAUDOS PERICIAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO RECIFE"**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profª. Drª. Márcia Carrera Campos Leal Aprovado

Profª. Drª. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos Aprovada
Eliane

Profª. Drª. Ana Paula de Oliveira Marques Aprovada

Márcia Carrera Campos Leal
Profª. Drª. **Márcia Carrera Campos Leal**

Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
Profª. Drª. **Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**

Ana Paula de Oliveira Marques
Profª. Drª. **Ana Paula de Oliveira Marques**

Àqueles que lutam pelo combate à covarde violência
contra as pessoas idosas, dignas de respeito e
admiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me permitido conquistar mais uma importante etapa na formação profissional e pessoal.

À minha orientadora, Márcia Carréra, pelo apoio no estudo de uma temática fascinante e ao mesmo tempo desafiadora, pelos ensinamentos e conselhos fornecidos na árdua e gratificante tarefa de pesquisar e produzir conhecimento.

A Djalma Agripino, mestre, amigo e “orientador”, pelo acolhimento, incentivo, ensinamentos científicos e pelo exemplo de saber e humildade que nunca serão esquecidos.

A Jacira Guiro, pelas contribuições na construção do banco de dados.

A Ana Paula Marques e Eliane Vasconcelos, pela receptividade e significativas contribuições na avaliação desta pesquisa.

Ao Instituto de Medicina Legal (IML) do Recife, pela autorização do acesso aos laudos periciais.

A Manacés e Dani, funcionários do setor de arquivo do IML, pelo acolhimento, amizade, paciência e grande colaboração nos quatro meses de coleta diária dos dados.

A Juninho e Marília Abath, pela contribuição na coleta dos dados.

Aos médicos legistas, Clóvis Mendoza e Carmelita, pelas dúvidas esclarecidas.

A Livia Teixeira pela elaboração dos mapas temáticos.

A Maria José Guimarães e Cláudia Castro, pelo apoio e por compreenderem que, temporariamente, minha dedicação ao serviço foi absorvida pelo mestrado.

Às grandes amigas, Andréa Lobo, Leila Navarro, Maria Luiza de Melo e Raquel Acioli, por estarem ao meu lado nos momentos difíceis, compartilhando da minha angústia.

A Moreira e às demais colegas de turma, pelo companheirismo e por terem tornado o período do mestrado mais leve.

Aos professores, especialmente Thália Barreto, pela partilha do precioso conhecimento.

À CAPES pelo financiamento da pesquisa, por meio da concessão de bolsa de estudo.

Ao meu marido, João, pelo apoio em momentos críticos e, principalmente, pela paciência e compreensão da minha ausência durante o período do mestrado.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo carinho, torcida e por sempre investirem e acreditarem no meu potencial; e à minha avó, Eridan Coutinho, pelo exemplo de saber, luta e conquistas que busco seguir na vida.

À grande amiga, Rochelle Ferraz, pelo incentivo a trilhar o caminho da saúde pública e por acreditar e torcer pelo meu sucesso.

*Vivemos esperando
Dias melhores
Dias de paz, dias a mais
Dias que não deixaremos para trás*

Rogério Flaúsino

RESUMO

A população brasileira tem se tornado cada vez mais envelhecida e também vem-se observando um aumento da violência contra os grupos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos. Desse modo, a presente pesquisa se propôs a determinar o perfil da violência e os fatores associados à violência doméstica do tipo física entre idosos submetidos a exame de corpo de delito no Instituto de Medicina Legal (IML) do Recife, segundo variáveis relacionadas ao evento, à vítima e ao agressor. Para tanto, realizou-se um estudo transversal com base em 1.036 laudos periciais de pessoas com 60 anos ou mais que se submeteram ao referido exame, entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007. Os dados foram coletados no setor de arquivo do IML do Recife, por meio de um formulário contendo 16 questões. Para a análise de associação entre as variáveis, aplicou-se o teste do qui-quadrado aceitando-se a probabilidade máxima de erro de 5% para rejeição da hipótese nula. Do total estudado (1.036 casos), houve 37 reocorrências de violência e a modalidade física foi a mais frequente (99,1%). Dentre os 1.027 casos de violência física, o tempo médio transcorrido entre a ocorrência e o encaminhamento ao IML foi de 3,4 dias. A violência foi predominantemente produzida por energia de ordem mecânica (99,1%), instrumento contundente (89,5%) e arma natural (51,8%); ocorreu no domingo (19,1%), no turno da noite (35,9%) e na residência da vítima (57,7%). A lesão atingiu mais de uma parte do corpo em 40,4% dos casos e foi de grau leve em 93,4%. A maioria das vítimas foi homem (59,2%), na faixa etária entre 60 e 69 anos (71,6%), de raça/cor parda (83,5%), casado(a)/união consensual (44,2%), aposentado(a)/pensionista (46,7%), residente na Região Metropolitana do Recife (95,7%), no município do Recife (54,5%) e no bairro de Boa Viagem (8,7%). Quanto ao agressor, a maioria foi do sexo masculino (69,5%), agrediu a vítima desacompanhado(a) (88,4%) e era um(a) conhecido(a) não parente da vítima (39,8%). A violência doméstica mostrou-se associada à variável parte do corpo acometida; sexo, estado civil e ocupação da vítima; quantidade e sexo do agressor e relação estabelecida com a vítima. Desse modo, considerando a transcendência social da violência contra os idosos e, particularmente, o ambiente onde frequentemente ocorre, é fundamental investir em programas para sensibilizar a sociedade, com ênfase na família, quanto ao protagonismo da pessoa idosa e promover solidariedade, cultura de paz e respeito a esse segmento, possibilitando uma velhice com qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Maus-tratos ao idoso. Violência doméstica. Violência. Idoso.

ABSTRACT

The Brazilian population is progressively getting old. At the same time, increasing violence against at risk groups such as aged people is being detected. This investigation aims to determine the profile of violence in general and the physical domestic violence factors associated in elderly victims subjected to medical examinations at the Institute of Forensic Medicine (Instituto de Medicina Legal - IML) in Recife (Brazil). A study was performed based on a cross sectional of 1036 legal medical reports from people aged 60 years old and over, between January 2004 and December 2007. Data was collected from the files of the IML in Recife with the help of a form with 16 questions. In order to study the association between the variables, type of violence, victim and aggressor, the Chi-Squared test was used. Differences were considered significant when $p < 0,05$. From the universe of revised medical reports, 37 out of 1036 mentioned recurrent violence and in 1027 cases (99.1%) occurred physical violence, the time span between aggression and legal medical examination at IML was from three to four days. Violence was produced by mechanical injury in 99.1% of cases, by blunt instrument in 89.5% and by “natural weapons” (body segments) in 51.8%. Aggression occurred on Sundays (19.1%), at night (35.9%) and at home (57.7%). Generalized injury occurred in 40.4% of the cases, but less intensity injuries were seen in 93.4%. Most victims were male (59.2%), 60-69 years old (71.6%), colored (83.5%), married/consensual union (44.2%), retired (46.7%), living in Greater Recife (95.7%), in Recife city (54.5%) and in the district of Boa Viagem (8.7%). Most aggressors were male (69.5%) and attacked the victims alone (88.4%). In 39.8% they were friends but not relatives to the victims. Domestic violence was shown to be related to a certain region of the body, to sex, to marital status and to occupation of the victims, as well as to the quantity and sex of the aggressor and his relationship to the victim. Considering the social significance of violence against elderly people and particularly the environment where it most frequently occurs, it is of fundamental importance to establish government programs to sensitize the population, especially families, to respect the elderly, who may still contribute to younger generations in terms of life experience and wisdom. In this way, solidarity, a culture of peace and gentle care will contribute to a better quality of life in old age.

KEY-WORDS: Elder abuse. Domestic violence. Violence. Older.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Pág.
Figura 1	Distribuição espacial dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo município de residência da vítima. Pernambuco, 2004 a 2007.	53
Figura 2	Distribuição espacial dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo bairro de residência da vítima. Recife, 2004 a 2007.	54

LISTA DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Estatísticas descritivas sobre o tempo transcorrido (dias) entre a ocorrência da violência, encaminhamento ao IML e realização do exame de corpo de delito de casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, 2004 a 2007.	49
Tabela 2	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas às circunstâncias da violência, 2004 a 2007.	50
Tabela 3	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas às consequências da violência, 2004 a 2007.	51
Tabela 4	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas à vítima, 2004 a 2007.	52
Tabela 5	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas ao agressor, 2004 a 2007.	55
Tabela 6	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, em dois subgrupos da população estudada, segundo características da violência, 2004 a 2007.	56
Tabela 7	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, em dois subgrupos da população estudada, segundo variáveis relacionadas à vítima, 2004 a 2007.	57
Tabela 8	Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, em dois subgrupos da população estudada, segundo variáveis relacionadas ao agressor, 2004 a 2007.	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cf	Conferir
Hab.	Habitante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Instituto de Criminalística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
II	Instituto de Identificação
IML	Instituto de Medicina Legal
Km	Quilômetro
n ^o	Número
PE	Pernambuco
RJ	Rio de Janeiro
Trab.	Trabalhador

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 O Idoso e o Envelhecimento Populacional.....	14
2.2 O Idoso e a Violência.....	19
2.3 A Medicina Legal Desvendando a Violência Contra o Idoso.....	25
3 OBJETIVO.....	38
3.1 Objetivo Geral.....	38
3.2 Objetivos Específicos.....	38
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	39
4.1 Área do Estudo.....	39
4.2 População do Estudo e Período de Referência.....	40
4.3 Desenho do Estudo.....	40
4.4 Elenco de Variáveis.....	41
4.5 Coleta dos Dados.....	45
4.6 Processamento e Análise dos Dados.....	46
4.7 Considerações Éticas.....	47
5 RESULTADOS.....	48
6 DISCUSSÃO.....	59
7 CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

Seguindo a tendência mundial, a população brasileira tem-se tornado cada vez mais envelhecida. Esse processo é considerado irreversível por Araújo e Alves (2000), diante do comportamento, registrado nas últimas décadas e estimado para as próximas, da fecundidade e da mortalidade.

Além do crescimento da população idosa, nas últimas décadas, vem sendo observado um aumento progressivo de fenômenos violentos em diversas estruturas da sociedade, especialmente contra os grupos mais vulneráveis a agressões, como os idosos (SOUZA, 1998; FERNANDES; ASSIS, 1999).

Apesar disso, de acordo com alguns autores, os estudos sobre a violência contra a pessoa idosa são escassos (MINAYO; SOUZA, 2003; OLIVEIRA; PENNA, 2002; FALEIROS, 2007), especialmente no que se refere à morbidade, como as lesões consequentes das agressões. Essa escassez de estudos possivelmente ocorre em função da complexidade do tema e, principalmente, pela dificuldade na obtenção de informações. Desse modo, faz-se necessário investir em pesquisas nessa área do conhecimento.

Uma das formas de conhecer o perfil da violência contra a pessoa idosa, inclusive a morbidade consequente a esse agravo, é pela análise dos laudos de exames de corpo de delito, fornecidos pelos médicos legistas do Instituto de Medicina Legal (IML), já que nesses laudos constam informações sobre as características da violência, da vítima e do agressor.

Possivelmente, pelo fato de os laudos fornecidos pelo IML funcionarem como documentos utilizados pela justiça, as informações coletadas por meio deles são mais confiáveis e completas do que as obtidas em prontuários de serviços de saúde, nos quais, muitas vezes, nem mesmo se faz referência a um caso de violência. Assim, a escolha pelos laudos de exames de corpo de delito para a determinação do perfil da violência contra a pessoa idosa, objeto de estudo da presente pesquisa, mostra-se oportuna.

Certamente, nem mesmo por meio desses laudos periciais será possível conhecer plenamente a realidade da violência contra essa população, visto que se trata de um fenômeno muitas vezes silenciado pela sociedade, em especial quando se refere à população idosa, em função da desvalorização social dessa faixa etária. Deste modo, a pretensão da pesquisa não é generalizar seus achados para a população idosa como um todo, mas para aqueles que, por algum motivo, procuram os serviços do IML.

É possível que seja exatamente a dificuldade de se estudar um tema tão cotidiano, mas ao mesmo tempo tão polêmico e obscuro, de difícil acesso, que paralisa o desenvolvimento de pesquisas como esta, dificultando o avanço do conhecimento científico nessa área.

Por mais obstáculos que possam aparecer, é necessário desenvolver pesquisas na temática da violência contra a pessoa idosa para que seja possível subsidiar a elaboração e o desenvolvimento de ações que previnam a ocorrência desse evento nessa população. Deste modo, em longo prazo, o estudo, indiretamente, poderá contribuir para a diminuição do número de vítimas que geralmente sofrem silenciosamente até o fim de suas vidas, particularmente quando a violência incide no âmbito doméstico.

Neste sentido, o presente estudo procurou descrever o perfil da violência contra a pessoa idosa, enfatizando a violência doméstica, por meio da consulta aos laudos periciais do Instituto de Medicina Legal do Recife.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 O Idoso e o Envelhecimento Populacional

O envelhecimento humano caracteriza-se como um processo dinâmico, progressivo e irreversível no qual interagem múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais, embora seu início não seja bem determinado (BRITO; LITVOC, 2004). Apesar disso, Camarano (2002) relata que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotam, para os países em desenvolvimento, como o Brasil, o limite de 60 anos de idade como um marco para que o indivíduo seja considerado idoso. Ramos (2002) ressalta que esse limite tende a se elevar, na medida em que a população de idosos aumenta e os problemas a ela associados estão sendo postergados para faixas etárias cada vez mais avançadas.

Em 2000, os idosos constituíam 9% da população brasileira (LIMA-COSTA, 2003) e projeções estatísticas estimam que, em 2025, representarão 32 milhões de pessoas, o equivalente a 15% da população, tornando o Brasil o país com a sexta maior população de idosos no mundo (CHAIMOWICZ, 1997). Netto, Yuaso e Kitadai (2005) destacam que nesse mesmo período a expectativa de vida dos brasileiros será de aproximadamente 78,4 anos. Segundo Ramos (2002), no censo demográfico realizado no ano 2000 essa expectativa era de 63 anos para homens e 65 para mulheres.

Conforme Veras, Ramos e Kalache (1987) e Pereira (2006a), o aumento da expectativa de vida, apesar de ser extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme. É maior no sexo feminino, gerando o fenômeno da “feminização” da velhice (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; PEREIRA, 2006a). A expectativa de vida também é maior em regiões com melhores condições de vida. Nesse sentido, em alguns Estados do Nordeste brasileiro, a esperança de vida não atinge os 60 anos, enquanto na Região Sul, supera os 70 anos (RODRIGUES; RAUTH, 2002).

O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos de maior impacto do início do século XXI, significa um crescimento mais elevado da proporção da população idosa em relação à proporção dos demais grupos etários (RAMOS, 2002; CAMARANO, 2002). Segundo Araújo e Alves (2000), no Brasil, entre 1980 e 1990, a população com menos de 20 anos cresceu 12%, enquanto o aumento da população idosa foi de 70%. Lima-Costa (2003) salienta que o aumento maior vem ocorrendo na faixa etária de 80 anos ou mais.

O envelhecimento populacional é resultante do processo gradual de transição demográfica, que ocorre com redução da mortalidade em idade precoce, aumento da expectativa de vida e, principalmente, redução da fecundidade (CHAIMOWICZ, 1997; RAMOS, 2002; LIMA-COSTA, 2003; BRITO; LITVOC, 2004; NETTO; YUASO; KITADAI, 2005; PEREIRA, 2006a).

A transição demográfica ocorreu originalmente na Europa, fruto do desenvolvimento social gerado pela Revolução Industrial, no final do século XVIII, que proporcionou uma queda gradual na mortalidade e, no final do século XIX (após 100 anos), levou a uma queda também na fecundidade, resultando no envelhecimento da população (RAMOS, 2002).

Atualmente, o fenômeno da transição demográfica também tem sido observado nos países em desenvolvimento da América Latina, como o Brasil. Porém, nesses países, o processo tem-se desenvolvido de forma diferente dos observados nos países da Europa, com implicações dramaticamente desfavoráveis (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; RAMOS, 2002).

No Brasil, as mudanças demográficas levaram praticamente metade do tempo para acontecer e ocorreram de forma bastante intensa. A mortalidade começou a declinar na década de 1940 e a fecundidade entre as décadas de 1960 e 1970. Além da velocidade e intensidade, outra diferença do processo de transição demográfica do Brasil em relação ao dos países da Europa é o fato de essas mudanças não serem frutos do pleno desenvolvimento social (CHAIMOWICZ, 1997; RAMOS, 2002; NETTO; YUASO; KITADAI, 2005; PEREIRA, 2006a).

Nesse sentido, Chaimowicz (1997) e Netto, Yuaso e Kitadai (2005) afirmam que a crescente e acelerada transição demográfica nos países em desenvolvimento, como o Brasil, não tem sido acompanhada por transformações socioeconômicas da população. Nesses países, o avanço quanto à longevidade ocorreu principalmente em virtude dos avanços científicos e tecnológicos obtidos particularmente no campo da medicina. Por esse motivo, o aumento da longevidade não pode ser considerado como um sinônimo de plena qualidade de vida, constituindo, na opinião de Lima-Costa (2003), um dos maiores desafios para a saúde pública.

Com a transição demográfica, modifica-se também o perfil epidemiológico de morbimortalidade da população. Essa mudança é denominada de transição epidemiológica e consiste na diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, que passam a ocupar as primeiras colocações no *ranking* de causas de óbito e de

adocimento da população (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; RAMOS, 2002; PEREIRA, 2006a). A população idosa é a mais acometida por essas doenças que, por sua vez, em geral, requerem cuidados duradouros e dispendiosos, sem perspectiva de cura e com possibilidade de agravamento devido às incapacidades associadas à doença de base, como limitações físicas e cognitivas (RAMOS, 2002), muitas vezes, tornando o idoso um indivíduo dependente de cuidados (SILVESTRE et al., 1996).

A dependência varia de leve a grave e relaciona-se não apenas à presença de doenças, mas à fragilidade, ou seja, à vulnerabilidade que o idoso apresenta frente aos desafios do próprio ambiente, decorrente de limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptação com o avançar da idade (CALDAS, 2003). Estudos revelam que cerca de 40% dos idosos com 65 anos ou mais de idade necessitam de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa, como, por exemplo, fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa (KARSCH, 2003). Em geral, os familiares são a fonte primária de assistência à pessoa idosa, mas também os amigos, vizinhos e até profissionais contratados podem ser cuidadores (NERI; CARVALHO, 2002; KARSCH, 2003).

Por motivos culturais, o cuidar é uma atividade geralmente feminina e, quando exercido por um familiar, estabelece uma hierarquia natural de compromisso que prevê em primeiro lugar a esposa, em seguida, a filha e depois, a nora. Os filhos ou genros geralmente proporcionam ajuda material e deslocamento dos idosos (NERI; CARVALHO, 2002). Nesse sentido, Karsch (2003) observou que 98% dos cuidadores de idosos eram familiares, predominantemente do sexo feminino (92,9%), esposas (44,1%) e filhas (31,3%). De acordo com Neri e Carvalho (2002), o fato de morar na mesma casa facilita assumir o cuidado para com o idoso, mas a coresidência não é sinônimo, necessariamente, de relacionamento saudável, uma vez que a qualidade da relação entre o indivíduo (parente ou não) e o idoso depende de crenças, valores, concepções sobre a velhice e o cuidado, bem como da qualidade da interação. No caso de familiares, depende principalmente da história pregressa de sua relação com o idoso.

Pelo fato de, no Brasil, as transições demográfica e epidemiológica estarem ocorrendo simultaneamente com um processo maciço de urbanização, muitas vezes associado à industrialização, porém, sem alterações marcantes na distribuição de renda e na estrutura de poder social, a sociedade e, conseqüentemente, as famílias têm sofrido mudanças (RAMOS, 2002; NETTO; YUASO; KITADAI, 2005).

Valores tradicionais como o saber e o conhecimento acumulados pelos idosos, frutos da longa experiência de vida, têm sido substituídos pelo conhecimento técnico-científico, dominado pelos jovens. Com isso, o idoso vem sendo socialmente desvalorizado, favorecendo o surgimento de comportamentos e atitudes negativas por parte da população frente à velhice (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; ALENCAR, 2005). Também tem sido crescente o individualismo, opondo-se à solidariedade para com o próximo, inclusive o idoso, reflexo da competitividade estabelecida pela lógica do mercado de trabalho (SARTI, 2001). Foram criadas expectativas sobre a força de trabalho da mulher que, progressivamente, tem sido incorporada ao mercado de trabalho, dificultando o exercício de cuidados da casa e de familiares (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; SARTI, 2001; NERI; CARVALHO, 2002; RAMOS, 2002).

Além disso, tem sido cada vez mais comum a desestabilidade tanto afetiva (com significativo aumento do número de divórcios, separações e novos casamentos) quanto econômico-financeira (pelas características do mercado de trabalho) nas famílias, propiciando a configuração de diversos arranjos domiciliares (SARTI, 2001). A coresidência entre idosos e filhos, netos e/ou outros parentes tem sido uma prática generalizada nos arranjos domiciliares (CAMARANO; GHAOURI, 2002).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) demonstraram que mais de 85% dos idosos brasileiros moram com parentes (ARAÚJO; ALVES, 2000) e, na maioria das vezes, o idoso é a pessoa responsável pelo domicílio, em geral, favorecido pela política de benefícios previdenciários. Na coresidência em que os idosos não são os responsáveis pelo domicílio, predominam os mais velhos, mais pobres, com piores condições de saúde e menor capacidade funcional, quando comparados aos idosos chefes dos domicílios. Em ambos os casos, a renda desempenha um papel importante na coresidência que pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas quanto as mais velhas (CAMARANO; GHAOURI, 2002). Dessa forma, Camarano (2002) alerta para o fato de ser cada vez mais comum, nas famílias brasileiras, o caráter bidirecional de dependência entre as gerações. No caso dos jovens, a dependência decorre das frequentes dificuldades econômicas experienciadas por eles no mercado de trabalho, enquanto nos idosos, além da renda, a dependência está relacionada às condições de saúde e à capacidade funcional.

