

VOLUME 24 NÚMERO 6



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 24, Nº 6, 2021

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Anabela Mota Pinto – Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal

Anita Liberalesso Néri – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Annette G. A. Leibing – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Antón Alvarez – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

Candela Bonill de las Nieves – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha

Carina Berterö – Linköping University. Linköping – Suécia

Catalina Rodriguez Ponce – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha

Eliane de Abreu Soares – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Emílio H. Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Emílio Jeckel Neto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Evandro S. F. Coutinho – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Guita Grin Debert – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Ivana Beatrice Mânica da Cruz – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS – Brasil

Jose F. Parodi – Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru

Lúcia Helena de Freitas Pinho França – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - Brasil

Lúcia Hisako Takase Gonçalves – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC – Brasil

Luiz Roberto Ramos – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil

Maria da Graça de Melo e Silva – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa – Portugal

Martha Pelaez – Florida International University. Miami-FL – EUA

Mônica de Assis – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Raquel Abrantes Pêgo – Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.

Ricardo Oliveira Guerra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN – Brasil

Normalização / Normalization

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the “Instructions for Authors”, published in www.rbgg.com.br

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia por meio do e-mail revistabgg@gmail.com

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Telefones: (21) 2334-0168 / 2334-0131 r. 229

E-mail: revistabgg@gmail.com - crderbgg@uerj.br

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX – Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

EDITORIAL

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DE PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS

Violence against older adults in the context of the coronavirus pandemic

Edinilsa Ramos de Souza, Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

ARTIGOS ORIGINAIS

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO, NOS ÚLTIMOS 11 ANOS: UMA ANÁLISE TEMPORAL

Violence against old people in the city of Campinas, São Paulo, in the last 11 years: a temporal analysis

Emmanuel Dias de Sousa Lopes, Maria José D'Elboux

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES E HOMENS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Quality of life of older women and men in situations of intimate partner violence

Deise Warmling, Carolina Abreu Henn de Araújo, Sheila Rubia Lindner, Elza Berger Salema Coelho

MEDIAÇÃO DE CONFLITO: SOLUÇÕES PROPOSTAS EM ATENDIMENTO A CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Conflict mediation: proposed solutions to deal with cases of violence against older people

Neuzza Moreira de Matos, Mariana Campos Braz, Emanuelle de Oliveira Albernaz, Barbara Barbosa de Sousa, Hudson Azevedo Pinheiro, Débora Thaís Timóteo Ferreira

ANÁLISE DO RISCO DIRETO E INDIRETO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA PESSOAS IDOSAS

Analysis of the direct and indirect risk of intrafamily violence against older people

Cleisiane Xavier Diniz, Fátima Helena do Espírito Santo, Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

AGRESSORES DE PESSOAS IDOSAS: INTERPRETANDO SUAS VIVÊNCIAS

Aggressors of older people: interpreting their experiences

Murilo Santos Oliveira, Miriam Fernanda Sanches Alarcon, Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto, Maria José Sanches Marin

CARACTERIZAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS COMETIDAS PELAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL DE 2009 A 2016

Characterization of self-inflicted violence committed by older people in southern Brazil from 2009 to 2016

Fernanda Cornelius Lange, Carolina Carvalho Bolsoni, Sheila Rubia Lindner

PERFIL DA PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE UM CENTRO INTEGRADO DE PROTEÇÃO E DEFESA DE DIREITOS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Profile of older people victims of domestic violence in an integrated center for protection and defense of rights in times of pandemic

Alisilvia Leão Pedrosa, Seldon Rodrigues Duarte Júnior, Nathália França de Oliveira

OS DESAFIOS DA REDE DE PROTEÇÃO NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA EM MANAUS, AMAZONAS, BRASIL

The challenges of the protection network and coping with violence against older people in Manaus, Amazonas, Brazil

Maria Luíza de Andrade Picanço Meleiro, Izaura Rodrigues Nascimento, Kennya Márcia dos Santos Mota Brito, Évellin Picanço de Medeiros Gil, Selma Barboza Perdomo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DENÚNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL (2018-2019)

Epidemiological profile of reports of violence against older adults in Rio Grande do Norte, Brazil (2018-2019)

Rayrane Iris Melo da Cunha, Luan Victor Anselmo de Oliveira, Kenio Costa de Lima, Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

ARTIGOS DE REVISÃO

O CENÁRIO DO MERCADO DE TRABALHO PARA IDOSOS E A VIOLÊNCIA SOFRIDA

The labor market scenario for older people and the violence they suffer

Rafaela Lopes Batista, Karla Maria Damiano Teixeira

COMPETÊNCIAS DOS MÉDICOS NO ATENDIMENTO A IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO DE ESCOPO

Doctors' competences in caring for older people in situations of violence: scope review

Cesar Augusto de Freitas e Rathke, Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Rafaella Queiroga Souto



Violência contra a pessoa idosa no contexto de pandemia pelo novo coronavírus

Violence against older adults in the context of the coronavirus pandemic

A população idosa do Brasil está mais longeva com incremento, sobretudo, da parcela com mais de 80 anos. Se por um lado, viver mais pode ser um ganho, por outro, pode significar mais pessoas dependentes de cuidadores e de cuidados¹. Lamentavelmente, grande parte dos idosos brasileiros não tem o direito básico de acesso garantido aos cuidados de saúde garantido. Além de ter que lutar pelos direitos: moradia, renda, segurança alimentar, previdência, acesso à assistência social, dentre outros. O direito de envelhecer com dignidade neste país tem gerado forte pressão sobre as políticas públicas, as quais inexistem ou não conseguem contemplar a complexidade das diversas, e muitas vezes adversas, condições de vida dessas pessoas². Assim, falar sobre a heterogeneidade do envelhecimento requer abordagens e olhares que contemplem as especificidades do que é ser idoso em um país com imensas e gritantes desigualdades estruturais e, por isso mesmo, extremamente violento.

Em 2020, com o advento da pandemia de Covid-19, ficaram claras as dificuldades que muitos idosos tinham para cumprir as recomendações das autoridades sanitárias de higiene e de distanciamento social, haja vista os que se encontravam em instituições de longa permanência, os idosos encarcerados e aqueles sem condições socioeconômicas de manter o requerido distanciamento por residirem em moradias com um só cômodo e sem água potável. Desde o início da pandemia, os idosos foram os mais afetados e apresentaram formas mais severas da Covid-19, bem como elevadas taxas de mortalidade. Embora tenham feito parte do grupo prioritário para a vacinação, nem todos puderam ainda ser vacinados. Falta vacina e os idosos com limitações funcionais têm grande dificuldade de obtê-la, o que foi objeto de uma nota que reivindica a inclusão prioritária dessas pessoas e dos seus cuidadores, cuja grande maioria é de familiares mulheres também idosas³.

Ante tais circunstâncias, estima-se que muitas situações de violências, às quais os idosos já eram submetidos, acirraram-se e outras tantas passaram a ser vivenciadas devido às dificuldades da realidade imposta por tempos difíceis de pandemia e crise econômica.

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003), define como violência contra a pessoa idosa “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”. E a Organização Mundial de Saúde classificou a natureza da violência contra as pessoas idosas como: física, psicológica, sexual, negligência, autonegligência, abandono e financeira. Além da violência interpessoal, considera-se ainda a violência estrutural resultante das desigualdades socioeconômicas, raciais, de gênero, culturais, religiosas e institucionais.

Como se observa, são várias e distintas as abordagens e os objetos que podem ser tomados no âmbito das reflexões acadêmicas com foco nas violências contra pessoas idosas. Neste número temático da RBGG espera-se contribuir para a maior compreensão das violências que se abatem contra os idosos, bem como identificar e propor estratégias e soluções para essa dura realidade que fere, gera sofrimento e leva à morte.

No escopo deste número temático incentivam-se artigos que:

- *Caracterizem os casos (diade vítima e agressor), e as dinâmicas dos contextos de ocorrência da violência.* Sabe-se que expressiva parcela das violências contra pessoas idosas ocorrem nos locais onde residem e seus principais agressores são aqueles que lidam mais diretamente com o seu cuidado – familiares e cuidadores profissionais ou não;
- *Busquem discutir e mostrar como a violência estrutural, que se expressa nas desigualdades das condições de vida, tem impactado o processo vital dos distintos grupos de pessoas idosas.* Nesse caso, por exemplo, para um idoso nascer, viver e morrer em sociedades com extremas desigualdades, como o Brasil, é, em última instância, estar submetido a muitas situações de violência, cujo pano de fundo é a violência estrutural que privilegia uns e submete outros a condições indignas;
- *Identifiquem e tragam maior compreensão sobre como as instituições (públicas e privadas) têm atuado frente aos direitos das pessoas idosas.* Sabe-se que as pessoas idosas têm contato frequente com certas instituições – serviços de saúde, bancos, dentre outras, e que existem leis e normas que deveriam garantir a prioridade, a escuta qualificada e o atendimento integral a essas pessoas, o que nem sempre ocorre, constituindo-se como práticas de violência institucional;
- *Elaborem análises sobre como tem funcionado o atendimento aos casos de violência contra pessoas idosas.* Os serviços que atendem as pessoas idosas em situação de violência precisam ter profissionais formados para realizar o acolhimento, a escuta qualificada, o diagnóstico, o registro do caso suspeito ou confirmado e o encaminhamento para o acionamento das redes de atenção e de proteção. É importante mostrar e discutir se os serviços atuam em rede, se o atendimento realizado é integral, dentre outras questões;
- *Analisem e identifiquem como e quais políticas públicas podem prevenir e reduzir as situações de violências.* Identificar quais políticas incluem o tema da violência como uma questão importante para a saúde da população idosa, com qual abrangência abordam esse tema e se têm sido avaliadas para verificar como estão respondendo às necessidades dessa população frente às vivências de violências e quais têm sido os resultados alcançados.

¹Edinilsa Ramos de Souza 

²Tamires Carneiro de Oliveira Mendes 

¹ Coordenadora do GT Violência e Saúde da Abrasco, Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Rio Grande do Norte, Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Natal, RN, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS [Editorial]. Idosos dependentes de cuidadores. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(1):1-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.36602020> .
2. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2018;52(Supl 2):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650> .
3. Romero D, Groisman D, Souza ER, Barreto ICHC, Temporão JG, Telles JL, et al. Acesso prioritário à vacinação contra a Covid-19 para as pessoas idosas com limitações funcionais e seus cuidadores(as) [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021. Nota Técnica do Comitê Saúde da Pessoa Idosa-Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/acesso-prioritario-vacinacao-contracovid-19-para-pessoas-idosas-com-limitacoes-funcionais> .



Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal

Violence against old people in the city of Campinas, São Paulo, in the last 11 years: a temporal analysis

Emmanuel Dias de Sousa Lopes¹ 
Maria José D'Elboux¹ 

Resumo

Objetivo: Analisar as notificações dos casos de violência contra a pessoa idosa, no período de 2009 a 2019, através de dados obtidos no Sistema de Notificação de Violência (SISNOV) no município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica de abordagem quantitativa, descritiva e tendência temporal. Para as análises das notificações seguiu-se a observação das informações de acordo com as variáveis sociodemográficas, característica da violência e de seu agressor; e no tocante a análise temporal anual: faixa etária, tipos de violência, meio de agressão e sexo do autor. **Resultados:** 1.217 idosos sofreram agressões, sendo que deste total (69,5%) eram do sexo feminino, com predomínio na faixa etária entre 60 a 69 anos (35,8%), viúvas (37,7%) e de cor branca (64,4%). O tipo mais prevalente de violência foi a negligência (33,1%), sendo a residência (92,9%) o local de maior ocorrência. O principal autor das agressões era do sexo masculino (55,6%), o meio utilizado para praticá-la foi a força corporal (24,4%). A análise de tendência temporal evidenciou aumento de: faixa etária: 60-69 anos, violência física, meios utilizados para a sua prática: força corporal, objetos e envenenamento, e sexo do agressor: ambos. **Conclusão:** Os resultados obtidos foram ao encontro de outras pesquisas, indicando uma tendência no perfil das vítimas e agressão, salienta-se ainda a importância desse grupo conhecer os seus direitos e serem incentivados a realizar as denúncias, bem como os profissionais de saúde, para que se elaborem políticas públicas cada vez mais eficazes para o enfrentamento dessa questão.

Palavras-chave: Violência doméstica. Saúde do Idoso. Maus-tratos ao idoso. Sistemas de Informação em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the notifications of cases of violence against old people in the period from 2009 to 2019 using data obtained from the Violence Notification System (SISNOV)

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Campinas, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Emmanuel Dias de Sousa Lopes
emmanueldiaslopes@hotmail.com

Recebido: 09/11/2020
Aprovado: 23/02/2021

in the city of Campinas, State of São Paulo, Brazil. *Method:* This is an epidemiological research with a quantitative, descriptive approach and temporal trend. For the analysis of the notifications, information was observed according to the sociodemographic variables characteristic of violence and its aggressor, and according to the annual temporal analysis: age group, types of violence, means of aggression, and gender of the author. *Results:* 1,217 old people suffered aggression, (69.5%) of which were female, with a predominance of the age group between 60 and 69 years (35.8%), widows (37.7%), and whites (64.4%). The most prevalent type of violence was neglect (33.1%), with the residence (92.9%) being the place of greatest occurrence. Most of the aggressors were male (55.6%), and the way to do it was with body strength (24.4%). The temporal trend analysis showed an increase in the age group: 60-69 years, physical violence, means used for that - body strength, objects, and poisoning -, and gender of the aggressor - both. *Conclusion:* The results obtained were in line with other studies, indicating a trend in the profile of victims and aggression, and it is important for this group to know their rights and be encouraged to make complaints, as well as health professionals so that increasingly effective public policies are developed to address this issue.

Keywords: Domestic Violence. Health of the Elderly. Elder Abuse. Health Information Systems.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência familiar permeia toda a história da humanidade, todavia só a partir de meados do século XX começou a merecer o devido destaque por parte dos profissionais da área da saúde, quando os mesmos começaram a denunciar os casos¹. Atualmente, os estudos relacionados a violência têm buscado progressivamente compreender as situações de maus-tratos enfrentados pelos idosos em diferentes cenários. Fato esse, motivado tanto pelo aumento do número de vítimas em nosso país quanto pelas pesquisas nacionais e internacionais que indicam o núcleo familiar como sendo o principal âmbito de ocorrência dos casos de violência contra esse grupo etário².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência se constitui em uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou na possibilidade de lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, ou o conjunto destes. Quanto a sua classificação, as violências podem ser enquadradas como: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, negligência, abandono e autonegligência³.

No Brasil, a violência contra a pessoa idosa tem como reflexo o caráter bidirecional de dependência imposto entre as gerações, geralmente devido a fatores econômicos, as mesmas residindo no mesmo

domicílio. Esse convívio pautado em diferenças e valores partilhados pode causar sobrecarga ao cuidador, que na maior parte dos casos exerce a função de forma não remunerada e também outras atribuições, em especial quando os recursos financeiros familiares são escassos e na presença de dificuldades na locomoção, distúrbios comportamentais e déficit cognitivos, muitas vezes inerentes a senescência e senilidade. Essas situações propiciam um cenário para o estabelecimento de conflitos no espaço doméstico que, em sua maioria, resultam em violência^{4,14}.

A violência contra a pessoa idosa constitui-se em um problema social e de saúde no âmbito das políticas públicas e em ascensão no Brasil, todavia, de notificação compulsória recente. A partir de 2003 é criado o Estatuto do Idoso, um marco de conquista dessa população, que dentre outras diretrizes, determina que os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos sejam obrigatoriamente comunicados as autoridades competentes. No ano de 2011, outros dispositivos legais surgiram para auxiliar no incremento das notificações no Brasil: a inclusão de casos na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em todos os serviços de saúde públicos e privados do território nacional e a exigência de comunicação à vigilância epidemiológica. Apesar disso, a formalização de uma política por si só, não fornece garantias de proteção, pois, para a consolidação de um direito, é necessário o seu apoderamento pela população para assim não se tornarem vítimas vulneráveis dos agressores⁵.

Preocupado com as questões de vulnerabilidade da população a exposição de atos violentos, o município de Campinas, Estado de São Paulo, implantou no ano de 2005 o Sistema de Notificação de Violência (SISNOV), de forma eletrônica, integrada, intersetorial e interinstitucional, para divulgação de casos de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos⁶. Em 2009, iniciou-se o compartilhamento das informações, através de boletins anuais a respeito dos casos de violência contra a pessoa idosa⁶.

No entanto, a violência contra idosos tem sido pouco informada aos órgãos competentes (autoridades policiais, Ministérios Públicos ou aos Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso), permanecendo encoberta no contexto de segredo ou arranjo familiar. Entre os obstáculos ao ato de notificar, estão: a precariedade de recursos públicos para apurar e dar alguma solução às situações denunciadas, a falta da retaguarda de uma rede de proteção, o desconhecimento do fluxo de notificação, bem como a baixa capacitação de profissionais para identificação dos casos. A multiplicidade e a falha de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registros são também desafios a serem vencidos, visando à obtenção de estimativas da ocorrência de violência que auxiliem na vigilância e assistência para essa população^{7,10}.

Tendo em vista que a violência contra a população idosa trata-se de um problema de saúde pública e social grave, pouco notificada e de causas multifatoriais, surgiu a necessidade de investigar os dados referentes a esses casos na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, já que a mesma conta com um sistema próprio de abrangência para notificação de casos de violência, além disso não foi encontrado na literatura científica, nenhum trabalho sobre essa temática, realizado no município.

Diante da necessidade de uma investigação que leve a pensar em meios de garantir os cuidados desta população, fazendo com que a lei seja efetivamente cumprida, este estudo teve por objetivo analisar os aspectos sociodemográficos, caracterizar a violência e o agressor, através de análise das notificações dos casos de violência contra idosos, no período de 2009 a 2019, compreendendo também uma série histórica

de tendência temporal, através de dados obtidos no Sistema de Notificação de Violência (SISNOV) no município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica de abordagem quantitativa, descritiva e tendência temporal, realizado no município de Campinas, com dados secundários obtidos por meio do SISNOV, sobre violência contra indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, no período de 2009 a 2019.

Campinas, localizada no interior do Estado de São Paulo, Brasil; conta com uma população estimada para o ano de 2019 de 1.220.146 habitantes⁸, sendo que deste número, 146.368 são de pessoas idosas, 62.538 do sexo masculino e 83.830 do feminino, representando cerca de (12%) dos residentes do município.

A coleta de dados no SISNOV deu-se através de acesso no *website*: <http://sisnov.campinas.sp.gov.br/>, posteriormente foi elaborado pelos autores um banco de dados, contendo todas as variáveis a serem analisadas e os respectivos anos, as mesmas foram analisadas de acordo com o perfil sociodemográfico dos idosos (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e raça/cor) e também em relação à caracterização da violência (tipos praticados, local de ocorrência, sexo do autor, meio utilizado para prática, grau de parentesco com a vítima e ocorrência).

A descrição das notificações para o período analisado para as variáveis sociodemográficas e de caracterização da violência e do agressor contou com a elaboração de tabelas, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%).

Para análises de tendência temporal anual das notificações dos casos de violência contra idosos utilizaram-se as variáveis de interesse (faixa etária, tipos praticados, meio de agressão e sexo do autor), escolhidas pelos autores de acordo com a relevância apontada pela literatura científica e apresentadas no formato de figuras. Foi utilizado o teste para tendência qui quadrado de *Cochran-Armitage* e o nível de significância adotado para os testes estatísticos foram de (5%), ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

O total de notificações identificadas para o período do estudo foi composta por 1.217 vítimas de violência, sendo que deste total (69,5%) eram do sexo feminino e (30,3%) masculino, com predomínio de (35,8%) na faixa etária entre 60 e 69 anos, estado civil viúvo (a) (37,7%) e raça/cor branca (64,4%). Em relação à escolaridade (31,9%) possuíam 1.^a a 4.^a série incompleta/completa do ensino fundamental (Tabela 1).

Quanto à caracterização dos casos de violência, os tipos mais predominantes são a negligência e o abandono (33,1%), seguida da psicológica e moral (24,9%), sendo a própria residência (92,9%) o local de maior ocorrência. O principal autor das agressões é do sexo masculino (55,6%) e o meio utilizado para praticar a agressão é a força corporal e o espancamento (24,4%). Em relação ao grau de parentesco com a vítima foi identificado que o filho (a) (56,6%) são os principais responsáveis e em (46,8%) houve repetição do ato (Tabela 2).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos idosos (N=1217), no período de 2009 a 2019, Campinas-SP.

Características das vítimas	n (%)
Faixa etária (anos)	
60 - 69	436 (35,83)
70 - 79	422 (34,68)
80≥	359 (29,50)
Sexo	
Masculino	369 (30,32)
Feminino	846 (69,52)
Ignorado	2 (0,16)
Estado civil	
Ignorado/branco	163 (13,39)
Solteiro (a)	137 (11,26)
Casado (a)	337 (27,69)
Viúvo (a)	459 (37,72)
Separado (a)	121 (9,94)
Nível de escolaridade	
Ignorado/branco	489 (40,18)
Analfabeto	115 (9,45)
1. ^a – 4. ^a série incompleta/completa	389 (31,96)
5. ^a – 8. ^a série incompleta/completa	102 (8,38)
Ensino médio incompleto/completo	85 (6,98)
Ensino superior incompleto/completo	37 (3,04)
Raça/Cor	
Ignorado/branco	161 (13,23)
Branca	784 (64,42)
Preta	128 (10,52)
Amarela	10 (0,82)
Parda	134 (11,01)

Fonte: Os autores.

Tabela 2. Caracterização dos casos de violência (N=1217), no período de 2009 a 2019, em Campinas-SP.

