



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA  
CONTRA IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL  
NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

NATHALIE BARRETO SARAIVA VILAR

Fortaleza

2018

NATHALIE BARRETO SARAIVA VILAR

**ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA  
CONTRA IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL  
NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Veras Moraes Brilhante

Fortaleza

2018

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

---

Vilar, Nathalie Barreto Saraiva .  
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS CONTRA IDOSOS EM  
FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS / Nathalie  
Barreto Saraiva Vilar. - 2018  
85 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade de  
Fortaleza. Programa de Mestrado Em Saúde Coletiva, Fortaleza,  
2018.

Orientação: Aline Veras Moraes Brilhante.  
Coorientação: Rosa Lúvia Freitas de Almeida.

1. Violência. 2. Maus-tratos. 3. Notificação Compulsória.  
I. Brilhante, Aline Veras Moraes. II. Almeida, Rosa Lúvia  
Freitas de. III. Título.

---

NATHALIE BARRETO SARAIVA VILAR

**ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA  
CONTRA IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL  
NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde  
Núcleo temático: Promoção da Saúde

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Veras Morais Brilhante  
Orientador(a) - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Lívia Freitas de Almeida  
Co-Orientador(a) - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maxmiria Holanda Batista  
Membro efetivo - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vieira de Lima Saintrain  
Membro efetivo - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

À Deus, que sempre me proporciona muito mais do que posso sonhar ou imaginar. A minha avó (in memoriam), Raimunda Barreto, que por amor a ela, me inspirou a estudar sobre a temática de gerontologia.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me abençoou em todos os meus caminhos, supriu todas as minhas necessidades, e nunca me desamparou nos momentos felizes e tristes da minha vida.

À minha professora e orientadora Aline Veras, que no seu exemplo de professora, orientadora, profissional e pessoa, sempre esteve disposta a me ensinar com paciência, amor, dedicação, atenção, disponibilidade e inspiração à pesquisa.

À minha co-orientadora e professora Rosa Lúvia, pelas contribuições e ensino realizados neste estudo.

Aos professores Geraldo e Maria Vieira por todas as contribuições feitas durante a qualificação e defesa desta dissertação.

Ao professor Antonio e Zilda, da equipe de vigilância epidemiológica de Fortaleza, onde foram realizadas as coletas, pelo acolhimento, gentileza, solicitude e apoio da pesquisa.

À professora Maria Zélia pelo seu carinho sempre permanente e apoio ao me ajudar a ficar na sala de estudo no turno da noite.

À Universidade de Fortaleza por todo apoio ao longo dessa jornada, dando ênfase à equipe da biblioteca que sempre contribuiu para as minhas pesquisas.

Ao Widson, que sempre, com presteza e simpatia, me ajudou no programa de Saúde Coletiva`

Ao Helder, que sempre torceu por mim, me apoiou e que foi o primeiro a me incentivar a cursar o mestrado, quando eu nunca idealizei conquistar esse título.

À amiga Natalia, que mesmo de longe fisicamente se fez presente em todos os momentos da minha vida, que sempre me aconselhou e torceu pela minha felicidade.

Á tia, Maria Lurdemar, que sempre me ouviu com paciência, me aconselhou e orou por mim quando eu mais precisei.

A todos os colegas do mestrado, que me propuseram muitos momentos de alegria, tornado essa trajetória leve e divertida e incentivo nos dias em que me encontrava cansada fisicamente e mentalmente.

À amiga Janayne que esteve comigo do começo ao fim do mestrado, realizando trabalhos e me ajudou quando eu sempre precisei.

À amiga Herika, que sempre esteve disposta a me ajudar e tirar todas minhas dúvidas a respeito dos diversos tipos de pesquisa.

À amiga Maria Luiza, que me ensinou na leitura dos resultados.

À amiga Mariza, que me incentivou bastante na reta final do mestrado e me ajudou no processo de apresentação da dissertação.

À minha família, pai, mãe, Alan, Felipe, Rafaella e Rafaela e avô por incentivar sempre o meu crescimento pessoal e profissional, pelo ombro amigo e amor. Às minhas sobrinhas, Sarah e Isabela que com os corações puros, me proporcionam momentos de alegria e amor.

À FUNCAP pelo incentivo ao ensino e pesquisa.

## RESUMO

**Introdução:** Devido ao rápido envelhecimento mundial, o abuso de idosos se torna um problema de saúde pública preminente na sociedade. **Objetivo:** Analisar as notificações de violência contra o Idoso em Fortaleza nos últimos 10 anos. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e retrospectivo com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - versão Net (Sinan Net) abrangendo as notificações de violência na população de idosos (> 60 anos), na cidade de Fortaleza, CE, Brasil, no período de janeiro de 2008 a maio de 2018. Compuseram o estudo 537 casos de idosos com 60 anos ou mais. Aplicou-se a análise bivariada pelos testes Qui-quadrado e a multivariada pelo modelo de regressão de Poisson, pelo programa SPSS versão 23.0. **Resultados:** Do total, 56,5% (n=301) sofriam negligência, e 30,7%, sofriam violência física. Idosos com 70 a 79 anos (40,2%), do sexo feminino (61,5%), de cor parda (61,5%), eram os mais agredidos, por perpetradores do sexo masculino (33,9%), com idade de 25 a 59 anos (41,3%), sendo em sua maioria filhos (44,9%). Quando comparamos negligência as outras violências, constatamos que idosos com 80 anos ou mais (68,8%), tinha maior risco de sofrer o abuso. Não ser desconhecido (58,7%), ser cuidador (88,5%), ser filho (77,2%), com dois ou mais envolvidos (77,9%), de ambos os sexos (85,1%), com faixa etária entre 25 a 59 anos (65,8%), sem efeito de álcool (58,6%), morar na regional VI (77,3%), apresentava maior chance de ocorrer a violência nesta mesma regional (83,3%), com recorrência do abuso (57,1%) ( $p < 0,05$ ). Na análise bivariada, com o desfecho em violência física, houve significância estatística para o idoso entre 60 a 69 anos (49,1%), não possuir algum tipo de deficiência (52%), sendo agredidos por desconhecidos (78,6%), com um envolvido (48,9%), do sexo masculino (55,5%), com idade até 24 anos (55,6%), sob efeito do álcool (60,6%), apresentando recorrência (54,2%) sendo grande parte das agressões na residência (37,85) , morar na regional II (39,5%), aumentava a chance de ocorrência do mau-trato (43,5%) ( $p < 0,05$ ). Conclusão: O estudo foi realizado em todas as regionais do município, sendo que a VI foi a mais prevalente para a negligência e a II para a violência física.

**Palavras-chave:** Violência. Maus-Tratos ao Idoso. Notificação Compulsória.



## ABSTRACT

**Introduction:** Due to rapid global aging, elder abuse becomes a prevailing public health problem in society. Objective: To evaluate the reports of violence against the Elderly in Fortaleza in the last 10 years. **Methods:** a cross-sectional, descriptive, quantitative, retrospective study using a survey of the temporal data available in SINAN (Information System for Notifiable Diseases), in the city of Fortaleza, CE, Brazil, from January 2008 to May 2018. The study comprised 537 cases of elderly individuals aged 60 years or over. The bivariate analysis was applied using the Chi-square test and the multivariate analysis using the Poisson regression model, using the SPSS software version 23.0. **Results:** Of the total, 56.5% (n = 301) were neglected, and 30.7% suffered physical violence. Older women aged between 70 and 79 years (40.2%), female (61.5%), brown (61.5%) were the most affected by male perpetrators (33.9%), aged between 25 and 59 years (41.3%), being mostly children (44.9%). When we compared negligence to other violence, we found that elderly people who were 80 years of age or older (68.8%), had greater laughter to suffer abuse not to be unknown (58.7%), to be caring (88.5%), to be a child (77.2%), with two or more participants (77.9%), both genders (85.1%), aged between 25 and 59 years (65.8%), with no alcohol effect ( 58.6%), living in the regional VI (77.3%), had a greater chance of violence in the same region (83.3%), with recurrence of abuse (57.1%) (p <0.05 ). In the bivariate analysis, with the outcome in physical violence, there was statistical significance for the elderly between 60 and 69 years (49.1%), did not have some type of disability (52%) and were assaulted by unknowns (78.6%), (55.6%), under the effect of alcohol (60.6%), presenting a recurrence (54.2%), male (55.5%), (37.5%), which increased the chance of maltreatment (43.5%) (p <0.05). **Conclusion:** Despite underreporting, elderly people have a higher prevalence of neglect and physical violence in the studied region.

**Keywords:** Violence. Elder Abuse. Mandatory Reporting.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3 ARTIGO 1 .....</b>	<b>17</b>
<b>4 ARTIGO 2.....</b>	<b>38</b>
<b>5 ARTIGO 3.....</b>	<b>57</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 1 – FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO .....</b>	<b>82</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, e no Brasil tem ocorrido de forma acelerada. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos e recentemente vem crescendo de forma acentuada nos países em desenvolvimento (WARMLING; LINDNER; COELHO, 2017).

Atualmente, residem no Brasil mais de 26 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde a 13% da população do país. Para lidar com esta população crescente, o Brasil modernizou sua legislação e seus planos nacionais, de forma a incorporar as disposições previstas no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, proposto no encontro em Madri de 2002, o qual busca assegurar que a estrutura institucional do país aborde, a partir de uma perspectiva baseada em direitos humanos, as necessidades dos cidadãos idosos (BROWNELL, 2016).

O Brasil também foi um dos primeiros países a assinar a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos de Idosos, de 2015 (BROWNELL, 2016).

Embora passível de análise e de aperfeiçoamento, a criação do Estatuto do Idoso foi uma das mais importantes conquistas desse grupo, tendo a finalidade de assegurar os direitos às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, dever não apenas do Estado, mas, também, da sociedade e da família (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

No Brasil, dada a importância da temática, houve um avanço na implementação de políticas públicas de combate à violência contra as pessoas idosas. Tal progresso teve início a partir da promulgação do Estatuto do Idoso, que tornou obrigatória a comunicação de suspeita ou confirmação de todas as formas de violência pelos profissionais de saúde e do Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

O Estatuto do idoso prescreve que “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso (BRASIL,2003). Em consonância com o referido Estatuto e com a Constituição de 1988, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em seu artigo 19, determina que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão

obrigatoriamente notificados pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2006a). O Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, em seu anexo 13, traz um instrumento para a avaliação da presença de violência e maus tratos contra a pessoa idosa (BRASIL, 2006b). Deste modo, as políticas públicas de saúde que orientam a assistência à população idosa, têm um papel importante na identificação, gestão e prevenção da ocorrência de abuso de idosos (SANTOS et al., 2013).

Apesar da elaboração de leis que garantem a defesa da dignidade e do bem-estar na velhice, muitos esforços ainda precisarão ser desenvolvidos contra a violência à pessoa idosa, tendo em vista que, na maioria dos casos, o agressor é um familiar que se configura como a única pessoa que pode desempenhar o papel de cuidador, sendo angustiante e preocupante para o idoso denunciá-lo, bem como para os demais membros familiares, que não querem/podem se responsabilizar pelo idoso (OLIVEIRA et al, 2013).

É obrigatório que os serviços de saúde públicos e privados notifiquem os casos de violência suspeita ou confirmada cometida contra os idosos às autoridades de saúde e também aos seguintes serviços: a polícia; o Ministério Público; o Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso (SALES et al, 2014).

A descrição das características dos casos de violências e acidentes que aconteciam no Brasil, limitava-se às informações fornecidas pelos Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO) e pesquisas específicas. Diante dessa realidade, com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), em 2006, o Ministério da Saúde ampliou o número de variáveis contempladas no monitoramento desses eventos que atingem pessoas em todos os ciclos de vida. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde. A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. A notificação deve ser preenchida em duas vias: uma fica na unidade notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) para

digitação e consolidação dos dados. No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do ECA (VIVA, 2016).

O uso de dados coletados pelos sistemas de informação brasileiros por meio da análise da situação de saúde e do impacto das intervenções tem aumentado nos últimos anos. A implantação do Sistema de Informação sobre Violência e Vigilância de Acidentes permite a produção de informações para o diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação de ações de combate à violência e acidentes (GUIMARÃES et al, 2018).

É reconhecido que o fenômeno da violência comporta diversos atos cometidos em variados espaços e contextos sociais, sendo perpetrados por diferentes agressores, pelo que a recolha de informação por múltiplas entidades, com objetivos e ações diferenciadas, constitui-se numa estratégia para potencializar a obtenção de um retrato mais amplo da diversidade de tipologias da violência e de perfis de vítimas e agressores (GIL et al, 2015).

O abuso de idosos é o produto de múltiplos níveis de influência no comportamento; assim, resulta da interação de fatores pessoais, relacionais, culturais e ambientais; e, como tal, nenhuma dimensão única pode explicar em profundidade este fenômeno sensível e complexo (MELCHIORRE, 2016).

Entre as várias definições conceituais da violência contra as pessoas idosas, uma das mais comuns é a proposta pela OMS: *“um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha”*. Outras definições são preconizadas pelos organismos internacionais, apresentando, contudo, três pressupostos comuns: (a) a existência de um ato ou conduta, que pode ser de natureza distinta (física, psicológica, financeira, sexual, entre outras); (b) que ocorre numa relação interpessoal de confiança; e (c) que provoca uma consequência traduzida num dano físico e/ou mental (GIL et al, 2015).

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno complexo e de difícil captação. As investigações sobre a temática se expandiram no cenário internacional a partir da última década e, atualmente, têm se apresentado mais avançadas e metodologicamente mais rigorosas, contribuindo com subsídios para o enfrentamento do problema. Em geral, no contexto da população idosa, os estudos abordam os tipos de abuso, fatores de risco e notificações, bem como a violência relacionada ao ambiente

doméstico e institucional e a abordagem da mesma pelos profissionais de saúde. (CASTRO, RISSARDO, CARREIRA, 2018).

Vale ressaltar que a violência contra o idoso geralmente só é verificada quando uma queixa é feita e verificada por meio de exames que avaliam, de forma exagerada, apenas sinais e indicações de maus-tratos físicos. Fatores que sugerem evidências de violência de outros tipos, como aspectos psicológicos ou financeiros e / ou negligência e auto-negligência, não são considerados. (MAIA, MAIA, 2016).

A escassez de informações sobre esses casos deve ser observada. Isto é principalmente como resultado da relutância dos idosos em relatar abuso e agressão, por causa do constrangimento e medo da repressão dos cuidadores, que geralmente são os próprios agressores. (MINAYO, 2003).

Apesar do interesse nas áreas de gerontologia, psicologia, saúde coletiva dentre outras áreas, sobre o estudo de violência contra idosos, existe uma escassez de pesquisas realizadas no Brasil. Na busca de artigos científicos relacionados a esse tema, foi encontrado somente um estudo de violência contra idoso em Fortaleza, pelas denúncias oriundas do Alô Idoso, artigo este publicado em 2009.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu pela necessidade em compreender as características relacionadas de violência contra o idoso netes município. Assim, pretende-se investigar a tipologia, as características sociodemográficas do idoso violentado e características dos agressores.

Neste contexto, esse estudo objetiva analisar as notificações de violência contra o Idoso nos últimos 10 anos em Fortaleza- Ceará. Como objetivos específicos, esse estudo pretende: Descrever o perfil da pessoa idosa em situação de violência no município de Fortaleza, Ceará, Brasil; identificar as tipologias da violência contra a pessoa idosa mais frequentes; caracterizar as tipologias da violência contra a pessoa idosa mais frequentes e analisar as tipologias da violência contra a pessoa idosa mais frequentes comparativamente às demais violências segundo perfil da vítima, características dos agressores e local da agressão.

A fim de atingir os objetivos propostos, organizamos os resultados desta pesquisa em 3 artigos. O primeiro artigo, intitulado “O perfil epidemiológico dos idosos em situação de vilência no Municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil de 2008 a 2018 busca atingir os dois primeiros objetivos específicos.

Este trabalho torna-se relevante, pois poderá contribuir para o enriquecimento do campo de análise da violência contra o idoso e assim gerar um maior conhecimento dos profissionais da saúde e sociedade. Almeja-se colaborar também no esclarecimento dos maus tratos, enriquecimento dos dados epidemiológicos e auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

2.1.1. Analisar as notificações de violência contra o Idoso nos últimos 10 anos no município Fortaleza- Ceará

### **2.2 Objetivos Específicos**

- 2.2.1. Descrever o perfil epidemiológico da pessoa idosa em situação de violência no município de Fortaleza, Ceará, Brasil
- 2.2.2. Identificar as tipologias da violência contra a pessoa idosa mais frequentes
- 2.2.3. Caracterizar as tipologias da violência contra a pessoa idosa mais frequentes
- 2.3.4. Analisar as tipologias da violência contra a pessoa idosa mais frequentes comparativamente às demais violências segundo perfil da vítima, características dos agressores e local da agressão



### 3 ARTIGO 1

## O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL DE 2008 A 2018

*The epidemiological profile of elderly violented people in Fortaleza - Ceará*

### **Nathalie Barreto Saraiva Vilar**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)  
- Fortaleza (CE) - Brasil

### **Aline Veras Morais Brilhante**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)  
- Fortaleza (CE) - Brasil

### **RESUMO**

**Introdução:** Em virtude do crescimento populacional de idosos mundialmente, cresce em conjunto os casos relacionados de violência contra o idoso. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico do idoso violentado em Fortaleza. **Métodos:** Estudo exploratório e descritivo, transversal, retrospectivo, utilizando dados secundários produzidos pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), na cidade de Fortaleza, CE, Brasil, entre janeiro de 2008 a maio de 2018. Aplicou-se a análise de dados pelo programa SPSS versão 23.0 e planilha de Excel 2018 para a tabulação de dados referentes as variáveis qualitativas e quantitativas. **Resultados:** Foram avaliados 537 casos de notificações contra idosos, de um total de 9805 casos de notificação compulsória nos serviços de saúde, cuja a prevalência foi de 5.2% de casos de violência contra idosos no período estudado. Do total, 56.1% dos idosos sofriam negligências, os idosos mais afetados no estudo foram os de 70 a 79 anos (40,2%), do sexo feminino (50,8%), dos informados 32,2% não possuía deficiência, a regional VI foi a mais prevalente de residência (30,4%) e ocorrência (27,9%) dos idosos acometidos, com agressor do sexo masculino (33,9%), sem efeito do álcool (30,5%), possuindo o filho como agressor mais prevalente (44,9%). **Conclusão:** Apesar das subnotificações no período analisado, constatou-se elevado percentual de negligência e violência física, na pessoa idosa, da faixa etária de 70 a 79 anos, de cor parda, com ensino fundamental e que não apresentava deficiência. Os agressores estão entre os familiares da vítima, sendo na sua maioria os

filhos. Também observou-se uma incidência maior de agressores do sexo masculino, com idade entre 25 a 59 anos.