A coresidência aumenta o convívio intergeracional, com diferentes valores partilhados, e pode causar sobrecarga ao cuidador, em especial quando os recursos financeiros são escassos e quando o idoso possui dificuldades de locomoção, distúrbios comportamentais e déficits cognitivos (NERI; CARVALHO, 2002; SOUZA et al., 2004; ALENCAR, 2005). Ambas as situações geram um cenário propício para o estabelecimento de conflitos no espaço doméstico (GOLDIM, 2002). Assim, a família tem deixado de ser o espaço físico e afetivo necessário ao desenvolvimento saudável do indivíduo, constituindo-se em zona de frágil apoio relacional e afetivo, contribuindo para o aparecimento de comorbidades, além das comumente existentes na população idosa (ALENCAR, 2005).

Neri e Carvalho (2002) ressaltam que não é todo familiar que sofre sobrecarga pelo cuidado prestado. Depende da sua personalidade, qualidade da relação com idoso, educação, gênero (mulher sofre mais sobrecarga pela dupla jornada de “trabalho”), idade (os jovens são mais propensos à sobrecarga) e status socioeconômico (pelas piores condições de vida que enfrentam). Essas autoras salientam, ainda, que mesmo existindo a sobrecarga, não necessariamente surgirão conflitos, não sendo uma situação generalizada para todas as famílias.

É importante considerar que, em função da desvalorização do idoso, da redução de sua capacidade funcional, da crescente individualidade das pessoas e das difíceis condições de vida da maior parte da população, conforme motivos expostos anteriormente, não apenas o espaço familiar (doméstico) está sujeito a conflitos. Nesse sentido, Fonseca e Gonçalves (2003) ressaltam que o aumento significativo da expectativa de vida é uma das principais conquistas do século XX, porém apontam o crescimento desordenado dos centros urbanos como um de seus principais problemas. Segundo as autoras, o envelhecimento da população, somado ao desgaste da vida moderna, amplifica os problemas individuais, familiares e os conflitos de convivência, que ocorrem tanto no espaço público quanto no privado. Os problemas amplificados frequentemente assumem a forma de violência, inclusive a doméstica.

2.2 O Idoso e a Violência

A Organização Mundial de Saúde define a violência como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

A violência é um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, criado e desenvolvido na estruturação da própria sociedade e das relações interpessoais, institucionais e familiares, envolvendo tanto o contexto social geral quanto as relações particulares (MINAYO, 1994; FALEIROS, 2007).

Para Faleiros (2007), a violência deve ser entendida como uma relação desigual de poder, implicando a negação do outro, da diferença, da tolerância e das oportunidades; traduzindo-se em prejuízo, dano ou sofrimento e infringindo o pacto social de convivência, de garantia de direitos humanos. Nessa mesma perspectiva, Minayo e Souza (2003) caracterizam um ato violento quando, nas relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, se empregam diferentes formas, métodos e meios de ferimento e aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhe danos físicos, mentais e morais.

Nas últimas décadas, a violência vem aumentando progressivamente, configurando um dos problemas mais desafiadores para a sociedade, tendo em vista que diversos segmentos vêm sendo atingidos, principalmente os mais vulneráveis, como os idosos (SOUZA, 1998; FERNANDES; ASSIS, 1999; ALENCAR, 2005). A maior vulnerabilidade dos idosos para sofrerem violência se dá por aspectos fisiológicos, psicológicos e socioeconômicos (OLIVEIRA; PENNA, 2002; SANTOS et al., 2007).

Fonseca e Gonçalves (2003) consideram a violência contra a pessoa idosa uma temática complexa em função de que por trás desse ato, muitas vezes, encontra-se a dificuldade econômica e emocional do agressor e/ou da vítima e a ausência de recursos que deveriam ser providos pelo Estado.

Consideram-se maus-tratos contra o idoso as ações, únicas ou repetidas, ou omissões que lhe causem dano ou aflição e que se produzem em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança (BRASIL, 2005). A propósito, Minayo e Souza (2005) alertam para o fato de alguns

estudos distinguiem os termos maus-tratos, abusos e violências, porém essas autoras os utilizam como sinônimos, o que prevalecerá no presente estudo.

Em geral, a violência contra a pessoa idosa é expressa sob a forma de maus-tratos sofridos no meio da própria família, de abandono em asilos ou casas geriátricas, de perda de direitos próprios ao exercício de sua cidadania, de preconceito e de exclusão social (SOUZA, 1998; FERNANDES; ASSIS, 1999; SOUZA et al., 2004).

O documento de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências classifica as formas de violências praticadas contra a pessoa idosa em: a) abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física, quando se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte; b) abuso psicológico, maus-tratos psicológicos ou violência psicológica, quando correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social; c) abuso sexual ou violência sexual, quando se referem ao ato ou jogo sexual, de caráter homo ou heterorrelacional, utilizando pessoas idosas, visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; d) abandono, tipo de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção; e) negligência, quando diz respeito à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, especialmente quando esses se encontram em situação de dependência múltipla ou incapacidade, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais; f) abuso financeiro e econômico, que consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou no não consentimento por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais, com ocorrência principalmente no âmbito familiar e g) autonegligência, conduta do idoso que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de promover cuidados necessários a si mesmo (BRASIL, 2001a).

Faleiros (2007) agrupa as diversas formas de violência em três dimensões: a sociopolítica, a institucional e a intrafamiliar que, de acordo com o autor, estão tecidas juntas. A primeira refere-se às relações sociais mais gerais que envolvem grupos, pessoas consideradas delinquentes comuns e as estruturas político-econômicas de desigualdade nas relações de exclusão e exploração de conglomerados humanos; é a prática de furtos, assaltos, roubos, lesões, homicídios, discriminação, estupro e ameaça.

A segunda diz respeito a um tipo de relação de poder que existe nas instituições de longa permanência e instituições públicas e privadas de prestação de serviços, principalmente as de saúde e previdência social. Essa modalidade se traduz em discriminação, atraso ou negativa de atendimento ao idoso, desrespeito à prioridade legal, falta de paciência para ouvir o idoso, devolução para casa sem explicação, humilhação por ter incontinência ou alguma perda, infantilização, hostilização, negligência (quanto a medicamentos, limpeza, atenção, alimentação e cuidados especiais) e desrespeito à sua autonomia. A última dimensão da violência é a praticada por familiares e, na concepção do autor, também por vizinhos que convivem com a vítima, envolvendo os subtipos: física, psicológica, financeira, sexual, negligência e abandono.

Minayo (2005) e Minayo e Souza (2005), de modo semelhante a Faleiros (2007), porém com denominações diferentes, agrupam as manifestações da violência contra os idosos em três formas: estrutural, quando a violência ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; institucional, quando ocorre na aplicação ou omissão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência que reproduzem as relações assimétricas de poder, domínio, menosprezo e discriminação; e, finalmente, interpessoal, quando ocorre nas formas de comunicação e interação cotidiana, como na violência doméstica e na intrafamiliar.

Minayo (2006) e Faleiros (2007) salientam que comumente os diversos tipos de violência se combinam, fazendo com que o idoso sofra o impacto de uma violência múltipla.

O segmento idoso foi o último contemplado nos estudos nacionais e internacionais referentes à violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). No âmbito internacional, na década de 1960, os estudos focalizaram o mau-trato infantil, já na década de 1970, a atenção se voltou para a violência contra as mulheres. Apenas em 1975, no Reino Unido, iniciaram-se algumas investigações individuais sobre a violência contra o idoso (OLIVEIRA; PENNA, 2002), a partir das “avós espancadas”, e, desde então, tornaram-se crescentes os investimentos nessa temática (FALEIROS, 2007), melhor sistematizados na década de 1990 (MACHADO; QUEIROZ, 2002).

No Brasil, apesar de a violência não ser um fenômeno recente, tendo vitimado muitos indivíduos, inclusive idosos, apenas nas duas últimas décadas (1980), a temática vem despertando o interesse da comunidade científica sendo considerada uma questão de saúde pública (OLIVEIRA; PENNA, 2002; PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2006). Um dos critérios para

isso foram as proporções alarmantes de eventos vinculados às suas consequências: traumas físicos, morais e psicoemocionais, que muitas vezes levam o idoso à incapacidade funcional e subsequente aumento da sua dependência ou até à morte (MINAYO, 1994; SOUZA; IGLESIAS, 2002; GAWRYSZEWSKI; MELLO; KOIZUMI, 2004; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

Segundo Costa e Chaves (2007), as consequências psicológicas e morais da violência contra o idoso devem-se ao fato de a mesma, muitas vezes, revelar a esse indivíduo o sentimento de incapacidade em lidar com as pessoas e em enfrentar o mundo que o cerca.

No contexto nacional, a prevalência da violência contra idosos ainda não é conhecida, em função do estado incipiente das investigações (MINAYO, 2003). No âmbito municipal, podem ser citados os inquéritos populacionais produzidos por Melo, Cunha e Falbo Neto (2006), em Camaragibe-PE, e por Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim (2008), em Niterói-RJ, que apontam para a importância da discussão e enfrentamento da violência contra esse segmento populacional.

Em Camaragibe, a prevalência das diversas formas de violência foi de 21% e 62,1% dos casos ocorreram na residência da vítima (MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006). Em Niterói, estudou-se apenas a violência doméstica física, detectando-se uma proporção de 10,1% (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

Entre países, a prevalência de violência contra a pessoa idosa varia entre 3% e 10% e sua incidência aumentou 150% em 10 anos (SANMARTIN et al., 2001). Trata-se de um fenômeno universal que atinge pessoas de todos os status socioeconômicos, etnias, sexos e religiões (MINAYO, 2003).

Nos Estados Unidos, a prevalência de violência contra idosos (≥ 65 anos) foi de 3,2%. A violência física foi a mais prevalente (2%), seguida da psicológica (1,1%) e da negligência (0,4%), não sendo objeto do estudo a violência financeira (PILLEMER; FINKELHOR, 1988). Na Holanda, a prevalência de violência contra esse segmento (≥ 65 anos) foi de 5,6% e a mais prevalente foi a psicológica (3,2%), seguida da financeira (1,4%), física (1,2%) e negligência (0,2%) (COMIJS et al., 1998). Estudo realizado em Barcelona revelou uma prevalência de violência contra idosos (≥ 70 anos) de 11,9%, a maioria psicológica, seguida da física, da negligência e do abandono (SANMARTIN et al., 2001). Em Hong Kong (≥ 60 anos), a

prevalência foi de 21,4%, estudando-se apenas a violência física e a psicológica (YAN; TANG, 2001).

É importante salientar que diversos autores (KLEINSCHMIDT, 1997; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008) ressaltam a dificuldade de se compararem os estudos de prevalência da violência contra a pessoa idosa em função das diferentes definições conceituais adotadas, características das amostras e métodos utilizados nas pesquisas.

Retomando o caso brasileiro, contribui para o estado incipiente das investigações sobre a violência contra os idosos no país, a dificuldade de se obterem dados, tendo em vista o caráter velado do fenômeno, principalmente quando é intrafamiliar e quando ocorre no ambiente domiciliar, onde se estabelece uma relação de intimidade entre a vítima e o agressor, quer por parentesco ou por relações profissionais (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2006; FALEIROS, 2007).

A violência que ocorre no ambiente domiciliar denomina-se violência doméstica e pode ser cometida por parentes ou outros membros sem função parental, como empregados e pessoas que convivem esporadicamente com a vítima. Assim, essa violência tem como referência o espaço físico, distinguindo-se da violência intrafamiliar que se baseia nas relações em que a violência se constrói e se efetua (BRASIL, 2001b). Deste modo, considera-se violência intrafamiliar toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, cometida dentro ou fora de casa, por algum familiar (incluindo pessoas que passam a assumir função parental, mesmo que sem laços de consanguinidade), e em relação de poder, que pode ser física, etária, social, psíquica, hierárquica e/ou de gênero (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2008).

Na violência doméstica, os episódios de maus-tratos tendem a ser repetitivos (GONÇALVES, 2006; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006) e, quando essa violência também é de cunho intrafamiliar, os maus-tratos além de repetitivos, tendem a ser duradouros, visto que geralmente vêm acompanhados do segredo e da negação, dificultando o conhecimento desses casos por parte da justiça. Dessa forma, na maioria das vezes, quando a violência vem a ser denunciada, os idosos vinham sendo vítimas por longos anos (DAY et al., 2003).

O silêncio das vítimas geralmente ocorre por receio de represálias por parte do agressor, de mudança do local onde habitam, de abandono e, até mesmo, de punição ao seu familiar. O sentimento de vergonha pela perda da autonomia e quebra do respeito e da proteção nas relações

de família e a precariedade no acesso a recursos de proteção e assistência às vítimas de violência também contribuem para o silêncio (FONSECA; GONÇALVES, 2003; GONÇALVES, 2006).

Estudos demonstram que a violência cometida no ambiente doméstico e por familiares é a mais frequente e, geralmente, ocorre em função do choque de gerações, problemas de espaço físico e dificuldades financeiras somados a um imaginário social que considera a velhice como sinônimo de decadência (MINAYO, 2003).

Paradoxalmente, na sociedade contemporânea, os dispositivos legais admitem, de modo consensual, que os cuidados para com os idosos sejam de responsabilidade concomitante da família, sociedade e Estado (FONSECA; GONÇALVES, 2003). Há diversas legislações em defesa do idoso, como é o caso da Lei 8.842/94, Decreto 1.948/96 e, a mais recente, Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso), que preconiza ações concretas mais organizadas para o combate à violência contra essa população.

De acordo com o artigo 4 da Lei 10.741/03 (BRASIL, 2003), “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Acrescentando, no primeiro inciso, que “todos têm o dever de prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso”. Nessa direção, pode-se perceber que a referida lei consagra ao idoso o direito de defesa contra qualquer forma de violência e aponta para o dever de todo cidadão denunciá-la aos órgãos competentes (Delegacias, Ministérios Públicos ou Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso).

Uma vez denunciada, provavelmente o idoso será submetido a exame de corpo de delito no IML para comprovação da violência e posterior aplicação da justiça. É possível que as denúncias tenham aumentado quando o Estatuto do Idoso entrou em vigor (janeiro de 2004), aumentando a demanda do IML por parte dos idosos.

2.3 A Medicina Legal Desvendando a Violência Contra o Idoso

A Medicina Legal, em função da abrangência de seu campo de atuação e por se relacionar com as ciências jurídicas e sociais, apresenta diferentes definições (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004). Para esses autores, a Medicina Legal é ciência e arte extrajurídica auxiliar, alicerçada em um conjunto de conhecimentos médicos, paramédicos e biológicos, destinados a defender os direitos e os interesses dos homens e da sociedade.

Na opinião de Monteiro (2007), a Medicina Legal é a área da medicina que, por meio de laudos periciais, auxilia a justiça na elucidação dos fatos que dependem de conhecimento médico, constituindo-se em um instrumento para a aplicação da justiça. Por esse motivo, Croce e Croce Júnior (2004) afirmam que laudos médico-legais equivocados podem favorecer a punição de inocentes ou a absolvição de criminosos.

Segundo França (1995), a Medicina Legal é uma ciência que aplica o conhecimento das diversas áreas da medicina (patologia, psiquiatria, traumatologia, neurologia, anatomia, ginecologia, entre outras) às necessidades das ciências jurídicas e sociais, sobretudo do Direito, em seus diversos ramos. Monteiro (2007) ressalta que as esferas civil, penal e trabalhista do Direito são as mais contempladas pelo auxílio da Medicina Legal.

No Direito Penal, a Medicina Legal colabora com o estudo dos problemas relacionados às lesões corporais, aborto legal e criminoso, infanticídio, homicídio, sedução e crimes contra a liberdade sexual. No Direito Civil, contribui nas questões de paternidade, nulibilidade de casamento, limitadores e modificadores da capacidade civil, testamento, início da personalidade civil, e direito do nascituro, dentre outras. No Direito Trabalhista, a Medicina Legal auxilia no estudo das questões que envolvem as doenças e os acidentes do trabalho (FRANÇA, 1995; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

A Medicina Legal, do modo como é praticada, se divide em: Medicina Legal Pericial, Criminalística e Antropologia Médico-Legal, exercidas, respectivamente, pelo Instituto de Medicina Legal (IML), Instituto de Criminalística (IC) e Instituto de Identificação (II) (FRANÇA, 1995). Zaverucha (2003) afirma que o IML, juntamente com o IC e o II, dirigidos por um médico legista, um perito e um delegado, respectivamente, compõem o Departamento de Polícia Científica, sendo o IML e o IC responsáveis pela produção de provas técnico-científicas fundamentais para a instrução de processos criminais.

As infrações penais podem ou não deixar vestígios. Denomina-se corpo de delito o conjunto de elementos materiais resultante da infração penal que pode ser evidenciado pelos sentidos. O exame de corpo de delito direto é aquele realizado por peritos do IML sobre vestígios de infração existentes visando a comprovar a materialidade de lesões corporais. Por esse motivo, deve ser realizado logo que se tenha conhecimento da existência do fato, evitando o desaparecimento dos vestígios (FRANÇA, 1995; MELO, 2000a; HERCULES, 2004a). Após concluir o exame de corpo de delito, o legista registra no laudo a existência e a realidade do delito (FRANÇA, 1995; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

É importante ressaltar que qualquer perícia médico-legal só pode ser realizada em cumprimento à determinação de autoridades competentes (autoridade policial encarregada do inquérito ou da diligência, Juiz de Direito à frente do processo e autoridade militar onde o fato ocorreu), tendo em vista que seu objetivo é prestar esclarecimento à Justiça de questões relacionadas à vida ou à saúde do ser humano (FRANÇA, 1995; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

Os procedimentos de perícias médico-legais são similares em todos os IML do Brasil (ZAVERRUCHA, 2003), pois existe um modelo padrão de laudo a ser seguido para cada tipo de perícia. De modo geral, a estrutura do laudo pericial é constituída por preâmbulo, quesitos, histórico, descrição, discussão, conclusões e respostas aos quesitos (FRANÇA, 1995; MENDONZA, 2000a; HERCULES, 2004a).

O preâmbulo é uma espécie de introdução e nele constam a qualificação da autoridade solicitante, a dos peritos, a do examinado, a hora, data e local exato em que o exame é realizado e o tipo de perícia a ser feita (FRANÇA, 1995; HERCULES, 2004a). Os quesitos, quando se trata de uma ação penal, já estão formulados, podendo a autoridade competente ampliá-los (FRANÇA, 2005). São perguntas que visam à caracterização de fatos relevantes que deram origem ao processo (MENDONZA, 2000b; HERCULES, 2004a).

O histórico corresponde à anamnese dos exames clínicos e consiste no registro dos fatos mais significativos que motivam o pedido da perícia ou que possam esclarecer e orientar a ação do perito. Os peritos devem arguir os declarantes, dentre outras questões, sobre a hora, dia e local da agressão, o número de agressores, o tipo de arma utilizada e o local onde recebeu atendimento médico. Nessa parte do laudo, o perito não deve se comprometer com a veracidade, ficando o periciado ou outros declarantes com essa responsabilidade (FRANÇA, 1995; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

A descrição é a parte mais importante do laudo, por isso é necessário que seja completa, minuciosa, metódica e objetiva, sem preconceber idéias ou hipóteses (FRANÇA, 1995; MENDONZA, 2000b). Nesse momento, o perito não deve diagnosticar, mas descrever tudo que experimenta ao realizar o exame (HERCULES, 2004a), como a forma, número, situação, largura, disposição, relação com os pontos fixos de referência e tempo de ocorrência das lesões, e os sintomas encontrados. Sempre que possível, os achados do exame devem ser fotografados, filmados ou ilustrados com desenhos (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

A discussão consiste em um diagnóstico lógico por meio de justificativas racionais. Nesse momento, os dados do histórico são comparados com os achados do exame objetivo, pondo-se em discussão várias hipóteses. Ao final, os peritos externarão suas opiniões, objetivando um diagnóstico lógico (FRANÇA, 1995).

A conclusão compreende a síntese diagnóstica, deduzida pela descrição e discussão. Constitui a análise sumária a que os peritos chegaram após a conclusão do exame. O perito deve afirmar apenas o que puder demonstrar cientificamente. As conclusões podem ser afirmativas ou negativas (FRANÇA, 1995). Quando não for possível firmar uma conclusão, o perito deverá referir que não tem elementos para afirmar ou negar. A impossibilidade de concluir já é uma conclusão (MENDONZA, 2000b; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

Ao final do laudo, os peritos respondem aos quesitos. As repostas devem ser claras e sucintas (FRANÇA, 1995; MENDONZA, 2000b). O perito deve responder “prejudicado” quando a resposta ao quesito estabelecer uma situação impossível de existir, nos termos em que este quesito está formulado, ou, ainda, “aguardar evolução”, quando depender de exame complementar para responder à questão (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

Os quesitos oficiais diferem conforme tratar-se de periciando vivo ou morto, bem como do tipo de perícia: exame de lesão corporal, de conjunção carnal, de atentado violento ao pudor, de aborto, de embriaguez, de validez, de idade, exame cadavérico comum, cadavérico em aborto e cadavérico em infanticídio (HERCULES, 2004a).