Caracterização da violência	n (%)
Tipos de violência	
Física	332 (20,22)
Psicológica/moral	410 (24,97)
Tortura	11 (0,67)
Sexual	21 (1,28)
Financeira/econômica	211 (12,85)
Negligência/abandono	544 (33,13)
Outras	113 (6,88)
Local de ocorrência	
Ignorado/branco	31 (2,55)
Residência	1131 (92,93)
Via pública	27 (2,22)
Habitação coletiva	11 (0,90)
Outros	17 (1,40)
Sexo autor agressão	
Em branco	10 (0,82)
Ignorado	74 (6,08)
Masculino	677 (55,63)
Feminino	374 (30,73)
Ambos os sexos	82 (6,74)
Meios de agressão	
Força corporal/espancamento	297 (24,40)
Enforcamento	14 (1,15)
Objetos (contundente, perfurocortante, quente, arma de fogo)	57 (4,68)
Envenenamento	39 (3,20)
Ameaça	252 (20,71)
Outra agressão	103 (8,46)
Ignorado/branco	455 (37,39)
Grau de parentesco com a vítima	
Filho (a)	689 (56,61)
Amigo (a)	36 (2,96)
Ex-cônjuge	14 (1,15)
Cuidador (a)	19 (1,56)
Desconhecido (a)	40 (3,29)
Neto (a)	42 (3,45)
Irmão (a)	28 (2,30)
Cônjuge	130 (10,68)
Outros vínculos	219 (18,00)
Ocorreram outras vezes	
Ignorado/branco	283 (23,25)
Sim	570 (46,84)
Não	364 (29,91)

Fonte: Os autores.

A análise de tendência temporal anual da variável faixa etária (Figura 1) revelou aumento significativo para: 60-69 anos ($p<0,001$) e redução significativa para 70-79 anos ($p=0,011$) ao longo do tempo.

Para os tipos de violência praticada (Figura 2), a análise de tendência temporal no decorrer dos anos mostrou significância para: física ($p<0,001$) e outras ($p<0,001$), apresentando aumento ao longo do tempo, e psicológica/moral ($p<0,001$), tortura ($p<0,004$) e financeira/econômica ($p<0,001$) apresentaram decréscimo.

Em relação aos meios utilizados para praticar a agressão (Figura 3), verificou-se tendência temporal significativa para: força corporal/espantamento ($p<0,001$), objetos (contundente, perfurocortante, quente, arma de fogo) ($p<0,001$), envenenamento ($p<0,001$) e outra ($p<0,001$) com aumento ao longo do tempo.

Para análise do sexo do autor da agressão, a análise de tendência temporal evidenciou significativa redução ao longo do tempo para: feminino ($p<0,031$), já ambos os sexos ($p<0,001$) apresentaram aumento no decorrer dos anos.

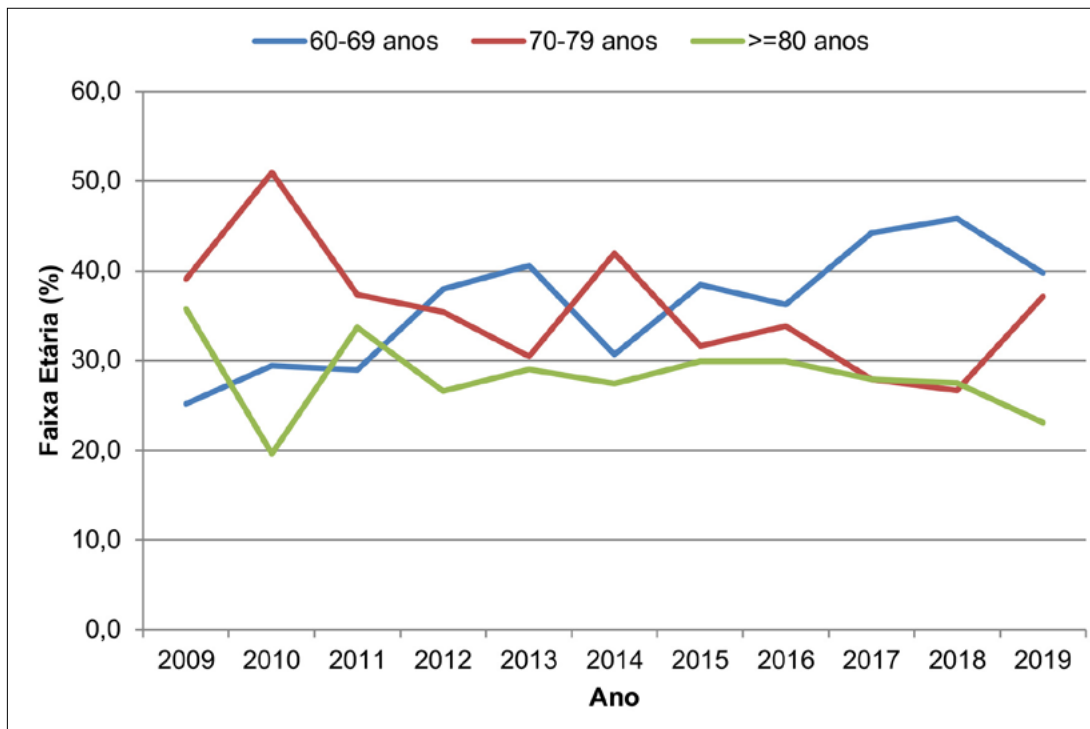


Figura 1. Análise de tendência temporal da faixa etária dos idosos, vítimas de violência, no período de 2009-2019. Campinas, SP.

Fonte: Os autores.

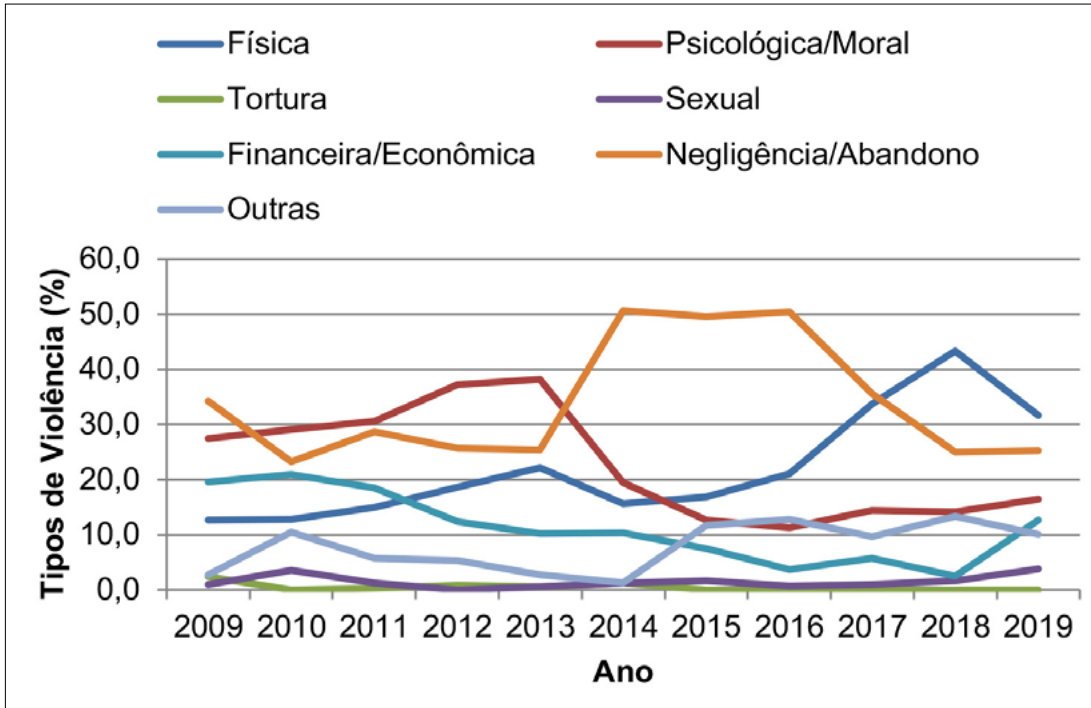


Figura 2. Análise de tendência temporal dos tipos de violência praticada contra os idosos. 2009-2019, Campinas, SP.

Fonte: Os autores.

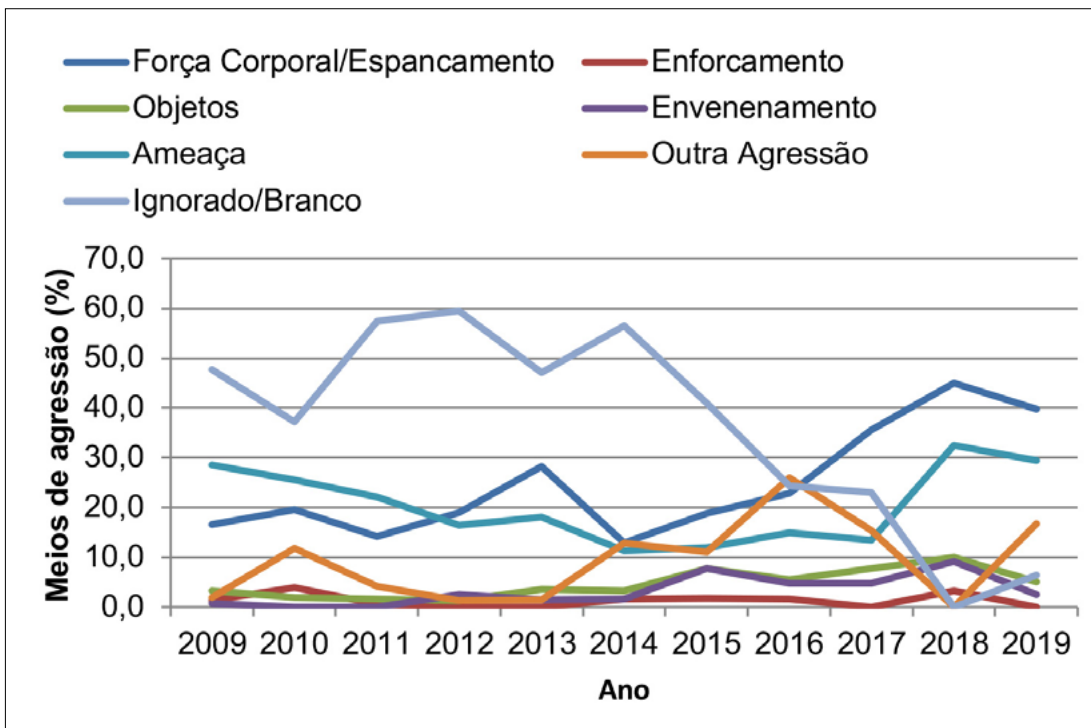


Figura 3. Análise de tendência temporal dos meios de agressão. 2009-2019, Campinas, SP.

Fonte: Os autores.