**Descritores:** Violência. Maus-Tratos ao Idoso. Notificação Compulsória.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Due to the population growth of the elderly worldwide, the related cases of violence against the elderly are growing together. **Objective:** To analyze the epidemiological profile of the elderly in Fortaleza. **Methods:** An exploratory and descriptive, cross-sectional, retrospective study using secondary data produced by the SINAN (Information System for Notifiable Diseases) in the city of Fortaleza, CE, Brazil, between January 2008 and May 2018. A total of 537 notifications that used compulsory motivation in health services. Data analysis was applied by SPSS software version 23.0 and Excel 2018 worksheet for the tabulation of qualitative and quantitative variables. **Results:** Of the total, 56.1% of the elderly were neglected, the elderly people most affected in the study were those aged between 70 and 79 years (40.2%), female (50.8%), 32.2% (30.4%) and occurrence (27.9%) of the affected elderly, with a male aggressor (33.9%), with no alcohol effect (30.5%), with the child as the most prevalent aggressor (44.9%). **Conclusion:** Despite the underreporting in the analyzed period, there was a high percentage of negligence and physical violence in the elderly woman, aged 70 to 79 years, of brown color, with elementary education who did not present deficiency. The perpetrators are among the family members of the victim, most of whom are children. There was also a higher incidence of male aggressors aged 25-59 years.

**Keywords:** Violence. Elder Abuse. Mandatory Reporting

## INTRODUÇÃO

A população idosa está crescendo a cada ano e em todo o mundo, este fenômeno está associado principalmente à queda da fertilidade, que contribuiu, sobretudo, os países desenvolvidos. Atualmente, o Brasil tem mais de 14,5 milhões de idosos e 2025 esse número deve dobrar para 30 milhões (OLIVEIRA et al, 2018).

E juntamente com o crescimento populacional de idosos, a violência permeia, de maneira expressiva, as relações interpessoais e as relações entre os grupos. Como um fenômeno social e sistêmico que é subjetivo e desencadeia contradições sociais, a violência precisa ser entendida tanto em sua expressão quanto em termos do impacto sobre os afetados por ela (MAIA, MAIA, 2016).

Costuma-se distinguir a violência contra o idoso em cinco categorias. Violência física consiste no uso da força física com a intenção seja causar dor ou lesão; violência psicológica inclui ações verbais ou não verbais que geram angústia ou dor de ordem emocional; abuso sexual envolve qualquer tipo de atividade sexual não consensual; abuso financeiro refere-se à exploração ou apropriação indevida de bens de uma pessoa idosa para ganhos pessoais ou monetários; negligência e abandono, formas mais comuns de abuso, relacionam-se à falha, intencional ou não, por parte do cuidador designado, quanto à responsabilidade assumida pelo atendimento às necessidades de saúde física e mental de um idoso (CASTRO, RISSARDO, CARREIRA, 2018).

O abuso de idosos é uma violação dos direitos humanos e uma das principais causas de lesões físicas ou mentais, resultando em hospitalizações, morbidades, deficiências, depressão, perda de produtividade, isolamento e desespero nessa população (LOPES et al, 2018).

A violência configura-se como um problema de saúde pública no Brasil, pois representa um grande impacto nos sistemas de saúde e previdenciário, bem como no setor de segurança pública, incidindo de maneira negativa na qualidade de vida das pessoas. (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Para avançar a pesquisa existente, nos dedicamos a realizar um estudo sobre violência contra o Idoso em Fortaleza- Ceará, com dois objetivos: avaliar a prevalência do abuso de idosos e investigar perfil sociodemográfico das vítimas e perpetradores deste ato.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, transversal, retrospectivo, utilizando um levantamento de dados secundários produzidos pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

As informações contidas neste banco são oriundas dos serviços de saúde, que de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade.

O critério de inclusão na pesquisa foram todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, de janeiro de 2008 a maio de 2018 que foram notificados pelas unidades assistenciais de saúde pela Ficha Individual de Notificação (FIN) quando há suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal.

Este instrumento é encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que são repassados semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

As variáveis utilizadas neste artigo foram:

Tipologia da violência	Características dos idosos	Características do sofrida por idosos	Características do agressor
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos</li> <li>• Número de violências simultâneas</li> <li>• Ano da notificação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Gênero</li> <li>• Raça</li> <li>• Escolaridade</li> <li>• Se possui algum tipo de deficiência</li> <li>• Tipo de deficiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de ocorrência</li> <li>• Regional da residência e ocorrência</li> <li>• Meio de agressão</li> <li>• Número de envolvidos</li> <li>• Suspeita uso de álcool</li> <li>• Ocorreu outras vezes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Faixa etária</li> <li>• Vínculo/ Grau de parentesco</li> </ul>

Para a análise de dados foi utilizado o software “Statistical Package for Social Science” SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) e planilha de Excel 2018 para

formatação dos resultados. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como, média, desvio padrão, mínimo e máximo para quantitativas.

Como se tratou de um estudo documental retrospectivo, não houve contato com nenhum idoso diretamente – o que justificou a não apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Ao todo, foram notificados 9805 casos de violência ao SINAN entre 2008 a maio de 2018. Desse total, 537 casos ocorreram entre pessoas com 60 anos ou mais, representando uma prevalência de abuso de idosos de 5,2% no município durante o período analisado.

A tabela 1 demonstra-se que os tipos de violência mais denunciados foram os de negligência, apresentando 56,1% das denúncias, seguido de física (30,7%) e psicológica (25,1%)

Verificamos que em 68,2% dos casos, somente uma violência é notificada, sendo encontrada em 22,7%, dois tipos de violência simultâneas e em 6,9%, três tipos de violência conjuntamente. Observamos que a média do número de violências simultâneas foi de 1,4, variando  $\pm 0,7$ .

Tabela 1. Tipologia da violência sofrida por idosos no município de Fortaleza – CE de 2008 a 2018.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Tipologia da violência</b>		
Negligência	301	56,1
Física	165	30,7
Psicológica	135	25,1
Financeira	74	13,8
Tortura	10	1,9
Sexual	7	1,3
Legal	4	0,7
Outras	38	7,1
<b>Número de violências simultâneas</b>		
1	366	68,2
2	122	22,7

3	37	6,9
4	10	1,9
5	2	0,4

Fonte: SINAN, 2018

Através da tabela 2, certificamos que em 36,5% das notificações a ocorrência da violência mais frequente foi o de negligência, seguida pelo mau-trato físico (14,2%) e em 8,4% das ocorrências, ocorreram violência física e psicológica simultaneamente.

Tabela 2. Tipo de violência simultânea por idosos no município de Fortaleza – CE de 2008 a 2018.

<b>Tipo de violência</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Negligência	196	36,5
Física	76	14,2
Física, psicológica	45	8,4
Financeira, negligência	32	6,0
Psicológica, negligência	23	4,3
Psicológica, financeira, negligência	17	3,2
Psicológica	15	2,8
Física, psicológica, negligência	9	1,7
Física, negligência	8	1,5
Física, psicológica, financeira, negligência	7	1,3
Física, psicológica, financeira	5	0,9
Psicológica, financeira	5	0,9
Física, psicológica, tortura	3	0,6
Física, sexual	3	0,6
Financeira	2	0,4
Física, financeira, negligência	2	0,4
Física, tortura	2	0,4
Negligência, legal	2	0,4
Física, financeira	1	0,2
Física, psicológica, sexual	1	0,2
Física, psicológica, tortura, financeira, negligência	1	0,2
Física, psicológica, tortura, negligência	1	0,2
Física, psicológica, tortura, sexual	1	0,2
Legal	1	0,2
Psicológica, tortura, financeira, negligência	1	0,2
Psicológica, tortura, financeira, negligência, legal	1	0,2

Sexual	1	0,2
Sexual, negligência	1	0,2
Outra	75	14,0
Total	537	100,0

Fonte: SINAN, 2018

Dos idosos avaliados constatou-se que a idade variou de 60 a 104 anos, com média de 74,8, variando  $\pm 8,9$  anos, através da tabela 3, constata-se que o grupo mais atingido, em relação à faixa etária encontra-se entre 70 e 79 anos de idade. No que tange ao gênero, o sexo feminino foi o mais notificado, representando 50,8 %. A raça mais notificada foi a parda, representando 61,5%.

Dentre os 10 anos analisados, de 2008 a 2018, o ano que ocorreu maior número de notificações foi o de 2015, com 129 ocorridos de maus-tratos ao idosos, seguido do ano de 2016, apresentando 127 queixas.

Na escolaridade, a maior parte dos casos notificados foram ignorados (74,7%), sendo que dentre os notificados, o ensino fundamental apresentou maior porcentagem (16,4%)

A maior parte dos idosos não possuíam deficiência (32,2%), mas os que apresentavam ( $n = 60$ ), tinham o transtorno mental como o mais frequente (35%).

Tabela 3 Características sociodemográficos de idosos

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	167	31,1
70 a 79 anos	216	40,2
80 ou mais anos	154	28,7
<b>Ano da notificação</b>		
2008	2	0,4
2009	9	1,7
2010	7	1,3
2011	4	0,7
2012	21	3,9
2013	15	2,8
2014	80	14,9
2015	129	24,0
2016	127	23,6
2017	109	20,3
2018	34	6,3
<b>Sexo</b>		

Feminino	273	50,8
Masculino	264	49,2
<b>Cor/raça</b>		
Parda	330	61,5
Branca	85	15,8
Preta	34	6,3
Amarela	2	0,4
Indígena	2	0,4
Ignorado	84	15,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	31	5,8
Ensino fundamental	88	16,4
Ensino médio	14	2,6
Educação superior	3	0,6
Ignorado	401	74,7
<b>Possui algum tipo de deficiência</b>		
Sim	60	11,2
Não	173	32,2
Ignorado	304	56,6
<b>Tipo de deficiência (n = 60)</b>		
Transtorno mental	21	35,0
Deficiência mental	10	16,7
Deficiência auditiva	8	13,3
Deficiência visual	7	11,7
Transtorno comportamental	3	5,0
Outras	7	11,7

---

Fonte: SINAN, 2018

Na figura 1, podemos observar a evolução temporal dos registros de violência contra idosos em Fortaleza. Que apesar das subnotificações existe um crescimento exponencial ao longo dos anos. Os casos aumentaram no período estudado, chegando a 129 casos em 2015. Fazemos menção que houve poucos registros em 2018, pois a coleta de dados se realizou até abril deste ano.



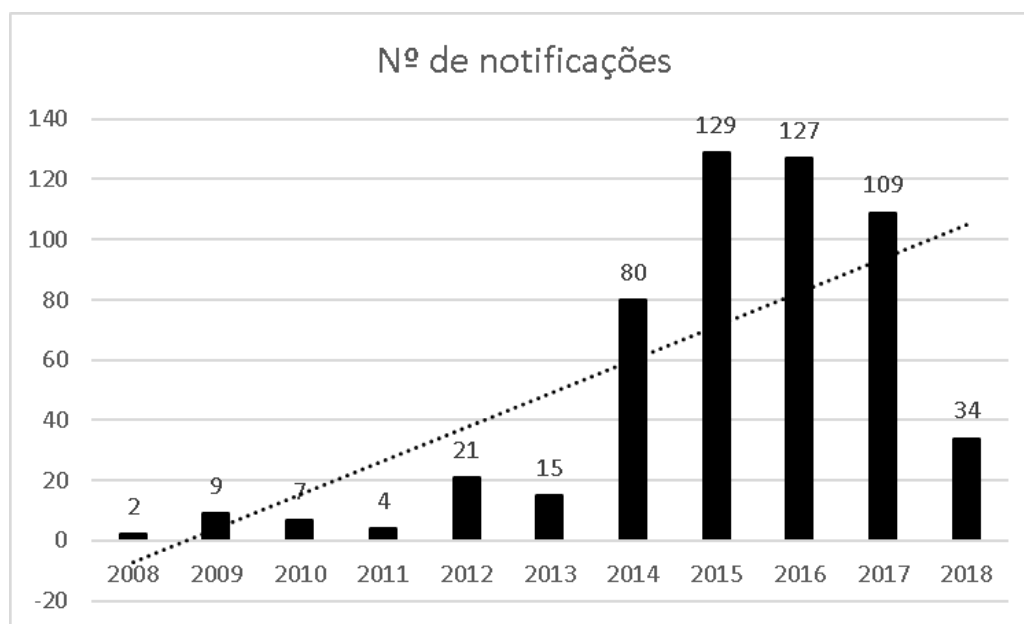


Figura 1 - Distribuição temporal dos registros de violência contra idosos em Fortaleza de 2008 a 2018.

O local de ocorrência em que os idosos eram mais violentados eram em suas residências (55.3%), tendo a força corporal/ espancamento como o meio de agressão mais frequente (18.2%), possuindo somente um (43%) como número de envolvido no caso, não apresentando suspeita de ingestão de álcool (30,5%) e em 28,7 % a violência ocorreu outras vezes.

A regional VI, foi a região de Fortaleza que houve mais ocorrência de violência (27,9%) e mesma regional que os idosos residiam (30,4%)

Tabela 4. Características da violência sofrida por idosos.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	297	55,3
Unidade de saúde	96	17,9
Via pública	29	5,4
Habitação coletiva	9	1,7
Outro	9	1,7
Ignorado	97	18,1
<b>Regional de residência</b>		
I	76	14,2
II	38	7,1
III	30	5,6
IV	32	6,0

V	88	16,4
VI	163	30,4
Ignorado	110	20,5
<b>Regional de ocorrência</b>		
I	44	8,2
II	23	4,3
III	27	5,0
IV	22	4,1
V	61	11,4
VI	150	27,9
Ignorado	210	39,1
<b>Meio de agressão</b>		
Força corporal/ espancamento	98	18,2
Ameaça	34	6,3
Envenenamento	33	6,1
Arma de fogo	17	3,2
Obj. perfuro-cortante	13	2,4
Objeto contundente	9	1,7
Enforcamento	6	1,1
Substância / Obj. quente	5	0,9
Outros	71	13,2
<b>Número de envolvidos</b>		
Um	231	43,0
Dois ou mais	163	30,4
Ignorado	143	26,6
<b>Suspeita de uso de álcool</b>		
Sim	71	13,2
Não	164	30,5
Ignorado	302	56,2
<b>Ocorreu outras vezes</b>		
Sim	154	28,7
Não	107	19,9
Ignorado	276	51,4

Fonte: SINAN, 2018

No que se relaciona as características envolvendo o agressor, podemos constatar através da tabela 5, uma maior frequência no sexo masculino (33.9%), com faixa etária de 25 a 59 anos (41.3%), possuindo o filho (44,9%) na maior proporção dos casos.

Tabela 5. Características do agressor de idosos.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
-----------	----------------	-----------------

<b>Sexo do agressor</b>		
Masculino	182	33,9
Feminino	110	20,5
Ambos os sexos	87	16,2
Ignorado	158	29,4
<b>Ciclo da vida do agressor</b>		
Até 19 anos	9	1,7
20 a 24 anos	18	3,4
25 a 59 anos	222	41,3
60 anos ou mais	51	9,5
Ignorado	237	23,5
<b>Vínculo/ grau de parentesco</b>		
Filho	241	44,9
Outros familiares	56	10,4
Própria pessoa	46	8,6
Cônjuge	36	6,7
Desconhecido	28	5,2
Amigos/conhecido	28	5,2
Cuidador	26	4,8
Irmão	21	3,9
Pessoa com relação institucional	6	1,1
Ex-cônjuge	4	0,7
Pai	2	0,4
Mãe	1	0,2
Padrasto	1	0,2
Outros	5	0,9

---

Fonte: SINAN, 2018

## DISCUSSÃO

Em nossos resultados constatamos que a negligência foi o tipo de violência mais prevalente, seguida do mau-trato físico e psicológica, corroborando com dados registradas pelo disque 100, o qual recebe denúncias de violência contra idosos, e gerou 33.133 denúncias e 68.870 violações no ano de 2017. Nas denúncias de violações, 76,84% envolveu negligência, 56,47%, violência psicológica, e 42,82%, abuso financeiro e econômico.

Neste estudo, apesar de notarmos que as violências simultâneas serem pouco registradas, em relações aos atos únicos, Paiva & Tavares (2015) faz menção ao ciclo da violência, pois, em geral, antes de ocorrer a agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada.

No estudo realizado por Aguiar et al (2015) notou-se que a violência psicológica obteve maior taxa, com 40,2%, as violências físicas, seja de modo isolado ou em associação, esta representou 25,8% dos casos, ficando, portanto com a segunda maior proporção. A associação física mais a psicológica encontrada neste mesmo estudo totalizou em 14,1%.

Um estudo financiado pela OMS, baseada em dados de 52 estudos realizados em 28 países em diferentes regiões publicado na revista *The Lancet Global Health*, revelou uma taxa de prevalência combinada para abuso de idosos em geral de 15,7%; a estimativa de prevalência combinada foi de 11,6%, para abuso psicológico, 6,8%, para abuso financeiro, 4,2% por negligência, 2,6% por abuso físico e 0,9% por abuso sexual. Embora os estudos de prevalência sejam escassos nesses países, o abuso dos idosos parece afetar um em cada seis adultos idosos em todo o mundo, o equivalente a cerca de 141 milhões de pessoas. No entanto, o abuso de idosos é um problema de saúde pública global negligenciado (YON et al, 2017).

No pesquisa realizada por Gil et al (2015) a violência física e psicológica foram os tipos mais reportados, afetando 87,8% e 69,6% das pessoas estudadas, respectivamente. Quase metade das vítimas (47,5%) mencionou, também, situações de violência financeira. Ainda que em menor proporção, 7,5% referiu ter sido alvo de violência sexual e 6,5% de negligência. É importante salientar que 74,1% dos respondentes vivenciaram situações de polivitimização, revelando a dimensão considerável que a ocorrência de múltiplos tipos de violência assume no total das vítimas.

Uma pesquisa realizada na cidade de Niterói demonstrou prevalência de violência, sendo 43% de violência psicológica e 9,6% de violência física, entre outras formas de violência (BOLSONI et al, 2016).

De acordo com Ayalon et al (2016) a negligência e abuso psicológico e financeiro são os tipos mais comuns de maus-tratos a idosos.

O abuso de idosos é um problema de saúde mundial. Na Europa, a prevalência de abuso em idosos variou de 2,2% na Irlanda a 61,1% na Croácia. Na Ásia, a maior prevalência de 1 ano nesta revisão foi encontrada em idosos da China continental (36,2%) e a menor na Índia (14,0%). Apenas dois estudos realizados na África foram encontrados e a prevalência variou de 30% a 43,7% (DONG, 2015).

Os maus-tratos físicos ou violência física podem ou não estar associados a tentativas de coação ou coerção do idoso. Nestes casos, a violência física compõe frequentemente um ciclo de violência, caracterizado por ameaças anteriores. Em geral,

antes de ocorrer a agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada (DUQUE et al., 2012).

Dentre os tipos de violência, constatamos que a psicológica foi mais prevalente. Esta violência, geralmente, é o tipo que mais ocorre, aumentando a possibilidade de as demais ocorrerem, uma vez que colocam o idoso em situação de humilhação e medo, permitindo que o agressor mantenha ou cometa outros tipos de abusos (BOLSONI et al 2016).