Conforme Zaverucha (2003), no caso de perícias traumatológicas, os médicos legistas se limitam a responder, em seus laudos, a quatro questões oficiais. A primeira informa se houve lesão à integridade corporal ou à saúde da vítima; a segunda pesquisa o instrumento que ocasionou a lesão; a terceira investiga se a lesão resultou em debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto ou incapacidade para as ocupações

habituais por mais de trinta dias e a última verifica se a lesão resultou em deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável ou incapacidade permanente para o trabalho. De acordo com Hercules (2004b), ao final do laudo, o relator assina e encaminha para o perito revisor verificar possível incoerência e assinar.

As perícias traumatológicas são as realizadas na ocorrência de lesões corporais resultantes de traumatismos de ordem material ou moral, danosos ao corpo ou à saúde física ou mental (FRANÇA, 1995; MELO, 2000a; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004; MONTEIRO, 2007). França (1995) relata que a designação “lesões pessoais” em vez de “lesões corporais” seria mais adequada, uma vez que esse último termo encerra a idéia de contemplar apenas os danos do corpo, quando na verdade deve se referir à saúde como um todo (estado físico, funcional e psíquico).

As perícias traumatológicas visam a estabelecer a natureza das lesões, suas características, grau do dano causado, forma de energia causadora do dano, bem como os meios e instrumentos utilizados (MONTEIRO, 2007). Essas perícias constituem cerca de 50 a 60% do total das realizadas no âmbito das instituições especializadas (FRANÇA, 1995).

O meio ambiental pode proporcionar ao ser humano diversas formas de energias que lhe causam danos pessoais (FRANÇA, 1995). São de sete ordens os grupos de energia produtoras do dano: mecânica, física, físico-química, química, bioquímica, biodinâmica ou mista (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

Em discordância com os autores supracitados, Hercules (2004c) não considera as energias de ordem bioquímica, biodinâmica ou mista na classificação das causas das lesões corporais estudadas na traumatologia, por não apresentarem alterações demonstráveis morfológicamente. O autor também não separa as energias mecânicas das físicas, tendo em vista que os instrumentos mecânicos atuam pela força, constituindo, portanto, uma energia de ordem física. Mesmo reconhecendo os fundamentos dessa crítica, adotou-se nesta pesquisa a classificação tradicional (Dr. Genival França), uma vez que a maioria dos autores consultados utilizam-na.

As energias de ordem mecânica são aquelas que, atuando mecanicamente sobre o corpo, são capazes de modificar seu estado de repouso ou de movimento, produzindo lesões em parte ou no todo, com repercussões externas ou internas (FRANÇA, 1995).

O meio através do qual as energias mecânicas produzem o dano é denominado de instrumento (MENDOZA, 2000a). Os meios mecânicos causadores do dano (os instrumentos)

atuam por pressão, percussão, tração, torção, compressão, descompressão, explosão, deslizamento e contrachoque (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a).

Segundo Croce e Croce Júnior (2004), são agentes das energias mecânicas: armas naturais, quando o corpo é utilizado como arma (ex: mãos, unhas e cabeça); armas propriamente ditas (armas de fogo, punhal, cassetete, peixeira, soco-inglês, dentre outras); armas eventuais, quando objetos, que não são armas propriamente ditas, são utilizados como armas (navalha, lâmina de barbear, canivete, faca, barra de ferro, tijolo, bengala, foice, dentre outros); maquinismos e peças de máquinas; animais e meios diversos (quedas, explosões, precipitações).

Em função do contato, do modo de ação e das características que imprimem às lesões, os instrumentos mecânicos se classificam em seis tipos: perfurantes, cortantes, contundentes, pérfuro-cortantes, pérfuro-contundentes e corto-contundentes (FRANÇA, 1995; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004) que produzem, respectivamente, lesões puntiformes, cortantes, contusas, pérfuro-cortantes, pérfuro-contusas e corto-contusas (FRANÇA, 1995).

Cada instrumento tem características próprias, podendo atuar de uma só maneira ou de várias formas, produzindo uma lesão que lhe é peculiar. O instrumento perfurante age em um ponto, o cortante em uma linha e o contundente em uma área, e, nesse sentido, portanto, é mista a ação do pérfuro-cortante, pérfuro-contundente e corto-contundente (MENDOZA, 2000a).

O instrumento perfurante tem um corpo alongado, fino e pontiagudo, atuando por percussão ou pressão do lado oposto à ponta, como a agulha, o espinho, alguns estiletos, o compasso, o furador de gelo e a ponta de um garfo. Geralmente seu diâmetro não ultrapassa a elasticidade da pele, de modo que, ao penetrar no corpo, afasta as fibras do tecido e, ao ser retirado, as bordas se aproximam e a lesão é vista como um ponto (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a). A lesão pode ser superficial (caso não penetre as grandes cavidades do corpo), penetrante (caso as penetre) ou transfixante (quando atravessa qualquer segmento do corpo de uma face a outra). Sua gravidade clínica depende da estrutura atingida, da profundidade e de possíveis infecções causadas pela penetração do instrumento (HERCULES, 2004b).

O cortante possui uma lâmina afiada e atua por deslizamento em uma linha na superfície do corpo, com certa pressão do lado oposto à lâmina. É essa pressão que determina a profundidade do corte, maior na parte mediana do ferimento do que na extremidade, mas sempre predomina o comprimento em relação à profundidade. Em função da elasticidade e da retração dos tecidos moles atingidos, a extensão da lesão geralmente é menor do que a que realmente foi

produzida (FRANÇA, 1995). São exemplos de instrumentos cortantes: lâmina de barbear, navalha, bisturi, fragmento de vidro ou de metal e facas afiadas. Esses instrumentos também podem causar mutilação, se atingirem extremidades sem esqueleto, como o nariz, orelhas e pênis (HERCULES, 2004b). A gravidade clínica dos ferimentos cortantes depende de sua profundidade e, principalmente, da região atingida (CROCE ; CROCE JÚNIOR, 2004).

O instrumento contundente pode possuir diversas formas, mas não apresenta ponta nem lâmina (superfície romba, lisa ou irregular), agindo em uma área de várias maneiras: por pressão, explosão, deslizamento, percussão, compressão, descompressão, distensão, torção e contragolpe. Atua de forma isolada ou combinada e nessa categoria se enquadram, por exemplo, o martelo, o cinto, as mãos, os pés, o cotovelo, o tijolo, o cassetete e a barra de ferro. O instrumento contundente é o que produz a maioria das lesões encontradas nas perícias. Essas lesões podem ou não apresentar solução de continuidade da pele ou de mucosas, e são classificadas, respectivamente, em lesões abertas e fechadas. Dentre essas lesões, encontram-se: escoriação, equimose, edema traumático, hematoma, bossa sanguínea, luxação, entorse, fratura e ruptura de vísceras internas. A lesão ocasionada por esse tipo de instrumento geralmente é mais superficial que profunda, porém, tendo em vista que a força se propaga através dos sólidos, pode causar sérios danos em estruturas profundas do corpo como fraturas e ruptura de vísceras internas (pulmões, fígado, grandes vasos, estômago, rins, entre outros). Desse modo, sua gravidade clínica se deve mais à transmissão da força em profundidade do que às lesões externas (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

O instrumento pérfuro-cortante pode assumir diversas formas, mas sempre possui uma ponta aguçada e uma lâmina afiada. Perfura por pressão no lado oposto à ponta e, à medida que penetra no corpo, secciona as partes moles com a borda afiada, como, por exemplo: “faca-peixeira”, canivete, espada, punhal e fragmento de vidro ou de metal encravados no corpo (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a). As lesões produzidas por esses instrumentos evidenciam o predomínio da profundidade sobre a extensão e podem ser superficiais, penetrantes e transfixantes, caracterizando-se por afastamento das bordas, infiltração sanguínea das vertentes e acúmulo de sangue nas cavidades (HERCULES, 2004b). As feridas penetrantes geralmente são graves, não apenas pela contaminação bacteriana das cavidades, mas pelas possíveis lesões de vísceras e vasos calibrosos (FRANÇA, 1995; HERCULES, 2004b). As feridas superficiais também podem ser graves, caso atinjam vasos arteriais, nervos e tendões (HERCULES, 2004b).

O instrumento pérfuro-contundente possui uma ponta romba, de diâmetro maior que a elasticidade da pele, penetrando no alvo em consequência da força da contusão. São exemplos desse tipo de instrumento a ponta de um guarda-chuva, uma caneta, um galho de árvore, uma esfera de metal e um projétil de arma de fogo. A lesão pérfuro-contusa mais comum é a produzida por projétil de arma de fogo (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a). Essa lesão se caracteriza pela presença de orifício de entrada, o trajeto e o orifício de saída, que eventualmente pode faltar (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004). O projétil de arma de fogo ao impactar a pele, empurra a massa a sua frente e vence a elasticidade da pele, rompendo-a de modo a jogar as bordas da ferida para dentro, fazendo com que o projétil penetre no corpo (MENDOZA, 2000a), produzindo lesão em forma de túnel (HERCULES, 2004b).

Por fim, o instrumento corto-contundente possui uma lâmina, afiada ou não, que corta pela força com que é impulsionada e pelo seu próprio peso. Age por deslizamento, percussão e por pressão, como é o caso do facão, foice, enxada, estrovena, machado, pá de pedreiro, guilhotina, serra, tesoura, unhas e dentes (FRANÇA, 1995; MENDOZA, 2000a; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004). Esses instrumentos em geral chegam a atingir os ossos, e, quando os atravessam, podem provocar mutilações, amputações e fraturas expostas, configurando lesões bastante graves (HERCULES, 2004b).

As energias de ordem física são as capazes de modificar o estado físico dos corpos, podendo causar danos ao organismo ou mesmo a morte. Como exemplo delas, aparecem com maior frequência a temperatura (sob as modalidades: frio, calor ou oscilação de temperatura), eletricidade, pressão atmosférica, radioatividade, luz e som. Os danos dependem da modalidade da energia e se expressam sob a forma de geladuras, queimaduras, cegueira e surdez (FRANÇA, 1995; BRAGA, 2000; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

As energias de ordem físico-química consistem nas diversas modalidades de asfixias, dentre as quais, por interesse da Medicina Legal, destacam-se as causadas por ações violentas como a asfixia por confinamento, por monóxido de carbono ou outro gás irrespirável, por sufocação, por afogamento, soterramento, enforcamento, estrangulamento ou esganadura. O termo asfixia literalmente significa ausência de pulso, porém, na prática, trata-se de ausência da respiração (MENDOZA, 2000c; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004), configurando um estado anormal do organismo, em que a concentração do oxigênio está reduzida e a de gás carbônico

está aumentada no sangue arterial (HERCULES, 2004c), portanto, o termo mais adequado seria hipoxemia ou anoxemia (FRANÇA, 1995).

As energias de ordem química referem-se às substâncias químicas que, quando introduzidas no organismo, ou, em contato com a superfície cutânea e mucosas do ser humano, são capazes de causar danos à saúde ou à vida (MELO, 2000b), por ação física, química ou biológica, provocada por substâncias cáusticas ou venenos (FRANÇA, 1995). As substâncias cáusticas são capazes de produzir lesões viscerais e cutâneas deformantes e extremamente dolorosas, comumente utilizadas em crimes (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004). O envenenamento pode ser ocasionado por medicamentos, produtos químicos de usos diversos, plantas tóxicas ou venenos animais e seus danos são estudados pela Toxicologia Médico-Legal (FRANÇA, 1995).

Energias de ordem bioquímica são aquelas que produzem lesões através de reação irritativa do tecido orgânico (CAMPOS, 2000a). Essa forma de energia se manifesta por ação combinada (química e biológica), agindo por meio negativo ou carencial; ou de maneira positiva ou infecciosa, em face às condições individuais. Constituem exemplos dessa modalidade as perturbações alimentares, autointoxicações e infecções (FRANÇA, 1995).

As perturbações alimentares podem se apresentar sob a forma de inanição ou desnutrição, produzida pela redução ou privação de elementos imprescindíveis ao metabolismo orgânico; doenças carenciais, decorrentes de alimentação insuficiente ou da carência de elementos como as vitaminas e oligoelementos ou de intoxicações alimentares, pela ingestão de alimentos que contenham substâncias ou micro-organismos nocivos à saúde, ou seja, alimentos deteriorados ou contaminados (FRANÇA, 1995; CAMPOS, 2000a).

França (1995) chama atenção para a possibilidade de essas perturbações serem ocasionadas por negligência. De acordo com Campos (2000a), as doenças carenciais, principalmente nas populações idosa e infantil, comumente envolvem responsabilidade de terceiros que podem ter agido de maneira dolosa ou culposa.

França (1995) e Campos (2000a) esclarecem que as autointoxicações ou intoxicações endógenas são perturbações causadas por mudanças químicas no organismo e formação de substâncias perniciosas na própria constituição do indivíduo que, não sendo eliminadas, agem nocivamente contra sua saúde. Segundo Campos (2000a), as infecções são quadros resultantes da invasão, multiplicação e atuação de micro-organismos (bactérias, vírus, fungos ou parasitas) no

organismo do hospedeiro e podem ser, de acordo com França (1995), de caráter local ou generalizado.

A energia de ordem biodinâmica é representada pelas diversas modalidades de choque (cardiogênico, obstrutivo, hipovolêmico e periférico). A síndrome do choque consiste em uma entidade mórbida desencadeada por causas que promovem a diminuição intensa do débito cardíaco, com conseqüente crise circulatória, repercussões no metabolismo celular e fenômenos de exaustão que impossibilitam, precoce ou tardiamente, temporária ou definitivamente, ao organismo recuperar seu equilíbrio por falta de adaptação. Isso se verifica por falha do mecanismo de defesa destinado a proteger o organismo dos efeitos nocivos do trauma, muitas vezes em função da amplitude exagerada da agressão, podendo levar o indivíduo à morte (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

As energias de ordem mista são aquelas que, por apresentarem uma ação complexa, são de difícil enquadramento em outras modalidades. Geralmente atuam, simultaneamente, agregando as formas bioquímica, biodinâmica e mecânica na produção de lesões corporais ou de morte. Nessa modalidade de energia enquadram-se a fadiga, algumas doenças parasitárias e certas formas de sevícias (FRANÇA, 1995; CAMPOS, 2000b). Diferentemente desses autores, Croce e Croce Júnior (2004) consideram apenas a fadiga como forma de energia mista.

A fadiga é a diminuição do poder funcional dos órgãos, acompanhada por sensação de cansaço (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004) e pode-se apresentar sob duas formas: aguda, quando provocada pelo excesso de atividade física, ou crônica, decorrente do esgotamento físico ou mental permanente e progressivo, também conhecida por estafa. Em geral, o interesse da Medicina Legal pela fadiga consiste nas questões de infortúnica, por ser causa frequente de acidentes ou doenças do trabalho (FRANÇA, 1995).

As doenças parasitárias são estados mórbidos determinados pelas ações dos parasitas no organismo hospedeiro. Essas doenças, quando acometem menores, idosos ou incapazes, podem denunciar situações de negligência dos responsáveis (CAMPOS, 2000b).

As sevícias se enquadram na modalidade mista de energia em função de raramente envolverem apenas uma forma de energia, além disso, pelo fato de a vítima sempre apresentar um grave comprometimento da emotividade, ocasionada pelo terror, medo, revolta ou ódio a que é submetida. O cárcere privado é um exemplo de sevícia (FRANÇA, 1995). As sevícias resultam de atos ou situações organicamente agressivas que comprometem a saúde do seviciado,

geralmente criança ou idoso. Nas sevícias sempre o autor tem intenção de maltratar a vítima, não existindo, portanto, nesse caso, a forma culposa. Ao exame físico, deve-se verificar os pulsos e os tornozelos, por serem esses os segmentos anatômicos marcados ou até feridos nas contenções mecânicas, também se deve verificar se existem lesões em diferentes estágios evolutivos, indicando a repetição das agressões. Além do exame físico, é fundamental a realização do exame psicológico nas vítimas de sevícias (CAMPOS, 2000b).

A classificação quanto à quantidade do dano produzido (gravidade da lesão) está expressa no art. 129 do Código Penal, que trata das lesões corporais e as dividem em leves, graves ou gravíssimas. O critério utilizado pela classificação não se fundamenta no tipo específico de lesão, nem de agente, mas nas consequências anatômicas e funcionais geradas no organismo da vítima (GUERRA NETO, 2004).

De acordo com Reis (2000), a lesão para ser considerada leve deve consistir apenas na ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem, sem que disto tenham resultado as consequências que tipificam as outras modalidades de lesões. Assim, autores como França (1995), Guerra Neto (2004), Croce e Croce Júnior (2004) e Monteiro (2007), referem que a classificação de lesão corporal de grau leve é estabelecida por exclusão, visto que essa categoria não apresenta nenhum resultado estabelecido nos parágrafos 1º, 2º e 3º do art. 129, limitando-se ao previsto apenas no seu caput.

As lesões leves geralmente consistem em pequenos danos superficiais, comprometendo apenas pele, tela subcutânea e músculos superficiais. Podem lesar pequenos vasos sanguíneos ou mesmo órgãos internos importantes, mas são de repercussão orgânica discreta, de fácil tratamento e de rápido restabelecimento (FRANÇA, 1995; GUERRA NETO, 2004). Guerra Neto (2004), Croce e Croce Júnior (2004) e Monteiro (2007) afirmam que essas lesões são responsáveis por 80% do total das perícias de lesões corporais realizadas e são geralmente produzidas por instrumentos contundentes.

Podem ser consideradas lesões leves: pequenos choques elétricos, queimaduras pouco significativas, edema traumático, escoriações, equimoses, hematomas, luxações, pequenas fraturas, feridas superficiais, contusas, punctórias ou associações traumáticas que não ensejem maior gravidade, geralmente localizadas em zonas corporais não consideradas letais; ação de cáusticos sem danificar esteticamente o indivíduo; rápidas perturbações de consciência, por

exemplo, em razão de um trauma psíquico; intoxicações alimentares ou infecções sanadas brevemente e não desencadeadoras de perigo de vida (REIS, 2000).

Conforme o disposto no 1º parágrafo do art. 129 do Código Penal, são consideradas lesões graves aquelas que resultem em incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função e aceleração de parto.

É considerada incapacidade a impossibilidade de execução, podendo ser total ou parcial. O termo ocupação não se limita à profissão, mas se refere a qualquer atividade habitual da vida do indivíduo, incluindo lazer e atividades domésticas (FRANÇA, 1995; GUERRA NETO, 2004; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004). Monteiro (2007) afirma que as fraturas são as lesões que mais incapacitam por período superior a trinta dias, com exceção das fraturas nasais, que permitem uma recuperação mais rápida.

O perigo de vida é considerado como uma probabilidade concreta e iminente de morte, não sendo, portanto, a simples possibilidade de existir tal circunstância (FRANÇA, 1995). Para a configuração do perigo de vida, o estado geral do indivíduo deve ser levado em consideração, principalmente em relação à circulação, respiração e funções cerebrais (REIS, 2000). Assim, Guerra Neto (2004) relata que as lesões com maior probabilidade de colocarem a vida da vítima em risco são: lesões penetrantes ou transfixantes de vísceras torácicas ou abdominais, levando a hemorragias ou infecções graves; ruptura de grandes vasos sanguíneos com hemorragia grave e estado de choque hipovolêmico; estados de choque não hipovolêmicos (anafiláticos, neurogênico, cardiogênico e séptico); colapso pulmonar com insuficiência respiratória grave; septicemias ou infecções graves; traumatismos crânio-encefálicos graves; estado de coma grave; traumatismos raquimedulares com alterações cardiorrespiratórias; arritmias ou insuficiência cardíaca aguda grave e queimaduras generalizadas.

A debilidade permanente de membro, sentido ou função ocorre quando os apêndices superiores e inferiores, os elementos responsáveis pela percepção do mundo exterior, e o funcionamento dos sistemas e órgãos tornam-se permanentemente enfraquecidos (FRANÇA, 1995; REIS, 2000; MONTEIRO, 2007).

A aceleração do parto é a antecipação da expulsão do feto com vida e pode ocorrer por trauma físico ou psíquico à parturiente (FRANÇA, 1995; REIS, 2000; MONTEIRO, 2007).

Reis (2000) ressalta que o art. 129 do Código Penal, no 1º e 2º parágrafo, não se refere ao termo “lesão gravíssima”, mas apenas à “lesão corporal de natureza grave”. Portanto, o autor esclarece que coube à doutrina e à jurisprudência adotarem o termo “lesões gravíssimas”.

As lesões gravíssimas, descritas no 2º parágrafo do art. 129 do Código Penal, decorrem do agravamento do disposto no 1º parágrafo do referido artigo (MONTEIRO, 2007) e causam: incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente e aborto (BRASIL, 1940).

A incapacidade permanente para o trabalho é a situação definitiva na qual o indivíduo fica privado de exercer qualquer atividade lucrativa (FRANÇA, 1995; GUERRA NETO, 2004). Reis (2000) alerta que nos casos de incapacidade permanente, além do exame de corpo de delito, faz-se necessário realizar exames complementares para que a incapacidade seja constatada definitivamente.

Enfermidade incurável é a ausência ou o exercício imperfeito de determinadas funções, de caráter duradouro, que não chega à cura total e deixa sequela evidente, mas, ao mesmo tempo, permite um relativo estado de saúde, como é o caso, por exemplo, do mutismo, cegueira, surdez, paralisias e mutilações (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004; GUERRA NETO, 2004). França (1995) ainda acrescenta que a enfermidade deve trazer um prejuízo funcional.

Perda ou inutilização de membro, sentido ou função é o grau máximo da debilidade permanente, é o comprometimento máximo da funcionalidade (FRANÇA, 1995), mesmo quando o elemento afetado ainda integra o corpo (inutilização). Nessa classificação, encontra-se, por exemplo, a amputação no nível do braço ou coxa, cegueira total e secção completa da inervação de uma mão com abolição total sensitivomotora (GUERRA NETO, 2004).