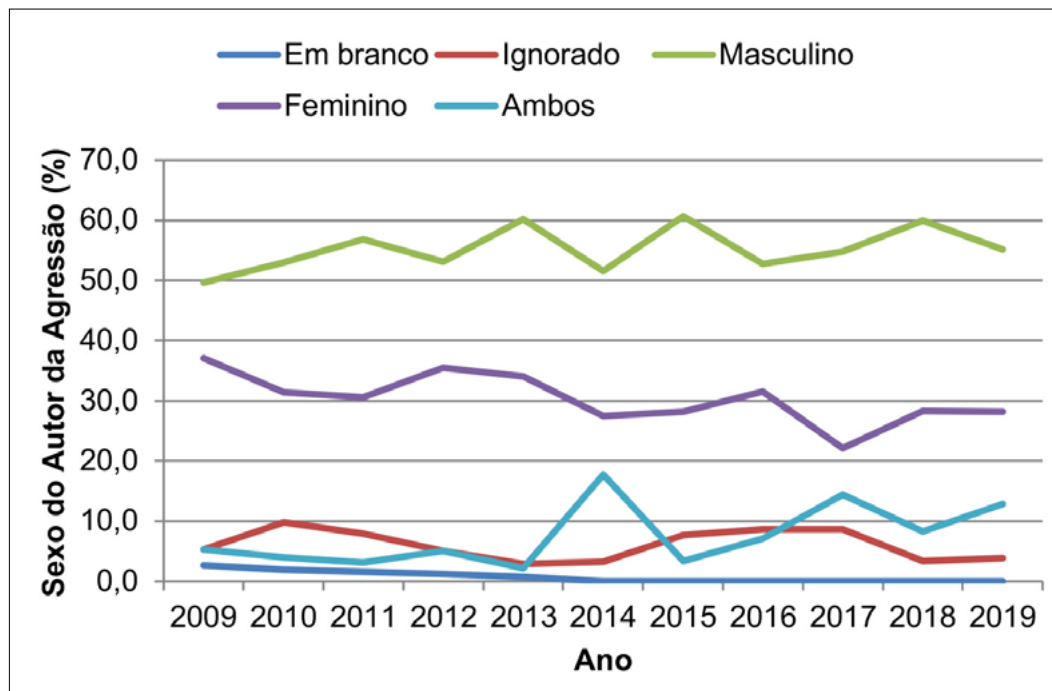


Figura 4. Análise de tendência temporal do sexo do autor da agressão. 2009-2019, Campinas, SP.

Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

Este estudo de série histórica identificou 1.217 notificações de casos de violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, ao longo dos últimos 11 anos.

No que se refere ao perfil sociodemográfico de idosos agredidos, os principais resultados encontrados revelaram a seguinte prevalência: faixa etária entre 60 a 69 anos, mulheres, viúvas, com baixo nível de escolaridade e de raça/cor branca, o que está em coerência com outros estudos semelhantes realizados⁹⁻¹¹, tal como o desenvolvido em três municípios brasileiros (Ribeirão Preto, SP, Teresina, PI e João Pessoa, PB), que teve como objetivo, identificar características sociodemográficas das vítimas e dos agressores, tipos de violência praticada e locais de ocorrência, por meio da análise de boletins de ocorrência. Os pesquisadores constataram a prevalência de casos na faixa etária de 60 a 69 anos, sexo feminino, casadas e com baixa escolaridade⁹, diferindo do presente estudo no que diz respeito ao estado civil, onde a prevalência foi de mulheres viúvas.

Investigação realizada no município de São Paulo¹¹, parte integrante do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), com 1.126 idosos, encontrou uma prevalência de (10%) de violência contra esse grupo etário. Em relação às características sociodemográficas: (59,8%) eram do sexo feminino e raça/cor branca de (59,1%), os achados foram semelhantes ao da presente pesquisa.

O predomínio de pessoas idosas do sexo feminino, observado na grande maioria dos estudos acerca da violência, tem sido descrito na literatura científica como feminização da velhice, sendo caracterizado pelo aumento do número de mulheres em relação ao quantitativo de homens nesse grupo etário¹². Alguns fatores que contribuem para essa discrepância podem ser relacionados, a desigualdade de gênero em relação à expectativa de vida, apesar da maior longevidade, as mulheres apresentam mais limitações funcionais, aspectos biológicos, diferença de exposição a condições de risco de mortalidade e ocupacionais e ao uso de drogas lícitas. Além disso, as mulheres costumam cuidar mais de sua saúde, dedicando mais tempo e atenção ao autocuidado e procurando com maior

frequência os serviços especializados. A tendência mundial de feminização da velhice foi constatada no último censo demográfico, realizado pelo IBGE em 2010, ao demonstrar que o sexo feminino representa (55,5%) da população idosa do Brasil¹².

Outra variável que apresenta uma associação importante para a violência em idosos é a escolaridade. Na presente investigação houve predomínio de baixo nível de instrução, corroborando com achados de estudos internacionais e nacionais⁹ em que os sujeitos com mais anos de educação são menos propensos a sofrerem agressões quando comparados aos que tem menor grau de instrução¹³. Por outro lado, os resultados aqui apresentados contrariam aqueles obtidos por pesquisa realizada em Betim, Minas Gerais, onde, as idosas que frequentaram o ensino fundamental completo apresentaram menor risco de sofrerem violência, quando comparadas àquelas com nível de escolaridade acima da 5.ª série¹³. Contudo, vale ressaltar e apoiar a afirmativa de Avanci, Pinto e Assis¹⁰, de que a educação favorece a tolerância e a aceitação dos direitos humanos.

O predomínio da negligência/abandono (33,13%) e da violência psicológica/moral (24,97%), reafirma os achados de Matos et al.¹⁴ que identificaram (56%) de casos de negligência e (21%) de abandono, estudo este realizado em um centro de referência em saúde geriátrica e gerontológica do Distrito Federal. Em uma revisão de literatura¹⁵, os tipos de violência mais praticados, identificados pelos autores foram psicológica, física e financeira.

A análise de tendência temporal do presente estudo mostrou aumento da agressão física e de outros tipos de violência ao longo dos 11 anos, esse aumento pode ser explicado pela dependência dos idosos em realizar suas atividades de vida diária, tornando-se cada vez mais dependentes de seus cuidadores, fato este considerado um problema de saúde pública na medida em que causa importantes prejuízos na qualidade de vida do idoso.

Nos achados do presente estudo, chama a atenção as características dos meios de prática de agressão, compreendidos por força corporal/espantamento, uso de objetos (perfurocortantes, quente e arma de fogo) e envenenamento, que demonstraram importante crescimento, especialmente, entre os anos de 2016 e

2018 representando o principal meio de maus-tratos. Em um estudo sobre violência intrafamiliar com idosos atendidos nos serviços de urgência e emergência em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal, os autores encontraram que, (28,6%) destes foram vítimas de força corporal/espantamento, (18,3%) de objetos contundentes e (10,5%) por envenenamento¹⁰.

A violência intrafamiliar tem peculiaridades que merecem cuidadosa atenção, especialmente dos profissionais envolvidos na averiguação e atendimento desse tipo de ocorrência. Cada família tem uma história de vida, construída ao longo dos anos e pautada em crenças, valores pessoais, comportamentos e atitudes inerentes a cada componente familiar que por sua vez se relacionam entre si. Desse modo, o registro de uma situação de violência, pode se tornar apenas mais um número nas estatísticas. É preciso compreender todo o contexto da mesma, as inter-relações familiares e sua dinâmica, de modo a serem utilizadas como base para intervenções mais efetivas e eficientes dos especialistas^{3,10}.

A literatura aponta que a maior frequência de agressões em domicílio, também observada no presente estudo, pode ser decorrente do choque de gerações imposto pelo convívio, permeada por disputas de espaço físico, dificuldades financeiras e falta de conhecimento acerca do processo de envelhecimento e das alterações causadas pelo mesmo, além disso, destaca-se que em nosso país, (28%) dos lares possuem pelo menos um idoso e (90%) deles residem com seus familiares próximos¹⁴.

Ainda neste contexto, a literatura traz que a família é o local onde se concentra o maior número de casos de violência praticada contra os idosos, sendo que aqueles que convivem com familiares que apresentam problemas de alcoolismo, dependência de drogas ou dificuldades emocionais, estão sujeitos a alto risco de agressões, geralmente, por parentes do sexo masculino. Pessoas que conviveram em ambientes violentos durante a infância ou que tiveram o testemunho na prática de maus-tratos a idosos tendem a reproduzir esses padrões de comportamento¹⁶.

Em um estudo¹⁰, que analisou os dados de violência intrafamiliar de idosos atendidos em serviços de urgência e emergência, por meio do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências

(VIVA) Inquérito verificou-se o predomínio do sexo masculino entre os agressores. O estudo de Meirelles et al.¹⁷ analisou 14.900 notificações extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e 18.228 casos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 2012 a 2017, no estado de Minas Gerais, Brasil, identificando o filho como o principal agressor (26,4%).

No atual estudo a análise de tendência temporal ao longo dos anos evidenciou um aumento de ambos os sexos (masculino e feminino) no que se refere aos autores da agressão. Fato esse, que pode ser explicado com base nos novos modelos familiares, onde os filhos voltam a residir com os pais e no qual o idoso passa a ser o responsável pelo sustento familiar com sua aposentadoria ou pensão¹⁸. Em um estudo ecológico realizado com o objetivo de compreender os significados e os possíveis fatores de violência, idosos reconheceram que a mesma é um produto de múltiplos níveis de influência sobre o comportamento humano, principalmente as relações intergeracionais¹⁹.

Conforme aponta Minayo²⁰, a violência no Brasil está estruturada, historicamente, em núcleos: estrutural (desigualdade, pobreza, miséria, discriminação), institucional (políticas públicas ineficientes e dominação) e interpessoal (formas de comunicação e relações cotidianas de indiferença). Diante disso, diversos idosos são vítimas dessas formas de violência, muitas vezes concomitantemente, trazendo prejuízos físicos e mentais e dificultando a convivência intrafamiliar²¹.

Como limitação do estudo, evidencia-se que possa existir uma subnotificação dos casos de violência em Campinas, SP, por fatores como: negligência no atendimento à saúde por causa da dificuldade dos profissionais em detectarem seus sinais indicativos²², falta de monitoramento e orientação para um registro contínuo²³, medo e receio dos idosos em realizar as denúncias contra seus agressores²⁴. Além disso, verificaram-se algumas variáveis no banco do SISNOV dificultando a interpretação dos dados.