Em nossa busca constatou-se que a idade mais afetada foi a de 70 a 79 anos (40.2%), cujo achado é corroborado por um estudo documental realizado por Iragay (2016) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observou-se que a vítima, possuía média de idade de 70 anos.

Um estudo realizado em Portugal, observou-se que uma predominância dos indivíduos dos grupos etários mais jovens, nomeadamente entre os 60 e os 69 anos (49,8%) sendo, pois, aquelas que aparentam estar mais vulneráveis face à violência psicológica, física e sexual. (GIL et al 2015). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Santos et al. (2013), no qual se verificou que a violência ocorria mais frequentemente nas pessoas com menos de 70 anos.

Contrapondo-se a estes achados, uma pesquisa realizada em vários países da União Europeia, onde observou-se que em Portugal a taxa de abuso auto-relatado é notavelmente alta, 38% dos entrevistados relataram ter sofrido abuso em idade mais avançada (BROWNELL, 2016).

Nos Estados Unidos, a idade mais jovem tem sido consistentemente associada ao maior risco de abuso de idosos, incluindo abuso emocional, físico, financeiro e negligência. No entanto, estudos do México e da Europa relatam que indivíduos mais velhos estão sob risco elevado (PILLEMER, 2016).

No estudo realizado por Gil et al (2015) levou-se a seguinte questão: se a idade não será uma variável mediadora da deterioração e da fragilidade física. A vítima oriunda de grupos relativamente jovens, serão as pessoas idosas e sem incapacidade que recorrerão mais aos serviços a fim de denunciarem a vitimização a que estão sujeitas, enquanto aquelas com maiores dificuldades físicas estão impossibilitadas para fazê-lo? Essas foram explicações plausíveis encontradas pelos autores para a maior dificuldade de reportar os atos de violência que as pessoas em idade avançada e em situação de maior fragilidade física e mental podem se confrontar no cotidiano.

Observamos em nosso estudo um aumento das notificações de violência contra idosos com o passar dos anos. A constatação e aumento gradativo de denúncias e pesquisas dos casos de violência podem ser explicados, em partes, pela transformação na política de assistência ao idoso - cujo Estatuto indica que prevenir a ameaça ou violação dos seus direitos é um dever dos cidadãos brasileiros (BOLSONI et al, 2016).

Apesar de crescimento de notificações de violência contra idosos durante os últimos 10 anos, pouco sabemos da realidade da violência, como o abuso que ocorre principalmente no ambiente domiciliar (DANTAS, OLIVEIRA, SILVEIRA, 2017).

A falta de informação sobre agressores e abusados é problemática e é em grande parte causada pelo fato de que os idosos muitas vezes não relatam os abusos e agressões sofridos, devido ao constrangimento e medo de repressão por parte de seus cuidadores, que muitas vezes são os agressores (GUIMARÃES et al, 2018).

As porcentagens de abuso de idosos variam dependendo do uso de informantes. Estudos sugerem que as taxas de abusos são extremamente baixas implicando que os observadores provavelmente capturam apenas abuso mais grave que deixa para trás sintomas observáveis (FANG, YAN, 2017).

Em muitos casos, a subnotificação e a falta de monitoramento e orientação dificultam a obtenção de um registro contínuo, padronizado e adequado de violência (GUIMARÃES et al, 2018). Além de que, usar a mesma medida, o ponto de corte para o abuso definitivo de idosos difere grandemente entre os estudos, levando a uma grande variação nas estimativas de prevalência (DONG, 2015).

O abuso de idosos é uma condição comum, fatal e dispendiosa, ainda que pouco estudada. Estima-se que 10% dos adultos idosos dos Estados Unidos tenham sofrido alguma forma de abuso de idosos, mas apenas uma fração é relatada (DONG et al, 2015).

Neste contexto, os profissionais de saúde estão entre os grupos mais importantes para identificar e relatar abuso de idosos, entretanto poucos casos são relatados (MYSYUK; WESTENDORP; LINDENBERG, 2016).

Observamos que o gênero mais acometido é o feminino (50,8%) dados confirmados por outros estudos na temática. Na revisão realizada por Guimarães et al (2018) a maioria era do sexo feminino (64%) corroborando com um estudo documental realizado por Iragay (2016) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observou-se que a vítima, na maioria das vezes, é mulher (78,9%). Dados de um estudo descritivo, que analisou 3.593 notificações de violência contra idosos brasileiros, revelaram que 52,3% das notificações eram referentes ao sexo feminino (MASCARENHAS et al., 2012).

Vários estudos internacionais sobre abuso de idosos indicam que as mulheres são mais frequentemente vítimas do que os homens. Por exemplo, um estudo realizado no Reino Unido sobre maus-tratos relatou que 3,8% das mulheres e 1,1% dos homens foram vítimas. Na Irlanda, as mulheres (2,4%) eram mais propensas do que os homens (1,9%) a relatar experiências de maus tratos nos últimos 12 meses (MELCHIORRE et al, 2016).

Psquisas internacionais, incluindo relatórios de Portugal, Índia, Irlanda, Israel e México, indicam que as mulheres são mais propensas que os homens a sofrer abuso de idosos; especificamente, emocional e abuso financeiro. No entanto, um estudo recente realizado em Seul, Coréia descobriu que os homens eram mais propensos a sofrer abuso emocional e financeiro (PILLEMER et al, 2016).

Verifica-se maior vulnerabilidade da mulher idosa à violência, em especial, aquelas que já sofriam violência doméstica em idade adulta. Esse dado, de algum modo, relaciona-se à violência de gênero, que revela uma cultura de discriminação contra a mulher. Apesar da maior expectativa de vida representar maior risco de incapacidade e, por sua vez, de violência para as mulheres, o fato de a idosa ter sido agredida quando jovem parece exercer maior influência na ocorrência de maus-tratos. (OLIVEIRA et al, 2018).

No que tange a raça, observamos que a raça parda foi a mais informada (61,5%), contrapondo-se ao estudo realizado por Pinto, Barham, Albuquerque (2013), verificou-se que havia mais pessoas sofrendo violência do grupo negro e menos do grupo pardo.

Nos Estados Unidos e Canadá estudos sugerem que grupos raciais / étnicos específicos têm tendências de risco divergentes em relação aos diferentes tipos de abuso de idosos. Em comparação com os brancos, adultos negros podem estar em maior risco de abuso financeiro e abuso psicológico e adultos idosos indígenas demonstraram maior risco de violência física e sexual. Enquanto os idosos pardos mostraram menor risco de abuso emocional, abuso financeiro e negligência (PILLEMER, 2016).

Quanto à escolaridade, observamos que uma porcentagem alta dos casos notificados eram ignorados (74,7%,) mas os idosos que possuíam ensino fundamental estavam dentre os mais prevalentes dos notificados.

Em um estudo documental realizado por Iragay et al (2016) as vítimas possuíam baixa escolaridade, no entanto um estudo realizado por Blay et al (2017), não demonstrou que uma baixa escolaridade está associada a um risco maior de maus-tratos. Neste sentido, Bolsoni et al (2016) enfatizaram que idosos que se encontram com ensino superior completo sofreram menos violência em comparação com os menos escolarizados

Nesta pesquisa, no que se refere ao idoso agredido ter ou não deficiência, os achados computaram alto percentual de ignorados (56,6%). Entretanto, dos casos notificados a maior parte não apresentava deficiência. No estudo verificado por Pillemer et al (2016), constatou que um forte fator de risco é a dependência funcional ou deficiência, saúde física deficiente, comprometimento cognitivo e demência, incluindo abuso emocional e financeiro nos Estados Unidos e na China, abuso físico nos Estados Unidos e abuso agregado de idosos no México e Portugal.

Em geral, as más condições de saúde das pessoas idosas podem implicar uma maior dependência de outras pessoas, colocando-as em risco de abuso (MELCHIORRE et al, 2016). Para os autores homens e mulheres experimentam abuso e/ou negligência, especialmente quando eles mostram sinais de deficiência e tornam-se dependentes de outros para ajudar na prática de suas atividades diárias.

Dentre os 60 idosos que possuíam algum tipo de deficiência, o transtorno mental foi o mais encontrado, fato este pode ser encontrado, também, no estudo de Blay et al (2017) o qual relata que sintomas psiquiátricos, psicológicos e declínio cognitivo, parecem ser fatores de risco para abuso, sintomas psiquiátricos podem provocar ou exacerbar o abuso.

Os maus-tratos a idosos são particularmente altos entre idosos mais velhos, fisicamente ou cognitivamente vulneráveis (AYALON et al, 2016). De acordo com a análise realizado por Dong (2015), de vários fatores de risco, o comprometimento cognitivo parece estar consistentemente associado a um maior risco de abuso de idosos.

A dependência moderada a grave mostrou-se fortemente associada ao desfecho, o que pode ser explicado pelo fato da dependência na locomoção e/ou fala, tornando a pessoa mais susceptível a sofrer violência sem que o agressor seja acusado ou denunciado (BOLSONI et al, 2016).

Estudos constataram que o ambiente familiar é o principal contexto para a ocorrência de violência contra mulheres idosas, tornando-se um grave problema social e de saúde pública (RODRIGUES; ARMOND; GÓRIOS, 2015).

Em um estudo realizado por Guimarães et al, 2018, que analisou 289 notificações de violência física, foi evidenciado que os atos eram cometidos por familiares ou conhecidos e ocorreu dentro da própria residência da vítima.

A falta de visibilidade do abuso é a causa de sua subvalorização. Nenhuma queixa é expressa por várias razões, mas elas existem. Este tipo de abuso é a utilização de métodos coercitivos, violando a dignidade e autonomia na tomada de decisões e prestação



de cuidados, que em muitos casos é a causa de complicações na saúde do idoso. Ele também é manifestado pelo suprimento inadequado de medicamentos, horários perdidos ou omissão, quando as condições ambientais adequadas não são fornecidas, ou comentários indiscretos dolorosos são feitas quando a privacidade e modéstia é violado, restrições físicas às vezes imposta não tão necessário, as barreiras arquitetônicas que causam quedas não são levadas em conta (VALDÉS; LÓPEZ; GARCÍA, 2018).

A regional VI, foi a de maior ocorrência e residência que mais comunicou relatos de violência. A regional abrange 29 bairros da capital. A maioria das ocorrências de violência encontrado por Lopes et al. (2018) ocorreu na residência do idoso (60%).

Dos casos notificados, 18,2% das agressões, era por força corporal e/ou espacamento, fato este que pode ser encontrado nos achados de Gil et al (2015) dos quais as condutas mais reportadas foram “bater/agredir” como a forma de agressão mais frequentemente relatada no âmbito da violência física (89,2%) e “gritar” (78%), seguidas de “ameaçar” (48,3%), “ignorar” (47,4%) e “roubo” (46,4%).

Estudo das notificações em Sao Paulo, Guimarães et al (2018) observou que um total de 76,5% dos casos envolveu o uso de força física e 4,5% envolveu um objeto contuso.

Apesar de encontramos em nosso estudo que 30,5% dos agressores não estavam sob efeito do álcool, estudos relatam que o uso indevido de drogas ou substâncias é comum entre os autores de abuso de idosos. No estudo de Gil et al (2015) 42,3% das vítimas relataram o consumo abusivo de álcool por parte do agressor.

Problemas com álcool e drogas têm sido associados a abuso verbal e financeiro no Canadá e abuso financeiro na Irlanda e no Reino Unido (PILLEMER, 2016).

Apesar de 51,4% dos dados encontrados serem ignorados, no que se relaciona a recorrência do mau-trato, 28,7% dos idosos, relatou que sofreu violência outras vezes. Nos achados realizados por Friedman et al (2017) observou-se que entre 14% e 42% dos adultos idosos que maltratados continuam a ser maltratados e a proporção pode ser mais alta entre aqueles que foram fisicamente abusados. Indivíduos que são vitimados, uma vez, são mais propensos a serem vitimados novamente. (FRIEDMAN et al, 2017).

A vítima pode não ser capaz de denunciar abuso por causa de deficiências cognitivas ou outras, de modo que relatórios de abuso de terceiros são utilizados, criando alguma dificuldade com a acessibilidade de dados (BROWNELL, 2016).

Nossa pesquisa demonstrou que os filhos foram os agressores mais prevalentes (44,9%), fato constatado pelo estudo de Bolsoni et al (2016) o qual observou que idosos

que moram com filhos ou netos, aumentam consideravelmente a chance de sofrer violência.

Para as vítimas, é difícil compreender e aceitar que os indivíduos confiáveis, especialmente no caso de parentes, são os agressores. Essa quebra de confiança não apenas envergonha o agressor, mas também o abuso para "deixar acontecer" (MYSYUK; WESTENDORP; LINDENBERG, 2016).

As pessoas que compõem a estrutura familiar são por vezes heterogêneas, têm problemas culturais e raízes do passado. Outros das gerações mais jovens não compreendem ou toleram comportamentos e características inerentes aos idosos. O idoso ocupa um lugar junto com os demais membros da família, que interagem das mais diferentes formas (VALDÉS; LÓPEZ; GARCÍA; 2018).

O temor da retaliação ou represália, a vergonha da situação, o medo de ser internado em um asilo, e a culpa de gerar um conflito especialmente no âmbito familiar são sentimentos expressos pelos idosos. A vivência com os agressores, por sua vez, pode não só afetar a saúde do idoso, como constituir um dos grandes empecilhos para que a vítima denuncie (OLIVEIRA et al, 2018).

O processo de envelhecimento provoca alterações físicas, psicológicas e sociais, o que dificulta a adaptação da pessoa idosa ao mundo que o rodeia. Geralmente, nesta fase, aparecem doenças crônicas, deterioração e demência, de modo que a família familiar ou as funções de trabalho não podem mais ser realizadas; conseqüentemente, isso afeta a sua autonomia e os seus direitos do sujeito, o que funciona como uma forma de introduzir e justificar o abuso pelos coabitantes (VALDÉS; LÓPEZ; GARCÍA, 2018).

No estudo realizado por Lopes et al (2018) a violência foi frequentemente cometida pelos filhos ou filhas da vítima (28%), entre as razões para a proximidade do agressor está o contexto familiar, que muitas vezes é estressante e inclui a presença de cuidadores despreparados ou sobrecarregados.

Um aspecto potencializador dos conflitos intergeracionais é quando os idosos necessitam de cuidados decorrentes da idade avançada ou pelo surgimento de alguma doença, problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção ou comprometimento da capacidade funcional, gerando dificuldades e aumento na demanda de cuidado para filhos e netos (BOLSONI et al, 2016).

## CONCLUSÃO

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas na análise dos resultados, uma vez que o registro de violência em unidades de saúde não retrata toda a magnitude do problema. Apesar de ser um fenômeno crescente, ainda são encontradas dificuldades na triagem, identificação e prevenção da violência. Entre as razões para a dificuldade de triagem, decorrentes da escassez de informações e problemas no registro de queixas que criam uma subnotificação da violência, estão um grau de proximidade e / ou parentesco entre o agressor e a vítima, ou a presença de uma relação afetiva emocional, cuidadora ou financeira.

Os dados coletados neste estudo a negligência foi o tipo de violência em que mais ocorreu, possuindo somente uma violência simultânea detectada nos registros, onde se destacou o ano de 2015.

Indicou que a mulher idosa, na faixa etária de 70 a 79 anos, de cor parda, com ensino fundamental, que não apresentava algum tipo de deficiência eram as mais atingidas. Dentre os idosos que possuíam algum tipo de deficiência, o transtorno mental era o mais relatado.

O local que mais ocorria o mau trato era na residência do idoso, e a regional de Fortaleza-Ce que mais ocorreu o ato e onde ele residia, foi a regional VI. O meio de agressão mais notificado foi o de força corporal/ espancamento, com um envolvido, sem suspeita de álcool, e verificou-se que a violência ocorreu outras vezes. Os agressores estão entre os familiares da vítima, sendo na sua maioria os filhos. Também se observou uma incidência maior de agressores do sexo masculino, com idade de 25 a 59 anos.

## REFERÊNCIAS

AYALON, L.; et al. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. **Age and Ageing**. Oxford, v. 45, n. 2, p. 216–227, mar. 2016.

BOLSONI C. C.; et al. Violência contra o idoso: uma meta-síntese. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.7, n.2, p.113.-122, 2016.

BROWNELL P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. **Ciênc. saúde colet**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3323-3330, nov. 2016

CASTRO, V.C.; RISSARDO, L.K.; CARREIRA L.; Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 supl.2 Brasília 2018

DANTAS, R.B.; OLIVEIRA, G.L.; SILVEIRA, A.M.; Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. **Rev. Saúde Pública.** 51 10 Apr 2017

DONG X.Q.; Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice, **Journal of the American geriatrics society.** Volume63, Issue6.. Pages 1214-1238. June 2015

DUQUE A.M.; et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol.17, no.8, Rio de Janeiro Aug. 2012

FANG B. YAN E. Abuse of Older Persons With Cognitive and Physical Impairments: Comparing Percentages Across Informants and Operational Definitions. **Journal of Interpersonal Violence.**1–17. 2017

FRIEDMAN L.S.; et al. Physical Abuse of Elderly Adults: Victim Characteristics and Determinants of Revictimization. **JAGS VOL.** 65, NO. 7. July 2017.

GIL A.P.; et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. **Cad. Saúde Pública.** vol.31 no.6 Rio de Janeiro jun. 2015

GUIMARÃES A.P.S., GÓRIOS C., RODRIGUES C.L., ARMOND J.E., Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo, **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2018

IRIGARAY T.Q.; et al. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de psicologia.** Vol.33, no.3, Campinas, July/Sept. 2016.

LOPES E.D.S. et al. Elder abuse in Brazil: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** vol.21 no.5 Rio de Janeiro set./out. 2018

MAIA R.S.; MAIA E.M.C.; Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** vol.19, no.6, Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2016.

MASCARENHAS, M.D.M.; et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva,** 17(9):2331-2341, 2012.

MELCHIORRE M.G.; et al. Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. **PLoS One.** 11,January,19, 2016.

MYSYUK Y., GERARDUS R., WESTENDORP R.G.J., LINDENBERG J. How older persons explain why they became victims of abuse. **Age and Ageing**, v. 45, n. 5, p. 696–702, set. 2016.

OLIVEIRA A.A.V.; et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-9, jul. 2018.

OLIVEIRA K.S.M.; et al. Martins A.G.C. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Rev Gaúcha Enferm**. 39. 2018

PAIVA M.M; TAVARES D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68 n. 6, p. 1035-1041, nov./dez. 2015.

PILLEMER K.; et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**, Oxford, v. 56, n. 2, Suppl, p. S194–S205, abr. 2016.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J.; & ALBUQUERQUE, P. P.; Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1159-1181, 2013.

RODRIGUES C.L.; ARMOND J.E.; GÓRIOS C. Agressões físicas e específicas sobre as notícias da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 755-760, 2015.