A deformidade permanente é toda alteração estética, para a qual não existe reparo espontâneo, capaz de chamar atenção e constranger o indivíduo, causando-lhe vergonha ou prejudicando sua sociabilidade (FRANÇA, 1995). Configura-se pelo surgimento de cicatrizes; por modificações morfológicas, como contrações, tiques e encurtamento de membros, que torne necessário o uso de sapatos especiais, muletas ou bengalas; por perda de órgãos, como olhos, nariz, dentes, orelhas ou membros e paralisia facial traumática (REIS, 2000; CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004).

O aborto é a interrupção da gestação pela morte, intra ou extrauterina do feto, podendo vir ou não a ocorrer a sua expulsão. Em caso de lesão corporal, para que esse resultado (aborto) se

configure, é necessário que o agressor conheça previamente o estado gravídico da vítima (REIS, 2000).

O 3º parágrafo do art. 129 do Código Penal refere-se à lesão corporal seguida de morte e nesse caso, a vítima será alvo de exame de necropsia¹.

É importante ressaltar que o médico-legista descreve a qualificação da lesão corporal (suas consequências), que constam no art 129 do Código Penal (caput e parágrafos 1º, 2º e 3º). A quantificação (gravidade), ou seja, o enquadramento dessas consequências em algum (ns) desse (s) parágrafo (s), é realizada pela justiça. É esse enquadramento, que a justiça realiza, a partir das respostas às questões oficiais dos laudos traumatológicos, que determina a pena do agressor, demonstrando a importância da Medicina Legal.

¹ Como a tanatologia forense não é interesse desta pesquisa, a mesma não será aqui abordada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Determinar o perfil da violência e os fatores associados à violência doméstica do tipo física entre os idosos submetidos a exame de corpo de delito no Instituto de Medicina Legal do Recife, no período entre 2004 e 2007.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar a frequência, reocorrência e tipo da violência;
- Mensurar o tempo transcorrido entre a ocorrência da violência física e o encaminhamento ao IML, entre o encaminhamento e a realização do exame, e entre a ocorrência e a realização do exame;
- Classificar a violência física segundo tipo de energia, instrumento e agente utilizados; dia da semana, turno e local de ocorrência; parte do corpo acometida e grau da lesão;
- Descrever o perfil da vítima de violência física segundo sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil/situação conjugal, ocupação, mesorregião e município pernambucano de residência e bairro recifense de residência;
- Caracterizar o perfil do agressor que praticou a violência física segundo sexo, quantidade e relação estabelecida com o idoso;
- Verificar associação entre violência doméstica do tipo física e as variáveis relacionadas às características da violência, da vítima e do agressor.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área do Estudo

A área de referência do estudo foi o estado de Pernambuco, localizado no centro-leste da Região Nordeste do Brasil, com 98.938 km² de área, população de 7.918.344 habitantes (censo de 2000), mais concentrada na zona urbana (6.058.249 hab.), e densidade demográfica total de 80,37 hab./km². Pernambuco é dividido em cinco Mesorregiões e dezenove Microrregiões que agregam 184 municípios e o território de Fernando de Noronha.

A população idosa (704.886 hab.) representa 8,9% da população total. Nesse segmento populacional, a maioria é do sexo feminino (56,3%) e tem idade entre 60 e 69 anos (54,1%), seguida pela faixa etária entre 70 e 79 anos (31,8%) e pelo grupo com 80 anos ou mais (14,1%).

O Recife, capital de Pernambuco, é o município mais populoso (1.422.905 hab.), seguido de Jaboatão dos Guararapes (581.556 hab.), Olinda (367.902 hab.), Paulista (262.237 hab.), Caruaru (253.634 hab.) e Petrolina (218.336 hab.). No que se refere à concentração de idosos por município, ocorre uma pequena modificação nesta sequência (Caruaru antecede Paulista), os demais municípios permanecem inalterados².

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Pernambuco é de 0,705, considerado médio pela classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Comparando-se com outros estados brasileiros, esse IDH-M ocupa a décima oitava colocação, de modo que 63% dos estados estão em melhor situação e 37% estão em situação pior ou igual. O Distrito Federal registra o melhor IDH-M (0,844). Em relação aos IDH-M parciais de Pernambuco, a educação foi a dimensão que mais contribuiu com o IDH-M geral (0,768), seguida pela longevidade (0,705) e renda (0,643)³.

² Essas informações são referentes ao último censo demográfico, realizado no ano 2000 (Cf. <http://www.pe.gov.br> e <http://www.ibge.gov.br>).

³ As informações sobre o IDH-M se referem ao ano 2000 e foram obtidas no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, disponível no site <http://www.pnud.org.br>.

4.2 População do Estudo e Período de Referência

A população do estudo consistiu na totalidade de casos de violência de indivíduos com idade de 60 anos ou mais, submetidos a exame de corpo de delito no Instituto de Medicina Legal (IML) do Recife, no período entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007, e que geraram laudos traumatológicos, sexológicos e de atentado violento ao pudor.

Os critérios de exclusão adotados se referem aos casos cujos laudos mencionavam encaminhamentos fora do período de referência do estudo (ainda que tenha realizado o exame nesse período), acidentes (identificados de acordo com o histórico relatado) ou que se tratava de um preso ou quando não se detectou presença de lesão corporal. Nesse sentido, fez parte da população de estudo um total de 1.036 casos de violência.

Optou-se iniciar a investigação a partir do ano de 2004, quando entrou em vigor o Estatuto do Idoso, uma vez que esse fato possivelmente contribuiu com o aumento das denúncias, o que resultou num maior número de exames de corpo de delito.

4.3 Desenho do Estudo

Desenvolveu-se, para a consecução dos objetivos, um estudo transversal, também denominado, de acordo com Pereira (2006b), estudo seccional, de corte transversal, pontual ou de prevalência. Trata-se de um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento, produzindo um retrato instantâneo da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada membro do grupo, gerando indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Esse tipo de estratégia constitui, segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), um estudo individuado-observacional-seccional.

De modo geral, a aplicação mais comum de um estudo transversal está relacionada à necessidade de conhecer de que maneira as variáveis se distribuem em uma determinada população e época, sendo um excelente método descritivo (KLEIN; BLOCH, 2006).

Dentre as vantagens do estudo, situa-se o baixo custo, a simplicidade analítica e o alto potencial descritivo, sendo possível subsidiar o planejamento de ações (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; PEREIRA, 2006b). Ainda como vantagem, Pereira (2006b) acrescenta a rapidez na coleta de dados, visto que essa se realiza em um único momento.

Dentre as limitações, destaca-se o baixo poder analítico do estudo, sendo inadequado para testar hipóteses de causalidade (exceto para as características e exposições estáveis), devido à

dificuldade em estabelecer a ordem cronológica dos acontecimentos (fator associado e efeito), podendo apenas testar hipóteses de associação estatística. Outra desvantagem é a vulnerabilidade a bias, como o de prevalência e de seleção (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; PEREIRA, 2006b).

4.4 Elenco de Variáveis

Todas as variáveis foram definidas de acordo com o registro do laudo pericial do IML e separadas por grupos conforme se referissem a características da violência, da vítima ou do agressor.

a) Variáveis relacionadas à violência

- ü Reocorrência – consistiu no número de vezes em que a mesma vítima foi submetida a exame de corpo de delito durante o período de referência do estudo. O critério para considerar tratar-se de uma mesma vítima foi a coincidência do nome e da filiação, variáveis teoricamente imutáveis ao longo do tempo.
- ü Tipo de violência – caracterizado como “física”, “psicológica”, “sexual”, “abandono”, “negligência”, “abuso financeiro e econômico” ou “autonegligência”, de acordo com a classificação do documento de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a).
- ü Tempo transcorrido entre a ocorrência e o encaminhamento – consistiu no número de dias transcorridos no período entre a data da ocorrência da violência e a data do encaminhamento da vítima ao IML, conforme constasse no ofício realizado pela delegacia. Considerou-se “0” dia, quando o encaminhamento foi realizado no mesmo dia da ocorrência.
- ü Tempo transcorrido entre o encaminhamento e a realização do exame – consistiu no número de dias transcorridos no período entre a data do encaminhamento da delegacia e a data da realização do exame de corpo de delito no IML. Considerou-se “0” dia, quando o exame foi realizado no mesmo dia do encaminhamento.
- ü Tempo transcorrido entre a ocorrência e o exame – consistiu no número de dias transcorridos no período entre a data da ocorrência da violência e a data do exame de corpo de delito no IML. Foi obtido somando-se o “tempo transcorrido entre a

ocorrência e o encaminhamento” e o “tempo transcorrido entre o encaminhamento e a realização do exame”. Considerou-se “0” dia, quando o exame foi realizado no mesmo dia da ocorrência.

- Û Dia da semana de ocorrência – categorizado como “segunda-feira”, “terça-feira”, “quarta-feira”, “quinta-feira”, “sexta-feira”, “sábado” ou “domingo”. Essas categorias foram obtidas observando-se no calendário a que dia da semana a data de ocorrência relatada correspondia.
- Û Turno de ocorrência – caracterizado como “manhã” (6h às 11h59), “tarde” (12h às 17h59), “noite” (18h às 23h59) ou “madrugada” (0h às 5h59).
- Û Local de ocorrência da violência – caracterizado como “residência da vítima”, “área circunvizinha à residência da vítima” (local próximo à residência), “residência de parentes/conhecidos”, “local de trabalho”, “via pública”, “outros” (outros locais que não se enquadram na classificação anterior, por exemplo, local de lazer, transporte público, serviço de saúde e estabelecimento comercial) ou “definição imprecisa” (casos em que a informação não continha elementos suficientes para permitir o enquadramento em alguma categoria, como a referência do nome do bairro ou do município como local de ocorrência).
- Û Tipo de energia utilizada na agressão à vítima – caracterizado como de ordem “mecânica”, “física”, “físico-química”, “química”, “bioquímica”, “biodinâmica” ou “mista”, conforme definição de França (1995), exposta no marco teórico da pesquisa.
- Û Tipo do instrumento utilizado contra a vítima – consistiu na classificação dos instrumentos mecânicos utilizados para agredir a vítima, conforme definição de França (1995), apresentada no marco teórico da pesquisa. Caracterizado como “perfurante”, “cortante”, “contundente”, “pérfuro-cortante”, “pérfuro-contundente”, “corto-contundente” ou “mais de um tipo de instrumento”.
- Û Tipo de agente utilizado contra a vítima – consistiu na natureza do objeto utilizado como arma para violentar a pessoa idosa, caracterizada como “armas naturais”, “armas propriamente ditas” ou “armas eventuais”, conforme classificação de Croce e Croce Júnior (2004), descrita no marco teórico da pesquisa.

- Û Parte do corpo acometida – caracterizada como “crânio/pescoço”, “face”, “tórax/abdome”, “membro inferior/cintura pélvica”, “membro superior” ou “mais de uma parte do corpo”.
- Û Grau da lesão – caracterizado como “leve”, “grave” ou “gravíssima”, de acordo com o Artigo 129 do Código Penal (BRASIL, 1940). Em caso de possibilidade de enquadramento em mais de um grau, considerou-se a resposta correspondente à maior gravidade.

b) Variáveis relacionadas à vítima

- Û Sexo – caracterizado como “masculino” ou “feminino”.
- Û Idade – definida em anos completos e agrupada nas seguintes faixas etárias: “60 a 69 anos”, “70 a 79 anos” e “80 anos ou mais”.
- Û Raça/cor – caracterizada como “branca”, “preta”, “amarela”, “parda” ou “indígena”, conforme classificação de raça/cor adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo Demográfico de 2000⁴. Os laudos que constavam de cor “morena” foram classificados como de cor “parda”.
- Û Estado civil/situação conjugal – caracterizado como “solteiro(a)”, “casado(a)/união consensual”, “divorciado(a)/separado(a)” ou “viúvo(a)”.
- Û Ocupação – consistiu no nome da ocupação informada. Essa variável foi caracterizada, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002⁵, em nove grupos de ocupação: “membro das forças armadas, policiais e bombeiros militares”, “membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes”, “profissionais das ciências e das artes”, “técnicos de nível médio”, “trabalhadores de serviços administrativos”, “trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”, “trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca”, “trabalhadores da produção de bens e serviços industriais” ou “trabalhadores de manutenção e reparação”. Foram inseridas mais duas categorias nesta variável (“aposentado(a)/pensionista” e “do lar”), em função de sua frequência e relevância,

⁴ Cf. <http://www.ibge.gov.br>

⁵ Cf. <http://www.mtecbo.gov.br>

apesar de não fazerem parte da CBO. Os casos em que a informação não continha elementos suficientes para permitir o enquadramento em alguma categoria foram incluídos na categoria “ocupação mal definida”.

- ü Mesorregião pernambucana de residência – consistiu no agrupamento dos municípios de residência em mesorregiões, conforme classificação do IBGE: “Sertão Pernambucano”, “Sertão do São Francisco”, “Agreste Pernambucano”, “Mata Pernambucana” ou “Metropolitana do Recife” (Anexo A).
- ü Município pernambucano de residência – consistiu no nome do município de Pernambuco em que a vítima residia quando foi submetida ao exame de corpo de delito (Anexo A).
- ü Bairro recifense de residência – consistiu no nome do bairro do Recife em que a vítima residia quando foi submetida ao exame de corpo de delito (Anexo B).

c) Variáveis relacionadas ao agressor

- ü Sexo – caracterizado como “masculino”, “feminino” ou “masculino e feminino” (quando existe mais de um agressor e de sexos diferentes).
- ü Quantidade – categorizada como “um” ou “mais de um”.
- ü Relação estabelecida com o idoso – categorizada como “cônjuge/namorado(a)”, “ex-cônjuge/ex-namorado(a)”, “parente consanguíneo em linha reta”, “parente consanguíneo em linha colateral”, “parente por afinidade em linha reta”, “parente por afinidade em linha colateral”, “conhecido(a) não parente”, “desconhecido(a)”, “mais de uma relação estabelecida” ou “informação imprecisa”. A classificação do parentesco baseou-se nos Artigos 1.591 a 1.595 do Código Civil (BRASIL, 2002). Deste modo, os ascendentes ou descendentes consanguíneos, como os filhos e os netos, foram considerados parentes consanguíneos em linha reta; irmãos e sobrinhos, parentes consanguíneos em linha colateral; sogro(a), genro/nora, padrasto/madrasta, enteado(a), parentes por afinidade em linha reta e o(a) cunhado(a) consistiu no parente por afinidade em linha colateral. Considerou-se “conhecido(a) não parente” pessoas sem nenhum parentesco, mas que são conhecidas da pessoa idosa, como a empregada, a diarista e o vizinho. A categoria “mais de uma relação estabelecida” correspondeu aos casos em que havia mais de um agressor, com relações diferentes e “informação

imprecisa”, os casos em que a informação não continha elementos suficientes para permitir o enquadramento em alguma categoria.

4.5 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no IML do Recife⁶, entre junho e outubro de 2008, pela pesquisadora principal, por meio de um formulário elaborado especialmente para a pesquisa, composto de 16 questões mistas (fechadas e abertas) que englobaram todas as variáveis relativas aos objetivos do estudo (Apêndice A). O preenchimento desse instrumento foi feito de acordo com as informações registradas nos laudos periciais.

O local onde os dados foram coletados não é informatizado, desse modo se realizou uma triagem, no livro de arquivos do período de referência do estudo, para identificar os laudos de idosos que sofreram violência. Os critérios utilizados para a referida triagem foram a idade e o tipo de exame realizado, sendo selecionados 2.152 laudos de idosos que realizaram exame traumatológico, sexológico e de atentado violento ao pudor, exames indicativos de possíveis casos de violência. É importante destacar que os laudos de exames complementares também foram selecionados (290 laudos), com o objetivo de concluir a classificação do grau da lesão corporal, tendo em vista que muitos casos dependem do resultado desses exames para serem concluídos.

Após a identificação desses dois critérios, foi anotado o número do laudo correspondente para que, posteriormente, o funcionário do setor de arquivo pudesse encontrá-lo e entregá-lo à pesquisadora para coletar as informações. Ressalta-se que 44 laudos deixaram de ser analisados porque não foram encontrados pelo funcionário, sendo a maioria (32) do ano de 2007.

A etapa seguinte consistiu na realização de um estudo piloto para validar o formulário de coleta dos dados. Nesse sentido, após avaliação de 49 laudos, que satisfaziam os critérios de inclusão do estudo, procederam-se aos ajustes no instrumento de coleta de dados.

⁶ Situado na Rua Marquês do Pombal, 455, no bairro de Santo Amaro, Recife (PE). Esse IML realiza, em média, 25.600 exames de corpo de delito por ano e, desses, 615 são em idosos. É o principal de Pernambuco, pois há mais dois no estado, localizados em Caruaru e Petrolina. Desse modo, no IML do Recife, além da população recifense, são atendidos indivíduos provenientes de todos os municípios do estado.

4.6 Processamento e Análise dos Dados

O preenchimento dos formulários foi revisado para que fossem identificadas lacunas e/ou incoerências nos dados coletados. Posteriormente, os dados foram codificados e digitados no banco de dados, construído com a utilização do SPSS 13.0. Em seguida, realizou-se uma checagem no banco para verificar a existência de possível ausência e/ou incoerência em seu preenchimento.

Na fase descritiva, procedeu-se à distribuição de frequência das variáveis e calcularam-se, quando adequado, as medidas de tendência central. A diferença entre as proporções foi avaliada pelo Qui Quadrado. Ressalta-se que apenas para a distribuição da frequência de recorrência e tipo de violência foi estudado o total de casos (1.036). Nas demais situações, excluíram-se os casos de violência sexual, permanecendo apenas os de violência física (1.027 casos), em função do baixo número de casos e das peculiaridades daquela violência (sexual). Os dados referentes às categorias “não informado” e “informação imprecisa” foram excluídos da descrição, por este motivo, ocorre diferença nos totais de cada uma das variáveis.

Na fase analítica, estratificou-se a variável “local de ocorrência da violência” em dois grupos: a) violência doméstica (“residência da vítima”) e b) violência não doméstica (“área circunvizinha à residência da vítima”, “local de trabalho”, “via pública” e “outros”), tornando-se a variável de definição do caso. Nesse sentido, testou-se pelo Qui quadrado a hipótese de associação da violência doméstica com as demais variáveis. A probabilidade máxima de erro aceitável para rejeitar a hipótese nula foi de 5%.

Ressalta-se que a categoria “residência de parentes/conhecidos” foi excluída do enquadramento supracitado, não fazendo parte da fase analítica, uma vez que não se sabe se a residência informada trata-se ou não da residência da vítima.

Salienta-se, ainda, que além das categorias excluídas na fase descritiva, nessa fase também se suprimiram as categorias: “mais de um tipo de instrumento” e “mais de um tipo de agente” (da variável tipo de instrumento e tipo de agente da energia mecânica, respectivamente) e “masculino e feminino” (da variável sexo do agressor).

Todas as análises foram realizadas no SPSS versão 13.0. Foram apresentadas em forma de tabelas e mapas, confeccionadas, respectivamente, nos programas de microinformática *Microsoft Word* e *Terraview 3.2.0*.

4.7 Considerações Éticas

Mediante a assinatura da carta de anuência (Apêndice B) contendo informações sobre o objetivo da pesquisa, o método que seria utilizado e a garantia do sigilo e anonimato da identidade dos casos que seriam estudados, o diretor do IML do Recife autorizou a realização da pesquisa naquela instituição.

Por tratar-se de uma pesquisa que utilizaria dados secundários, apenas a assinatura da carta de anuência foi suficiente, não sendo necessária a elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Deste modo, após autorização da direção do IML a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e foi aprovada sob registro nº 402/07 (Anexo C), atendendo aos requisitos pré-estabelecidos na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Ao término da pesquisa, os resultados foram disponibilizados ao IML que, por fazer parte da Secretaria de Defesa Social, constitui um dos principais atores interessados em conhecer o perfil da violência contra grupos populacionais, no caso em questão, o idoso, para que possa subsidiar possíveis ações de enfrentamento a esse agravo.

5 RESULTADOS

Dentre as pessoas que se submeteram a exame de corpo de delito (traumatológico, sexológico e de atentado violento ao pudor), no período entre 2004 e 2007, no IML do Recife, 1.036 foram idosos vítimas de violência que apresentavam lesões corporais, perfazendo uma média de 21,6 casos mensais.

Do total de casos, 37 compareceram duas (35 idosos) ou três (2 idosos) vezes ao IML por recorrência da violência. Ainda nos 1.036 casos, ocorreram apenas dois tipos de violência (física = 1.027 casos e sexual = 9 casos) e a primeira delas foi a mais frequente (99,1%). Dentre os casos de violência sexual, nos quais todas as vítimas foram do sexo feminino, seis foram por estupro (66,7%) e os demais (três casos) por atentado violento ao pudor (33,3%).

O preenchimento médio das variáveis foi de 86,2% e situação “não informado” superou 10% no caso das variáveis “tipo de agente da energia mecânica”, “turno” e “local de ocorrência”, “relação estabelecida com a vítima”, “sexo do agressor” e “quantidade do agressor” (Apêndice C).