Para o enfrentamento da violência contra os idosos, sugere-se uma rede de proteção adequada ao atendimento das vítimas, reforçando a sua maior dimensão envolvida, onde são urgentes outras políticas públicas que garantam a efetivação dos direitos à

pessoa idosa. Neste sentido, uma via que pode ser acionada para tal garantia de direitos dá-se por meio do controle social²⁵, composto de familiares, amigos, pessoas da comunidade e dos serviços existentes. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são um exemplo disso, surgindo como potencial fonte de apoio, uma vez que os profissionais atuantes na atenção primária são sujeitos importantes na detecção e manejo de situações de violência familiar, pelo acesso, proximidade e continuidade de atendimento que esse modelo de assistência oferece à população, fortalecendo a rede de suporte para as pessoas vulneráveis, especialmente os idosos que geralmente utilizam esses serviços com maior frequência e regularidade²⁶.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou através da análise dos casos de violência contra os idosos, que os maus-tratos ocorridos acometem em sua grande maioria: idosos, na faixa etária entre 60-69 anos, viúvas, de raça/cor branca e com baixo nível de escolaridade. Em relação à caracterização das agressões, foi identificada a negligência/abandono como sendo o tipo mais praticado, sendo utilizados a força corporal e o espancamento como meio de agressão física, praticada por indivíduo do sexo masculino, sendo o local de ocorrência a própria residência. A análise de tendência temporal evidenciou aumento de: faixa etária: 60-69 anos, violência física, meios utilizados para a sua prática: força corporal, objetos e envenenamento, e sexo do agressor: ambos.

Os resultados obtidos corroboram com outras pesquisas sobre a mesma temática, indicando uma tendência no perfil das vítimas e dos tipos de agressão. Salienta-se a importância de que esse grupo conheça os seus direitos e sejam incentivados a realizarem as denúncias, bem como os profissionais de saúde, para que se elaborem políticas públicas cada vez mais eficazes para o enfrentamento dessa questão.

Ainda, este estudo contribui para ampliar o conhecimento acerca da temática e fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas aos idosos vulneráveis e aqueles vítimas de violência na cidade de estudo.

REFERÊNCIAS





- Almeida CAPL, Neto MCS, Carvalho FMFD, Lago EC. Aspectos relacionados à violência contra o idoso: concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. *J. res.: fundam. care. online* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 12]; 11(esp): 404-4010. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cidadofundamental/article/view/6350/pdf_1.
- Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 08]; 39:e57462. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100416&lng=en. Epub July 23, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.
- Piuevzam G, Farias AA, Protásio RK, Nobre OV, Dos Santos RC, Machado BIN et al. Distribuição da morbimortalidade por violência em idosos no Rio Grande do Norte. *av. enferm.* [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Nov 08]; 37(2): 180-188. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000200180&lng=en. Epub Sep 16, 2019. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.74745>.
- Barros RLM, Leal MCC, Marques APO, Lins MEM. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Sep [cited 2020 Nov 08]; 43(122):793-804. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300793&lng=en. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>.
- Rocha RC, Côrtes MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Nov 08]; 42 (spe4): 81-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800081&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s406>.
- Pedrosa CM, Diniz CSG, Moura VGAL. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 June [cited 2020 Nov 08]; 21(6):1879-1888. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601879&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07822016>.
- Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Jan [cited 2020 Nov 08]; 24(1):87-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100087&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>.
- Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Notificação de Violências - SISNOV. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?sisnov/violencianet.def> Acesso em: 14 dez. 2020.
- Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF et al. Violência contra idosos em três municípios brasileiros. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Nov 08]; 70(4): 783-791. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400783&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>.
- Avanci JQ, Pinto LW, Assis SG. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Sep [cited 2020 Nov 08]; 22(9): 2825-2840. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902825&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13352017>.
- Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Nov 08]; 25(3): 1119-1128. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000301119&lng=en. Epub Mar 06, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>.
- Barros RLM, Leal MCC, Marques APO, Lins MEM. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Sep [cited 2020 Nov 08]; 43(122): 793-804. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300793&lng=en. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>.
- Maia PHS, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AMD. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 08]; 72(Suppl 2): 64-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800064&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>.

14. Matos NM, Albernaz EO, Sousa BB, Braz MC, Vale MS, Pinheiro HA. Profile of aggressors of older adults receiving care at a geriatrics and gerontology reference center in the Distrito Federal (Federal District), Brazil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 08]; 22(5): e190095. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000500206&lng=en. Epub Feb 03, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>.
15. Lopes EDS, Ferreira ÁG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 Nov 08]; 21(5):628-638. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500628&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>.
16. Silva CFS, Dias CMSB. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
17. Meirelles JR, De Oliveira CJ, Faria L, Lima ÁSC, Alexandra AW. Notificações de óbitos por causas externas e violência contra idosos: uma realidade velada. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2019;32:1-12.
18. Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Nov 08]; 68(6):1035-1041. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601035&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>.
19. Partezani RRA, Lima GSB, Silva FJR, Silva LM, AVC, Laporti SF. Violência contra mulheres idosas segundo o modelo ecológico da violência. *av.enferm.* [Internet]. 2019 Dec;37(3):275-283. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000300275&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enfermv37n3.73702>.
20. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6); 2007-2016.
21. Colussi EL, Kuyawa A, Marchi ACB, Pichler NA. Perceptions of the elderly on aging and violence in intrafamily relationships. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 08]; 22(4):e190034. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000400205&lng=en. Epub Oct 24, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190034>.
22. Maia PHS, Ferreira EF, Melo EM, Vargas Andréa MD. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 08]; 72(Suppl2):64-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800064&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>.
23. Guimarães APS, Górios C, Rodrigues CL, Armond JE. Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 Nov 08]; 21(1): 88-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000100088&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.160213>.
24. Hohendorff JV, Paz AP, Freitas CPP, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. *Rev. SPAGESP* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 08]; 19(2): 64-80. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006&lng=en.
25. Diel M, Barbiani R. Violência familiar contra a pessoa idosa: expressões do fenômeno e perspectivas para o seu enfrentamento / Family violence against the elderly: expressions of the phenomenon and perspectives for its confrontation. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2018;17(2):379.
26. Medeiros PC, Paiva AL, Ilana TTL. (2016). Violência intrafamiliar contra idosos: Revisão sistemática. *Liberabit*, 22(2), 185-196. Recuperado em 08 de novembro de 2020, de http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272016000200006&lng=es&tlng=pt.



Qualidade de vida de mulheres e homens idosos em situação de violência por parceiro íntimo

Quality of life of older women and men in situations of intimate partner violence

Deise Warmling¹ 
Carolina Abreu Henn de Araújo¹ 
Sheila Rubia Lindner¹ 
Elza Berger Salema Coelho¹ 

Resumo

Este artigo buscou investigar a associação entre a violência por parceiro íntimo (VPI) e os níveis de qualidade de vida (QV) e seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer), em pessoas idosas. Realizou-se estudo transversal de base populacional da segunda onda (2013/2014) do Estudo EpiFloripa, com pessoas idosas (n=649), residentes em Florianópolis, SC, Sul do Brasil. As médias de QV e seus domínios foram descritas segundo as variáveis de ajuste (idade, renda, deficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária), estratificadas por sexo. Analisou-se a associação entre VPI e QV por meio de regressão linear múltipla, com significância estatística de 5%. Os escores médios de QV, bem como realização pessoal e prazer foram semelhantes entre os sexos, enquanto o controle e autonomia das mulheres foram significativamente inferiores em comparação aos homens ($p=0,04$). Observou-se menores escores de QV nas mulheres expostas à situação de violência, nas três direcionalidades analisadas: perpetrada (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45), bidirecional (-2,59; IC95%: -4,10; -1,09) e sofrida (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17) e as mais prejudicadas foram aquelas que cometeram agressões. O controle e autonomia foi afetado para as perpetradoras e envolvidas na violência bidirecional, enquanto menores escores de realização pessoal e prazer foram verificados entre as idosas, em quaisquer situações de violência. Os homens não tiveram sua QV prejudicada por estarem em situação de VPI, tanto vítimas como perpetradores dessa violência. Concluiu-se que a VPI possui impacto assimétrico sobre a QV de pessoas idosas em relação ao sexo, prejudicando com maior intensidade as mulheres.

Palavras-chaves: Violência por Parceiro Íntimo. Qualidade de Vida. Homens. Mulheres. Saúde do Idoso.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.
Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Deise Warmling
deisentr@gmail.com

Recebido: 28/08/2020
Aprovado: 10/03/2021

Abstract

The present paper sought to investigate the association between intimate partner violence (IPV) and the levels of quality of life (QoL) and its domains (control and autonomy; personal fulfillment and pleasure), in older people. A population-based cross-sectional study of the second wave (2013/2014) of the EpiFloripa Study was carried out with older people ($n = 649$) living in Florianópolis, SC, Southern Brazil. The average QoL score and their domains were described according to the adjustment variables (age, income, cognitive deficit, depressive symptoms, and dependence on activities of daily living) stratified by gender. The relation between IPV and QoL was analyzed using multiple linear regression with a statistical significance of 5%. The average scores of QoL, personal fulfillment, and pleasure were similar between genders, while control and women's autonomy were significantly lower compared to men ($p = 0.04$). Lower QoL scores were observed in women exposed to violence in the three directionalities analyzed: perpetrated (-3.15; 95%CI: -4.84; -1.45), bidirectional (-2.59; 95%CI: -4.10; -1.09), and suffered (-1.62; 95%CI: -3.06; -0.17); the most affected ones were those who were aggressive. The control and autonomy were affected for the perpetrators and those involved in bidirectional violence, while lower scores of personal fulfillment and pleasure were seen among the older women in any violent situation. Men did not have their QoL impaired due to IPV, neither as victims nor perpetrators of this violence. It was concluded that IPV has an asymmetric impact on the QoL of older people when it comes to gender with women being the most affected ones.

Keywords: Intimate Partner Violence. Quality of life. Men. Women. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

Com o crescimento acentuado do envelhecimento populacional, torna-se fundamental assegurar que pessoas idosas possam vivenciar essa fase enquanto experiência positiva e com qualidade de vida. Para isso, é essencial que estejam livres de quaisquer formas de violência, em condições seguras e dignas de vida¹. A violência por parceiro íntimo (VPI) define-se por qualquer ato de violência, física, sexual, psicológica ou abuso econômico².

A exposição à violência pode resultar em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos, transtorno de estresse pós-traumático e somatização, tendendo a afetar severamente a saúde física e mental das vítimas, fatores que influenciam em menores níveis de qualidade de vida (QV)³. Para pessoas idosas, a QV é definida pela satisfação em quatro domínios: controle, relativo à capacidade de intervir ativamente em seu ambiente; autonomia, relacionada ao direito de estar livre da interferência indesejada dos outros; prazer, que se refere à busca por atividades agradáveis; e por fim, a realização pessoal que descreve o desenvolvimento pleno de si mesmo^{4,5}.

Para o alcance da QV, ressaltam-se as relações sociais, inclusive o bem-estar no relacionamento íntimo. Porém, embora ainda oculta entre pessoas idosas, a VPI se manifesta como uma forma de comunicação e pode se estabelecer como alternativa para resolução de conflitos⁶, que muitas vezes, inicia na vida adulta.

A VPI consiste em uma violação dos direitos humanos, com grande magnitude na população mundial⁷. Estudos estimam que mais de 30% das mulheres e cerca de 25% dos homens sofram esse tipo de violência em todo o mundo⁸, embora a vitimização nos homens seja menos investigada e explorada na literatura. Ao verificar a prevalência de VPI física, foi constatado que mais homens (6,4%) em comparação às mulheres (5,0%) sofreram tais agressões na Dinamarca⁹. Esse achado dá visibilidade às agressões praticadas contra homens, transcende a unidirecionalidade da violência e reforça a necessidade de investigar ambos os sexos, como possíveis vítimas ou agressores no relacionamento íntimo.