SANTOS A.J.; et al. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v 72, p 53-77, 2013

VALDÉS M.A.S., LÓPEZ G.C., GARCÍA M.V. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. **Medisur**, Cienfuegos, v. 16, n. 2, p. 233-240, mar./abr. 2018

YON Y.; et al. Prevalência de abuso de idosos em ambientes comunitários: uma revisão sistemática e meta-análise. **Lancet Glob Health**. ; 5: e147-56. 2017

#### 4 ARTIGO 2

### ANALISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE NEGLIGÊNCIA CONTRA IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL DE 2008 A 2018

**Nathalie Barreto Saraiva Vilar**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)  
- Fortaleza (CE) - Brasil

**Aline Veras Morais Brilhante**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)  
- Fortaleza (CE) – Brasil

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar as características da vítima e do perpetrador associada a negligência em idosos através das notificações em serviços de Saúde em Fortaleza- Ceará. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, utilizando um documento análise dos dados temporais disponíveis no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), através da FIN (Ficha Individual de Notificação), dos últimos 10 anos. A amostra constituiu-se sobre 537 denúncias de violência contra idosos. Utilizou-se análise bivariada e multivariada tendo como desfecho a negligência, pelo programa SPSS versão 23.0 **Resultados:** Constatou-se que idosos com 80 anos ou mais (68,8%), tinha maior risco de sofrer o abuso por um filho (77,2%), ser cuidador (88,5%), não ser desconhecido (58,7%), com dois ou mais envolvidos (77,9%), de ambos os sexos (85,1%), com faixa etária entre 25 a 59 anos (65,8%), sem efeito de álcool (58,6%), morar na regional VI (77,3%), apresentava maior chance de ocorrer a violência nesta mesma regional (83,3%), com recorrência do abuso (57,1%) ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Idosos com 80 anos ou mais, sofrerem risco maior de sofrer negligência por filhos, com dois ou mais envolvidos.

**Descritores:** Violência. Maus-Tratos ao Idoso. Notificação Compulsória. Negligência.

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the characteristics of the victim and the perpetrator associated with neglect in the elderly through notifications in Health services in Fortaleza, Ceará.

**Methods:** This is a quantitative, descriptive and exploratory research, using a document analysis of the temporal data available in SINAN (System of Information of Notification Aggravations), through FIN (Individual Notification Form), of the last 10 years. The sample consisted of 537 reports of violence against the elderly. The SPSS program version 23.0 was used as a bivariate and multivariate analysis. **Results:** It was found that the elderly with 80 years old or more (68.8%) had greater likelihood to suffer abuse for a child (77, 2%), being carers (88.5%), not being unknown (58.7%), with two or more involved (77.9%), both genders (85.1%), with age Living in the regional VI (77.3%), had a greater chance of violence occurring in the same region (83.3%), with a recurrence of abuse (57.1%) ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Older people aged 80 years and over are at greater risk of child neglect with two or more involved.

**Descriptors:** Violence. Elder Abuse. Mandatory Reporting. Negligence.

## INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população maior de 65 anos tende a quadruplicar até 2060, devendo passar de 14,9 milhões, apurados em 2013, para 58,4 milhões em 2060, totalizando mais de um quarto da população. A tendência, de acordo com o mencionado órgão, é que a pirâmide etária absoluta inverta de posição com o passar dos anos, ou seja, que sua base, representando os jovens, afunile enquanto o topo fique mais alargado, indicando o crescimento da população idosa (FERREIRA; GARABINI; AGUIAR, 2017).

Devido ao rápido envelhecimento da população em muitos países, espera-se que o abuso de idosos se torne um problema ainda mais proeminente, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. O abuso de idosos é provavelmente o problema mais comum das pessoas idosas, que é amplamente evitável, ao contrário das doenças crônicas agregadas à velhice, e está associado a consequências individuais devastadoras e custos sociais, merecendo atenção como um sério problema de saúde pública. Portanto, uma melhor compreensão das causas e prevenção do abuso de idosos deve ser uma prioridade internacional (PILLEMER et al, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (WHO) define violência contra o idoso como um ato único ou repetitivo ou mesmo a omissão, podendo ser tanto intencional como involuntária, que cause dano, sofrimento ou angústia (WHO, 2002). É objetivamente verificável ou subjetivamente percebido, independentemente da intencionalidade e do ambiente em que ocorre (família, comunidade, instituições). A mesma pode ser praticada por algum membro da família ou ainda por pessoas que exerçam uma relação de poder sobre a pessoa idosa (VALDÉS; LÓPEZ; GARCÍA, 2018; OLIVEIRA et al, 2009).

Dentre os tipos de violência, a negligência pode ser definida como uma “omissão por parte de cuidadores responsáveis que constitui 'negligência' sob a lei federal ou estadual aplicável” e cuidador como “uma pessoa que assume ou assumiu a responsabilidade de prestar assistência médica a um adulto carente de tal cuidado ou assistência ” (BROWNELL, 2016). É ainda operacionalizado como recusa ou falha destes responsáveis , pelo idoso dependente de cuidados em tarefas da vida diária ou apoios essenciais tais como alimentos, vestuário, abrigo, saúde e cuidados médicos. Isso também pode incluir a deserção de um adulto idoso dependente de cuidados, também chamado de abandono (WHO, 2002).



Frequentemente, ela se manifesta associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade (SOUZA; MINAYO, 2010).

O estudo da questão e sua prevalência, no entanto, mostra-se desafiador devido à falta de consenso entre as pesquisas comunidade sobre definições e metodologias (FANG; YAN, 2017).

O cenário de uma população com mais idosos torna mais agravante quando, somado as desigualdades sociais, a falta de informações, o preconceito e o desrespeito à pessoa idosa. A velhice carrega os estigmas da incapacidade funcional e social do indivíduo, reduzindo o idoso, muitas vezes, a um fardo para os seus responsáveis, concorrendo assim, à exclusão familiar e social (REIS et al, 2014).

Apesar da violência contra a pessoa idosa constituir-se um importante problema de saúde pública com visibilidade na contemporaneidade, o conhecimento científico produzido relativo à temática, especialmente no Brasil, ainda é escasso (OLIVEIRA et al, 2013).

Considerando esse fato, bem como a importância de se produzir novas reflexões que auxiliem na luta contra os maus-tratos aos idosos em diferentes dimensões, delimitou-se para este estudo as dimensões da negligência contra os idosos em Fortaleza – Ceará nos últimos 10 anos.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, quantitativo, retrospectivo através de um levantamento dos dados temporais disponíveis no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) que registra denúncias de violência contra a população de 60 anos ou mais por meio de notificação.

O formulário para casos suspeitos ou confirmados são preenchidos na Ficha Individual de Notificação (FIN). A FIN é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (SINAN, 2016).

O universo da pesquisa correspondeu aos registros de denúncias de violência contra idosos, no município de Fortaleza, efetuados pelos serviços de saúde. A amostra constituiu-se sobre 537 denúncias individualizadas de violência contra idosos em Fortaleza – CE, referentes ao período de janeiro 2008 a abril 2018.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: a tipologia de violência sofrida pelos idosos e utilizamos a negligência como variável dependente às outras violências segundo a idade, sexo, cor/raça, escolaridade, se possui algum tipo de deficiência; o vínculo/parentesco da vítima com o agressor: filho, cônjuge, ex-cônjuge, cuidador, conhecido, desconhecido; e as características dos agressores: se ocorre na residência, regional da residência e ocorrência, número de envolvidos, sexo do autor, faixa etária do agressor, se o autor estava alcoolizado ou não, e se a agressão ocorreu outras vezes.

As variáveis do estudo foram determinadas com base na revisão da literatura e na ficha de notificação individual de notificação.

Após a coleta de dados, analisamos através do software “Statistical Package for Social Science” SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para análise de dados e planilha de Excel 2018 para formatação dos resultados. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como, média, desvio padrão, mínimo e máximo para quantitativas. As análises bivariadas foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado. Nesta etapa, a magnitude das associações foi expressa por meio de razões de prevalências bruta com respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Considerou-se, para todos os testes estatísticos, um nível de significância de 5%. A análise multivariada foi realizada por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta apresentando estimativas de razão de prevalências ajustadas para as variáveis do estudo. Foram selecionadas para a análise multivariada as variáveis que se associaram com o desfecho na análise bivariada, com valor de  $p < 0,20$ , e mantidas no modelo final somente aquelas com associação significativa no nível de  $p < 0,05$ .

A análise desses dados baseou-se na estatística confrontadas com a literatura.

Como se tratou de um estudo documental retrospectivo, não houve contato com nenhum idoso diretamente – o que justificou a não apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa não exigiu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, pois utiliza um banco de dados de domínio público, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Na tabela 1 observamos que a negligência é o tipo de violência que o idoso mais sofre em Fortaleza- Ceará nos últimos 10 anos, representando 56,1% das notificações, fato este que justifica a escolha dessa variável dependente para este estudo.

Tabela 2. Tipologia da violência sofrida por idosos.

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Tipologia da violência</b>		
Negligência	301	56,1
Física	165	30,7
Psicológica	135	25,1
Financeira	74	13,8
Tortura	10	1,9
Sexual	7	1,3
Legal	4	0,7
Outras	38	7,1

Fonte: SINAN 2018

A tabela 2 compara a negligência e outros tipos de violência quanto a faixa etária, sexo, raça, escolaridade e se possui algum tipo de deficiência de casos de violência relatados em Fortaleza- CE no período analisado. Quanto as variáveis sócio demográficas, a negligência foi mais prevalente na faixa etária de 80 anos ou mais (68,8%), do sexo masculino (56,8%), de raça branca (58,2%), ser analfabeto (61,3%), e possuir algum tipo de deficiência (50%).

Existe relação estatisticamente significativa entre a negligência e a faixa etária dos idosos ( $p < 0,001$ ). Ser idoso de 80 anos ou mais, foi fator de risco para que ocorra a negligência, chegando 2,1 vezes maior de chance em relação aos de 60 a 69, possuindo assim 110 % de risco aumentado de sofrer negligência.

No que se refere as demais variáveis demográficas: sexo, raça, escolaridade e possuir algum tipo de deficiência não houve associação estatística. Em relação ao sexo, não teve associação estatística e sexo masculino e o sexo feminino, os dois tiveram um risco de prevalência de 1.

No que se refere a raça, hora foi fator protetor e hora foi fator de risco, chegando a 20% com risco maior da raça parda ocorresse a negligência. No que tange a escolaridade, hora foi fator protetor, pois foi menor que 1 e tem hora foi fator de risco que

chegou a 1,7, ou seja, ser analfabeto possui um teve um risco de 1.7 vezes ou 70 % mais chances de sofrer negligência do que ter ensino médio. Possuir algum tipo de deficiência, apresentou 20% maior risco de sofrer negligência do que os idosos que não possuía.

Tabela 2. Negligência sofrida por idosos segundo características sociodemográficos no município de Fortaleza de 2008 a 2018.

Variáveis	Negligência		Outras violências		RP (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Faixa etária</b>						<b>&lt;0,001</b>
60 a 69 anos	56 (33,5)	111 (66,5)			1	
70 a 79 anos	139 (64,4)	77 (35,6)			1,9 (1,5 - 2,4)	
80 ou mais anos	106 (68,8)	48 (31,2)			2,1 (1,6 - 2,6)	
<b>Sexo</b>						0,725
Masculino	150 (56,8)	114 (43,2)			1 (0,9 - 1,2)	
Feminino	151 (55,3)	122 (44,7)			1	
<b>Raça</b>						0,451
Branca	43 (50,6)	42 (49,4)			1	
Negra	19 (55,9)	15 (44,1)			1,1 (0,8 - 1,6)	
Parda	192 (58,2)	138 (41,8)			1,2 (0,9 - 1,4)	
<b>Escolaridade</b>						0,096
Analfabeto	19 (61,3)	12 (38,7)			1,7 (0,8 - 3,7)	
Ensino fundamental	38 (43,2)	50 (56,8)			1,2 (0,6 - 2,5)	
Ensino médio	5 (35,7)	9 (64,3)			1	
Ensino superior	0 (0)	3 (100)			-	
<b>Possui algum tipo de deficiência</b>						0,259
Sim	30 (50,0)	30 (50,0)			1,2 (0,9 - 1,6)	
Não	72 (41,6)	101 (58,4)			1	

Teste qui-quadrado  
Fonte: SINAN, 2018

A tabela 3 compara a negligência e outros tipos de violência quanto ao vínculo/parentesco de negligência sofrida por idosos. Ser filho (77,2%), não ser cônjuge (56.1%), não ser ex-cônjuge (56.1%), ser cuidador (88,5%), ser conhecido (60.7%) e não ser desconhecido (58.7%) foram as variáveis mais prevalentes.

Ser filho, ser cuidador e não ser desconhecido, existe relação estatisticamente significante entre a negligência às outras violências ( $p < 0,001$ ). Os idosos que foram mais propensos a ser negligenciados, por seus filhos possui 2 vezes maior risco para que ocorra negligência do que quem não é filho. Ser cuidador apresenta 60% a mais de risco que o idoso sofra negligência do que que não seja. E não ser desconhecido apresentou 8,2 vezes maior, ou seja 720% a mais risco para que ocorra a negligência,

Tabela 3. Negligência sofrida por idoso segundo vínculo/ parentesco no município de Fortaleza, no ano de 2008 a 2018.

Vínculo com pessoa agredida	Negligência	Outras violências	RP (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)		
<b>Filho</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	186 (77,2)	55 (22,8)	2 (1,7 - 2,3)	
Não	115 (38,9)	181 (61,1)	1	
<b>Cônjuge</b>				0,950
Sim	20 (55,6)	16 (44,4)	1	
Não	281 (56,1)	220 (43,9)	1 (0,7 - 1,4)	
<b>Ex-cônjuge</b>				0,807
Sim	2 (50)	2 (50)	1	
Não	299 (56,1)	234 (43,9)	1,1 (0,4 - 3)	
<b>Cuidador</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	23 (88,5)	3 (11,5)	1,6 (1,4 - 1,9)	
Não	278 (54,4)	233 (45,6)	1	
<b>Conhecido</b>				0,610
Sim	17 (60,7)	11 (39,3)	1,1 (0,8 - 1,5)	
Não	284 (55,8)	225 (44,2)	1	
<b>Desconhecido</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	2 (7,1)	26 (92,9)	1	
Não	299 (58,7)	210 (41,3)	8,2 (2,2 - 31,3)	

Teste qui-quadrado

Fonte: SINAN, 2018

Através da tabela 4, podemos observar que a maioria de negligência sofrida por idosos não ocorre na residência (58%), tendo a regional de residência VI que possuiu mais casos de negligência (83,3%), e os idosos mais negligenciados também pertenciam á regional VI (77.3%), possuindo dois ou mais envolvidos (77,9%), e os agressores são de ambos os sexos (85,1%), tendo a faixa etária entre 25 a 59 anos (65,8%), não estando sob efeito do álcool (58,6%), e a negligência ocorreu outras vezes (57,1%)

O número de envolvidos, o gênero e a faixa etária do agressor, morar na regional VI, e a ocorrência do abuso ser da regional VI, com dois ou mais envolvidos, autores do sexo masculino e feminino, apresentaram significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Morar na regional VI apresentou 90% de chance a mais para que ocorresse a negligência e regional que ocorreu mais o abuso foi na regional VI, representando um risco aumentado de 2 vezes mais. Ter dois ou mais envolvidos também representou um risco elevado de 2 vezes mais de chance. Autores de ambos os sexos, possuem risco aumentando de 2,6 vezes a mais, com autores da faixa etária de 25 a 59 anos, representando 110% de risco aumentado, agressores sem o efeito do álcool, terão um risco aumentado de 1,5 para que os idosos sob seus cuidados sofram negligencia, a recorrência

aumentou em 90% dos casos, ou seja um risco elevado de 1,9 vezes a mais de chance para eu a negligencia ocorresse outras vezes em relação as outras negligencias.

Tabela 4 Negligência sofrida por idosos, segundo características do agressor no município de Fortaleza- CE entre os anos de 2008 a 2018.

Variáveis	Negligência	Outras violências	RP (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)		
<b>Ocorrência na residência</b>				0,402
Sim	160 (54,4)	134 (45,6)	1	
Não	141 (58)	102 (42)	1,1 (0,9 - 1,2)	
<b>Regional de residência</b>				<0,001
I	52 (68,4)	24 (31,6)	1,7 (1,1 - 2,6)	
II	17 (44,7)	21 (55,3)	1,1 (0,6 - 1,9)	
III	18 (60)	12 (40)	1,5 (0,9 - 2,5)	
IV	13 (40,6)	19 (59,4)	1	
V	43 (48,9)	45 (51,1)	1,2 (0,8 - 1,9)	
VI	126 (77,3)	37 (22,7)	1,9 (1,2 - 2,9)	
<b>Regional de ocorrência</b>				<0,001
I	30 (68,2)	14 (31,8)	1,7 (1 - 2,9)	
II	11 (47,8)	12 (52,2)	1,2 (0,6 - 2,3)	
III	17 (63)	10 (37)	1,5 (0,9 - 2,7)	
IV	9 (40,9)	13 (59,1)	1	
V	33 (54,1)	28 (45,9)	1,3 (0,8 - 2,3)	
VI	125 (83,3)	25 (16,7)	2 (1,2 - 3,4)	
<b>Número de envolvidos</b>				<0,001
Um	92 (39,8)	139 (60,2)	1	
Dois ou mais	127 (77,9)	36 (22,1)	2 (1,6 - 2,3)	
<b>Sexo do autor</b>				<0,001
Masculino	60 (33)	122 (67)	1	
Feminino	74 (67,3)	36 (32,7)	2 (1,6 - 2,6)	
Masculino e feminino	74 (85,1)	13 (14,9)	2,6 (2,1 - 3,2)	
<b>Faixa etária do agressor</b>				<0,001
Até 19 anos	4 (44,4)	5 (55,6)	1,4 (0,6 - 3,3)	
20 a 24 anos	10 (55,6)	8 (44,4)	1,8 (1 - 3,2)	
25 a 59 anos	146 (65,8)	76 (34,2)	2,1 (1,4 - 3,2)	

60 anos ou mais	16 (31,4)	35 (68,6)	1	
<b>Autor alcoolizado</b>				<b>0,002</b>
Sim	28 (39,4)	43 (60,6)	1	
Não	273 (58,6)	193 (41,4)	1,5 (1,1 - 2)	
<b>Ocorreu outras vezes</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	88 (57,1)	66 (42,9)	1,9 (1,4 - 2,5)	
Não	33 (30,8)	74 (69,2)	1	

---

Teste qui-quadrado  
Fonte: SINAN, 2018



De acordo com modelo de regressão de Poisson, expressa na tabela 5, permaneceram no modelo as variáveis: a faixa etária, em que a prevalência de negligência apresentou uma chance 1,59 vezes de risco maior pertencer aos idosos com 80 anos ou mais; ser filho do idoso agredido, apresentou 1,85 vezes de risco maior dos que as outras relações, e ter dois ou mais envolvidos, possui 1,56 vezes de risco maior para que a negligência ocorra.