No que se refere apenas aos casos de violência física (1.027), observou-se que o tempo transcorrido entre a ocorrência da violência e o encaminhamento da vítima da delegacia de polícia ao IML variou de 0 a 192 dias, com média de 3,4 dias. Em cerca de 50% dos casos, esse tempo foi de 0 a 1 dia, tendo transcorrido menos de um dia na maioria das vezes. Em aproximadamente 25% dos casos, o tempo entre a ocorrência e o encaminhamento ao IML foi maior que dois dias. Em média, as vítimas levaram 0,88 dia entre o encaminhamento ao IML e a realização do exame de corpo de delito, tendo a maioria dos casos realizado o exame no mesmo dia (aproximadamente 50%) ou no dia seguinte (cerca de 25%). O tempo médio entre a ocorrência da violência e a realização do exame foi de 4,29 dias. Em cerca de 50% dos casos o exame foi realizado em até 1 dia depois da ocorrência, sendo realizado no mesmo dia em aproximadamente 25% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas descritivas sobre o tempo transcorrido (dias) entre a ocorrência da violência, encaminhamento ao IML e realização do exame de corpo de delito de casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, 2004 a 2007.

Estatísticas	Tempo transcorrido		
	Entre a ocorrência e o encaminhamento do caso	Entre o encaminhamento do caso e o exame	Entre a ocorrência e o exame
Mínimo	0	0	0
Máximo	192	82	194
Média	3,4	0,88	4,29
Desvio-padrão	13,39	4,10	15,16
Mediana	1	0	1
1º Quartil	0	0	0
3º Quartil	2	1	3
Moda	0	0	1

Nota: o valor 0 (zero) corresponde a menos de 24 horas.

A quase totalidade da violência física foi produzida por meio da energia de ordem mecânica (99,1%), com exceção de 9 casos ($p=0,000$). Dentre as exceções houve predomínio da energia de ordem física, na qual em 100% dos casos o meio causador da lesão corporal foi o calor. Nas duas outras ordens de energia (química e mista), o meio causador da lesão foi, respectivamente, substância cáustica e sevícia a qual envolveu cárcere privado e desnutrição do idoso. Em relação aos casos provocados pela energia mecânica, o tipo de instrumento mais utilizado foi o contundente (89,5%) ($p=0,000$) e a arma foi natural, seguida da de natureza eventual, que somadas, representaram 84,1% do total ($p=0,000$) (Tabela 2).

Apesar de a ocorrência de casos de violência física não se ter concentrado no final de semana (52,9% ocorreram de segunda a quinta-feira), o dia da semana em que mais frequentemente o idoso foi violentado foi o domingo (19,1%), seguido do sábado (15,1%) ($p=0,005$). Na maioria dos casos, a violência foi cometida durante a noite (35,9%) ou à tarde (32%) ($p=0,000$) e ocorreu na residência da vítima (57,7%) ($p=0,000$) - Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas às circunstâncias da violência, 2004 a 2007.

Variável	n	%
Tipo de energia		
Mecânica	1018	99,1
Física ^a	7	0,7
Química ^b	1	0,1
Mista ^c	1	0,1
Total*	1027	100,0
p = 0,000		
Tipo de instrumento mecânico		
Contundente	907	89,5
Corto-contundente	31	3,1
Perfuro-contundente	25	2,5
Cortante	18	1,8
Mais de um tipo de instrumento	18	1,8
Perfuro-cortante	13	1,2
Perfurante	1	0,1
Total	1013	100,0
p = 0,000		
Tipo de agente da energia mecânica		
Arma natural	199	51,8
Arma eventual	124	32,3
Arma propriamente dita	44	11,5
Mais de um tipo de agente	17	4,4
Total	384	100,0
p = 0,000		
Dia da semana de ocorrência		
Segunda-feira	132	13,9
Terça-feira	125	13,1
Quarta-feira	125	13,1
Quinta-feira	122	12,8
Sexta-feira	123	12,9
Sábado	144	15,1
Domingo	182	19,1
Total	953	100,0
p=0,005		
Turno de ocorrência		
Manhã	131	25,8
Tarde	162	32,0
Noite	182	35,9
Madrugada	32	6,3
Total	507	100,0
p = 0,000		
Local de ocorrência		
Residência da vítima	303	57,7
Via pública	121	23,0
Área circunvizinha à residência	47	9,0
Outros locais	26	4,9
Local de trabalho	14	2,7
Residência de parente/conhecido (a)	14	2,7
Total	525	100,0
p = 0,000		

* a soma do total em cada variável varia devido à exclusão de casos para os quais não havia informação ou a informação foi imprecisa.

^a meio físico = calor (líquido quente (5 casos), cigarro (1 caso) e panela quente (1 caso)).

^b meio químico = substância cáustica.

^c meio misto = sevícia (cárcere privado e desnutrição).

No que diz respeito às consequências da violência, foi mais frequente o acometimento de mais de uma parte do corpo (40,4%), seguido do membro superior (27,4%) e da face (13,7%) ($p=0,000$). A lesão produzida foi de grau leve em 93,4% dos casos e gravíssima em apenas 1,9% deles ($p=0,000$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas às consequências da violência, 2004 a 2007.

Variável	n	%
Parte do corpo acometida		
Mais de uma parte do corpo	414	40,4
Membro superior	281	27,4
Face	141	13,7
Membro inferior/cintura pélvica	70	6,8
Crânio/pescoço	62	6,0
Tórax/abdome	59	5,7
Total	1027	100,0
$p = 0,000$		
Grau da lesão		
Leve	959	93,4
Grave	48	4,7
Gravíssima	20	1,9
Total	1027	100,0
$p = 0,000$		

A maioria das vítimas de violência física foi do sexo masculino (59,2%), numa razão de 1,4 homens para cada mulher ($p=0,000$). Predominaram as vítimas com idades entre 60 e 69 anos (71,6%), sendo a proporção de vítimas nessa faixa etária 12,3 vezes maior que a de 80 e mais anos ($p=0,000$). A idade mínima observada foi de 60 anos e a máxima de 100 anos, sendo a média de 67,2 anos, com desvio padrão de 6,5. Destaca-se a elevada frequência de vítimas da raça/cor parda, que somada à de raça/cor preta corresponde a 86,2% da população do estudo ($p=0,000$). Idosos casados ou vivendo em união consensual foram as principais vítimas (44,2%) ($p=0,000$), assim como os aposentados ou pensionistas, que, juntamente com os “do lar”, representaram 62,6% dos casos estudados ($p=0,000$) - Tabela 4.

Quanto à residência, observou-se que a Mesorregião Metropolitana do Recife foi o local onde houve a maior concentração de vítimas (95,7%) ($p=0,000$) – Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas à vítima, 2004 a 2007.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	608	59,2
Feminino	419	40,8
Total*	1027	100,0
p = 0,000		
Faixa etária (anos)		
60-69	735	71,6
70-79	232	22,6
80 e mais	60	5,8
Total	1027	100,0
p = 0,000		
Raça/cor		
Parda	850	83,5
Branca	140	13,8
Preta	28	2,7
Total	1018	100,0
p = 0,000		
Estado civil/situação conjugal		
Casado (a)/União Consensual	444	44,2
Solteiro (a)	256	25,4
Viúvo (a)	214	21,3
Divorciado (a)/Separado (a)	92	9,1
Total	1006	100,0
p = 0,000		
Ocupação		
Aposentado (a)/pensionista	435	46,7
“Do lar”	148	15,9
Trabalhador (a) da produção de bens e serviços industriais	90	9,7
Trab. dos serviços, vendedor do comércio em loja e mercado	62	6,6
Profissional das ciências e das artes	59	6,3
M. sup. poder públ.,dirig. de organ. int. públ. e emp. e gere ^a .	35	3,7
Membro das forças armadas, policial e bombeiro militar	25	2,7
Trabalhador (a) de serviços administrativos	24	2,6
Trabalhador (a) agropecuário, florestal e da pesca	23	2,5
Trabalhador (a) em serviços de reparação e manutenção	17	1,8
Técnico (a) de nível médio	14	1,5
Total	932	100,0
p = 0,000		
Mesorregião pernambucana de residência		
Metropolitana do Recife	969	95,7
Mata Pernambucana	31	3,1
Agreste Pernambucano	10	1,0
Sertão Pernambucano	2	0,2
Sertão de São Francisco	–	–
Total	1012	100,0
p = 0,000		

* a soma do total em cada variável varia devido à exclusão de casos para os quais não havia informação ou a informação foi imprecisa.

^a M. sup. poder públ.,dirig. de organ. int. públ. e emp. e gere. = Membro superior do poder público, dirigente de organização de interesse público

O Recife foi o município de residência que concentrou a maioria dos casos (54,5%), seguido de Olinda (12,6%) e Jaboatão (9,6%), que juntos corresponderam a 76,7% do total. Em alguns municípios não houve registro de casos (Figura 1 e Apêndice D).

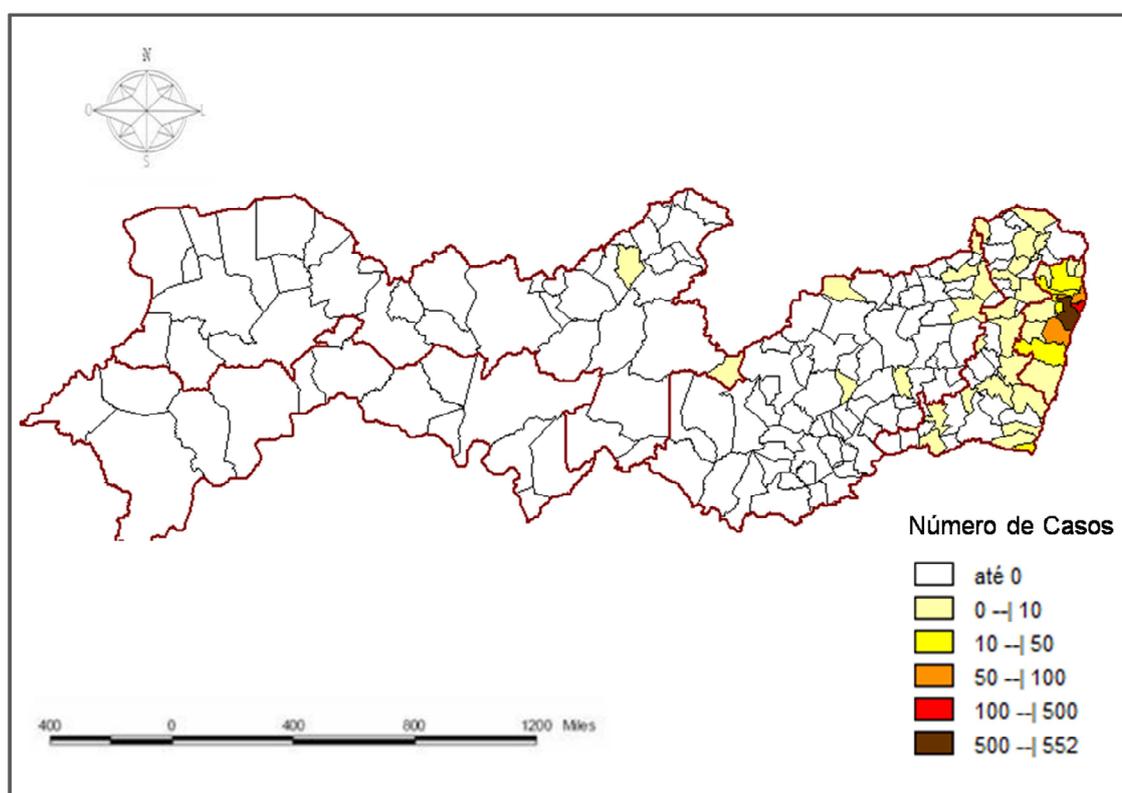


Figura 1 – Distribuição espacial dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo município de residência da vítima. Pernambuco, 2004 a 2007.

O bairro do Recife que concentrou o maior percentual de casos foi Boa Viagem (8,7%), seguido de Casa Amarela (4,2%), Iputinga e Pina (3,8%) e Ibura (3,6%). Em alguns bairros não houve registro de casos (Figura 2 e Apêndice D).

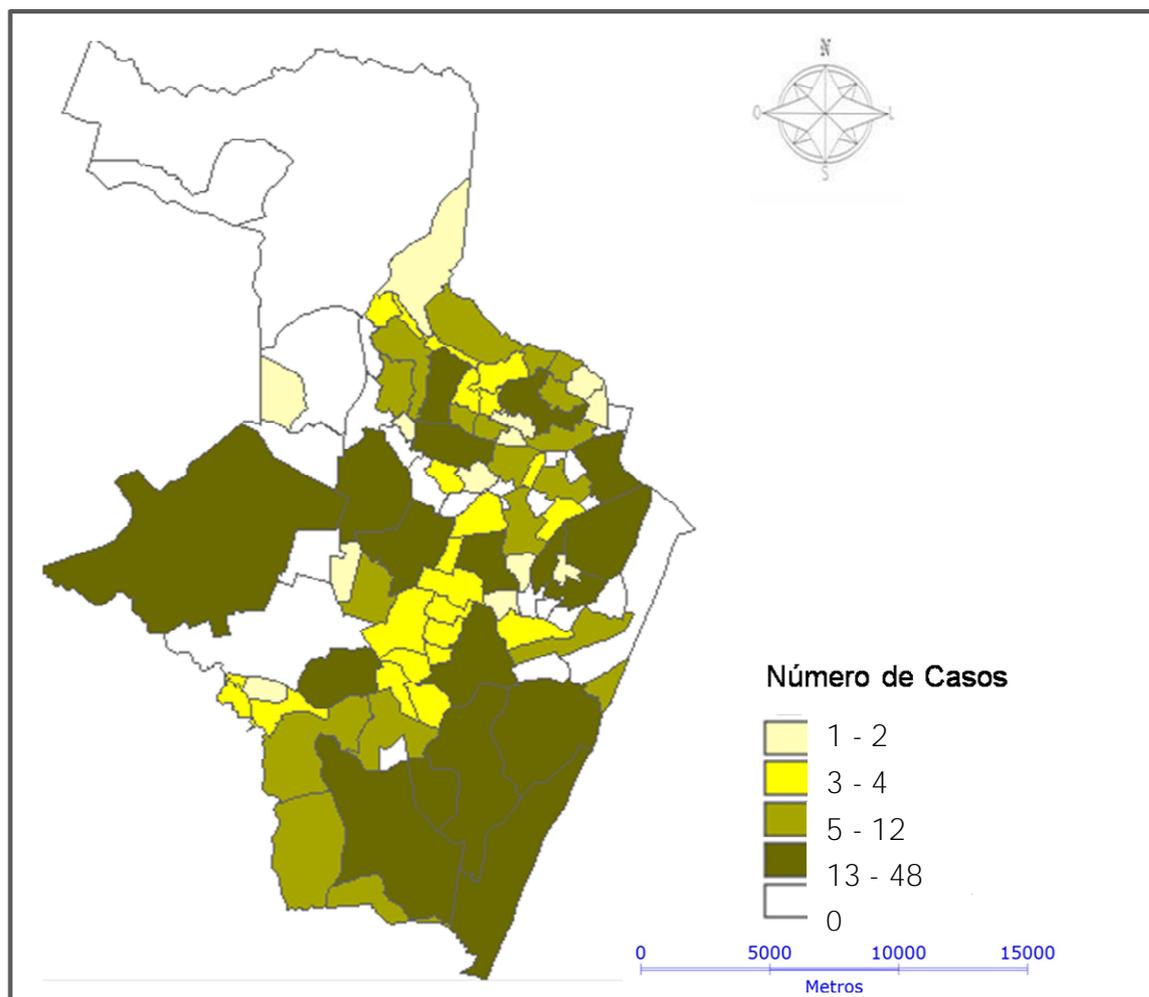


Figura 2 – Distribuição espacial dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo bairro de residência da vítima. Recife, 2004 a 2007.

Em relação às características do agressor, a maioria era homem (69,5%), numa razão de 2,4 para cada mulher ($p=0,000$); agrediu fisicamente a vítima só/desacompanhado (88,4%) ($p=0,000$) e não era seu parente (54,3%) ($p=0,000$), sendo mais frequentemente um(a) conhecido(a) (73,3% dos 315 agressores não parentes). Dentre os parentes, destacaram-se os consanguíneos em linha reta (31,7%) dos quais, 67 eram filhos (83,7%). Ainda em relação aos parentes, também se destacaram os cônjuges/namorados (31,3%), seguidos dos parentes por afinidade em linha reta (23%). Desses, 76,2% eram genros ou noras e 19% eram enteados da pessoa idosa (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo variáveis relacionadas ao agressor, 2004 a 2007.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	414	69,5
Feminino	170	28,5
Masculino e feminino ^a	12	2,0
Total*	596	100,0
p=0,000		
Quantidade		
Um	542	88,4
Mais de um	71	11,6
Total	613	100,0
p=0,000		
Relação estabelecida com o idoso		
Conhecido (a) não parente	231	39,8
Desconhecido (a)	84	14,5
Parente consanguíneo em linha reta ^b	80	13,8
Cônjuge/namorado (a)	79	13,6
Parente por afinidade em linha reta ^c	58	10,0
Ex-cônjuge/ex-namorado (a)	16	2,8
Parente consanguíneo em linha colateral ^d	15	2,6
Mais de uma relação	13	2,2
Parente por afinidade em linha colateral	4	0,7
Total	580	100,0
p=0,000		

* a soma do total em cada variável varia devido à exclusão de casos para os quais não havia informação ou a informação foi imprecisa.

^a Masculino e feminino = mais de um agressor de sexos diferentes.

^b 67 filhos (as) e 13 netos (as).

^c 45 genros/noras, 11 enteados (as), 1 sogro e 1 padrasto.

^d 9 sobrinhos (as), 5 irmãos (ãs) e 1 irmã + sobrinha.

Em relação à análise de associação entre o local de ocorrência e as características da violência, a violência doméstica mostrou-se associada apenas à variável parte do corpo acometida, tendo a maioria dos casos lesionado o tronco ou membros (74,2%), 2,9 vezes mais que a cabeça e o pescoço (p=0,025) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, em dois subgrupos da população estudada, segundo características da violência, 2004 a 2007.

Variável	Violência						Valor de p
	Total		Doméstica		Não doméstica		
	n	%	n	%	n	%	
Dia da semana							> 0,05
Da segunda à quinta-feira	250	52,1	150	53,2	100	50,5	
Da sexta-feira ao domingo	230	47,9	132	46,8	98	49,5	
Total*	480	100,0	282	100,0	198	100,0	
Turno							> 0,05
Manhã/tarde	155	57,0	87	56,1	68	58,1	
Noite/madrugada	117	43,0	68	43,9	49	41,9	
Total	272	100,0	155	100,0	117	100,0	
Tipo de instrumento mecânico							> 0,05
Contundente	452	91,9	267	92,7	185	90,7	
Outro tipo	40	8,1	21	7,3	19	9,3	
Total	492	100,0	288	100,0	204	100,0	
Tipo de agente da energia mecânica							> 0,05
Arma propriamente dita	17	9,5	7	7,6	10	11,5	
Arma natural/eventual	162	90,5	85	92,4	77	88,5	
Total	179	100,0	92	100,0	87	100,0	
Parte do corpo acometida							0,025
Crânio/pescoço/face	93	30,0	50	25,8	43	37,1	
Tronco/membros	217	70,0	144	74,2	73	62,9	
Total	310	100,0	194	100,0	116	100,0	
Grau da lesão							> 0,05
Leve	482	94,3	283	93,4	199	95,7	
Grave/gravíssima	29	5,7	20	6,6	9	4,3	
Total	511	100,0	303	100,0	208	100,0	

* a soma do total em cada variável varia devido à exclusão de casos para os quais não havia informação ou a informação foi imprecisa. Além disso, na variável tipo de instrumento e tipo de agente, a variação do total ocorre também pela exclusão da categoria “mais de um tipo de instrumento” e “mais de um tipo de agente”, respectivamente.

Ainda analisando-se as possíveis associações entre o local de ocorrência da violência, desta vez em relação às características da vítima, observou-se associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, estado civil/situação conjugal e ocupação. Nessas variáveis, a proporção de violência doméstica foi maior entre vítimas do sexo feminino (51,2%) ($p=0,000$), sem companheiro(a) (61%) ($p=0,000$) e aposentadas, pensionistas ou do lar (72,4%) ($p=0,000$). Salienta-se que a proporção de violência doméstica nos idosos aparentemente não ocupados (aposentados/pensionistas e do lar) foi 2,6 vezes maior que a nos aparentemente ocupados (Tabela 7).

Destaca-se, ainda, que, diferentemente da violência cometida na residência da vítima, na violência não doméstica as vítimas mais acometidas eram do sexo masculino (75%, sendo o acometimento de idosos duas vezes maior na violência doméstica que na não doméstica), e com companheiro(a) (55,3%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, em dois subgrupos da população estudada, segundo variáveis relacionadas à vítima, 2004 a 2007.

Variável	Total		Violência				Valor de p
			Doméstica		Não doméstica		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,000
Masculino	304	59,5	148	48,8	156	75,0	
Feminino	207	40,5	155	51,2	52	25,0	
Total*	511	100,0	303	100,0	208	100,0	
Idade							> 0,05
De 60 a 79 anos	483	94,5	287	94,7	196	94,2	
80 anos e mais	28	5,5	16	5,3	12	5,8	
Total	511	100,0	303	100,0	208	100,0	
Raça/cor							> 0,05
Branca	52	10,2	31	10,3	21	10,1	
Preta/ parda	456	89,8	270	89,7	186	89,9	
Total	508	100,0	301	100,0	207	100,0	
Estado civil/situação conjugal							0,000
Casado/união consensual	231	45,7	117	39,0	114	55,3	
Sem companheiro ^a	275	54,3	183	61,0	92	44,7	
Total	506	100,0	300	100,0	206	100,0	
Ocupação							0,000
Aposentado (a)/pensionista/do lar	299	63,8	202	72,4	97	51,1	
Outra ocupação	170	36,2	77	27,6	93	48,9	
Total	469	100,0	279	100,0	190	100,0	
Mesorregião de residência							> 0,05
Região Metropolitana do Recife	489	96,8	294	97,7	195	95,6	
Outra Mesorregião	16	3,2	7	2,3	9	4,4	
Total	505	100,0	301	100,0	204	100,0	

* a soma do total em cada variável varia devido à exclusão de casos para os quais não havia informação e a informação foi imprecisa.