Ao analisar o efeito da violência física⁹, psicológica e comportamento controlador em parceiros íntimos verificou-se perda da QV em mulheres idosas. Estudo dinamarquês que explorou a associação de VPI e

QV em diversas faixas etárias, concluiu que pessoas idosas tiveram maior redução de QV quando expostas à violência cometida pelo parceiro, comparadas às adultas, ressaltando a relevância de investigar o fenômeno também nessa faixa etária.

A investigação do efeito da VPI sobre a QV em pessoas idosas, embora ainda escassa na literatura, vem aos poucos sendo explorada em estudos europeus^{3,9} e norte-americanos¹⁰ onde o contexto de envelhecimento é mais presente. Entretanto, nenhum dos estudos analisou o impacto da VPI sobre a QV e seus domínios, segundo a direcionalidade da violência e sexo das pessoas idosas. No Brasil, não foram encontradas publicações com a população idosa referente ao tema, explicitando a lacuna no conhecimento e o ineditismo deste estudo. Diante deste contexto, busca-se investigar a associação entre a VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional) e os níveis de QV em seus domínios (controle e autonomia; realização pessoal e prazer) em mulheres e homens idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina.

MÉTODO

Este estudo transversal faz parte de um estudo longitudinal populacional e domiciliar, realizado com pessoas idosas (60 anos ou mais), residentes na área urbana de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Sul do Brasil. Os dados deste estudo são oriundos da pesquisa 'Condições de Saúde de Idosos de Florianópolis, denominada EpiFloripa Idoso^{11,12}. Segundo o censo demográfico de 2010, o município possuía população total de 421.239 habitantes, sendo as pessoas idosas correspondentes a 11,4% desse valor. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) era de 0,847 nesse mesmo ano, considerado elevado, ocupando o terceiro lugar entre os municípios e o primeiro dentre as capitais brasileiras^{13,14}.

A seleção da amostra da linha de base ocorreu em duas etapas por conglomerado. A primeira unidade foram os setores censitários. Dos 420 setores urbanos de Florianópolis, 80 foram sorteados sistematicamente, o que correspondeu a oito setores em cada decil de renda (R\$192,80 - R\$13.209,50). As unidades da segunda etapa foram os domicílios. Foi

necessária uma etapa de atualização do seu número em cada setor (matrículas) e foram registrados apenas os endereços residenciais permanentemente ocupados. O número de domicílios variou de 61 a 725, e para reduzir o coeficiente de variação, de 52,7% (n=80 setores) para 35,2% (n=83 setores), foi realizado um agrupamento de pequenos setores, levando em consideração a localização geográfica e o decil de renda correspondente, e a divisão de áreas muito grandes. Foi estimado que 60 famílias por setor precisariam ser visitadas.

A estimativa do tamanho da amostra foi realizada por meio do programa EpiInfo, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, EUA). Baseou-se na fórmula de cálculo da prevalência e nos parâmetros do tamanho da população (44.460), nível de confiança (95%), prevalência desconhecida (50%), erro amostral (4 pontos percentuais), efeito do desenho (estimado em 2), mais 20% para perdas estimadas e 15% para estudos de associação. Isso resultou em uma amostra mínima de 1.599 indivíduos. A amostra foi ampliada para 1.911, devido à disponibilidade de recursos, mas foram entrevistadas 1.702 pessoas idosas. Desses respondentes da primeira onda, foram identificadas 376 perdas (22,1%), que incluíram 217 óbitos, e 129 recusas (7,6%), totalizando 1.197 participantes em 2013/2014 (taxa de resposta de 70,3%).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais realizadas por entrevistadores treinados. Foram utilizados instrumentos validados e desenvolvido um estudo piloto (n=99 na primeira onda n=76 na segunda). Em 2009/2010 as entrevistas foram gravadas em dispositivos digitais portáteis (PDA) e em 2013/2014 em netbooks.

O controle de qualidade do *EpiFloripa Idoso* foi realizado por meio da aplicação de um questionário reduzido por telefone (com oito questões) em cerca de 10% das pessoas idosas da amostra, selecionados aleatoriamente. A reprodutibilidade das questões apresentou concordância satisfatória a boa (primeira onda, kappa entre 0,6 e 0,9; e segunda onda, kappa entre 0,5 e 0,9).

Para o presente estudo foram aplicados, sobre a amostra da segunda onda, os seguintes critérios de inclusão: o idoso, exclusivamente, deve ter respondido na íntegra os questionários de QV (CASP-19)⁴ e VPI

(CTS-1)¹⁴ e, possuir parceiro íntimo nos últimos doze meses. Dos 1.197 participantes, 458 não tiveram parceiro íntimo nos últimos 12 meses, 57 entrevistas foram respondidas por informantes, houve 31 recusas

de resposta ao CTS-1 e 2 entrevistas incompletas do CASP-19, totalizando 649 pessoas idosas elegíveis, com taxa de resposta de 54,2%. O fluxograma da amostra é apresentado na Figura 1.

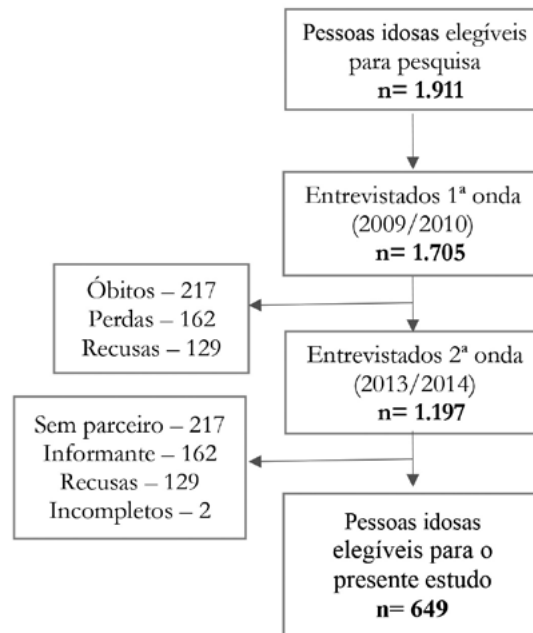


Figura 1. Fluxograma do tamanho da amostra de estudo. Estudo Epi Floripa. Florianópolis, SC, 2013/2014.

O desfecho deste estudo, qualidade de vida (QV), foi mensurado pelo instrumento CASP-19. Essa escala compreende quatro domínios, distribuídos em 19 itens: *controle* (idade é uma limitação; não há controle sobre o que acontece consigo; sente-se livre para planejar o futuro; sente-se excluído de tudo), *autonomia* (pode fazer o que quer; as responsabilidades familiares impedem de fazer o que deseja; sente-se livre para fazer as coisas; condições de saúde e falta de dinheiro são limitações), *realização pessoal* (sente-se animado; percebe que a vida tem sentido; gosta do que faz; gosto da companhia dos outros; sente-se feliz ao olhar para o passado) e *prazer* (sente-se cheio de energia; escolhe fazer coisas novas; tem satisfação com o rumo que a vida

tomou; sente que a vida está cheia de oportunidades e que o futuro parece bom). Tais domínios possuem o mesmo nível de importância, sem organização hierárquica. Para cada item, há quatro opções de resposta em escala *Likert* (frequentemente, às vezes, raramente, nunca). Para cada resposta se atribuiu um escore, a pontuação geral do CASP-19 varia de 0, que representa a ausência completa de QV, a 57 quando há satisfação total⁴.

A QV foi mensurada pelo escore total (CASP-19), e seus domínios agrupados em controle e autonomia (escores de 0 a 27) e realização pessoal e prazer (escores de 0 a 30). Essa divisão apresenta sustentação teórica na literatura^{15,16} onde se verificou

que os quatro domínios do CASP-19 não foram suficientemente distintos para sua análise isolada. Análises psicométricas, conduzidas no Leste Europeu¹⁷ e na Irlanda¹⁸, concluíram que o controle e autonomia, relativos à capacidade individual de iniciar e alcançar objetivos; a realização pessoal e prazer, que representam o alcance pleno do potencial humano; quando agrupados representam melhor a QV das pessoas idosas.

A variável de exposição foi VPI, mensurada pela adaptação transcultural do instrumento *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*¹⁵, desenvolvido para aferir violência no casal. O questionário investiga presença de atos de agressão verbal em 6 itens de xingamentos e ameaças (xingou ou insultou; ficou emburrado; retirou-se do local; fez/disse coisas para irritar; ameaçou bater ou jogar coisas; destruiu/jogou objetos) e agressão física em 9 itens de força física ou explícita (jogar objetos; empurrar/agarrar; dar tapas ou bofetadas; chutar, morder ou dar murro; bater ou tentar bater com objetos; espancar; estrangular/sufocar; ameaçar com faca ou arma). Foi possível verificar a direcionalidade da violência, pois foi perguntado ao entrevistado se ele cometeu o ato contra o parceiro (violência perpetrada) e, se o parceiro cometeu contra ele (violência sofrida). Quando o mesmo indivíduo sofreu e perpetrou violência, classificou-se como violência bidirecional. Considerou-se a presença de VPI, quando a resposta foi positiva pelo menos para um dos itens da escala, no período recordatório referente aos últimos 12 meses. Essa variável foi transformada em variável dummy, assumindo valores iguais a 0 ou 1 estratificando a amostra em *sim* e *não*. O CTS-1 foi utilizado em outros estudos brasileiros^{19,20} com boa confiabilidade e baixa taxa de recusa.

As variáveis de ajuste foram: faixa etária (60- 69, 70- 79 e 80 anos ou mais), renda familiar *per capita* em salários mínimos (<1, 1-5, 5-10, >10), deficit cognitivo (não ou provável), sintomas depressivos (não ou suspeita à depressão), dependência das atividades de vida diária (AVD) categorizadas ausente, leve, moderada/grave. Mensurou-se o deficit cognitivo pelo Mini Exame do Estado Mental de Folstein (MEEM)²¹, a presença de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica

(GDS-15)²² e a dependência em AVD pela Escala das Atividades da Vida Diária de BOMFAQ/OARS²³.

Inicialmente, realizou-se estatística descritiva das variáveis de ajuste (faixa etária, renda, deficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência em AVD) apresentando-se frequências absolutas e relativas, estratificadas por sexo. O nível QV foi apresentado por meio do escore total e pelos domínios que o compõem: controle e autonomia; realização pessoal e prazer. Utilizaram-se medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão), segundo as variáveis de ajuste para homens e mulheres. A QV foi expressa em média e intervalos de confiança de 95% (IC95%), de acordo com as variáveis independentes. As médias foram comparadas pelos testes *t de Student* (sexo), *Mann-Whitney* (sintomas depressivos e deficit cognitivo) e *Kruskal-Wallis* (faixa etária, renda e dependência em AVD) e não paramétricos de tendência para as variáveis idade, renda e dependência em AVD.