Tabela 5. Modelo de regressão de Poisson para a prevalência de negligência no município de Fortaleza- CE entre os anos de 2008 a 2018.

Variáveis	RP ajustada	IC 95%	Valor p
<b>Faixa etária</b>			
60 a 69 anos	1		
70 a 79 anos	1,55	1,21 - 1,98	<0,001
80 ou mais anos	1,59	1,24 - 2,03	<0,001
<b>Relação com o idoso</b>			
Filho	1,85	1,48 - 2,30	<0,001
Cuidador	1,51	1,21 - 1,89	<0,001
Outros	1	-	
<b>Número de envolvidos</b>			
Um	1		
Dois ou mais	1,56	1,31 - 1,85	<0,001

Fonte: SINAN, 2018

## DISCUSSÃO

Abandono e negligência caracteriza-se pela ausência de ação dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares diante de pessoa idosa que necessite de proteção. Pode ser definida como a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social de outrem. (SINIMBU et al., 2014).

A negligência pode ser diferenciada em passiva, ou não intencional e ativa, ou intencional. Ações como descuidar das necessidades vitais, permitindo desnutrição, desidratação e formação de úlcera no idoso e não realizar precauções de segurança são formas de negligência passiva. Por outro lado, a negligência ativa ocorre quando o agressor intimida e insulta o idoso; ignora uma situação de emergência; deixa a pessoa idosa dependente sozinha por quantidade inadequada de tempo; priva o idoso de alimentação e tratamentos importantes (SIMONE et al, 2016).

Um estudo realizado por Castro et al (2013) concluiu que é crescente a prevalência de maus-tratos contra idosos, 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra as pessoas acima

de 60 anos ocorrem nos lares ou em instituições asilares e correm mais frequentemente no ambiente doméstico, sendo, na maioria das vezes, subnotificados. Além disso, os autores apontaram que a produção científica sobre essa temática ainda é bastante escassa (APRATTO JÚNIOR, 2010; VALADARES; SOUZA, 2010).

A prevalência de abuso e negligência varia com base no tipo de maus-tratos avaliados e na população (AYALON et al, 2016). Porém estima-se que a prevalência de abuso e negligência varia entre 4 e 10 por cento entre aqueles com 65 anos ou mais, embora alguns pesquisadores acreditem isso ainda pode subestimar um problema muitas vezes escondido dentro de nossa sociedade (HIRST et al, 2016).

Quantificar negligência, abuso e violência contra idosos, tem desafiado esforços, pois cada uma é baseada em diferentes suposições, inclui variáveis diferentes, embora às vezes sobrepostas, e leva a diferentes achados de prevalência, variando de 1% a 38% (BROWNELL, 2016).

Entre os estudos que incorporaram critérios de limiar, o Canadá relatou a menor taxa de negligência de idosos (0,4%), seguida pela Europa (0,5%) e os Estados Unidos (1,1%), enquanto a Índia apresentou a maior prevalência de negligência (4,3%). (PILLEMER et al., 2015).

Estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos demonstrou associação entre negligência e aumento da taxa de hospitalização, sendo que os idosos, vítimas deste tipo de abuso, apresentaram 2 vezes mais risco de serem internados. (DONG; SIMON, 2013).

Pode ser consideradas manifestações do fenômeno: ameaças de abandono, ameaça de institucionalização, restringir privacidade, silêncio estendido a outros coabitantes, incapacidade de tomar decisões não são fornecidos os medicamentos necessários, falta de gestão para o uso de óculos ou dentaduras, isolamento, deixando de fornecer estimulação do ponto de vista social, falta de afeto, deixá-los sozinhos por longos períodos de tempo, impedir a utilização e controle de seu dinheiro, venda, roubo e destruição de sua propriedade, coerção para assinar documentos que beneficiam outros parentes, coabitantes ou cuidadores, falta de programas de televisão e rádio de acordo com seus gostos, não reconhecê-los como valor, devido à sua trajetória, e não adaptar alguns serviços públicos. Essas preocupações mostram que maus tratos ou nenhum melhor tratamento, desde a família até a esfera social (VALDÉS; LÓPEZ; GARCÍA, 2018).

Em nosso estudo verificamos que idosos com 80 anos ou mais possuíam maior prevalência de negligência. Um estudo realizado por Mascarenhas et al (2012) constatou que a negligência ocorre no grupo a partir de 70 anos. Idosos pertencentes à faixa etária mais avançada (80 anos ou mais), apresentava maior risco de vitimização a maior prevalência de

internação por negligência e abandono (MELCHIORRE et al, 2016; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

As pessoas com idade mais avançada se tornam frágeis e vulneráveis devido à má saúde, e tornam-se dependentes de outras pessoas para ajudá-las a realizar atividades cotidianas. Essas dependências, por sua vez, podem expor os idosos a episódios de violência. (MELCHIORRE et al, 2016).

Apesar do nosso estudo a questão de gênero não possuir significância estatística, o sexo masculino apresentou maior prevalência para que ocorresse negligência, corroborando com os estudos de Melchiorre et al (2016), o qual relata com os homens apresentavam maior risco de vitimização do que as mulheres. Uma investigação realizada em Ribeirão Preto (SP) encontrou maior frequência de violência intrafamiliar contra homens (58,6%) (BOLSONI et al.,2016). Um estudo realizado por Castro, Rissardo e carreira (2018), observou que as internações por negligência e abandono, observou-se maior frequência em idosos do sexo masculino (55,3%), contrariando os estudos de Mascarenhas et al (2012), onde a negligência predominou entre as mulheres.

O abuso de homens mais velhos é, portanto, real, mas ainda permanece sub-reconhecido e sub-detectado, sub-investigado e sub-teorizado. O abuso de idosos do sexo masculino também parece estar subnotificado, devido às vítimas que experimentam sentimentos de vergonha e humilhação, o que pode levar à relutância em admitir tais problemas e procurar ajuda. Os homens abusados também podem evitar denunciar a vitimização devido ao medo de serem "pagos de volta" por seus atos anteriores de comissão / omissão em relação a suas famílias (MELCHIORRE et al, 2016).

Observamos em nosso estudo que idosos da raça parda, eram idosos que eram mais negligenciados em relação às outras raças.

Em um estudo com 4.627 idosos, verificou-se que homens negros mais velhos tinham três vezes mais chance de apresentar auto-negligência em idosos do que homens brancos mais velhos (DONG; SIMON; EVANS, 2011).

Observamos que a maior prevalência de negligência neste estudo, foram idosos analfabetos, este fato por ser explicado que um menor nível de escolaridade é um fator ligado à falta de consciência e conhecimento de abuso e possuem maior probabilidade de mostrar uma percepção "vaga" ou ausente do significado de "abuso de idosos" (NAUGHTON; DRENNAN; LAFFERTY, 2014). A baixa escolaridade demonstra maiores chances de sofrer violência em comparação aos demais (BOLSONI et al, 2016).

Um estudo realizado em Portugal com 510 idosos, constatou que os idosos abusados, a maioria frequentou o ensino básico (65,7%) ou não tinha escolaridade (22,9%) (GIL et al 2015).

Neste estudo, 50 % dos idosos que sofreram negligência possuíam algum tipo de deficiência, possuíam maior risco de sofrer negligência, fato constatado pelo estudo de Castro, Rissardo e Carreira (2018) o qual observou que o predomínio de ocorrência da negligência encontra-se com o grau de dependência do idoso.

O grupo mais vulnerável ao abandono e negligência tem sido o menos abordado pelas políticas públicas de saúde. A ênfase que a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa oferece para a autonomia e a independência oculta um dado importante da literatura nacional e internacional que é o idoso dependente, demenciado e com carência de acesso aos serviços de saúde como principal a vítima de violência. (SOUZA; MINAYO, 2010) A limitação de apoio estatal e da sociedade às famílias de idosos dependentes torna-se uma das condições da gênese da violência, configurando-se um processo de violência estrutural (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Em nossos achados, constatamos que os idosos que sofriam a negligência eram mais frequentemente perpetuados pelos filhos (77,2%), sendo este dado significativo estatisticamente. Fato este constatado pelo estudo de Mascarenhas et al (2012) onde observou também que a negligência era mais perpetuada pelos filhos.

Um estudo realizado por Bolsoni et al (2016) encontrou maior frequência de violência intrafamiliar sendo perpetradores filhos, netos, genros e noras.

A crescente expectativa de vida nos permite supor que o contato intergeracional crescerá, coexistindo os mais jovens com os mais velhos (VALDÉS; LOPES; GARCIA, 2018). É importante destacar a ocorrência de conflitos ao longo do tempo, que se potencializam na velhice (SILVA; DIAS, 2016).

Idosos podem depender dos seus filhos para atividades domésticas e, portanto, podem hesitar em relatar experiências de maus-tratos, mesmo que isso resulte em continuar vivendo em um relacionamento abusivo (MELCHIORRE et al, 2016). Comportamento abusivo, que muitas vezes é uma resposta ao estresse e sobrecarga para o qual eles querem ajuda (COOPER; LIVINGSTON, 2016).

A dificuldade em adequar-se à figura de cuidador, que exige do familiar uma transformação no estilo de vida, aliada ao baixo recurso financeiro, intolerância, incompreensão e indisposição, pode gerar conflitos difíceis de serem administrados. Assim, o limite entre a dificuldade de cuidar do idoso e a violência é tênue, principalmente se forem considerados os maus-tratos psicológicos e a negligência (OLIVEIRA et al, 2013).

Uma das grandes dificuldades em relação ao diagnóstico de violência familiar diz respeito ao sigilo familiar, que resulta em idosos abusados não acusarem seus agressores. Esse fenômeno está ligado à honra, à cumplicidade, à confiança estabelecida no ambiente familiar, ao medo da vítima de romper esses vínculos, bem como ao autoritarismo e à pressão psicológica exercida pelo agressor (GARBIN et al, 2016).

Não ser cônjuge ou não ser ex-cônjuge, apresentaram maior chance para que ocorresse a negligência. A ausência de companheiro é apontada como fator potencialmente associado a situações de negligência em idosos (BOLSONI et al, 2016). No entanto as associações com fatores de nível relacional não foram estatisticamente significantes no estudo realizado por Melchiorre e colaboradores (2016).

No estudo de Gil et al (2015) os principais agentes das condutas de negligência foram os cônjuges/companheiros, seguidos dos filhos/enteados e das filhas/enteadas. Contudo, no presente estudo, destaca-se a maior relevância dos descendentes do sexo masculino na negligência.

Este estudo verificou que ser cuidador possuía significância para que o idoso sofresse negligência. Saúde precária, dependência, isolamento e sobrecarga do cuidador são fatores que podem levar ao aumento da vulnerabilidade, abuso e negligência nas mãos do cuidador. Se o parente dá o cuidado por obrigação ou coerção, o relacionamento é afetado negativamente. Isso pode estimular o ressentimento tanto no cuidador quanto nos idosos. O ressentimento pode ocorrer se o cuidador sofrer perda de emprego ou redução de salário devido a suas novas responsabilidades para com o idoso. Muitos cuidadores também são idosos, muitas vezes frágeis, o que aumenta a carga. A falta de habilidades também pode levar a cuidados ruins ou abusivos (ALVAREZ, 2017).

Às vezes incorre em abuso de ignorância e, na maioria dos casos, a violência não é intencional. Muitas vezes ocorre por cansaço ou exaustão do cuidador, que também tem que assumir outras tarefas do cotidiano. Esse fenômeno pode ser explicado pelo fato de os idosos com independência limitada necessitarem de constante interação com o cuidador para realizar as tarefas necessárias e básicas do dia a dia (LOPES et al, 2018).

A equipe de assistência, na maioria das vezes, é insuficiente para assumir todas as tarefas que lhe correspondem em um longo turno de trabalho. (VALDÉS; LOPES; GARCIA, 2018)

Um estudo realizado por Fang & Yan (2017) comparou percentagens de abuso dadas por idosos, cuidadores familiares, o abuso foi encontrado nesta amostra composta por chineses

mais velhos com comprometimento cognitivo leve a moderado, com negligência do cuidador (35,4% - 65%).

Observou-se que os idosos acometidos pela negligência eram vítimas de conhecidos, e não ser desconhecido apresentou significância para que ocorresse tal ato. No estudo feito na Holanda, os entrevistados relataram, de forma implícita e explícita, baixa auto percepção e, conseqüentemente, diminuição da auto eficácia, principalmente nos casos em que confiavam em não familiares. (MYSYUK; WESTENDORP; LINDENBERG, 2016).

Observamos que as notificações contidas nesta pesquisa, que a maior parte da negligência ocorrida, não ocorria nas residências dos idosos, entretanto, um estudo realizado por Mascarenhas et al (2012) observou que a negligência predominou no domicílio.

Um estudo realizado em Portugal analisou registros de supostos casos de abuso em lares de idosos. Os resultados incluíram uma menor taxa de abuso físico, em relação à negligência do cuidador, e a negligência foi associada a altos níveis de dependência de cuidados por parte das vítimas.

Considerando o local de residência e ocorrência do idoso onde foi realizada a agressão, das 6 regiões administrativas que formam Fortaleza, a regional VI apresentou maior número casos em relação as outras regionais.

A regional VI, abrange 29 bairros da Capital, dentre eles, os bairros: Siqueira, Barroso, Cajazeira, Cidades dos Funcionários, Parque dois irmãos. Em um estudo realizado por Nogueira, Freitas, Almeida (2011) que avaliou casos de violência contra idosos em Fortaleza, registradas no ano de 2007, constatou que SER III foi a, mas mencionada, respondendo por 25,1% dos casos.

Dos casos registrados no disque 100, a maior parte dos casos, 76,3%, ocorre na casa da própria vítima. (DINIZ, 2018)

Quanto aos agressores que se envolveram no ato de negligência, dois ou mais envolvidos e serem de ambos sexos apresentaram significância. Alguns estudos mostraram que as mulheres podem ser perpetradoras de tais abusos, embora uma boa parte da literatura frequentemente as destaque como agindo de uma maneira mais cuidadosa do que violenta, ao passo que os homens são mais propensos a serem relatados como “os agressores”. A esse respeito, Straus (2011) revisou mais de 200 estudos com dados gerais sobre homens e mulheres vítimas de abuso (de todas as idades) e encontrou uma 'simetria e mutualidade de gênero' entre os perpetradores, com aproximadamente a mesma porcentagem de mulheres e homens. (MELCHIORRE et al, 2016)

No estudo de Castro, Rissardo, Carreira (2018), os agressores mais frequentes eram pessoas com idade acima de 40 anos, contudo os achados do presente estudo verificaram que o agressor que possuíam a faixa etária entre 25 a 59 anos, era um fator significativo para que o idoso sofresse negligência.

Apesar deste estudo demonstrar que os atos infligidos, os agressores não estariam alcoolizados, um estudo realizado por BOLSONI et al. (2016), observou que os perpetradores da violência apresentam algum problema psicológico ou são dependentes de álcool e outras drogas.

O uso de álcool e drogas por membros da família também pode aumentar o risco de agressão (BOND; BUTLER, 2013; ABATH; LEAL, FILHO, 2012). Contudo, os achados de Garbin e colaboradores (2016) revelaram baixo índice de consumo no momento dos eventos, sugerindo uma possível falta de informação nos relatos das vítimas, pois os dados registrados dependem da veracidade do depoimento.

A recorrência da negligência contra idosos nesta pesquisa, demonstrou significância.

## CONCLUSÃO

Os dados coletados referentes à esta pesquisa indicam que o homem idoso, raça parda, sem deficiência e analfabeto eram os idosos mais frequentemente relatados a sofrerem a negligência.

As características dos agressores são: não ser cônjuge, não ser ex-cônjuge, e não ser conhecido. O local que mais ocorria os maus-tratos era na residência. Observou-se associação entre: ter 80 anos ou mais, o agressor ser filho, cuidador e ser desconhecido; residir na regional VI, e ocorrência que mais ocorria também era na regional VI, com dois ou mais envolvidos, sendo, portanto, de ambos os sexos, tendo de 25 a 59 anos, e a negligência ocorreu outras vezes ( $p < 0,001$ ), não estava alcoolizado ( $p = 0,002$ ).

A necessidade mais urgente no momento é de uma base de pesquisa ampliada que use métodos de alta qualidade. Há uma escassez de informações sobre a natureza e a extensão do abuso de idosos em países de baixa renda, e a maioria dos estudos foi realizada em nações de alta renda. O nível de relato o abuso e a negligência contra os idosos é acreditado ser substancialmente menor do que a sua verdadeira incidência.

A notificação compulsória da violência contra os idosos, deve ser considerada um instrumento de garantia de direitos e proteção social, permitindo aos profissionais de saúde, bem como autoridades de proteção, adotar medidas adequadas contra os atos os violentos.

## REFERÊNCIAS

- ABATH, M.B., LEAL, M.C.C., MELO, D.A.. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 15(2):305-14. 2012
- AGUIAR, M.P.C.; et al. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**.19(2):343-9. 2015
- ÁLVAREZ, M.C. Envejecimiento poblacional en Cuba: ¿estamos preparados para ello? **Revista Médica Electrónica**. vol.39 no.1 Matanzas.feb. 2017
- APRATTO, J.P.C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**;15(6):2983-95.2010
- AYALON, L.; et al. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. **Age and Ageing**. Volume 45, Issue 2, 1, Pages 216–227. March 2016
- BOLSONI, C. C.; et al. Violência contra o idoso: uma meta-síntese. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.7, n.2, p.113.-122, 2016.
- BOND, M.C.; BUTLER K.H.; Elder abuse and neglect definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. **Clin Geriatr Med**;29:257-73. 2013.
- BROWNELL, P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. **Ciênc. saúde colet**. 21 (11). Nov 2016
- CASTRO, V.C.; RISSARDO, L.K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev. Bras. Enferm**. vol.71 supl.2 Brasília 2018
- COOPER, C.; LIVINGSTON, G.; Intervening to reduce elder abuse: challenges for research. **Age and Ageing**, Volume 45, Issue 2, 1, Pages 184–185, March 2016.
- DINIZ, M. Dos casos registrados no disque 100, a maior parte dos casos, 76,3%, ocorre na casa da própria vítima. Brasília: Agência Brasil, 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-04/disque-100-registra-142-mil-denuncias-de-violacoes-em-2017>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- DONG, X.; SIMON, M.A.; Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. **JAMA Intern Med**.173(10):911-17. 2013
- DONG X., SIMON M.A., EVANS D.A. Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. **Gerontology**.58:258–268. 2011
- FANG, B.; YAN, E.; Abuse of Older Persons With Cognitive and Physical Impairments: Comparing Percentages Across Informants and Operational Definitions. **Journal of Interpersonal Violence**.1–17. 2017



FERREIRA, A.B.R.; GARABINI,V.M.B.; AGUIAR W.M. A responsabilidade civil dos filhos para com seus genitores idosos e o abandono afetivo inverso. **Revista jurídica direito, sociedade e justiça**, Mato Grosso do sul, vol.4, p.1-3, 2017

FRAZÃO, S.L.; et al. Abuso físico contra idosos em ambientes institucionais. **J Forense Leg Med** 2015; 36: 54-60.