^a Solteiro (a), viúvo (a) e divorciado (a)/separado (a).

Em relação às características do agressor, todas as variáveis mostraram-se associadas ao local de ocorrência da violência, sendo a proporção de violência doméstica maior entre agressores do sexo masculino (67%, duas vezes mais que a de mulheres- $p=0,003$), que agiram sozinhos (91,8%, 11,2 vezes mais que acompanhados - $p=0,003$) e era um familiar (66,5%, duas

vezes mais que não familiar - $p=0,000$). Diferentemente da violência doméstica, na não doméstica destaca-se a grande proporção de agressores não familiares (87,7%, que é 2,6 vezes maior que na violência doméstica) (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, em dois subgrupos da população estudada, segundo variáveis relacionadas ao agressor, 2004 a 2007.

Variável	Total		Violência				Valor de p
			Doméstica		Não doméstica		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,003
Masculino	226	72,9	124	67,0	102	81,6	
Feminino	84	27,1	61	33,0	23	18,4	
Total*	310	100,0	185	100,0	125	100,0	
Quantidade							0,003
Um	288	87,3	179	91,8	109	80,7	
Mais de um	42	12,7	16	8,2	26	19,3	
Total	330	100,0	195	100,0	135	100,0	
Relação estabelecida com o idoso							0,000
Familiar	136	44,7	121	66,5	15	12,3	
Não familiar	168	55,3	61	33,5	107	87,7	
Total	304	100,0	182	100,0	122	100,0	

* a soma do total em cada variável varia devido à exclusão de casos para os quais não havia informação ou a informação foi imprecisa. Além disso, na variável sexo, a variação do total ocorre também pela exclusão da categoria "masculino e feminino".

6 DISCUSSÃO

Inicialmente, será discutida a magnitude da violência contra a pessoa idosa e os aspectos mais relevantes de seu perfil, incluindo as circunstâncias e consequências do fenômeno, características da vítima e do agressor e os fatores associados à violência doméstica. Posteriormente, serão levantadas hipóteses para explicar, principalmente, as diferenças observadas nos perfis de violência doméstica e não doméstica. Ainda nessa etapa da pesquisa, serão apontadas as limitações do estudo que possam ter influenciado os resultados observados.

Pelo fato de a população do estudo ser restrita aos idosos que chegaram ao IML do Recife e não a todos expostos ao risco de sofrer violência, a prevalência não pôde ser calculada, nem para o Recife, nem para Pernambuco. Somente foi possível determinar a frequência dos casos detectados pelo IML do Recife, não estando, portanto, incluídos aqueles que tiveram acesso aos outros dois IML existentes em Pernambuco.

Parece ser comum a dificuldade de se mensurar tal magnitude, possivelmente em função da dificuldade de realização de inquéritos populacionais sobre o problema. No Brasil, como comentado no marco teórico, foram encontrados apenas dois estudos nos quais a prevalência de violência contra idosos foi obtida por meio de inquéritos populacionais: 21% em Camaragibe – PE (MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006) e 10,1% em Niterói – RJ (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Em outros países, segundo Sanmartin et al. (2001), a prevalência varia entre 3% e 10%, mas, em estudo realizado em Hong Kong, Yan e Tang (2001) observaram que essa proporção foi de 21,4%.

Salienta-se a dificuldade de comparação entre prevalências verificadas nos estudos consultados, pois neles há diferentes definições de violência e diversas características amostrais e metodológicas, aspectos também observados por Kleinschmidt (1997) e Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim (2008).

Embora não se mesure a real magnitude do problema, a fração revelada já é suficiente para tratar o fenômeno como uma questão de saúde pública, em função da transcendência social, pois acarreta consequências não apenas físicas, mas, principalmente, psicológicas, e da vulnerabilidade, uma vez que é passível de prevenção.

Quanto ao perfil, dentre os dois tipos de violência encontrados na população do estudo, a física foi a mais frequente. Bradley (1996) afirma que esse tipo de violência é o mais comum entre os idosos, possivelmente por ser mais facilmente identificado. Por esse motivo, Gonçalves

(2006) refere que os demais tipos, especialmente a violência psicológica, são geralmente subdiagnosticados.

Além da violência física, apenas a sexual foi diagnosticada e, mesmo assim, em poucos casos. Talvez a maior frequência da violência física realmente se deveu à facilidade do diagnóstico, tendo em vista que o olhar do profissional do IML, pela natureza policial do órgão ao qual está vinculado, é voltado fundamentalmente à lesão corporal. Mesmo a violência sexual só é pesquisada quando se solicita a realização do exame sexológico. Para isso, a vítima tem que ter prestado queixa dessa violência, o que, por questões culturais, dificilmente ocorre, especialmente quando se trata de pessoas idosas, o que torna esse tipo de violência um fenômeno ainda mais velado quando comparado aos outros.

É provável que na população estudada tenha havido outras violências, considerando Minayo e Souza (2003) quando afirmam que comumente o idoso é vítima simultaneamente de diversos tipos de violência. O fato de ter ocorrido violência física envolvendo cárcere privado e desnutrição já é um forte indício de ocorrência de violência psicológica e de negligência, o que reforça a hipótese da subnotificação desses tipos de violência.

Foram encontradas algumas publicações brasileiras abordando a predominância da violência quanto ao seu tipo (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007; BRASIL, 2008), inclusive em Pernambuco (FALEIROS, 2007; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006). Nesses estudos, a predominância de determinado tipo de violência variou bastante, possivelmente pelo fato de se basearem em diferentes fontes de dados, conforme afirma Faleiros (2007) que, por esse motivo, alerta que os dados devem ser analisados com cautela, considerando sua fonte.

No estudo realizado por meio de documentos oficiais referentes a 206 denúncias de violência contra idosos (alô idoso), a maioria (59%) foi de violência financeira, seguida de negligência (22%), violência física (15%) e psicológica (4%) (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007), já no estudo sobre dados procedentes de um serviço de denúncia, incluindo apenas a violência doméstica, observou-se predomínio da violência física, seguida da psicológica e financeira, além disso, não se registrou caso de violência sexual (PASINATO; CAMARANO; MACHADO, 2006).

Dos 626 casos de violência interpessoal entre idosos, notificados em unidades de saúde no Brasil, por meio da ficha sobre violência doméstica, sexual e outras, a maioria foi de natureza

psicológica (55%), seguida da física (27%), abandono (22%), violência financeira (21%) e sexual (4%). Ressalta-se que a proporção excede 100%, pelo fato de um mesmo caso ter sido vítima de mais de um tipo de violência (BRASIL, 2008).

No estudo de Faleiros (2007), realizado em Pernambuco, os dados do Núcleo do Idoso da Secretaria de Segurança Pública apontaram que a violência mais frequente foi a física (46,2%), seguida da financeira (39,6%), negligência e abandono (7,5%), violência psicológica (6,5%) e sexual (0,2%). Por sua vez, no estudo de Melo, Cunha e Falbo Neto (2006), realizado por meio de entrevista em uma amostra representativa dos idosos de Camaragibe (PE), 62,1% dos casos foram de violência psicológica, 31,8% física e 6,1% negligência, não tendo sido relatado caso de violência sexual.

Apenas o estudo de Gaioli e Rodrigues (2008) utilizou a mesma fonte de dados (laudos de exame de corpo de delito), porém se restringiu à violência física cometida na residência da vítima, não sendo passível de comparação com o presente estudo no que diz respeito ao tipo de violência.

O fato de a maioria dos idosos ter levado, no máximo, um dia para proceder à denúncia e também à realização do exame sugere que eles estão decididos a pôr fim na situação, possivelmente por saturação. Segundo Day et al. (2003), quando a denúncia de violência vem a ser feita já ocorreram diversos episódios anteriores, principalmente quando a violência é doméstica e intrafamiliar.

Quanto às variáveis relacionadas às circunstâncias da violência, no que se refere à energia, o expressivo predomínio de casos produzidos por energia de ordem mecânica possivelmente decorreu da grande variedade de instrumentos existentes e da maior facilidade de acesso a alguns de seus tipos.

A energia de ordem física foi a segunda mais predominante e em todos os casos o calor foi o meio utilizado na violência. Croce e Croce Júnior (2004) afirmam que essa modalidade é comumente utilizada em caso de maus-tratos, com intenção de provocar marcas no corpo da vítima (queimaduras). Nesse sentido, acredita-se que além de deixar a marca, o agressor tem intenção de provocar intensa dor na vítima. No caso provocado por energia de ordem química, na qual o meio utilizado foi o ácido, concorda-se com França (1995) e Croce e Croce Júnior (2004) quando afirmam que, em ação criminosa, os ácidos são usados geralmente por motivo de ciúmes ou vingança, com o objetivo de deformar a vítima.

Em relação aos instrumentos mecânicos, o tipo mais frequentemente utilizado foi o contundente, o que está em consonância com Mendoza (2000a) quando refere que o instrumento contundente é o que produz a maioria das lesões encontradas nas perícias traumatológicas.

Provavelmente a elevada frequência de utilização de instrumentos contundentes ocorre porque a maioria dos objetos utilizados se enquadra nessa categoria, inclusive as armas naturais (partes do corpo), agentes da energia mecânica mais utilizados.

A maior frequência de violência por armas naturais, seguida por armas eventuais, parece revelar a fragilidade da pessoa idosa, tendo em vista que a agressão foi produzida sem intermédio de nenhum objeto, no caso da agressão por armas naturais, ou por meio de objetos do cotidiano, de fácil acesso (armas eventuais), e não por armas propriamente ditas. Por outro lado, é importante considerar que nessa variável (“agente da energia mecânica”) o elevado percentual de ignorabilidade pode ter prejudicado a real distribuição dessas frequências.

Essa situação também se observa em serviços de denúncia anônima, uma vez que Faleiros (2007) verificou que em 79,2% das denúncias do Agreste Pernambucano, a informação, quanto aos objetos utilizados na violência, não foi fornecida. Ainda nesse estudo, percebeu-se que, quando houve referência, a categoria “mãos e pés” constituiu a maioria (52,3%), fato também verificado na presente pesquisa, que incluiu tal resposta na categoria “armas naturais”. Infelizmente, as demais informações não são passíveis de comparação, tendo em vista que o agrupamento realizado no estudo de Faleiros (2007) foi diferente do utilizado nesta pesquisa.

Em relação ao dia da semana de ocorrência da violência, não foram encontradas pesquisas que estudassem essa variável, não sendo possível a comparação, apenas a elaboração de algumas hipóteses explicativas.

Araújo e Alves (2000) afirmam que 85% dos idosos brasileiros não moram só e, por esse motivo, pode-se inferir que a convivência familiar seja maior no fim de semana, possibilitando ocorrência de conflitos. Além disso, nesses dias, inclusive na sexta-feira, eleva-se, em algumas situações, o consumo abusivo de álcool pelos possíveis agressores, apontado por diversos autores como fator de risco para a violência (BRADLEY, 1996; KLEINSCHMIDT, 1997; MACHADO; QUEIROZ, 2002; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006), o que explica parcialmente sua maior ocorrência no domingo e no sábado.

Acredita-se ser difícil a vítima precisar a data da ocorrência, principalmente quando ela demora a realizar o exame de corpo de delito, momento em que essa data é registrada no laudo

pelo médico-legista. Por esse motivo, é possível que tenha havido viés de informação, no sentido de que casos possam ter sido referenciados a dia diferente daquele de sua ocorrência, uma vez que a proporção de ocorrência dos dias de semana (segunda a quinta-feira) superou a do final de semana (sexta-feira a sábado). O fato de a segunda-feira ter sido o terceiro dia mais frequente pode constituir um indício desse tipo de erro sistemático, pois é provável que muitos casos cuja ocorrência tenha sido no domingo ou mesmo na sexta e no sábado tenham sido contabilizados na segunda-feira e em outros dias da semana.

Quanto ao turno, a maior proporção de casos de violência ocorreu à noite, seguida da tarde e isso talvez seja decorrente do fato de o fim da tarde e, principalmente, a noite serem o período em que as pessoas se concentram em casa, após jornada de trabalho ou de aula enfrentada durante o dia. Desse modo, também por motivo de maior convivência, possivelmente entram em cena conflitos de interesses e de valores que podem propiciar a ocorrência da violência doméstica. Além disso, à noite muitos idosos sofrem de insônia (CHAIMOWICZ, 1997) e isso pode provocar irritação nas pessoas que co-habitam com eles, especialmente se o espaço físico for reduzido, o que parece ser comum nos lares brasileiros em que as condições de vida geralmente não são satisfatórias.

Por outro lado, é no período diurno (manhã e tarde) que o idoso costuma demandar mais assistência por parte do cuidador, uma vez que, nesse período, geralmente passeia, toma banho, faz o maior número de refeições e toma a maioria dos medicamentos, possíveis fatores facilitadores do surgimento da violência, principalmente doméstica, justificando assim uma maior proporção de violência nesse período (57,8%). De qualquer forma, ressalta-se que o elevado percentual de não preenchimento dessa variável (“turno de ocorrência da violência”) limita sua interpretação. Salienta-se, ainda, que na literatura consultada não foram encontrados estudos analisando a referida variável, não sendo possível a comparação com outros autores.

No que se refere ao local de ocorrência da violência, na maioria dos casos esta ocorreu na residência da vítima, configurando violência doméstica. Nas pesquisas onde foi estudado o local de ocorrência da violência parece ser consensual a predominância da violência no ambiente doméstico quando se trata da população idosa, variando-se apenas a frequência obtida.

No estudo de Melo, Cunha e Falbo Neto (2006) 62,1% dos casos de violência ocorreram na residência da vítima, enquanto no de Pasinato, Camarano e Machado (2006) esse percentual foi de 59%. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), essa

proporção foi de 86%. Esses estudos não se restringiram à violência física, porém Gaioli e Rodrigues (2008) estudaram apenas esse tipo de violência e também observaram que a maioria dos casos (87%) era de violência doméstica.

Considerando que na presente pesquisa foi elevado o percentual de ignorados e de imprecisão em relação à variável “local de ocorrência da violência”, talvez possam ter ocorrido ainda mais casos de violência doméstica do que os registrados (303), o que corresponde a 57,7% dos casos informados.

Essa suspeita parece ser reforçada quando Gonçalves (2006) salienta que a violência que ocorre no âmbito doméstico é a mais frequente e seus episódios tendem a ser repetitivos até que haja mudança no ambiente, o que geralmente não ocorre, pois os idosos têm medo de represálias por parte do agressor e de alteração do local que habitam, temendo ser mandados a uma instituição de longa permanência. Além disso, muitas vezes, sentem culpa e vergonha da situação, porque a violência expõe sua fragilidade em lidar com o mundo que os cerca, não se dispondo a buscar cabíveis medidas legais de punição ao agressor, sobretudo quando esse é um familiar.

Segundo dados da literatura, os possíveis motivos para a ocorrência da violência doméstica são diversos, conforme se expôs anteriormente, como, por exemplo: convivência intergeracional, coresidência, perda de status social do idoso, redução de sua capacidade funcional e aumento de dependência, menor grau de solidariedade, de respeito e de tolerância das pessoas, sobrecarga do cuidador e escassez de recursos financeiros. Todavia, salienta-se que o desenho do estudo utilizado não permite estabelecer relações de causa e efeito e, portanto, não se pode afirmar que os casos de violência doméstica foram causados por esses fatores, o que reforça a necessidade de outros estudos investigarem essa questão.

Em relação à parte do corpo acometida pela violência física, apesar de a categoria “mais de uma parte do corpo” ter sido a mais frequente, a soma das categorias que contemplam apenas uma parte do corpo foi maior (59,6%) e membro superior foi o segmento mais frequentemente acometido. Segundo Croce e Croce Júnior (2004), lesões em membro superior, assim como nos pés, são características de lesões de defesa. Portanto, possivelmente os idosos, na intenção de se protegerem da agressão, colocaram o membro superior à frente e por isso esse segmento foi atingido.

A segunda parte mais atingida foi a face, indicando maior intenção do agressor em humilhar a vítima, sem receio de demonstrar que agiu violentamente. Ressalta-se que independente do local atingido, a violência física revela a brutalidade do agressor e sua intenção de provocar traumas físicos e morais no idoso.

Houve predomínio do grau leve na lesão provocada, que consiste, segundo França (1995) e Guerra Neto (2004), em pequenos danos, com discreta repercussão orgânica, de fácil tratamento e rápida recuperação. Isso significa que o agressor, apesar de cometer um ato violento, na maioria das vezes, não teve a intenção de causar sérios danos à saúde nem de matar o idoso.

Ainda que no estudo de Gaioli e Rodrigues (2008) os critérios utilizados para classificar as consequências da violência tenham sido diferentes, pois se basearam na necessidade de busca por um serviço de atenção à saúde em diferentes níveis de complexidade, seus achados parecem demonstrar que na maioria dos casos a gravidade também foi leve, uma vez que não necessitou de atendimento (57,5%) ou a resolutividade do caso ocorreu no nível primário da assistência (31%).

É importante ressaltar que no presente estudo nem todos os casos em que foi necessário o retorno ao IML para a realização de exame complementar, visando classificar a gravidade da lesão, fizeram tal exame. Nesses casos, a proporção de consequências de maior gravidade poderia ser mais elevada, porém, de qualquer forma, os achados estão de acordo com Croce e Croce Júnior (2004), Guerra Neto (2004) e Monteiro (2007) quando afirmam que as lesões leves são responsáveis por 80% do total das perícias traumatológicas realizadas.

Verificou-se, em relação ao perfil das vítimas, que a maioria delas foi do sexo masculino, comportamento esse também observado no estudo de Pillemer e Finkelhor (1988) no qual 52% das vítimas eram homens. Esses autores consideram que os idosos do sexo masculino são mais vulneráveis à violência, por geralmente co-habitarem, enquanto as idosas tendem a morar só. Os homens idosos, quando se tornam viúvos ou se separam, casam-se novamente e com mulheres mais jovens enquanto as mulheres preferem não ter companheiros. Possivelmente essas justificativas se aplicam apenas à violência doméstica, embora na presente pesquisa tenha-se observado que na violência doméstica as maiores vítimas foram as mulheres, como será comentado posteriormente.

Segundo Pillemer e Finkelhor (1988), os estudos consideram a mulher como a principal vítima de violência física, em função da severidade do dano provocado pela violência ser maior

no sexo feminino, fazendo com que a mulher busque atendimento e refira ter sido violentada com maior frequência que os homens.

Talvez a maior frequência entre os homens possa ser explicada, como refere Souza (2005), pelo processo de socialização desse sexo, pois, ao mesmo tempo em que o torna agente da violência, também se transforma em alvo.

Por outro lado, segundo Faleiros (2007), a maior vítima é a mulher, pela dinâmica de dominação de gênero, expressa nas relações de poder tanto no espaço intra como extrafamiliar. O autor afirma, ainda, que a cultura de machismo muitas vezes faz com que as idosas não denunciem por nem perceberem que estão sendo violentadas.

No estudo de Alves (2001), Faleiros (2007), Souza, Freitas e Queiros (2007) e Brasil (2008), a maioria dos idosos vitimados foi do sexo feminino com proporção, respectivamente, de 84,9%, 70,7%, 67% e 65%. Desse modo, é possível que tenha havido mais casos de violência contra a mulher idosa, mas essas ocorrências não chegaram ao IML. É importante salientar que nenhum desses estudos se restringiu à violência física, mas Melo, Cunha e Falbo Neto (2006) fizeram esse recorte e observaram que a maioria das vítimas continuavam sendo as do sexo feminino (80,9%).

Em relação à faixa etária, o elevado percentual de vítimas com idade entre 60 e 69 anos aparentemente desmistifica a idéia de que idosos mais velhos seriam mais vulneráveis à violência, em especial à doméstica, por serem dependentes dos cuidadores. Todavia, apenas baseado nesta pesquisa seria precoce fazer tal afirmação, pois a maioria dos idosos pernambucanos, de acordo com o Censo demográfico 2000, se concentra na faixa etária de 60 a 69 (54,1%) e de 70 a 79 anos (31,8%), o que pode estar interferindo no resultado. Além disso, segundo Minayo e Souza (2005), no grupo de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos existem menos pessoas física e mentalmente dependentes, possuindo a maioria delas capacidade e autonomia de buscar ajuda, tendo mais condições de denunciar.

De acordo com Lima-Costa (2003), a perda da autonomia aumenta com o avançar da idade e se verifica incapacidade total em 1%, 2% e 7% de idosos brasileiros com 60 a 69, 70 a 79 e 80 e mais anos, respectivamente. Caldas (2003) refere que a faixa etária de mais de 85 anos geralmente apresenta grande carga de doenças crônicas e limitações funcionais. Desse modo, é bastante provável que quanto mais velho seja o idoso, por ser mais dependente afetivo, mental e fisicamente, maior seja a dificuldade para prestar queixa, não chegando ao IML.

No estudo de Alves (2001), apesar de não ser específico sobre violência física também observou-se maior frequência de vítimas na faixa etária entre 60 e 70 anos de idade (36%), mas as outras faixas etárias apresentaram proporções bastante próximas a esta (32% cada). Já no estudo baseado em denúncias telefônicas, também não restrito à violência física, Souza, Freitas e Queiroz (2007) constataram que a maioria das vítimas tinha idade entre 71 e 80 anos (37%). Da mesma forma, desta vez no Recife, Faleiros (2007) observou que a maioria das denúncias se referia a vítimas com idade entre 70 e 79 anos (42,3%), havendo também elevada proporção de vítimas com 80 anos e mais (33,6%). Esses achados parecem reforçar a hipótese de que as vítimas mais idosas não chegam ao IML.