Procedeu-se a análise de associação entre as variáveis de VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional) e os escores de QV e seus domínios agrupados (controle e autonomia; realização pessoal e prazer), por meio da regressão linear múltipla. Na análise não ajustada e ajustada foram apresentados os resultados em coeficiente beta (β) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Foram conduzidos três modelos de regressão: escore total de QV; controle e autonomia; realização pessoal e prazer, estratificados por sexo. Na análise ajustada, cada variável de exposição, referente à VPI (sofrida, perpetrada e bidirecional), foi controlada pelas variáveis de ajuste, a fim de estimar seu efeito sobre os escores de QV e domínios. Fixou-se o nível de significância estatística em 5% para associação.

Nos modelos ajustados de regressão linear procedeu-se à análise dos resíduos, por meio da avaliação da heterocedasticidade e normalidade, da verificação dos resíduos padrão e do fator de inflação da variância (VIF). Para análise dos dados, foi utilizado *software* estatístico. Considerou-se o efeito do desenho amostral por conglomerados e incorporados os pesos amostrais.

O estudo EpiFloripa Idoso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo 352/2008 e CAAE 16731313.0.0000.0121), todos os participantes assinaram termos de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Das 1.197 das pessoas idosas da segunda onda, 649 compuseram o estudo, com taxa de resposta de 54,2%. Verificou-se que os participantes do estudo ($n=649$) apresentaram maiores escores de QV (46,3) quando comparados aos não participantes (44,9), com significância estatística ($p=0,008$). Os não participantes ($n=548$) em maioria eram do sexo feminino (85,2%), com mais de 70 anos (76,4%), escolaridade inferior a 4 anos de estudo e renda inferior a cinco salários mínimos, bem como com maiores prevalências de depressão, déficit cognitivo e dependência em AVD, quando comparados aos participantes.

A análise descritiva da amostra e escores médios de QV e seus domínios, segundo condições demográficas, socioeconômicas e de saúde em homens e mulheres são descritos na Tabela 1.

A maioria dos participantes foram homens (52,4%), destes 45,1% com idade entre 70-79 anos, 58,6% possuem renda familiar acima de cinco salários mínimos e 43,2% não apresentam dependência em AVD. Entre as mulheres, predominou a faixa etária de 60-69 anos (47,2%), renda familiar de 1 a 5 salários mínimos (50,5%) e dependência em AVD leve (47,1%). Para ambos os sexos, houve ausência de sintomas depressivos e de provável déficit cognitivo na maioria dos indivíduos.

A média dos escores de QV mensurados foi de 46,8 (DP=7,5) entre homens e 45,8 (DP=8,1) entre mulheres ($p=0,093$). As mulheres tiveram escores significativamente inferiores (20,5; DP=5,0) de controle e autonomia quando comparadas aos homens (21,3; DP=4,6) ($p=0,042$). No domínio de realização pessoal e prazer as médias foram de 25,5 (DP=4,2) para homens e 25,2 (DP=4,2) para mulheres ($p=0,405$), sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A QV geral foi maior segundo a renda apenas para mulheres ($p=0,021$). Em homens e mulheres, os níveis de realização pessoal/ prazer foram maiores segundo aumento da renda e menores de acordo com aumento da idade, apresentando tendência linear. Na presença de sintomas depressivos, déficit cognitivo e dependência em AVD, verificaram-se menores escores de QV e seus domínios, exceto para controle/ autonomia nas mulheres.

Ao mensurar as médias dos escores de QV, mulheres em situação de VPI nas três direções analisadas (sofrida, perpetrada e bidirecional) mostraram menores níveis de QV. Mulheres que perpetraram VPI tiveram menores escores de QV (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45), seguidas pelas envolvidas na VPI bidirecional (-2,59; IC95%: -4,10; -1,09) e pelas que sofreram violência (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17) na análise ajustada (Tabela 2). Demonstrate-se o comprometimento da QV quando a mulher se envolve em situação de VPI, principalmente quando são responsáveis pelos atos de agressão.

Ao analisar os domínios de QV após ajustes, os escores de controle e autonomia foram menores entre as mulheres que perpetraram violência (-1,62; IC95%: -2,70; -0,55) e para aquelas em situação de violência bidirecional (-1,36; IC95%: -2,41; -0,31) (Tabela 3). Quanto ao domínio de realização pessoal e prazer, os escores foram menores para mulheres perpetradoras de violência (-1,52; IC95%: -2,50; -0,54), seguida pelas envolvidas na violência bidirecional (-1,23; IC95%: -2,12; -0,34) e para as que sofreram VPI (-0,81; IC95%: -1,58; -0,04), na análise ajustada (Tabela 4).

Nos homens, as análises não ajustadas e ajustadas demonstraram que não houve diferenças sobre o escore de QV e seus domínios, entre aqueles em situação de VPI nas três direcionalidades analisadas comparados aos não expostos à violência. Ressalta-se que vivenciar a VPI produziu efeitos negativos apenas sobre a QV das mulheres, enquanto os homens não foram afetados.

Na análise de resíduos, verificou-se que esses apresentaram distribuição normal, não houve erros de especificação nos modelos de regressão, segundo a análise de resíduos padrão, e não se identificou multicolinearidade usando o fator de inflação da variância (VIF).

Tabela 1. Análise descritiva e escores de qualidade de vida estratificadas por sexo segundo condições demográficas, socioeconômicas e condições de saúde em mulheres e homens. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina, 2013/2014.

	Homens n (%)	Mulheres n (%)	CASP-19		Controle e Autonomia		Realização pessoal e Prazer	
			Homens Média (DP)	Mulheres Média (DP)	Homens Média (DP)	Mulheres Média (DP)	Homens Média (DP)	Mulheres Média (DP)
	340 (52,4)	309 (47,6)	46,8 (7,5)	45,8 (8,1)	21,3 (4,6)	20,5 (5,0)	25,5 (4,2)	25,2 (4,2)
<i>p</i> ***			0,093		0,042		0,405	
Faixa etária (anos)	n= 340	n= 309						
60- 69	135 (37,5)	147 (47,2)	47,9 (6,9)	46,6 (7,8)	21,9 (4,2)	20,8 (5,0)	26,0 (4,3)	25,8 (4,0)
70- 79	146 (45,1)	129 (42,0)	46,5 (7,4)	44,8 (8,4)	21,2 (4,6)	20,1 (5,3)	25,3 (4,0)	24,7 (4,3)
80 ou mais	59 (17,4)	33 (10,8)	44,9 (8,7)	45,6 (7,7)	20,1 (5,1)	21,1 (4,7)	24,7 (4,4)	24,4 (4,5)
<i>p</i> *			0,053	0,171	0,084	0,491	0,030 [#]	0,016 [#]
Renda (salário mínimo)	n= 329	n= 288						
Menor que 1	9 (3,3)	15 (4,2)	45,4 (7,2)	43,1 (8,6)	21,2 (3,7)	19,0 (5,4)	24,1 (4,5)	24,0 (4,0)
Entre 1- 5	138 (38,1)	142 (50,5)	45,8 (8,6)	44,9 (8,5)	21,0 (5,0)	20,1 (5,4)	24,8 (4,8)	24,8 (4,6)
Entre 5- 10	77 (24,8)	76 (26,3)	46,7 (6,4)	45,9 (7,3)	21,4 (4,4)	20,9 (4,2)	25,2 (3,5)	25,0 (4,0)
Maior que 10	105 (33,8)	55 (19,0)	48,0 (6,8)	48,5 (6,7)	21,5 (4,2)	21,6 (4,9)	26,4 (3,8)	26,9 (2,9)
<i>p</i> *			0,242	0,021 [#]	0,933	0,166	0,003 [#]	0,003 [#]
Deficit Cognitivo	n= 340	n= 307						
Não	290 (87,3)	243 (80,0)	47,4 (6,9)	46,3 (7,8)	21,6 (4,2)	20,8 (5,0)	25,7 (3,9)	25,5 (4,1)
Provável	50 (12,7)	65 (20,0)	43,3 (9,7)	43,7 (8,8)	19,3 (5,9)	19,5 (5,4)	24,0 (5,2)	24,2 (4,5)
<i>p</i> **			0,005	0,021	0,016	0,075	0,021	0,033
Sintomas Depressivos	n= 340	n= 308						
Não	290 (85,7)	243 (80,8)	48,5 (5,9)	48,1 (6,7)	22,0 (4,2)	21,9 (4,3)	26,4 (3,0)	26,2 (3,5)
Suspeita à depressão	50 (14,3)	65 (19,2)	36,6 (8,3)	37,1 (7,2)	16,7 (4,4)	15,5 (4,5)	19,8 (5,9)	21,7 (4,9)
<i>p</i> **			< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Dependência em atividades da vida diária	n= 340	n= 309						
Ausência	146 (43,2)	83 (26,7)	51,0 (4,1)	50,6 (5,5)	23,6 (3,0)	23,5 (3,8)	27,3 (2,2)	27,1 (2,6)
Leve	135 (39,6)	138 (47,1)	45,4 (7,6)	46,4 (7,4)	20,7 (4,3)	21,0 (4,3)	24,7 (4,6)	25,4 (4,4)
Moderada/ Grave	59 (17,2)	88 (26,2)	39,6 (7,5)	40,2 (8,0)	16,8 (4,6)	17,1 (5,2)	22,7 (5,1)	23,1 (4,3)
<i>p</i> *			< 0,001 [#]	< 0,001 [#]	< 0,001 [#]	< 0,001 [#]	< 0,001 [#]	< 0,001 [#]

* teste Kruskal- Wallis; ** teste Mann- Whitney; ***teste T de Student, comparação de médias de qualidade de vida e domínios, em homens e mulheres; [#] tendência, de acordo com teste de tendência não paramétrico para grupos ordinais.

Tabela 2. Análise não ajustada e ajustada do escore total de qualidade de vida (CASP-19) segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina. 2013/2014.

	Análise não ajustada				Análise ajustada*			
	Qualidade de Vida - CASP 19							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>
Violência sofrida								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,14 (-2,16;2,45)	0,901	-2,37 (-4,37; 0,37)	0,022	0,31 (-1,24;1,86)	0,691	-1,62 (-3,06;0,17)	0,021
Violência perpetrada								
Não	1		1		1		1	
Sim	-0,73 (2,33; 0,86)	0,364	-3,90 (-5,66; 2,15)	<0,001	-0,08 (-1,38;1,21)	0,900	-3,15 (4,84; -1,45)	<0,001
Violência bidirecional								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,35 (-1,90; 2,62)	0,751	-3,58 (-5,58; -1,59)	0,001	0,31 (-1,27;1,91)	0,693	-2,59 (-4,10; -1,09)	0,001

* Modelo ajustado por faixa etária, renda, deficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária; IC95% = intervalo de confiança de 95%

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada do domínio de qualidade de vida – controle e autonomia – segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina, 2013/2014.