GARBIN, C.A.S.; et al. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2016

GARBIN, C.A.S.; et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc Saúde Coletiva**.20(6):1879-90. 2015

GIL A.P.; et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. **Cad. Saúde Pública**. vol.31 no.6 Rio de Janeiro jun. 2015

GUIMARÃES A.P.S.; et al. Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo, **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2018

HIRST S. P.; et al. Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement** 35 (2) : 242 – 260. 2016.

LOPES E.D.S. et al. Elder abuse in Brazil: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol.21 no.5 Rio de Janeiro set./out. 2018

MASCARENHAS, M.D.M.; et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2331-2341, 2012.

MELCHIORRE M.G.; et al. Abuso de homens mais velhos em sete países europeus: uma abordagem multinível no quadro de um modelo ecológico. **PLoS One**. 11(1): e0146425. 2016

MYSYUK Y., GERARDUS R., WESTENDORP R.G.J.,LINDENBERG J. How older persons explain why they became victims of abuse. **Age and Ageing**, v. 45, n. 5, p. 696–702, set. 2016.

NAUGHTON C., DRENNAN J., LAFFERTY A. Older People's Perceptions of the Term Elder Abuse and Characteristics Associated With a Lower Level of Awareness. **J Elder Abuse Negl**. 26(3): 300–318. 2014

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

OLIVEIRA A.A.V.;et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm**. vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013

**OMS 2002:** World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.

PILLEMER K.; et al. Elder Mistreatment: Priorities for Consideration by the White House Conference on Aging. **The Gerontologist**, Vol. 55, No. 2, 320–327. 2015.

PILLEMER K., et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**, Volume 56, Issue Suppl\_2, Pages S194–S205. April 2016

REIS L.A.; et al. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. **Acta paul. enferm.** vol.27 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2014

SILVA C.F.S.; DIAS C.M.S.B.. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão** . v. 36 nº3, 637-652. 2016

SIMONE L.; et al. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. **Swiss Med Wkly.** Jan 31. 2016

SINAN. Notificação Individual. Sistema de Informação de agravos de notificação. Publicado: Terça, 08 de Março de 2016, 21h38. Acesso em 26.11.2018. disponível: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>

SOUZA E.R., MINAYO M.C.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Colet.** 2010

STRAUS, M.A. Simetria de gênero e mutualidade na perpetração de violência de parceiros em nível clínico: Evidência empírica e implicações para prevenção e tratamento. **Aggress Violent Behav** . 16: 279-288. 2011

VALDÉS M.A.S., LÓPEZ G.C., GARCÍA M.V. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. **Medisur.** vol.16 no.2 Cienfuegos mar. -abr. 2018

## 5 ARTIGO 3

### ANALISE DAS NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA IDOSOS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL DE 2008 A 2018

**Nathalie Barreto Saraiva Vilar**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza (CE) - Brasil

**Aline Veras Morais Brilhante**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza (CE) - Brasil

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar as características da vítima e do perpetrador associada a violência física em idosos através das notificações em serviços de Saúde em Fortaleza- Ceará. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, utilizando dados temporais disponíveis no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). O universo da pesquisa correspondeu aos registros de denúncias de violência contra idosos, no município de Fortaleza, efetuados pelos serviços de saúde. A amostra constituiu-se sobre 537 denúncias de violência contra idosos em Fortaleza – CE, referentes ao período de 2008 a maio de 2018. Utilizou-se análise bivariada e multivariada tendo como desfecho violência física, pelo programa SPSS versão 23.0. **Resultados:** Na análise bivariada, com o desfecho em violência física, houve significância estatística para o idoso entre 60 a 69 anos (49,1%), não possuir algum tipo de deficiência (52%), sendo agredidos por desconhecidos (78,6%), com um envolvido (48,9%), do sexo masculino (55,5%), com idade até 24 anos (55,6%), sob efeito do álcool (60,6%), apresentando recorrência (54,2%) sendo grande parte das agressões na residência (37,85), morar na regional II (39,5%), aumentava a chance de ocorrência do mau-trato (43,5%) ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Idosos com 60

a 69 anos, sofrem maior risco de sofrer violência física por um desconhecido, em sua residência, por um agressor alcoolizado.

**Descritores:** Violência. Maus-Tratos ao Idoso. Notificação Compulsória.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the characteristics of the victim and the perpetrator associated with physical violence in the elderly through notifications at the health services in Fortaleza, Ceará.

**Methods:** A quantitative, descriptive and exploratory study using temporal data available from the SINAN (Information System for Notifiable Diseases). The universe of the research corresponded to the records of reports of violence against the elderly, in the city of Fortaleza, carried out by the health services. sample consisted of 537 reports of violence against the elderly in Fortaleza, CE, referring to the period from 2008 to May 2018. A bivariate and multivariate analysis was used, with physical violence as a result of the SPSS program version 23.0

**Results:** In the bivariate analysis, with the outcome of physical violence, there was statistical significance for the elderly between 60 and 69 years (49.1%), not having any type of disability (52%), being attacked by unknowns (78.6%), with a (55.6%), under the effect of alcohol (60.6%), presenting recurrence (54.2%), most of the attacks (37.85%) (37.5%), increased the chance of maltreatment (43.5%) ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Elderly patients aged 60-69 years, are at greater risk of suffering physical violence by an unknown person in their home by an alcoholic abuser.

**Keywords:** Violence. Elder Abuse. Mandatory Reporting.

## INTRODUÇÃO

A OMS emitiu em 2015, o Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento, o qual relata, a população mundial já contava com 900 milhões de idosos, atingindo 12,3% da população total, demonstrando assim que o contínuo declínio da fertilidade e o aumento da expectativa de vida gerou um crescimento exponencial da população idosa no mundo. A expectativa é de que, em 2050, serão 21,5% da população mundial e no Brasil serão 64 milhões, ou seja, 30% da população. No Brasil, em 2015, existiam 23 milhões de pessoas acima de 60 anos, o que corresponde a 12,5% da população. Destes idosos, mais de 90% residem com suas famílias e mais de 27% das casas brasileiras têm pelo menos uma pessoa idosa.

A violência contra o idoso ainda é um problema camuflado na sociedade e pode ser definida como qualquer ação, única ou repetida, ou ainda, a omissão de providência apropriada, ocorrida dentro de uma relação em que haja expectativa de confiança, que acarrete prejuízo ou aflição a uma pessoa idosa (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Costuma-se distinguir a violência contra o idoso em cinco categorias. Violência física, violência psicológica, abuso financeiro, abuso sexual, negligência ou abandono. Neste estudo destacaremos a violência física, que podem ser definidos como o conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos ao idoso, da qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear, desferir tapas), empurrar, agarrar, bater ou agredir com uma arma ou objeto jogado, golpes com objetos, sub ou sobremedicar, restrições físicas ou químicas, por meio de medicamentos psicoativos são as formas mais comumente citadas. Estes atos de feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte abrange qualquer ferimento, assalto ou ameaça com uma arma, ou restrição inapropriada de uma pessoa idosa por um cuidador ou outra pessoa em posição de confiança. (MINAYO, 2006; SANTOS et al., 2013; YOUNG, 2014; BROWNELL, 2016; CASTRO, RISSARDO, CARREIRA, 2018). Estima-se que a prevalência de abuso físico ao longo da vida dos idosos varie de 2% a 3% (FRIEDMAN et al, 2017).

Os maus-tratos aos idosos são considerados uma violação dos direitos humanos e, portanto, devem ser evitados. A urgência em prevenir maus-tratos a idosos é ainda mais intensificada, devido as consequências para a saúde física e mental, que incluem persistentes dor física, distúrbios do sono, aumento da suscetibilidade a novas doenças, danos a capacidade funcional, alta prevalência de depressão; sofrimento psicológico agravado; aumento do medo, ansiedade e sentimentos de impotência e indignidade. trauma físico, moral e psicoemocional, afetando a qualidade de vida, bem-estar e saúde física dos idosos. Os maus-tratos aos idosos são um risco conhecido de institucionalização e até de mortalidade. Tornando-se, portanto, um problema de saúde pública, pois está associado a um maior uso dos serviços de saúde; especialmente o uso de pronto-socorro e hospitalização e taxas de readmissão de 30 dias, gerando assim custos elevados devido à complexidade do atendimento que necessitam, acarretando assim novos desafios para a assistência à saúde, recursos econômicos e assistência social especializada. (AYALON et al, 2016; GUIMARÃES et al, 2018; LEUNG et al 2017; DONG, 2015)

Os maus-tratos contra idosos podem apresentar diversas consequências. O abuso físico pode ocasionar contusões e quedas. (IRAGAY et al.,2016). Abuso em adultos mais velhos estão relacionados ao aumento da morbidade e à redução da sobrevivência, altas taxas de ferimentos físicos (como feridas, feridas na cabeça e ossos quebrados); dor física; exacerbação de problemas de saúde existentes; depressão e ansiedade; casa prematuro de idosos e colocação hospitalar; e aumento do risco de mortalidade (PILLEMER et al., 2015). As internações por agressão física representaram 10,6% das internações por agressão em idosos (YOUNG, 2014)

No Brasil, dada a importância da temática, houve um avanço na implementação de políticas públicas de combate à violência contra as pessoas idosas. Tal progresso teve início a partir da promulgação do Estatuto do Idoso, que tornou obrigatória a comunicação de suspeita ou confirmação de todas as formas de violência pelos profissionais de saúde e do Plano de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (CASTRO, RISSARDO, CARREIRA, 2018)

Este estudo explorou as características da vítima e do perpetrador associada ao abuso físico em idosos através das notificações em serviços de Saúde em Fortaleza- Ceará

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, utilizando um documento análise dos dados temporais disponíveis no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A população do estudo foram aqueles considerados 60 anos de idade

ou mais, de acordo com a Política Nacional sobre Pessoas Idosas do Brasil Saúde (BRASIL, 2006).

O universo da pesquisa correspondeu aos registros de denúncias de violência contra idosos, no município de Fortaleza, efetuados pelos serviços de saúde. A amostra constituiu-se sobre 537 denúncias de violência contra idosos em Fortaleza – CE, referentes ao período de janeiro de 2008 a maio de 2018.

Foi realizada uma triagem das denúncias, e considerando as denúncias de violência contra idosos registradas no período e as que se referiram ao município de Fortaleza, os critérios de inclusão para o estudo foram: a tipologia de violência sofrida pelas idosos e utilizamos a violência física como variável dependente às outras violências segundo a idade, sexo, cor/raça, escolaridade, se possui algum tipo de deficiência; o vínculo/ parentesco da vítima com o agressor: filho, cônjuge, ex-cônjuge, cuidador, conhecido, desconhecido; e as características dos agressores: se ocorre na residência, regional da residência e ocorrência, número de envolvidos, sexo do autor, faixa etária do agressor, se o autor estava alcoolizado ou não, e se a agressão ocorreu outras vezes.

As variáveis do estudo foram determinadas com base na revisão da literatura e na ficha de notificação individual de notificação.

A ficha de notificação individual contém os atributos comuns a todos os agravos, tais como, dados gerais sobre o agravo e unidade notificadora, dados do paciente (nome, idade, sexo, escolaridade, etc.), dados de residência do paciente.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Os prestadores de cuidados de saúde são obrigados a relatar quaisquer casos suspeitos ou confirmados doenças notificáveis registrando a ocorrência desses eventos no registro de notificação individual do paciente. O registro é então enviado para o Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados são digitados eletronicamente antes enviado para a Secretaria Estadual de Saúde. Em seguida, a Secretaria Estadual de Saúde a equipe faz o upload dos dados para o SINAN (SANTOS et al, 2018).

Foi utilizado o software “Statistical Package for Social Science” SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para análise de dados e planilha de Excel 2018 para formatação

dos resultados. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como, média, desvio padrão, mínimo e máximo para quantitativas. As análises bivariadas foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado. Nesta etapa, a magnitude das associações foi expressa por meio de razões de prevalências bruta com respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Considerou-se, para todos os testes estatísticos, um nível de significância de 5%. A análise multivariada foi realizada por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta apresentando estimativas de razão de prevalências ajustadas para as variáveis do estudo. Foram selecionadas para a análise multivariada as variáveis que se associaram com o desfecho na análise bivariada, com valor de  $p < 0,20$ , e mantidas no modelo final somente aquelas com associação significativa no nível de  $p < 0,05$ .

Como se tratou de um estudo documental retrospectivo, não houve contato com nenhum idoso diretamente – o que justificou a não apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Baseado nos dados cedidos pelo SINAN em 2018, observamos que a violência física aparece na segunda maior notificação de casos citados de janeiro de 2008 a maio de 2018, apresentando 165 casos, representando 30,7% dos atos de maus-tratos, o que justifica a escolha por essa variável dependente que avaliaremos nas tabelas seguintes.

Tabela 3. Tipologia da violência sofrida por idosos no município de Fortaleza- CE (2008 a 2018).

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<b>Tipologia da violência</b>		
Negligência	301	56,1
Física	165	30,7
Psicológica	135	25,1
Financeira	74	13,8
Tortura	10	1,9
Sexual	7	1,3
Legal	4	0,7
Outras	38	7,1

Fonte: SINAN 2018

A tabela 2 compara violência física e outros tipos de violência quanto a faixa etária, sexo, raça, escolaridade e se possui algum tipo de deficiência de casos de violência relatados



em Fortaleza- CE no período analisado. Quanto as variáveis sócio demográficas, a violência física foi mais prevalente na faixa etária de 60 a 69 anos (49,1%) sexo feminino (30,8%), de raça branca (36,5%), com ensino superior (66,7%), e que não possuía algum tipo de deficiência (52%)

Existe relação estatisticamente significante entre a violência física e faixa etária dos idosos ( $p < 0,001$ ) em que idosos na faixa etária de 60 a 69 anos tem prevalência de violência física 2,7 vezes maior em relação ao de 80 anos ou mais; e não possuir algum tipo de deficiência física ( $p < 0,003$ ), idosos que não possuem deficiência física possuem 1,7 vezes maior de risco para que ocorra violência física do que as outras violências.

No que se refere as demais variáveis demográficas: sexo, raça e escolaridade não houve associação estatística.

Comparando-se a raça negra com à raça branca e raça parda, as duas tiveram um risco aumentando de ter violência, na raça parda teve 20% a mais de chance e na raça branca 40%. Em alguns momentos da amostra não foi fator de risco ser da raça branca para que houvesse violência, e em outros foi fator protetor. Na escolaridade, comparado ao analfabeto ter ensino superior tem 90% de chance para que ocorra mau trato, pois apresenta 1.9 de risco de prevalência.

Tabela 2. Violência física sofrida segundo característica sociodemográficas de idosos no município de Fortaleza- CE (2008 a 2018).

Variáveis	Violência física	Outras violências	RP (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)		
<b>Faixa etária</b>				<b>&lt;0,001</b>
60 a 69 anos	82 (49,1)	85 (50,9)	2,7 (1,9 - 3,9)	
70 a 79 anos	55 (25,5)	161 (74,5)	1,4 (0,9 - 2,1)	
80 ou mais anos	28 (18,2)	126 (81,8)	1	
<b>Sexo</b>				0,982
Masculino	81 (30,7)	183 (69,3)	1	
Feminino	84 (30,8)	189 (69,2)	1 (0,8 - 1,3)	
<b>Raça</b>				0,474
Branca	31 (36,5)	54 (63,5)	1,4 (0,7 - 2,6)	
Negra	9 (26,5)	25 (73,5)	1	
Parda	101 (30,6)	229 (69,4)	1,2 (0,6 - 2,1)	
<b>Escolaridade</b>				0,377
Analfabeto	11 (35,5)	20 (64,5)	1	
Ensino fundamental	33 (37,5)	55 (62,5)	1,1 (0,6 - 1,8)	
Ensino médio	8 (57,1)	6 (42,9)	1,6 (0,8 - 3,1)	
Ensino superior	2 (66,7)	1 (33,3)	1,9 (0,7 - 4,8)	
<b>Possui algum tipo de deficiência</b>				<b>0,003</b>
Sim	18 (30,0)	42 (70,0)	1	
Não	90 (52,0)	83 (48,0)	1,7 (1,1 - 2,6)	

Teste qui-quadrado

A tabela 3 apresenta o vínculo com a pessoa agredida, como ser filho ou não, cônjuge ou ex-cônjuge, cuidador, e ser conhecido ou desconhecido.

Ao que se relaciona ao vínculo do idoso violentado com o agressor, verificou-se que não ser filho (35,8%), ser cônjuge (38,9%), não ser ex-cônjuge (30,8%), não ser cuidador (31,3%), ser apenas um conhecido (42,9%), e quando o agressor é desconhecido (78,6%) apresentando maior prevalência dos casos de violência física.

Apresentou significância estatística não ser filho ( $p= 0,005$ ), onde não ser filho apresentou risco de 1,5 vezes maior de chance para que ocorresse violência física em relação às outras violências; e ser desconhecido ( $p< 0,001$ ), apresentou 2,8 vezes maior de risco de sofrer violência física.

Tabela 3. Violência física sofrida segundo vínculo com a com o idoso agredido no município de Fortaleza- CE (2008 a 2018).

. Vínculo com pessoa agredida	Violência física	Outras violências	RP (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)		
<b>Filho</b>				<b>0,005</b>
Sim	59 (24,5)	182 (75,5)	1	
Não	106 (35,8)	190 (64,2)	1,5 (1,1 - 1,9)	
<b>Cônjuge</b>				0,272
Sim	14 (38,9)	22 (61,1)	1,3 (0,8 - 2)	
Não	151 (30,1)	350 (69,9)	1	
<b>Ex-cônjuge</b>				0,803
Sim	1 (25)	3 (75)	1	
Não	164 (30,8)	369 (69,2)	1,2 (0,2 - 6,8)	
<b>Cuidador</b>				0,193
Sim	5 (19,2)	21 (80,8)	1	
Não	160 (31,3)	351 (68,7)	1,6 (0,7 - 3,6)	
<b>Conhecido</b>				0,153
Sim	12 (42,9)	16 (57,1)	1,4 (0,9 - 2,2)	
Não	153 (30,1)	356 (69,9)	1	
<b>Desconhecido</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	22 (78,6)	6 (21,4)	2,8 (2,2 - 3,5)	
Não	143 (28,1)	366 (71,9)	1	

Teste qui-quadrado

Podemos observar pela tabela 4 que a prevalência da violência física pode ser encontrada com mais frequência na residência (37,8%), morar na regional II (39,5%), era onde mais ocorria (43,5%) o mau- trato físico com apenas um envolvido (48,9%), com agressor do sexo masculino, sendo o agressor até 24 anos (55,6%) e os autores estavam alcoolizados durante o ato (60,6%).