No que se refere à raça/cor, a maioria das vítimas era preta e parda, em concordância com Santos et al. (2007) quando afirmam que esse fator é preponderante na produção da violência, assim como o gênero. De acordo com esses autores, existe uma construção social de exercício de dominação-exploração em relação aos negros, tornando-os vulneráveis à violência. Ainda segundo esses autores, a vulnerabilidade é maior quando os negros são idosos.

Conforme Nunes (2006) e Brasil (2008), a herança escravocrata dos negros traz consigo o preconceito e a discriminação, o que agrava a vulnerabilidade desses indivíduos às violências, independentemente de sua idade. De acordo com Nunes (2006), é por essa herança que os negros estão nas camadas sociais mais pobres. Dessa forma, Souza (2005) destaca que a questão da raça/cor está associada às condições de vida, por isso pretos e pardos podem ser um grupo vulnerável à violência não apenas pela raça/cor em si, mas também pela situação de pobreza, potencializando a ocorrência de violência.

Quanto ao estado civil/situação conjugal, a maior proporção das vítimas era casada/união consensual, o que se diferencia do estudo de Pillemer e Finkelhor (1988) que apontou os idosos sem companheiros como as vítimas mais frequentes, embora se saliente que esse estudo não se restringiu à violência física.

É necessário destacar que existe um problema nessa variável, visto que não se tem a certeza da situação conjugal da vítima. Nesse sentido, muitas delas podem ter referido ser casadas, quando na prática são separadas, mas ainda não se divorciaram; bem como podem ter referido ser solteiras quando na verdade vivem em união consensual, não sendo casadas perante a lei. Por esse motivo, sua análise deve ser feita com cautela e esse problema só poderia ser sanado mediante a coleta de dado primário, sendo essa uma sugestão para futuras pesquisas.

Em relação à ocupação, a maioria das vítimas eram aposentadas/pensionistas ou do lar, sugerindo que provavelmente não eram ocupadas. Contudo, a mesma ressalva feita àquela variável (estado civil/situação conjugal) é válida para esta. O fato de terem se declarado aposentadas/pensionistas ou do lar não exclui a possibilidade de exercerem uma atividade extradoméstica. Do mesmo modo que a atividade relatada pelo idoso no momento do exame não garante que esteja sendo exercida e, uma vez exercida, pode ser de forma remunerada ou voluntária. Dessa maneira, a análise da relação ativo x inativo e remuneração x não remuneração fica difícil de ser feita.

No que se refere ao local de residência da vítima, a maior concentração de casos se verificou na Região Metropolitana do Recife (RMR), principalmente nos municípios do Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes. Isso possivelmente ocorreu em função de esses municípios concentrarem a maior população de idosos de Pernambuco e, também, pelo fato de a localização do IML onde foi realizada a coleta dos dados ser no Recife, principal município da Região Metropolitana.

Apesar das limitações, acredita-se que, em função do avançado processo de urbanização do Recife e de toda a Região Metropolitana, realmente é nessa região onde se concentra o maior número de vítimas, principalmente de violência doméstica, uma vez que, dentre outros autores, Fonseca e Gonçalves (2003) referem que esse processo favorece o surgimento da violência, especialmente doméstica.

Em função da grande concentração de casos de idosos residentes no Recife, a análise por unidades mais desagregadas (bairros) permite conhecer melhor a distribuição da violência nesse município. Nessa análise, observou-se que o bairro de Boa Viagem concentrou o maior percentual de casos, talvez pelo fato de esse bairro ser o mais populoso do Recife (100.388 hab.)⁷. Todavia, ressalta-se que o resultado obtido não permite afirmar que Boa Viagem seja o bairro de maior risco para a violência física na população idosa, uma vez que a medida utilizada trata-se de proporção e não de coeficiente.

Em relação ao perfil do agressor, no que se refere ao sexo, observou-se que a proporção de homens foi mais elevada que a de mulheres o que está de acordo com Kleinschmidt (1997) quando afirma que as agressões físicas parecem estar associadas ao sexo masculino. Segundo

⁷ Essas informações são referentes ao último censo demográfico, realizado no ano 2000 (Cf. <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/inforec/>).

Silvestre et al. (1996), as mulheres apresentam condutas menos agressivas que os homens e desse modo, é provável que a produção de violência física esteja relacionada à questão de gênero, no sentido de ser uma construção cultural coletiva dos atributos da masculinidade e feminilidade, transcendendo o biológico e correspondendo às expectativas que a sociedade tem em relação a cada sexo (BRASIL, 2001b).

Os homens são considerados detentores de poderes (muitas vezes os tornando autoritários), fomentando a cultura machista. As formas de socialização e de construção da identidade masculina contribuem para a prática de atos violentos. Como exemplos, citam-se as brincadeiras com armas e a não permissão da expressão de suas emoções, especialmente quando possam demonstrar fragilidades, para não perder sua masculinidade (SOUZA, 2005).

Quanto à quantidade de agressor, a maioria agiu só, ou seja, desacompanhado, aparentemente demonstrando a fragilidade dos idosos que, segundo Oliveira e Penna (2002) e Santos et al. (2007), se dá por aspectos fisiológicos, psicológicos e socioeconômicos.

No que tange à relação estabelecida entre o idoso e o agressor, a maioria tratava-se de conhecido/não parente ou desconhecido da vítima, mas é possível que em muitos dos casos que não informaram o agressor houvesse um familiar envolvido, uma vez que, conforme Day et al. (2003), a violência intrafamiliar frequentemente vem acompanhada do segredo e da negação, dificultando a chegada dos casos ao conhecimento da justiça. Desse modo, a proporção de familiares como agressores, talvez, seja maior do que a de não familiares.

Dentre os casos de violência intrafamiliar, a maioria dos agressores era parente consanguíneo em linha reta (especialmente filhos) e cônjuge/namorados, seguidos de parentes por afinidade em linha reta, destacando-se os genros/noras. Em todos os estudos consultados, os filhos foram os principais agressores no contexto da violência intrafamiliar. Na segunda posição estavam os companheiros (BRASIL, 2008; GAIOLI; RODRIGUES, 2008) ou genros/noras (SANMARTIN et al., 2001; ALENCAR, 2005).

Paradoxalmente, filhos e companheiros são apontados por Erbolato (2002) como cuidadores primários de idosos. Segundo essa autora, quando se trata de filhos, entra em cena o dever moral da responsabilidade filial, permeada por princípios éticos de reverência, reciprocidade, amizade e amor. Quanto aos companheiros, entra em jogo a solidariedade devida a membros da mesma geração (já que, em geral, o companheiro também é idoso) e à pessoa que participa do seu projeto de vida pessoal.

Erbolato (2002) afirma, ainda, que na velhice, quando a autoridade da pessoa idosa para com os filhos diminui, pela perda do poder econômico ou da sua saúde, as relações pais-filhos se invertem e o suporte e o relacionamento dos filhos para com seus pais dependerá da qualidade das relações afetivas e dos sentimentos de dever filial vividos anteriormente. Nessa perspectiva, acredita-se que a agressão por parte dos filhos possa decorrer de uma relação familiar prévia conflituosa ou pouco afetiva, fazendo com que os filhos, no momento de retribuírem o que receberam de seus pais, exponham seus ressentimentos e até se vinguem.

Outra hipótese decorre de Santos et al. (2007), quando afirmam que em geral os descendentes (filhos e netos) põem em prática o que aprenderam e viveram: se hoje são agressores dos pais/avós, possivelmente o idoso foi uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares.

Segundo Bradley (1996) e Kleinschmidt (1997), relações enfraquecidas e história familiar prévia de violência favorecem o surgimento de violência. Além disso, famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas (BRASIL, 2001b). Por esse motivo, Pasinato, Camarano e Machado (2006) afirmam que a elevada frequência de violência intrafamiliar condiz com a ausência de políticas públicas que auxiliem as famílias no cuidado dos idosos.

Salienta-se que, com exceção da variável “relação estabelecida com a vítima”, o elevado percentual de não informação nas variáveis referentes ao agressor parece não ter prejudicado a análise tendo em vista que os dados estão de acordo com a literatura.

Quanto à relação entre a violência doméstica e as características da violência, da vítima e do agressor, observou-se que, dentre as variáveis relacionadas à violência, apenas a parte do corpo acometida mostrou-se estatisticamente associada, sendo as lesões de tronco e membros mais frequentes. Considera-se, por um lado, que essas lesões, aparentemente, sejam menos humilhantes para a vítima do que as de cabeça e pescoço e, por outro, que indicam tentativas de defesa da vítima, no caso do acometimento dos membros, como já comentado.

Dentre as variáveis relacionadas às circunstâncias da violência que não se mostraram associadas à violência doméstica, duas delas merecem ressalvas. A primeira se refere ao dia da semana no qual houve a ocorrência. Possivelmente o viés de informação, explicitado anteriormente, tenha diminuído a proporção dos casos verificados no fim de semana, mas registrados, erradamente, em outros dias, principalmente na segunda-feira e por isso a diferença

não tenha sido detectada entre esses dois períodos semanais. Essa seria uma possibilidade, mas outra, é a relatada por Gonçalves (2006) quando afirma que os episódios de violência doméstica tendem a ser repetitivos, e, por isso, essa modalidade, talvez, seja constante, independente do dia da semana, estando em consonância com os achados da pesquisa.

É possível que por esse mesmo motivo a segunda variável a ser considerada (turno de ocorrência) também não tenha se mostrado estatisticamente associada à violência doméstica, mas, nesse caso, é importante considerar o elevado percentual de não preenchimento dessa variável, o que pode ter prejudicado essa análise.

Em relação às variáveis relacionadas à vítima mostraram-se estatisticamente associadas à violência doméstica o sexo, o estado civil e a ocupação. Quanto ao sexo, as mulheres foram as maiores vítimas no ambiente doméstico, enquanto fora da residência, os homens foram mais violentados. Melo, Cunha e Falbo Neto (2006), apesar de não terem se restringido à violência física, também observaram associação entre o local de ocorrência da violência e o sexo da vítima e 78% das vítimas de violência doméstica eram do sexo feminino e 52,6% das de violência não doméstica do sexo masculino.

Sanmartin et al. (2001) também observaram diferença estatisticamente significativa na prevalência de violência doméstica entre mulheres, embora não tenham estudado especificamente a violência do tipo física. O estudo também corrobora com os achados de Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim (2008) quando observaram que 61,3% das vítimas de violência doméstica eram mulheres, mas esses autores não testaram a associação, assim como Gaioli e Rodrigues (2008) que, por sua vez, verificaram maior proporção no sexo masculino no caso de violência doméstica (58,6%).

Para Minayo (2003), Krantz e Garcia-Moreno (2005) e Souza (2005), os homens são as maiores vítimas da violência urbana e as mulheres da violência cometida no espaço doméstico. Segundo Souza et al. (2004), a mulher é a principal vítima da violência doméstica por uma questão de gênero, já que é considerada mais frágil e indefesa. Quando idosa, é considerada duplamente fragilizada, em função das circunstâncias do envelhecimento.

De acordo com Camarano (2002) e Romero (2002), as mulheres idosas em geral são mais doentes que os homens e possuem, inclusive, mais incapacidades funcionais. Segundo Netto, Yuaso e Kitadai (2005), nas idosas predominam as doenças não letais e/ou crônicas, frequentemente incapacitantes. Considerando que essas doenças demandam maior cuidado por

parte dos cuidadores, formais ou informais, acredita-se que essa também seria uma possível hipótese explicativa para a maior frequência de vítima idosa no ambiente doméstico.

Considera-se que a análise da variável sexo da vítima na perspectiva do gênero é bastante relevante e merece maior aprofundamento em futuras pesquisas, pois, como reconhecem Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006), são escassos os estudos sobre essa questão.

Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos no contexto da violência doméstica não tinha companheiro(a), enquanto situação inversa se apresentou na violência não doméstica. Talvez a presença de um(a) companheiro(a), provavelmente da mesma idade da pessoa idosa, iniba a agressão em sua residência, possivelmente por fazer com que o idoso demande menos atenção de outras pessoas. Porém, a mesma ressalva quanto a essa variável realizada anteriormente deve ser considerada também nessa análise. Inclusive, talvez seja por essa ressalva que os achados da presente pesquisa estão discordando dos de Gaioli e Rodrigues (2008), quando observaram que idosos casados ou vivendo em união consensual foram os mais vitimados na violência doméstica do tipo física (46,4%). Ressalta-se que esses autores não realizaram o teste de associação, ao contrário de Sanmartim et al. (2001), contudo a divisão dos grupos quanto ao estado civil foi diferente da utilizada no presente estudo, por isso não será possível a comparação entre os dados.

Quanto à ocupação, na violência doméstica, a proporção de idosos aparentemente não ocupados foi ainda mais alta do que na não doméstica. Embora se tenha ciência de que qualquer análise baseada nessa variável deva ser feita com cautela, em função da incerteza quanto à resposta da vítima ao médico-legista, no momento do exame pericial, como já comentado, provavelmente esses idosos realmente não sejam ocupados, o que está consonante com os índices de desemprego no Brasil, conforme comentado por Sarti (2001) e Camarano (2002).

O idoso não sendo ocupado é provável que passe bastante tempo em casa e a possível dificuldade financeira da família talvez explique parcialmente a frequência de violência doméstica. Segundo Oliveira e Penna (2002), um dos fortes motivos da prática da violência contra a pessoa idosa são questões financeiras, seja pelo idoso ser considerado um peso ou, na situação inversa, a fonte de renda do domicílio. Talvez futuras pesquisas, baseadas em dados primários, possam explorar melhor a variável ocupação diferenciando os aspectos referidos anteriormente e até coletando informações sobre o valor da renda do idoso e das pessoas que convivem com ele.

Na literatura consultada, apenas a pesquisa de Sanmartin et al. (2001) analisou a relação entre remuneração do idoso e violência. Os autores observaram diferença estatisticamente significativa de 20% entre as vítimas que haviam realizado trabalho não remunerado em comparação com o remunerado. Contudo, por não haver precisão quanto à remuneração do idoso, não será possível comparar os achados da presente pesquisa com os de Sanmartin et al. (2001).

No que se refere à faixa etária da vítima, outros autores também não observaram associação entre a violência doméstica e essa variável (PILLEMER; FINKELHOR, 1988; SANMARTIN et al., 2001). Pillemer e Finkelhor (1988) também não observaram associação com a variável raça/cor. Nesse sentido, considera-se necessária a realização de investigações posteriores que explorem a relação entre etnia e violência. Acredita-se que ainda é precoce qualquer tipo de conclusão, sendo necessários outros estudos para melhor embasamento teórico. A propósito, Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) afirmam existir grande escassez de análises que tratam da dimensão étnica das violências, ainda maior do que a dimensão de gênero.

Em relação às variáveis relacionadas ao agressor todas se mostraram estatisticamente associadas à violência doméstica. No que diz respeito ao sexo, a proporção de homens foi destacadamente mais elevada que a de mulheres, tanto na violência não doméstica quanto na doméstica.

Desse modo, apesar de a literatura referir que a sobrecarga do “cuidador” propicia o surgimento de comportamentos violentos (FONSECA; GONÇALVES, 2003), estando aparentemente a mulher mais propícia a cometer a violência doméstica, por geralmente desempenhar o papel de cuidar (NERI; CARVALHO, 2002), além de exercer outras atividades (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; SARTI, 2001; RAMOS, 2002), parece que, conforme Neri e Carvalho (2002), mesmo havendo a sobrecarga, não necessariamente surgem os conflitos. Acredita-se que o fato de a mulher ser considerada culturalmente cuidadora, iniba-a de cometer atos violentos.

As justificativas para o homem ter sido apontado como o principal agressor já foram comentadas anteriormente, na ocasião em que se discutiu o perfil do agressor.

Quanto à quantidade de agressor, a maioria agiu só (desacompanhado), inclusive na prática da violência doméstica, possivelmente pelo mesmo motivo também já explorado anteriormente (fragilidade do idoso).

No que tange à relação estabelecida entre o idoso e o agressor, a maioria dos agressores na violência doméstica era um familiar, enquanto na não doméstica era um conhecido/não parente ou desconhecido da vítima. Em diversas pesquisas que estudaram a violência doméstica contra a pessoa idosa (SANMARTIN et al., 2001; ALENCAR, 2005; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006; BRASIL, 2008; GAIOLI; RODRIGUES, 2008), esse mesmo resultado foi observado, variando a frequência entre 59,7% e 88%.

Anteriormente foram discutidas diversas possibilidades de motivos para a ocorrência da violência intrafamiliar no ambiente doméstico. Acredita-se que em função da forte associação entre a violência doméstica e a intrafamiliar seja comum esses termos serem tratados como sinônimos na literatura.

Neri e Carvalho (2002) afirmam que, independentemente do agressor ser ou não um parente, a qualidade da relação entre ele e o idoso depende de crenças, valores e de concepções sobre a velhice e o cuidado. Possivelmente todos esses fatores influenciam a ocorrência da violência.

Em síntese, mesmo quando se procurou descrever o fenômeno, violência contra os idosos, da forma mais próxima possível da realidade, certamente, ainda há muitas questões a serem exploradas por outros estudos. Algumas foram sugeridas nesta pesquisa, por esse motivo, a discussão sobre essa temática não se esgota nos aspectos destacados, outras interpretações poderão ser pertinentes e, nesse sentido, complementarão esta investigação.

7 CONCLUSÃO

O estudo, quando desenhou o perfil da violência contra a pessoa idosa, evidencia a complexidade do fenômeno, uma vez que os fatores a ele associados encontram-se vinculados a diversas esferas da realidade, configuradas pelas relações de classe, gênero e etnia cuja determinação envolve aspectos sociais, econômicos e culturais.

Os dados revelaram que o tipo mais frequente de violência sofrida pelo idoso submetido ao exame de corpo de delito no IML do Recife, entre 2004 e 2007, foi a física e predominantemente produzida por energia de ordem mecânica, instrumento contundente e arma natural; ocorreu no domingo, no turno da noite e na residência da vítima. A lesão consequente à violência atingiu mais de uma parte do corpo e foi de grau leve. A maioria das vítimas foi homem, na faixa etária entre 60 e 69 anos, de raça/cor parda, casado/união consensual e aposentado/pensionista, residente na Região Metropolitana do Recife, no município do Recife e no bairro de Boa Viagem. Quanto ao agressor, a maioria foi do sexo masculino, agrediu a vítima desacompanhado e era um(a) conhecido(a) não parente da vítima.

Os fatores associados à violência doméstica, em relação à consequência da violência, foi a parte do corpo acometida (tronco/membros), quanto à vítima, foram o sexo (masculino), estado civil/situação conjugal (sem companheiro) e ocupação (aposentado, pensionista ou do lar). Em relação ao agressor, houve associação com o sexo (masculino), quantidade (um) e parentesco/relação estabelecida com a vítima (familiar).

Em relação às limitações metodológicas do estudo, por um lado, não houve pretensão, pelas razões já expostas, em generalizar os dados nem para o Recife, nem para Pernambuco. E por outro, o desenho, uma vez que não estabelece a sequência temporal entre causa e efeito, não possibilita tratar os fatores associados como fatores de risco. Mas com a prudência necessária, parte importante do perfil foi revelada e algumas hipóteses foram levantadas, que poderão ser testadas por meio de estratégias mais adequadas para isso, como é o caso dos desenhos do tipo caso-controle e coorte. Tratando-se de dados secundários, outra limitação vinculada à ausência de informações, que também poderiam ser associadas à violência, como, por exemplo: renda e grau de escolaridade da vítima e do agressor, idade do agressor, estado de saúde (incluindo grau de dependência) e coabitação do idoso. Portanto, sugere-se a realização de pesquisas com uma amostra mais abrangente e que capturem a violência independentemente da chegada dos casos ao IML, delegacia, serviço de denúncia anônima ou de saúde para tentar ultrapassar a barreira da

subnotificação e assim, conhecer a real magnitude da violência contra a pessoa idosa em Pernambuco. E, nesta ocasião, coletar dados primários para que as variáveis supracitadas e outras julgadas importantes sejam incluídas.

Em função de os resultados terem revelado esse complexo fenômeno, tanto no contexto não doméstico e extrafamiliar quanto, e principalmente, no doméstico e intrafamiliar, considera-se fundamental o investimento em programas para sensibilizar a sociedade quanto ao protagonismo social da pessoa idosa, desmistificando a associação de sua imagem à decadência e à onerosidade. É importante promover a solidariedade, a cultura de paz e o respeito para com essas pessoas que hoje têm outros papéis, não menos importantes que os de ontem, apenas diferentes. Considera-se, ainda, ser especialmente necessário investir em programas que preparem a família para lidar com as demandas e peculiaridades do envelhecimento, de forma a propiciar melhores condições para o cuidado adequado aos idosos.

As medidas supracitadas seriam de caráter preventivo e, simultaneamente, dever-se-ia encorajar o idoso e a sociedade à denúncia, desmistificando a ideia de violência, principalmente a doméstica, como um problema particular. Destaca-se, porém, que não se pode apenas criar a demanda, mas também é importante fortalecer as redes formais e informais de apoio e proteção às vítimas e punir os agressores para que as denúncias possam ter sustentabilidade.

Portanto, em função da complexidade da temática, acredita-se que apenas com a aplicação de todas essas medidas será possível enfrentar a violência contra a pessoa idosa, colocando em prática o que preconiza o Estatuto do Idoso e possibilitando uma velhice com qualidade de vida. Desse modo, fica evidente que o enfrentamento da violência contra esse segmento é uma tarefa igualmente complexa, que tem um longo caminho a ser percorrido, sendo necessário dar os primeiros passos. Este estudo é um desses passos, indubitavelmente ainda pequeno, em função das suas limitações, mas fundamental para impulsionar outros maiores.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. S. Punidos por envelhecer. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v. 8, 2005. p. 67-81.

ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.168-207.

ALVES, A. M. A construção social da violência contra os idosos. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, jan. 2001.

ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, fev. 2000. p. 7-19.

BRADLEY, M. Elder abuse. British Medical Journal, London, v. 313, n. 7056, aug. 1996. p. 548-550.

BRAGA, F. F. Energias de ordem física. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000. p. 85-95.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 1994.

_____. Decreto-Lei nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a política nacional do idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul. 1996.

_____. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 96 p. (Cadernos de atenção básica, n. 8; Série A - normas e manuais técnicos, n. 131).

_____. Lei nº 1.0406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

_____. Lei nº 1.0741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Temático: prevenção de violência e cultura de paz. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 60 p. (Série painel de indicadores do SUS, v. 3, n. 5).

BRITO, F. C. de; LITVOC, J. Conceitos básicos. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. de. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1-16.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, mai-jun 2003. p. 773-781.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão, Rio de Janeiro: IPEA, n. 858, jan. 2002. 26 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2007.

CAMARANO, A. A.; GHAOURI, S. K. E. Família com idosos: ninhos vazios? ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. Anais eletrônicos... Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_Camarano_texto.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

CAMPOS, M. S. Energias de ordem bioquímica. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000a. p. 115-120.

_____. Energias mistas. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000b. p. 124-129.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, abr. 1997. p. 184-200.

COMIJS, H. C. et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. Journal of the American Geriatrics Society, New York, v.46, 1998. p. 885-888.

COSTA, P. L.; CHAVES, P. G. S. Violência afetiva e violência contra os idosos. Portal do envelhecimento. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/violencia/violencia13.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

CROCE, D.; CROCE JÚNIOR, D. Manual de medicina legal. São Paulo: Saraiva, 2004. 821 p.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria, Rio Grande do Sul, v. 25, abr. 2003. p. 9-21.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 957-964.

FALEIROS, V. de P. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa, 2007. 394 p.

FERNANDES, F. S; ASSIS, J. F. Maus tratos contra idosos: definições e estratégias para identificar e cuidar. Gerontologia, São Paulo, v. 7, n. 3, 1999. p. 144-149.

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, 2003. p. 121-128.

FRANÇA, G. V. de. Medicina legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 416 p.

GAIOLI, C. C. L. de O.; RODRIGUES, R. A. P. Occurrence of domestic elder abuse. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008, p. 465-470.

GAWRYSZEWSKI, V.; MELO, M.; KOIZUMI, M. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 50, n. 1, 2004. p. 97-103.

GOLDIM, J. R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 85-90.

GONÇALVES, C. A. Idosos: abuso e violência. Revista Portuguesa de Clínica Geral, [S.l.], v. 22, 2006. p. 739-745.

GUERRA NETO, N. G. M. Quantificação do dano-lesões corporais. In: GOMES, H. Medicina legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004. p. 306-324.

HERCULES, H. C. Perícia e peritos. In: GOMES, H. Medicina legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004a. p. 28-42.

_____. Energias de ordem física, energia cinética, armas brancas. In: GOMES, H. Medicina legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004b. p. 167-182.

_____. Traumatologia forense geral. In: GOMES, H. Medicina legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004c. p. 135-140.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.21, n. 3, 1987. p. 200-210.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, 2003. p. 861-866.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 125-150.

KLEINSCHMIDT, K. C. Elder abuse: a review. Annals of Emergency Medicine, Lansing, v. 30, n. 4, oct. 1997. p. 463-472.

KRANTZ, G.; GARCIA-MORENO, C. Violence against women. Journal of Epidemiology and Community Health, London, v. 59, n. 10, 2005. p. 818-821.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 499-513.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 791-797.

MELO, R. B. de. Perícia e peritos. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000a. p. 21-27.

_____. Energia química. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000b. p. 107-114.

MELO, V. L.; CUNHA, J. O C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 6, maio 2006. p. 543-548.

MENDOZA, C. C. de. Traumatologia forense. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000a. p. 71-84.

_____. Documentos médico legais. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000b. p. 16-20.

_____. Energias de ordem físico-química (asfixias). In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000c. p. 96-106.

MINAYO, M. C. A violência sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, 1994. p. 7-18.

MINAYO, M. C. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. p. 783-791.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. (Org.). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 223-242.

MINAYO, M. C. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2005. 48 p.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 141-165.

MINAYO, M. C. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 128 p.

MONTEIRO, M. de S. A traumatologia médico-legal e o estudo das lesões corporais. Boletim Jurídico, Uberaba, a.1, n.1. Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=94>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

MORAES, C. L.; APRATTO JÚNIOR, P. C.; 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. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2008. p. 2289-2300.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-790.

NETTO, M. P.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 29, n. 4, out./dez. 2005. p. 594-607.

NUNES, S. da S. Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita. Psicologia USP, São Paulo, v. 17, n. 1, 2006. p. 89-98.

OLIVEIRA, G.; PENNA, J. B. Da violência contra o idoso e suas conseqüências. Anais Brasil Forense 2002. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.agapel.com.br/forense2002/anais.asp>>. Acesso em: 21 ago. 2007.

PAIXÃO JÚNIOR, C.; REICHENHEIM, M. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, 2006. p. 1137-1149.

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Texto para discussão, Rio de Janeiro: IPEA, n. 1200, jul. 2006. 34 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1200.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2007.

PEREIRA, M. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: PEREIRA, M. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a. p. 157-185.

_____. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: PEREIRA, M. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b. p. 289-306.

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The gerontologist*, Washington, v. 28, n. 1, 1988. p. 51-57.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 70-78.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n. 3, 1987. p. 211-224.

REIS, H. C. Lesões corporais. In: CAMPOS, M. S. et al. (Coord.). Compêndio de medicina legal aplicada. Recife: EDUPE, 2000. p. 130-155.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-110.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. p. 777-794.

SANTOS, A. C. P. O. et al. A construção da violência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007.

SARTI, C. A. A velhice na família atual. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 2, maio-ago. 2001. p. 91-96.

SANMARTIN, A. R. et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 27, n. 5, mar. 2001. p. 331-334.

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A.; COUTO, M. Violence and health: recent scientific studies. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, 2006. Edição especial. p. 112-120.

SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 0, n. 1, set. 1996. p. 81-89.

SOUZA, E. R. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no Rio de Janeiro. Gerontologia, São Paulo, v. 6, n. 2, 1998. p. 66-73.

SOUZA, J.; IGLESIAS, A. Trauma no idoso. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 48, n. 1, 2002. p. 79-86.

SOUZA, A. S. et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004. p. 63-84.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. p. 59-70.

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, maio-jun. 2007. p. 268-272.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.21, n. 3, 1987. p. 225-233.

YAN, E.; TANG, C. S. K. Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. Journal of Interpersonal Violence, New York, v. 16, n. 11, nov. 2001. p. 1158-1174.

ZAVERUCHA, J. Polícia técnica-científica: ela existe?. In: ZAVERUCHA, J. Polícia civil de Pernambuco: o desafio da reforma. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2003. p. 99-132.

APÊNDICE A – Formulário de Coleta dos Dados

Data da coleta: ____/____/____

Nº do laudo:

Origem do encaminhamento do caso: _____,

em: ____/____/____ () Não informado

Data do exame: ____/____/____

Nome da vítima:

PARTE I: DADOS DA VÍTIMA

1. Cor da pele

() Branca () Parda () Negra () Outra _____ () Não informada

2. Sexo

() Masculino () Feminino () Não informado

3. Estado civil

() Solteiro (a) () Viúvo (a) () Casado (a) () União Consensual

() Divorciado (a) () Separado(a) () Outro _____

() Não informado

4. Idade: _____ () Não informada

5. Bairro e Município de residência: _____

() Não informado

Rua: _____

() Não informada

6. Profissão/Ocupação

() Aposentado (a) () Pensionista () Do lar () Outra: _____

() Não informada

PARTE II: DADOS DA VIOLÊNCIA

7. Data da ocorrência: ____/____/____ () Não informada

Dia da semana: () 2^a () 3^a () 4^a () 5^a () 6^a () Sáb () Dom

8. Hora da ocorrência (aproximada): _____ Turno: () M () T () N () Mad

() Não informada

9. Local da ocorrência: _____

() Residência () Via Pública () Não informado

10. Tipo de violência

- Física Psicológica Sexual
 Abandono Negligência Auto negligência
 Abuso financeiro Não informado

11. Grau da lesão (quesitos 1, 3 e 4)

- Leve-1 Grave-3 Gravíssima-4 Não informado

Especificações: _____

12. Instrumento utilizado (quesito 2)

- Perfurante Cortante Contundente Pérfuro-cortante
 Pérfuro-contundente Corto-contundente Não informado

Instrumento/objeto: _____ Não informado

13. Descrição da Lesão: _____

PARTE III: DADOS DO AGRESSOR

14. Sexo

- Masculino Feminino Masculino + Feminino Não informado

15. Relação estabelecida com o idoso

- Filho Filha Neto Neta
 Companheiro Companheira Irmão Irmã
 Vizinho Vizinha Cuidador Cuidadora
 Genro Nora Marido Esposa
 Desconhecido Outro _____ Não informada

16. Anotações Importantes: _____

APÊNDICE B – Carta de Anuência



Universidade Federal de Pernambuco/ PROPESQ
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PIPASC



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro que concordo com o desenvolvimento da pesquisa “Violência contra o idoso: o que revelam os laudos periciais do Instituto de Medicina Legal de Recife”, referente à dissertação do Mestrado do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da UFPE, a ser realizada pela mestrandia Marcella de Brito Abath, sob orientação da professora Márcia Carréra Campos Leal, nesta instituição (Instituto de Medicina Legal de Recife - IML).

Estou ciente de que a referida pesquisa terá como objetivo determinar a frequência e o perfil da violência contra os idosos submetidos ao exame de corpo de delito no IML de Recife, segundo variáveis relacionadas ao agressor, vítima, circunstâncias da violência e local de procedência do caso, no período de 2004 a 2007. Para tanto, serão utilizados os laudos periciais de pessoas com 60 anos e mais, atendidas durante o período de referência da pesquisa.

Todas as informações coletadas serão mantidas com confidencialidade e será garantido o anonimato dos indivíduos a serem estudados.

Ressalto que a minha concordância está condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Recife, 19 de novembro de 2007

Clóvis César de Mendoza – Diretor do IML

*Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – CEP 50670-901 – Recife/PE
Fone (81) 2126 - 3766/ 2126- 3532 – FAX 3453- 2781*

APÊNDICE C – Completitude das Variáveis do Estudo

Quadro 1 - Grau de completitude das variáveis do estudo

Variáveis relacionadas à vítima	Total	Informado		Não informado	
		n	%	n	%
Sexo	1027	1027	100,0	-----	-----
Idade	1027	1027	100,0	-----	-----
Raça/cor	1027	1018	99,1	9	0,9
Estado civil/situação conjugal	1027	1006	98,0	21	2,0
Ocupação	1027	957	93,2	70	6,8
Mesorregião pernambucana de residência	1020 ^a	1012	99,2	8	0,8
Município pernambucano de residência	1020 ^a	1012	99,2	8	0,8
Bairro recifense de residência	552	552	100,0	-----	-----
Variáveis relacionadas ao agressor					
Sexo	1027	596	58,0	431	42,0
Quantidade	1027	613	59,7	414	40,3
Relação estabelecida com a vítima	1027	582	56,7	445	43,3
Variáveis relacionadas à violência					
Tipo de violência	1036	1036	100,0	-----	-----
T. transco.entre ocorrência e encaminhamento	1027	953	92,8	74	7,2
T. transco. entre encaminhamento e exame	1027	1027	100,0	-----	-----
T. transco. entre ocorrência e exame	1027	953	92,8	74	7,2
Tipo de energia utilizada	1027	1027	100,0	-----	-----
Tipo de instrumento utilizado	1018 ^b	1013	99,5	5	0,5
Tipo de agente da energia mecânica utilizado	1018 ^b	384	37,7	634	62,3
Dia da semana de ocorrência	1027	953	92,8	74	7,2
Turno de ocorrência	1027	507	49,4	520	50,6
Local de ocorrência	1027	568	55,3	459	44,7
Parte do corpo acometida	1027	1027	100,0	-----	-----
Grau da lesão	1027	1027	100,0	-----	-----

^a 7 casos não se aplicavam porque não eram residentes de Pernambuco, apenas a ocorrência foi neste estado.

^b 9 casos não se aplicam porque esta variável refere-se apenas a casos de violência causados por energia de ordem mecânica.

APÊNDICE D – Distribuição dos casos por município pernambucano e bairro recifense de residência da vítima

Quadro 2 – Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo município pernambucano de residência da vítima, 2004 a 2007.

Municípios	n	%
Recife	552	54,5
Olinda	128	12,6
Jaboatão dos Guararapes	97	9,6
Paulista	63	6,2
Camaragibe	27	2,6
Cabo de Santo Agostinho	22	2,2
Abreu e Lima	21	2,1
Igarassu	18	1,8
São Lourenço da Mata	11	1,1
Moreno	9	0,9
Itapissuma	8	0,8
Ipojuca	7	0,7
Condado	5	0,5
Nazaré da Mata	4	0,4
Carpina	3	0,3
Ilha de Itamaracá	3	0,3
Passira	3	0,3
Vitória de Santo Antão	3	0,3
Limoeiro	2	0,2
Paudalho	2	0,2
Ribeirão	2	0,2
São Vicente Férrer	2	0,2
Afogados da Ingazeira	1	0,1
Agrestina	1	0,1
Aliança	1	0,1
Araioaba	1	0,1
Arcoverde	1	0,1
Barreiros	1	0,1
Bom Jardim	1	0,1
Cachoeirinha	1	0,1
Catende	1	0,1
Chã Grande	1	0,1
Escada	1	0,1
Glória do Goitá	1	0,1
Itambé	1	0,1
Joaquim Nabuco	1	0,1
Macaparana	1	0,1
Maraial	1	0,1
São José da Coroa Grande	1	0,1
Sirinhaém	1	0,1
Santa Cruz do Capibaribe	1	0,1
Tamandaré	1	0,1
Total	1012	100,0

Nota: Nos demais municípios pernambucanos não houve registro de casos.

Quadro 3 – Distribuição dos casos de violência física em idosos, registrados no IML do Recife, segundo bairro recifense de residência da vítima, 2004 a 2007.

Bairros	n	%
Boa Viagem	48	8,7
Casa Amarela	23	4,2
Iputinga	21	3,8
Pina	21	3,8
Ibura	20	3,6
Boa Vista	18	3,3
Várzea	17	3,1
Afogados	16	2,9
Cordeiro	16	2,9
Ipsep	16	2,9
Santo Amaro	16	2,9
Vasco da Gama	16	2,9
Imbiribeira	14	2,5
Água Fria	13	2,4
Campo Grande	13	2,4
Jardim São Paulo	13	2,4
Madalena	13	2,4
Cohab	12	2,2
Encruzilhada	11	2,0
Torrões	11	2,0
Nova Descoberta	10	1,8
Graças	8	1,4
São José	8	1,4
Tamarineira	8	1,4
Beberibe	7	1,3
Fundão	7	1,3
Jordão	7	1,3
Alto José do Pinho	6	1,1
Areias	6	1,1
Brasília Teimosa	6	1,1
Macaxeira	6	1,1
Morro da Conceição	6	1,1
Porto da Madeira	6	1,1
Arruda	5	0,9
Barro	5	0,9
Dois Unidos	5	0,9
Bongi	4	0,7
Espinheiro	4	0,7
Jiquiá	4	0,7
Linha do Tiro	4	0,7
Prado	4	0,7
San Martin	4	0,7
Tejipió	4	0,7
Torre	4	0,7
Totó	4	0,7
Zumbi	4	0,7

Continuação do Quadro 3		
Alto José Bonifácio	3	0,5
Alto Santa Terezinha	3	0,5
Brejo da Guabiraba	3	0,5
Brejo de Beberibe	3	0,5
Casa Forte	3	0,5
Coqueiral	3	0,5
Estância	3	0,5
Ilha Joana Bezerra	3	0,5
Mangueira	3	0,5
Mustardinha	3	0,5
Rosarinho	3	0,5
Alto do Mandu	2	0,4
Bomba do Hemetério	2	0,4
Cajueiro	2	0,4
Campina do Barreto	2	0,4
Derby	2	0,4
Engenho do Meio	2	0,4
Ilha do Retiro	2	0,4
Recife	2	0,4
Sancho	2	0,4
Sítio dos Pintos	2	0,4
Soledade	2	0,4
Mangabeira	1	0,2
Parnamirim	1	0,2
Passarinho	1	0,2
Total	552	100,0

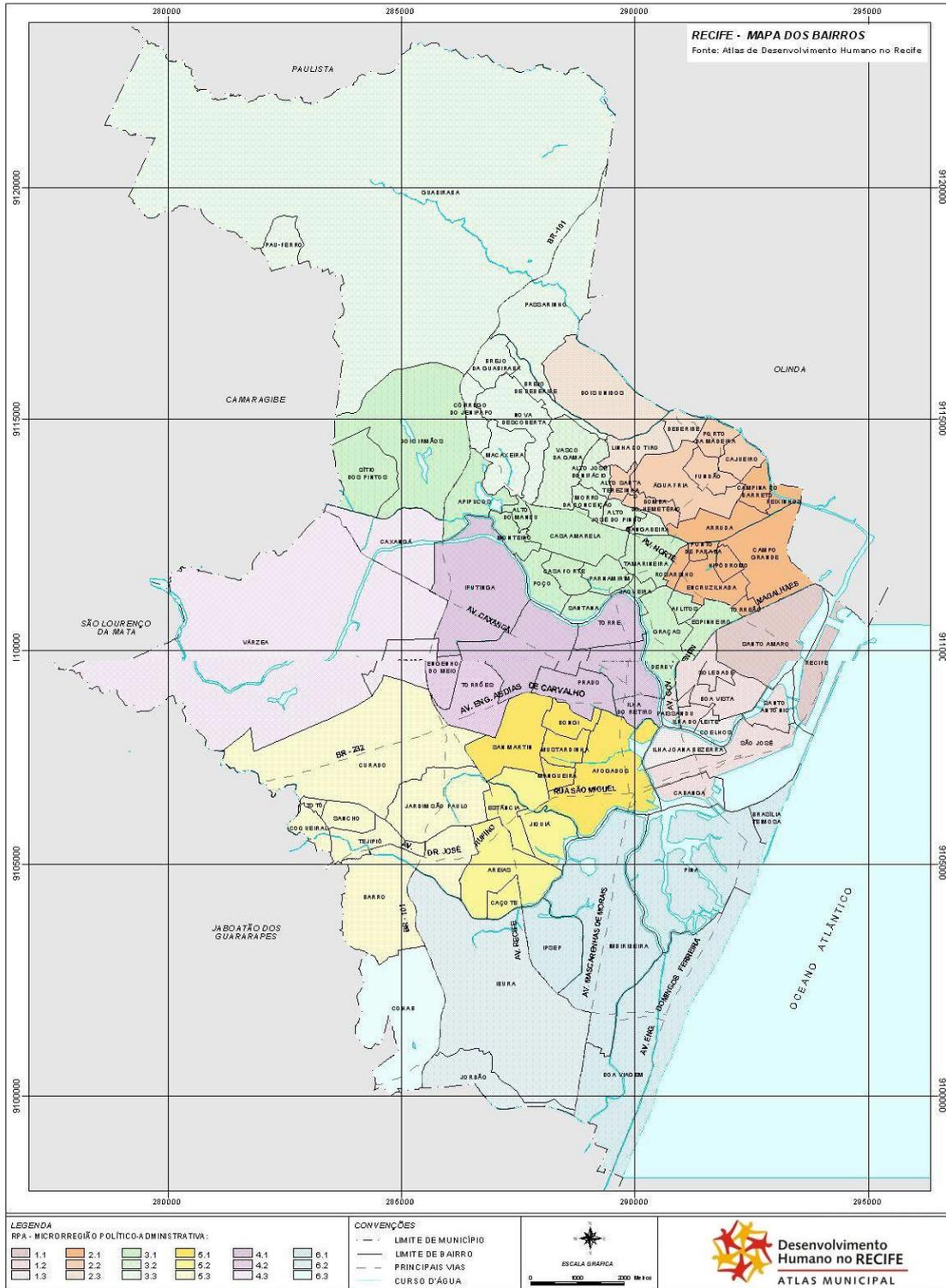
Nota: Nos demais bairros recifenses não houve registro de casos.

ANEXO A – Mapa de Pernambuco



<http://guiaturpe.com.br/recife/v2/imgcont/mapa.jpg>

ANEXO B – Mapa do Recife



http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2005/mapa_bairros.jpg

ANEXO C – Ofício de Aprovação da Pesquisa pelo CEP/CCS/UFPE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Of. N.º 038/2008 - CEP/CCS

Recife, 27 de fevereiro de 2008

Registro do SISNEP FR – 100840

CAAE – 0394.D.172.000-07

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 402/07

Título: "Violência contra o idoso: o que revelam os laudos periciais do Instituto de Medicina Legal do Recife"

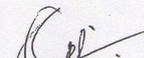
Pesquisador Responsável: Marcella de Brito Abath

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 27 de fevereiro de 2008.

pesquisa (31/01/2009).

Atenciosamente


FIM. OBRIGADO POR SEU ENTENDIMENTO
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A
Mestranda Marcella de Brito Abath
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC – CCS/UFPE

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cid. Universitária, 50670-901, Recife - PE, Tel/fax: 81 2126 8588; cepccs@ufpe.br