Todas as características do agressor, como a ocorrência na residência ( $p < 0,001$ ), regional da residência ( $p = 0,002$ ), regional da ocorrência ( $p < 0,001$ ), número de envolvidos ( $p < 0,001$ ), sexo do autor ( $p < 0,001$ ), faixa etária do agressor ( $p = 0,012$ ), autor alcoolizado ( $p < 0,001$ ), e a recorrência da violência física ( $p = 0,001$ ), apresentaram significância estatística. Quem sofreu agressão na residência apresentou prevalência 1,7 vezes maior do que as agressões que não ocorrem na residência, representando assim 70% de risco para que ocorra na residência. Morar na regional II, apresenta 2.6 vezes maior de chance para que ocorresse a violência física. A ocorrência do maltrato físico aumenta em 3,4 vezes na regional II de Fortaleza. Quando o número de violência é representado somente por um agressor, a prevalência para que ocorra a agressão é de 3 vezes maior quando acontece com dois ou mais agressores. A prevalência de violência física para agressores do sexo masculino foi de 6,9 vezes maior em relação a agressores de ambos os sexos e do sexo feminino 3,5. A prevalência de violência física para agressores da faixa etária até 24 anos foi 1,9 vezes maior em relação ao de 25 a 59 anos, e de 1,6 vezes maior quando os agressores têm de 60 anos ou mais, nos dois casos, podemos perceber que que foi fator de risco dessas idades para que houvesse agressão aos idosos. Autores alcoolizados apresentaram 2,3 vezes maior prevalência em relação a não alcoolizado, representando 130% de risco para que ocorra a agressão. 60% dos casos, não ocorrem outras vezes.

Tabela 4. Violência física sofrida por idosos segundo características do agressor no município de Fortaleza- CE (2008 a 2018).

Variáveis	Violência física	Outras violências	RP (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)		
<b>Ocorrência na residência</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	111 (37,8)	183 (62,2)	1,7 (1,3 - 2,2)	
Não	54 (22,2)	189 (77,8)	1	
<b>Regional de residência</b>				<b>0,002</b>
I	21 (27,6)	55 (72,4)	1,8 (1,1 - 3)	
II	15 (39,5)	23 (60,5)	2,6 (1,5 - 4,4)	
III	8 (26,7)	22 (73,3)	1,7 (0,9 - 3,5)	
IV	12 (37,5)	20 (62,5)	2,4 (1,4 - 4,3)	
V	30 (34,1)	58 (65,9)	2,2 (1,4 - 3,5)	
VI	25 (15,3)	138 (84,7)	1	
<b>Regional de ocorrência</b>				<b>&lt;0,001</b>
I	14 (31,8)	30 (68,2)	2,5 (1,4 - 4,6)	
II	10 (43,5)	13 (56,5)	3,4 (1,8 - 6,4)	
III	8 (29,6)	19 (70,4)	2,3 (1,1 - 4,8)	
IV	9 (40,9)	13 (59,1)	3,2 (1,7 - 6,2)	
V	24 (39,3)	37 (60,7)	3,1 (1,8 - 5,2)	
VI	19 (12,7)	131 (87,3)	1	
<b>Número de envolvidos</b>				<b>&lt;0,001</b>
Um	113 (48,9)	118 (51,1)	3 (2 - 4,3)	
Dois ou mais	27 (16,6)	136 (83,4)	1	

<b>Sexo do autor</b>				<b>&lt;0,001</b>
Masculino	101 (55,5)	81 (44,5)	6,9 (3,3 - 14,2)	
Feminino	31 (28,2)	79 (71,8)	3,5 (1,6 - 7,6)	
Masculino e feminino	7 (8,0)	80 (92,0)	1	
<b>Faixa etária do agressor</b>				<b>0,012</b>
Até 19 anos	5 (55,6)	4 (44,4)	1,9 (1 - 3,6)	
20 a 24 anos	10 (55,6)	8 (44,4)	1,9 (1,2 - 3,1)	
25 a 59 anos	64 (28,8)	158 (71,2)	1	
60 anos ou mais	23 (45,1)	28 (54,9)	1,6 (1,1 - 2,3)	
<b>Autor alcoolizado</b>				<b>&lt;0,001</b>
Sim	43 (60,6)	28 (39,4)	2,3 (1,8 - 2,9)	
Não	122 (26,2)	344 (73,8)	1	
<b>Ocorreu outras vezes</b>				<b>0,001</b>
Sim	53 (34,4)	101 (65,6)	1	
Não	58 (54,2)	49 (45,8)	1,6 (1,2 - 2,1)	

Teste qui-quadrado

Através da tabela 5, podemos analisar que através do modelo de Poisson, que as variáveis, faixa etária, relação com idoso, local de ocorrência, e se o autor estava alcoolizado ou não, permaneceram na distribuição, a qual podemos observar que pertencer à faixa etária de 60 a 69 anos, possuía 2,3 vezes maior de risco para que a violência física ocorresse; ser desconhecido, aumentou em 2,72 vezes o risco; a violência física aumentava em 1,76 de vezes de chance quando o idoso se encontrava em sua residência, e o risco aumentou em 2,19 de vezes quando autor estava alcoolizado.

Tabela 5. Modelo de regressão de Poisson para a prevalência de violência física.

Variáveis	RP ajustada	IC 95%	Valor p
<b>Faixa etária</b>			
60 a 69 anos	2,30	1,60 - 3,32	<b>&lt;0,001</b>
70 a 79 anos	1,46	0,99 - 2,14	0,058
80 ou mais anos	1		
<b>Relação com o idoso</b>			
Desconhecido	2,72	2,06 - 3,59	<b>&lt;0,001</b>
Outros	1		
<b>Local de ocorrência</b>			
Residência	1,76	1,37 - 2,26	<b>&lt;0,001</b>
Outros	1		
<b>Autor alcoolizado</b>			
Sim	2,19	1,72 - 2,78	<b>&lt;0,001</b>
Não	1		

## DISCUSSÃO

O abuso físico foi considerado o menos comum na amostra realizado por um estudo feito por Fang & Yan (2017), possivelmente porque tal abuso tende a deixar evidências físicas e também pode levar a condenação social; entretanto, em nossos achados, encontramos a

violência física como o segundo mais notificado (30,7%). Corroborando com os casos registrados do disque 100, onde foram realizadas 11.682 denúncias, e 30% dos casos envolviam violência física.

Apratto (2010) realizou uma pesquisa na cidade de Niterói e observou que a violência física representou 9,6% de prevalência. Em uma revisão sistemática realizada por Pillemer et al (2015), o castigo de abuso físico foi definido como um ou mais eventos dentro de um período de prevalência designado. As taxas de prevalência de abuso físico de 1 ano em todos os estudos, que variaram de 0,2% a 4,9%, com média de 2,8%. Em todo o mundo, o Canadá (0,5%) e os Estados Unidos (1,4%) relataram as menores taxas de prevalência de abuso físico de idosos, seguido pela Europa (1,67%). Dois estudos da Ásia relataram taxas de abuso físico um pouco maiores (Índia: 4,3%, China: 4,9%), enquanto um único estudo da Nigéria encontrou, de longe, a taxa mais alta (14,6%).

Diferentes estimativas de prevalência podem ser decorrentes de diferentes metodologias utilizadas nos estudos, condução da entrevista, quando a entrevista é realizada na presença de cuidadores e/ou familiares, assim como pelo entendimento do idoso sobre o que é violência (BOLSONI et al, 2016).

Neste estudo verificamos que possuir uma idade menor (60 a 69 anos), no grupo de idosos possuía um risco maior do idoso sofrer violência física (49,1%), apresentando 2,3 vezes maior chance de risco para a ocorrência do mau-trato relacionado as outras idades. Corroborando com o estudo feito por Mascarenhas et al (2012) que observou que a violência física foi mais encontrada no grupo entre 60 e 69 anos e as internações por agressão corporal, encontradas no estudo de Castro, Rissardo, Carreira, (2018) foram mais frequentes entre os idosos na faixa etária dos 60 a 69 anos (61,3%).

Entre os fatores de risco pessoais e individuais para vitimização, o aumento da idade reduziu a probabilidade de abuso. A idade avançada em geral parece estar ligada também a uma menor consciência do fenômeno do abuso (MELCHIORRE et al, 2016). A este respeito, Daskalopoulos e Borrelli (2003) indicaram que, em geral, quanto mais velhos eram as pessoas, menos preocupados estavam com o abandono físico e psicológico.

O sexo feminino, foi o gênero que possuiu maior prevalência neste estudo, contrapondo os achados de Mascarenhas et al (2012), onde observou que a violência física foi significativamente mais frequente no masculino. Igualmente Castro, Rissardo, Carreira, (2018), constataram que internações por agressão corporal foram mais frequentes entre os idosos do sexo masculino (79,7%).

O fato da maior vulnerabilidade da mulher idosa à violência, em especial, aquelas que já sofriam violência doméstica em idade adulta, esse dado, de algum modo, relaciona-se à violência de gênero, que revela uma cultura de discriminação contra a mulher. Apesar da maior expectativa de vida representar maior risco de incapacidade e, por sua vez, de violência para as mulheres, o fato de a idosa ter sido agredida quando jovem parece exercer maior influência na ocorrência de maus-tratos (OLIVEIRA et al, 2013).

A raça branca nesta pesquisa foi a mais frequente corroborando com o estudo de Garbin et al (2016) onde demonstrou que as vítimas eram em maior proporção de idosos com raça branca e confrontando os achados de Dong (2015) onde constatou que a prevalência de abuso de idosos em grupos étnicos minoritários foi maior do que nos brancos.

No entanto, a identificação da cor da pele ainda é uma questão complexa e controversa, não havendo consenso sobre essa classificação (CECILIO et al, 2012).

Observamos em nossa pesquisa que idosos que possuíam ensino superior eram mais violentados, fato também encontrado pela pesquisa Melchiorre et al (2016) em que constataram que os idosos mais velhos educados em níveis mais altos eram mais vítimas do que seus colegas educados em níveis mais baixos.

O nível mais alto de educação pode, de fato, estar significativamente associado com as chances de denúncia de abuso, idosos com maior nível educacional são capazes de perceber, reconhecer e relatar a possibilidade de serem vítimas de maus-tratos. (MELCHIORRE et al, 2016).

Portanto, é mais provável que o nível de educação superior, em vez de representar um fator de risco real, possa aumentar a conscientização e a disposição de reconhecer e denunciar a violência interpessoal (BURNES, 2014).

Idosos que não possuíam algum tipo de deficiência apresentou significância nesta investigação, corroborando por pesquisas realizadas nas Américas do Norte e do Sul, o qual observou que a prevalência de abuso de idosos varia de 10% em adultos idosos cognitivamente intactos a 47,3% em idosos com demência. (DONG, 2015)

Neste estudo observamos que a violência física foi praticada por agressores que não eram filhos (35,8%), o mesmo achado foi encontrado nos estudos de Mascarenhas et al. (2012).

No estudo realizado por Oliveira et al (2013), os autores observaram que não ser filho apresentou risco prevalente para que a violência física ocorresse, contrapondo estudos que ressaltam que violência física é maior para os idosos que vivem com familiares devido à maior oportunidade de contato interpessoal, gerando conflitos e tensões, levando-se em consideração

o grau de dependência que se estabelece. Depender de outra pessoa significa estar em poder dela, tornando a oportunidade de coerção ainda maior.

A associação ao (s) tipo (s) de abuso e o relacionamento com o agressor tem várias consequências, estes incluem sentimentos de vergonha, desamparo, humilhação, medo e ansiedade, resultando em sentimentos de estresse e depressão. Os idosos sentiam-se desesperados, frustrados, desesperançados e aflitos devido à falta de capacidade de mudar a situação (MYSYUK, WESTENDORP, LINDENBERG; 2016).

No que se refere ao vínculo conjugal. Ser cônjuge e não ser ex-cônjuge, foram as notificações mais frequentes. Presume-se que o perpetrador seja um parceiro íntimo, definido como cônjuge atual ou antigo ou cônjuge de união estável e parceiro não matrimonial atual ou anterior, incluindo parceiro de namoro (BROWNELL, 2016).

Em uma pesquisa realizada em Portugal, a maioria dos agressores pertencia à família nuclear, designadamente, cônjuges ou companheiros (atuais ou ex), filhos/enteados e filhas/enteadas. Apesar disso, nesse último caso, os cônjuges ou companheiros (atuais ou ex) representavam mais de um terço dos agressores (GIL et al, 2015).

O tipo de relacionamento com o agressor parece variar de acordo com o tipo de maus-tratos e a cultura. Nos Estados Unidos, Israel e Europa, o autor mais comum de abuso físico e emocional de idosos é o cônjuge (PILLEMER 2016).

Os idosos que foram violentados fisicamente, foram por não cuidadores, fato contrariado pelos estudos de Valdés, López e García (2018), o qual constata que muitos idosos são vítimas de abuso, geralmente por um cuidador.

A prestação de cuidados a idosos dependentes em casa requer mudanças e ajustes no estilo de vida dos cuidadores, incluindo a necessidade de conciliar tarefas pessoais, profissionais e domésticas; redução da renda familiar devido ao tratamento e compra de medicamentos; reorganização familiar e adequação do lar às necessidades de cuidados. A família começa a girar em torno das exigências que o papel de ser cuidador impõe. Isso pode, por vezes, tornar a tarefa de cuidar de uma experiência negativa, capaz de desencadear o esgotamento físico e emocional, e resultar em uma variedade de consequências quase sempre danosas para a vida e a saúde do cuidador. O cuidador sobrecarregado, por sua vez, pode ameaçar o equilíbrio e os relacionamentos familiares e pode ser um fator de risco para o abuso de seus familiares idosos (LOPES et al, 2018).

Um estudo realizado por Guimarães et al. (2018) observou que a maioria dos perpetradores de violência física eram parentes ou conhecidos da vítima. No período analisado

nesta pesquisa, verificou-se que a maior parte dos idosos violentados eram por conhecidos, e ser desconhecido apresentou significância.

Um estudo qualitativo sobre as percepções e experiências de abuso de idosos foi realizado na Holanda entre idosos abusados. Se sentir impotente e perder o controle sobre a situação combinado com dependência e vulnerabilidade de vítimas mais velhas, desencadeou a violência do lado do agressor e aumenta a sensação da vítima de se sentir desamparado. A impotência que experimentaram influenciou o poder e controlou os sentimentos do agressor. Ao mesmo tempo, algumas vítimas sentiram que o abuso poderia ocorrer mais como uma resposta à falta de poder do agressor e à incapacidade de lidar com a situação em questão, por exemplo, quando as vítimas não atendem aos desejos do agressor ou são incapazes. Para satisfazer os seus pedidos, ou quando os perpetradores se sentiram sobrecarregados pela carga de cuidados. As vítimas achavam que, ao abusar de uma pessoa mais velha, o agressor tentava restaurar o poder e o controle. (MYSYUK; WESTENDORP; LINDENBERG, 2016).

Nesta pesquisa, observamos que 37,8% dos casos de violência física ocorriam na residência do idoso. Através do modelo de Poisson verificamos que na residência apresenta 1,76 vezes de risco maior de chance para que ocorra a violência do que em outros locais de ocorrência.

No estudo realizado por Friedman et al (2017), das 111 vítimas de abuso físico, 110 foram abusados em sua atual residência, fato este também encontrado no estudo realizado por Guimarães et al (2018), onde constatou-se que 62,3% total de incidências de violência ocorreu dentro das residências dos idosos, entretanto, na pesquisa realizada por Mascarenhas et al (2012), os autores observaram que a violência física foi praticada fora do domicílio.

O aumento sobre violência familiar têm procurado, gradativamente, compreender situações de violência contra idosos, este interesse é resultado do crescimento do número de idosos e do trabalho de pesquisas nacionais e internacionais que identificaram a família como o principal contexto de violência contra essa faixa etária (GUIMARÃES et al, 2018).

O predomínio da violência no ambiente doméstico corrobora pesquisas recentes em que a violência era mais prevalente em casa, um local considerado um ambiente afetivo e afetivo que oferece proteção contra a violência externa. Em contraste, a relação intrafamiliar surge concomitantemente como fonte de conflito que expõe as idosas ao risco de violência de caráter velado por parte dos familiares, com alto grau de subnotificação (PAIVA, TAVRES; 2015; AGUIAR et al, 2015).

Idosos que moravam na regional II de Fortaleza, era um fator significativo para a ocorrência de maus tratos. A Secretaria Regional II é formada por 20 bairros, dentre eles o bairro



Cocó, Meireles, Mucuripe e Praia do Futuro, habitam nesta regional 334.868 pessoas, correspondendo a 13,50% da população da Capital.

Encontramos um estudo relacionando maus tratos e o município de Fortaleza, o qual observou que a SER III foi a mais referida, respondendo por 25,1% dos casos. (NOGUEIRA, FREITAS, ALMEIDA, 2011)

Autores verificaram que 80,2% das vítimas coabitava com o agressor, e 73,3% mantinha uma relação conflituosa com ele, prévia à ocorrência da violência. Apenas 26,3% das vítimas responderam afirmativamente à questão do conhecimento das situações de conflito entre o agressor e outros membros da família. Uma percentagem assinalável de vítimas (43,1%) considerou que o agressor apresentava problemas de isolamento social. (GIL et al 2015)

Alguns autores sugeriram que atitudes negativas e estereótipos sobre pessoas idosas podem contribuir para a aceitação social do abuso de idosos. Indivíduos mais velhos podem ser percebidos como frágeis, dependentes, ou onerosos, tornando mais permissível para as gerações mais jovens maltratá-los (PILLEMER, 2016).

Nesta pesquisa, observamos que os agressores mais prevalentes, eram jovens de até 24 anos de idade. No estudo realizado por Gil et al (2015), 20% dos casos referiu que o agressor teria sido alvo de violência na infância ou adolescência.

Constatamos neste estudo elevada prevalência de agressores sob efeito do álcool (60,6%), fato este encontrado também nos estudos de Mascarenhas et al (2012), onde observou que a violência física foram por agressores com suspeita de ingestão de bebida alcoólica. Friedman et al (2017) relata que o abuso e dependência de álcool no perpetrador, é um fator de risco para que ocorra o abuso físico.

Neste estudo verificamos que 54,2% dos casos de violência física não ocorre outras vezes, entretanto, em um estudo realizado na cidade de São Paulo, por Guimarães et al (2018), 28,4% dos idosos vítimas de agressão física afirmaram que não foi a primeira vez que sofreram abusos físicos. No estudo realizado nos Estados Unidos Friedman et al (2017) encontrou em seus achados, que 52,3% dos idosos possuíam histórias documentadas de revitimização.

Indivíduos que coabitavam com o agressor mantinham uma relação conflituosa com esse, as vítimas afirmaram que manter uma relação conflituosa com o agressor tinham uma possibilidade de experienciar a coocorrência dos múltiplos tipos de violência. Idosos que moravam com o agressor não tinham apoio da rede social informal e estavam mais vulneráveis à polivitimização (GIL et al, 2015).

As pessoas idosas ou mesmo quaisquer outros cidadãos têm o direito inalienável de proteção contra qualquer tipo de agressão física, inclusive por meio do apoio das autoridades,

se forem maltratadas ou ameaçadas, até mesmo por suas famílias. Os artigos 19 e 57 do Estatuto estabelecem claramente a obrigação dos profissionais de saúde, bem como dos médicos e instituições, de denunciar casos de abuso de que tenham conhecimento. A denúncia pode ser feita ao Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal), ao Ministério Público e às Delegacias de Polícia<sup>17</sup> (GUIMARÃES et al, 2018).

Segundo estudos, o número real de ocorrência de maus-tratos contra idosos é subdiagnosticado. Isso ocorre devido à falta de consciência dos profissionais da saúde, bem como pela relutância do idoso em admitir ou reportar sinais de maus-tratos. O sentimento de culpa e vergonha da vítima, o medo de retaliação ou represália por parte do agressor e o receio de ser internado em uma instituição geriátrica também contribuem para um menor número de queixas (IRAGAY,2016). No nosso estudo também podemos ter encontrado como limitação as subnotificações dos casos de violência contra idosos.

Observa-se, portanto, a importância e obrigatoriedade dos profissionais de saúde em identificar e relatar violência contra o idoso, pois esta ajuda no conhecimentos detes ato e na formulação de políticas públicas mais efetivas para garantir os direitos dessa faixa etária. (SALES et al, 2014)

## CONCLUSÃO

O estudo discute o processo de violência física contra o idoso no município de Fortaleza, na perspectiva das notificações realizada nos últimos dez anos, nos serviços de saúde da região, identificando o perfil da vítima e do agressor.

Os dados coletados referentes à esta pesquisa indicam que os idosos na faixa etária com 60 a 69 anos, tendo a residência como local mais frequente de ocorrência, com autores do abuso sem efeito de álcool, e perpetradores desconhecidos, eram os idosos mais frequentemente relatados sob risco maior de sofrer violência física ( $p < 0,001$ ).

Futuros esforços de pesquisa, e estudo baseados em evidências, devem promover e sustentar a colaboração entre organizações comunitárias e instituições de pesquisa para melhor atender às necessidades e preocupações dos idosos. (DONG, 2015)

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.P.C.; et al. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**19(2):343-9. 2015

APRATTO, J.P.C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**;15(6):2983-95.2010

AYALON, L.; et al, A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. **Age and Ageing**. Volume 45, Issue 2, 1, Pages 216–227. March 2016

BOLSONI, C. C.; et al. Violência contra o idoso: uma meta-síntese. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.7, n.2, p.113.-122, 2016.

BROWNELL, P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. *Ciênc. saúde colet.* 21 (11). Nov 2016

BURNES, D. Risk Factors for Elder Abuse Incidence and Severity Among Cognitively Intact Older Adults. M.Sc. Thesis, Graduate School of Arts and Sciences, **Columbia University**.2014.

CASTRO, V.C., RISSARDO, L.K., CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 supl.2 Brasília 2018

CECILIO, L.P.P., et al. Interpersonal violence: descriptive study of not fatal cases assisted in an emergency reference unity to seven municipalities of the state of São Paulo, Brazil, from 2008 to 2010. **Epidemiol Serv Saúde**;21(2):293-304. 2012

DASKALOPOULOS, M.D., BORRELLI, E. Definitions of Elder Abuse in an Italian Sample. **J Elder Abuse Negl.** 18(2–3): 67–85. 2003

DONG, X.Q., **Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice**, Journal of the American geriatrics society. **Volume63, Issue6.. Pages 1214-1238. June 2015**

FANG, B. YAN, E. Abuse of Older Persons With Cognitive and Physical Impairments: Comparing Percentages Across Informants and Operational Definitions. **Journal of Interpersonal Violence**.1–17. 2017

FRIEDMAN, L.S.; et al. Physical Abuse of Elderly Adults: Victim Characteristics and Determinants of Revictimization. **JAGS VOL. 65, NO. 7.** July 2017

GARBIN, C.A.S.; et al. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2016

GIL, A.P.; et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. **Cad. Saúde Pública.** vol.31 no.6 Rio de Janeiro jun. 2015

GUIMARÃES, A.P.S.; et al. Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo, **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2018

IRIGARAY, T.Q.; et al. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de psicologia.** Vol.33, no.3, Campinas, July/Sept. 2016.

LEUNG, D.Y.P., et al. Prevalence and correlates of abuse screening items among community-dwelling Hong Kong Chinese older adults

LOPES, E.D.S. et al. Elder abuse in Brazil: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol.21 no.5 Rio de Janeiro set./out. 2018

MASCARENHAS, M.D.M.; et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2331-2341, 2012.

MELCHIORRE, M.G., et al. Abuso de homens mais velhos em sete países europeus: uma abordagem multinível no quadro de um modelo ecológico. **PLoS One**. 11(1): e0146425. 2016

MYSYUK, Y.; et al. How older persons explain why they became victims of abuse . **Age and Ageing**, Volume 45, Issue 5, Pages 696–702. 1 September 2016

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

OLIVEIRA, A.A.V.; et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm**. vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013

PAIVA, M.M; TAVARES D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.68 no.6 Brasília Nov./Dec. 2015.

PILLEMER, K.; et al. Elder Mistreatment: Priorities for Consideration by the White House Conference on Aging. **The Gerontologist**, Vol. 55, No. 2, 320–327. 2015.

PILLEMER, K., et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**, Volume 56, Issue Suppl\_2, Pages S194–S205. April 2016

SALES, D.S.; et al, Violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estudo interdisciplinares sobre o envelhecimento.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014.

SANTOS, C.M., et al. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. **Braz Oral Res**. 27:197-202.2013

SANTOS, F.S., SAINTRAIN M.V.L., VIEIRA L.J.E.S., SAMPAIO E.G.M. Characterization and Prevalence of Elder Abuse in Brazil. **Journal of Interpersonal Violence**. 1-17. 2018

VALDÉS, M.A.S., LÓPEZ G.C., GARCÍA M.V. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. **Medisur**. vol.16 no.2 Cienfuegos mar. -abr. 2018

YOUNG, L.M. Elder physical abuse. **Clin Geriatr Med**.30:761-8.2014

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa pesquisa contou com o universo de 537 ocorrências de violência contra idosos acima de 60 anos, notificados pelos serviços de saúde, os quais consideram a notificação compulsória a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública.

A Notificação de violência doméstica, seja qualquer tipo de violências, foi implantada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) pelo Ministério de Saúde, em 2009, e deve ser realizada de forma compulsória nas situações de suspeita ou confirmação de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às Leis 8.069/90(Estatuto da Criança e do Adolescente), 10.741/03(Estatuto do Idoso) e 10.778/03 (Notificação Compulsória de Violência Contra Mulher).

Apesar de encontrarmos como limitação no estudo as subnotificações, fato este que pode ser explicado pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde no que se refere ao conhecimento restrito quanto à notificação e comunicação e à formação dos profissionais, um dos principais desafios da notificação compulsória para os profissionais de saúde sugerem capacitação e educação permanente sobre a temática. A desinformação e desconhecimento, entre os profissionais de saúde, têm a ver com o entendimento do fenômeno da violência, que, muitas vezes, é visto como causa externa à área da saúde, ou seja, caso de segurança pública, exclusivamente.

## REFERÊNCIAS

- ABATH M.B., LEAL M.C.C., MELO D.A. Filho. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 15(2):305-14. 2012
- AGUIAR M.P.C., LEITE H.A., DIAS I.M., MATTOS M.C.T., LIMA W.R. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**.19(2):343-9. 2015
- ÁLVAREZ M.C. Envejecimiento poblacional en Cuba: ¿estamos preparados para ello? **Revista Médica Electrónica**. vol.39 no.1 Matanzas.feb. 2017
- APRATTO J.P.C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**;15(6):2983-95.2010
- AYALON L., LEV S., GREEN O., NEVO U.; A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. **Age and Ageing**. Volume 45, Issue 2, 1, Pages 216–227. March 2016
- BOLSONI C. C., COELHO E.B.S., LINDNER S. R., CONCEIÇÃO T. B.. Violência contra o idoso: uma meta-síntese. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.7, n.2, p.113.-122, 2016.
- BOND M.C, BUTLER K.H. Elder abuse and neglect definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. **Clin Geriatr Med**;29:257-73. 2013
- BRASIL. **Estatuto do idoso**. Lei Federal Nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BROWNELL P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. **Ciênc. saúde colet.** 21 (11). Nov 2016

BURNES D. Risk Factors for Elder Abuse Incidence and Severity Among Cognitively Intact Older Adults. M.Sc. Thesis, Graduate School of Arts and Sciences, **Columbia University**.2014.

CASTRO V.C., RISSARDO L.K., CARREIRA L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 supl.2 Brasília 2018

CECILIO L.P.P., GARBIN C.A.S, ROVIDA T.A.S, QUEIRÓZ A.P.D.G., GARBIN A.J.I. Interpersonal violence: descriptive study of not fatal cases assisted in an emergency reference unity to seven municipalities of the state of São Paulo,Brazil, from 2008 to 2010. **Epidemiol Serv Saúde;**21(2):293-304. 2012

COOPER C.; LIVINGSTON G.. Intervening to reduce elder abuse: challenges for research. **Age and Ageing**, Volume 45, Issue 2, 1, Pages 184–185, March 2016.

DANTAS R.B., OLIVEIRA G.L., SILVEIRA A.M.. Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. **Rev. Saúde Pública.** 51 10 Apr 2017

DASKALOPOULOS MD, BORRELLI E. Definitions of Elder Abuse in an Italian Sample. **J Elder Abuse Negl.** 18(2–3): 67–85. 2003

DONG X., SIMON M.A. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. **JAMA Intern Med.**173(10):911-17. 2013

DONG X., SIMON M.A., EVANS D.A. Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. **Gerontology.**58:258–268. 2011

DONG X.Q., Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice, **Journal of the American geriatrics society.** Volume63, Issue6.. Pages 1214-1238. June 2015

DUQUE A.M.; LEAL M.C.C.; MARQUES A.P.O.; ESKINAZI F.M.V.; DUQUE A.M. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol.17, no.8, Rio de Janeiro Aug. 2012

FANG B. YAN E. Abuse of Older Persons With Cognitive and Physical Impairments: Comparing Percentages Across Informants and Operational Definitions. **Journal of Interpersonal Violence.**1–17. 2017

FERREIRA A.B.R.; GARABINI V.M.B.; AGUIAR W.M. A responsabilidade civil dos filhos para com seus genitores idosos e o abandono afetivo inverso. Disponível em : <http://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/viewFile/1831/1482>. Acessado em 19/11/2018

FRAZÃO S.L., CORREIA A.M., NORTON P. MAGALHÃES T. Abuso físico contra idosos em ambientes institucionais. **J Forense Leg Med** 2015; 36: 54-60.

FRIEDMAN L.S., AVILA S., RIZVI T., PARTIDA R, FRIEDMAN D. Physical Abuse of Elderly Adults: Victim Characteristics and Determinants of Revictimization. **JAGS VOL. 65, NO. 7. July 2017.**

GARBIN C.A.S. JOAQUIM R.C. ROVIDA T.A.S. GARBIN A.J.I. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2016

GARBIN C.A.S. JOAQUIM R.C. ROVIDA T.A.S. GARBIN A.J.I. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2016

GARBIN C.A.S., DIAS I.A., ROVIDA T.A.S., GARBIN A.J.I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc Saúde Coletiva.**20(6):1879-90. 2015

GIL A.P., SANTOS A.J., KISLAYA I., SANTOS C., MASCOLI L., FERREIRA A.I., VIEIRA D.N. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. **Cad. Saúde Pública.** vol.31 no.6 Rio de Janeiro jun. 2015

GUIMARÃES A.P.S., GÓRIOS C., RODRIGUES C.L., ARMOND J.E., Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo, **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2018

HIRST S. P., PENNEY T. , MCNEILL S. , BOSCARD V.M. , PODNIEKS E., SINHA S.K.. Best-Practice Guideline on the Prevention of Abuse and Neglect of Older Adults. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement** 35 (2) : 242 – 260. 2016.

IRIGARAY T.Q.; ESTEVES C.S.; PACHECO J.T.B; GRASSI-OLIVEIRA R.; ARGIMON I.I.L. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de psicologia.** Vol.33, no.3, Campinas, July/Sept. 2016.

LEUNG D.Y.P., LO S.K.L., LEUNG A.Y.M., LOU V.W.Q., CHONG A.M.L., KWAN J.S.K., CHAN W.C.H., IRIS C.H. Prevalence and correlates of abuse screening items among community-dwelling Hong Kong Chinese older adults

LOPES E.D.S. FERREIRA A.G. PIRES C.G. MORAES M.C.S. D'ELBOUX M.J. Elder abuse in Brazil: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** vol.21 no.5 Rio de Janeiro set./out. 2018

MAIA R.S; MAIA E.M.C. Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia.** vol.19, no.6, Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2016.

MASCARENHAS, M.D.M.; ANDRADE S.S.C.A; NEVES A.C.M.; PEDROSA A.A.G.; SILVA M.M.A.; MALTA D.C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2331-2341, 2012.



MELCHIORRE M.G., ROSA M., LAMURA G. , TORRES-GONZÁLES F., LINDERT J. , STANKUNAS M. , IOANNIDI-KAPOLOU E. , BARROS H. , MACASSA G., SOARES J.J.F.. Abuso de homens mais velhos em sete países europeus: uma abordagem multinível no quadro de um modelo ecológico. **PLoS One**. 11(1): e0146425. 2016

MYSYUK Y., GERARDUS R., WESTENDORP R.G.J., LINDENBERG J. How older persons explain why they became victims of abuse . **Age and Ageing**, Volume 45, Issue 5, Pages 696–702. 1 September 2016

NAUGHTON C., DRENNAN J., LAFFERTY A. Older People's Perceptions of the Term Elder Abuse and Characteristics Associated With a Lower Level of Awareness. *J Elder Abuse Negl*. 26(3): 300–318. 2014

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

OLIVEIRA A.A.V.; TRIGUEIRO D.R.S.G.; FERNANDES M.G.M.; SILVA A.O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013

OLIVEIRA K.S.M., CARVALHO .FP.B., OLIVEIRA L.C., SIMPSON C.A., SILVA F.T.L., MARTINS A.G.C. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Rev Gaúcha Enferm.** 39. 2018

**OMS 2002:** World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.

PAIVA M.M; TAVARES D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem.** vol.68 no.6 Brasília Nov./Dec. 2015.

PILLEMER K., BURNES D., RIFFIN C., LACHS M.S., Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**, Volume 56, Issue Suppl\_2, Pages S194–S205. April 2016

PILLEMER K., CONNOLLY M.T., RISA BRECKMAN R., SPRENG N., LACHS M.S., Elder Mistreatment: Priorities for Consideration by the White House Conference on Aging. **The Gerontologist**, Vol. 55, No. 2, 320–327. 2015.

PINTO, F. N. F. R., BARHAM, E. J., & ALBUQUERQUE, P. P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 13(3), 1159-1181. 2013

REIS L.A., GOMES N.P., REIS L.A., MENEZES T.M.O., CARNEIRO J.B. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. **Acta paul. enferm.** vol.27 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2014

RODRIGUES C.L., ARMOND J.E., GÓRIOS C. Agressões físicas e específicas sobre as notícias da cidade de São Paulo. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 18 (4): 755-60. 2015

SALES D.S.; FREITAS C.A.; BRITO M.C.; OLIVEIRA E.; DIAS F.; PARENTE F.; SILVA M. J. A. Violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estudo interdisciplinares sobre o envelhecimento.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 63-77, 2014.

SANTOS A.J.; NICOLAU, R.; FERNANDES, A.A.; GIL, A P. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v 72, p 53-77, 2013

SANTOS C.M., MARCHI R.J., MARTINS A.B., HUGO F.N., PADILHA D.M.P., HILGERT J.B. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. **Braz Oral Res.** 27:197-202.2013

SANTOS F.S., SAINTRAIN M.V.L., VIEIRA L.J.E.S., SAMPAIO E.G.M. Characterization and Prevalence of Elder Abuse in Brazil. **Journal of Interpersonal Violence.** 1-17. 2018

SILVA C.F.S.; DIAS C.M.S.B.. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão** . v. 36 nº3, 637-652. 2016

SIMONE L., WETTSTEIN A., SENN O., ROSEMANN T., HASLER S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. **Swiss Med Wkly.** Jan 31. 2016

SINAN. Notificação Individual. Sistema de Informação de agravos de notificação. Publicado: Terça, 08 de Março de 2016, 21h38. Acesso em 26.11.2018. disponível: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>

SOUZA E.R., MINAYO M.C.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Colet.** 2010

STRAUS MA. Simetria de gênero e mutualidade na perpetração de violência de parceiros em nível clínico: Evidência empírica e implicações para prevenção e tratamento. **Aggress Violent Behav** . 16: 279-288. 2011

VALDÉS M.A.S., LÓPEZ G.C., GARCÍA M.V. El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. **Medisur.** vol.16 no.2 Cienfuegos mar. -abr. 2018

YON Y., MIKTON C.R., GASSOUMIS Z.D., WILBER K.H. Prevalência de abuso de idosos em ambientes comunitários: uma revisão sistemática e meta-análise. **Lancet Glob Health.**; 5: e147-56. 2017

YOUNG L.M. Elder physical abuse. **Clin Geriatr Med.**30:761-8.2014

WARMLING, D.; LINDNER, S. R., COELHO, E. B. S. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.22, n.9. 2017

## ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO  
INDIVIDUAL

VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS  
VIOLENCIAS INTERPESSOAIS

Nº

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)		
Dados da Pessoa Atendida	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
	7 Nome	8 Data de Nascimento		
Dados de Residência	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado	14 Ocupação	
	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	17 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		18 Número do Cartão SUS	
	19 Nome da mãe		20 UF	
Dados de Ocorrência	21 Município de residência		Código (IBGE)	22 Bairro de residência
	23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 (DDD) Telefone	
29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado				
32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	
37 Complemento (apto., casa, ...)			38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Força corporal 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Outros		

Violência Sexual	<b>43</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>44</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
	<b>45</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>46</b> Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____		<b>47</b> Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
Em casos de violência sexual	<b>49</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
	<b>50</b> Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Evolução e encaminhamento	<b>51</b> Evolução do Caso 1 - Alta    2 - Encaminhamento ambulatorial    3 - Encaminhamento hospitalar    4 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 5 - Óbito pela agressão    6 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado		<b>52</b> Se óbito pela agressão, data 	
	<b>53</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____			
	<b>54</b> Circunstância da lesão (confirmada) CID 10	<b>55</b> Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Suspeito    2 - Confirmado    3 - Descartado		

**Informações complementares e observações**


<b>TELEFONES ÚTEIS</b>		
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997	<b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180	<b>Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes</b> 100

<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome		Assinatura	
	Função			