	Análise não ajustada				Análise ajustada*			
	Controle e Autonomia							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>	β (IC95%)	<i>p</i>
Violência sofrida								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,09 (-1,13;1,33)	0,870	-1,22(-2,57; 0,11)	0,073	0,20 (-0,66;1,02)	0,637	-0,80 (-1,89; 0,27)	0,140
Violência perpetrada								
Não	1		1		1		1	
Sim	-0,32 (-1,28; 0,62)	0,490	-2,18 (-3,24;-1,11)	<0,001	-0,01 (-0,81; 0,77)	0,963	-1,62 (-2,70; -0,55)	0,003
Violência bidirecional								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,15 (-1,03; 1,39)	0,801	-1,95 (-3,20;-0,69)	0,002	0,07 (-0,83; 0,98)	0,872	-1,36 (-2,41; -0,31)	0,012

* Modelo ajustado por faixa etária, renda, deficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

Tabela 4. Análise não ajustada e ajustada do domínio de qualidade de vida – realização pessoal e prazer – segundo violência por parceiro íntimo sofrida, perpetrada e bidirecional, estratificada por sexo. EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina, 2013/2014.

	Análise não ajustada				Análise ajustada*			
	Realização pessoal e Prazer							
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	p	β (IC95%)	p	β (IC95%)	p	β (IC95%)	p
Violência sofrida								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,02 (-1,23; 1,28)	0,964	-1,14 (-2,10; -0,18)	0,022	0,10 (-0,84; 1,05)	0,821	-0,81 (-1,58; -0,04)	0,035
Violência perpetrada								
Não	1		1		1		1	
Sim	-0,42 (-1,34; 0,50)	0,371	-1,72 (-2,70; -0,74)	0,011	-0,06 (-0,90; 0,77)	0,872	-1,52 (-2,50; -0,54)	0,003
Violência bidirecional								
Não	1		1		1		1	
Sim	0,18 (-1,01; 1,38)	0,766	-1,63 (-2,68; -0,59)	0,002	0,24 (-0,68; 1,17)	0,697	-1,23 (-2,12; -0,34)	0,007

* Modelo ajustado por faixa etária, renda, deficit cognitivo, sintomas depressivos e dependência de atividades de vida diária; IC95% = intervalo de confiança de 95.

DISCUSSÃO

O presente estudo é relevante na investigação da associação entre VPI e QV em pessoas idosas no Brasil, analisando a violência sofrida, perpetrada e bidirecional em homens e mulheres. Destaca-se como principal achado, os impactos distintos produzidos pela exposição à VPI sobre a QV de acordo com o sexo. Apenas mulheres tiveram sua QV prejudicada ao estarem em situações de violência. Menores escores de QV foram identificados entre as mulheres idosas que perpetraram violência contra seus parceiros, seguida por aquelas envolvidas na violência bidirecional e, por último, entre as agredidas por seus parceiros. Enquanto os homens não tiveram sua QV afetada ao perpetrar ou sofrer violência.

As pessoas idosas de Florianópolis apresentaram elevada QV (homens=46,8; mulheres=45,8) quando comparados a estudos de base populacional conduzidos em outros países^{16,24} que utilizaram o mesmo instrumento de mensuração (CASP-19). Na

Irlanda, a QV em idosos foi inferior (43,8), bem como na Inglaterra (42,5). Os escores médios de QV foram semelhantes entre os sexos no estudo atual, diferindo de outros inquéritos populacionais^{16,23}. Tais resultados podem estar relacionados ao fato do presente estudo incluiu apenas pessoas idosas com parceiros, os quais tiveram elevado nível de QV quando comparados aos não participantes. Pessoas idosas casadas ou com companheiro, apresentaram QV superior às solteiras. A presença do parceiro é considerada positiva quando há suporte social e valorização pessoal no relacionamento²⁵.

Verificou-se que em situações de violência, as mulheres tiveram sua QV prejudicada, a qual se manteve comprometida mesmo após análise ajustada pelos fatores de faixa etária, renda, deficit cognitivo, depressão e dependência em AVD. Enquanto para os homens a QV permaneceu inalterada, independente destes sofrerem ou cometerem tais atos. Esse achado mostra que o impacto da violência sobre a QV difere significativamente entre mulheres e homens idosos.

As diferenças de gênero podem ser resultado das disparidades existentes na saúde e das formas distintas pelas quais mulheres e homens idosos respondem e lidam com problemas de saúde e experiências adversas. Em nossa cultura papéis de feminilidade e masculinidade contribuem para conflitos entre casais, e estão frequentemente associados a ocorrência de violência no relacionamento^{26,27}. O binômio masculinidade e violência, tradicionalmente é compreendido como se o segundo termo pertencesse ao primeiro. Neste cenário de associação entre ser masculino e ser violento, as relações de gênero são construídas e reproduzidas, legitimando a violência como referência para se distinguir o homem da mulher²⁸. Tal construção corrobora com as diferenças do impacto da VPI sobre a QV entre os sexos encontradas neste estudo.

Para as mulheres idosas, tanto cometer como sofrer violência, acarreta menores escores de QV. Destaca-se maior impacto negativo sobre a QV para as mulheres perpetradoras de violência contra seus parceiros (-3,15; IC95%: -4,84; -1,45) quando comparadas às que sofreram as agressões (-1,62; IC95%: -3,06; -0,17). Parece paradoxal que idosas perpetradoras de VPI tenham sua QV mais comprometida em comparação às que sofrem, uma vez que a literatura^{26,27}, as graves consequências da violência relacionam-se às mulheres vítimas. O sofrimento causado pode servir de catalisador para processos de adoecimento instalados ou predispostos, tais como o comprometimento da saúde física, a dependência em atividades de vida diárias, o déficit cognitivo, e uma maior probabilidade de problemas de saúde mental como ansiedade e depressão, e isolamento social na idade avançada^{28,29} além de autopercepção de saúde mais baixa³⁰, que comprometem a QV das pessoas envolvidas na violência.

Ressalta-se que embora a coleta de dados sobre os perpetradores seja um desafio, compreender o papel de fatores, como condição socioeconômica, pois a dependência financeira do perpetrador é uma barreira importante para a busca de ajuda, outros como saúde mental e abuso de substâncias, bem como dependências e interdependências entre perpetradores e vítimas, requer atenção, uma vez que a compreensão dessas características é importante na previsão e prevenção do abuso de idosos^{27,31}.

Neste estudo, o protagonismo da mulher nas situações de VPI afeta ambos os domínios de QV - controle e autonomia, realização pessoal e prazer. Ressalta-se que, as mulheres são constantemente responsabilizadas pelo zelo e sucesso dos relacionamentos, estando mais propensas a sentir culpa pelo comportamento violento do parceiro, o que impacta na redução do seu bem-estar. A expectativa de que mulheres devam ser cuidadoras, sensíveis e conciliadoras no âmbito familiar, não se admitindo que assumam postura agressiva e violenta³², resulta na sua QV ainda mais comprometida quando assumem o papel de perpetradoras de VPI. Alguns autores^{33,34} descrevem a perpetração de VPI pelas mulheres como uma reação de defesa sobre agressões sofridas previamente. A adoção da violência para resolução dos conflitos conjugais evidencia a falta de outros recursos para mediação dos problemas, indicando a vulnerabilidade no relacionamento. Em consonância com tais resultados, estudo americano²⁷ encontrou associação entre baixa autoestima e perpetração dessa violência apenas para mulheres.

Deve-se salientar que a VPI entre pessoas idosas não se caracteriza como fato novo, que emerge nesta faixa etária. Estudo de base populacional realizado com adultos de Florianópolis³², constatou que as prevalências de sofrer violência física foram elevadas tanto em homens (17,5%) como nas mulheres (16,1%), porém com consequências negativas em maiores proporções sobre a saúde das mulheres, evidenciado que a violência nos relacionamentos íntimos e seus efeitos se mantém durante a vida. Estudo longitudinal australiano afirmou que a VPI impactou em menor QV para mulheres ao longo de 16 anos de estudo, perpetuando por três gerações, explicitando que os danos da violência sobre quem a vivencia, são intergeracionais³⁵.

Ressalta-se o impacto negativo da VPI sobre o bem-estar das idosas entrevistadas, comprometendo o envelhecimento positivo e saudável, apontando para a necessidade de estratégias para prevenção dessa forma de violência nessa fase da vida. As mulheres em situação de violência são mais suscetíveis a permanecerem socialmente isoladas, afastadas de amigos e familiares, mantendo-se restritas ao ambiente doméstico e ao convívio com o autor de violência³¹. As consequências da VPI são profundas,

impactando na saúde e felicidade dos envolvidos, estendendo-se e afetando o bem-estar de famílias e até comunidades inteiras⁷.

Embora a prevalência de VPI em pessoas idosas apresente simetria de gênero³³, os efeitos produzidos pela exposição a violência sobre a QV são assimétricos, visto que estar em situação de VPI não ocasionou quaisquer impactos sobre a QV dos homens. No entanto, esse impacto sobre a QV das mulheres é permeado por uma iniquidade de gênero que deve ser combatida, visto que atos de agressões, abusos e humilhações no relacionamento são socialmente toleráveis³⁰.

A partir da teoria de gênero²⁹, a adoção de comportamento violento pelo homem contra a parceira, corresponde a forma correta de atuar, historicamente construída e valorizada, para resolver problemas. A violência praticada pelo parceiro permanece naturalizada e banalizada, fazendo com que muitas vezes sequer seja considerada como tal³⁴. Além disso, a violência costuma ser reconhecida pelos homens apenas em situações da vida pública: nas relações urbanas, impessoais e/ ou anônimas. Uma vez que, posturas agressivas e atos de violência no âmbito familiar e conjugal, são tidas como o exercício do papel do chefe de família, permanecendo a violência no relacionamento invisibilizada e negligenciada³⁴.

Para a redução da VPI sobre homens e mulheres se faz necessária a desconstrução dos papéis hierárquicos de gênero e a redução dos fatores estruturais que apoiam essas desigualdades, as quais certamente são intervenções de grande valia para o enfrentamento da violência e o alcance do envelhecimento saudável, promovendo a QV entre as pessoas idosas, principalmente para as mulheres, as mais afetadas^{35,36}. O reconhecimento das situações de violência no relacionamento íntimo entre pessoas idosas nos serviços de saúde, ainda é uma prática incipiente no contexto brasileiro³⁰. Existem serviços de atendimento à pessoa idosa vítima de abuso e maus tratos, porém uma parcela maior dessa população pode estar sofrendo consequências da VPI, nos seus relacionamentos.

Sobre o constructo de QV, adotou-se definição específica para população idosa que transcende às

questões relacionadas à saúde, mensurando aspectos de percepção subjetiva sobre a vida. A análise de amostra representativa de base populacional de uma capital do Sul do Brasil, conduzida por instrumentos validados e de alta confiabilidade – CTS-1 e CASP-19 – alcançou resultados fidedignos, possibilitando concluir que mulheres tiveram sua QV prejudicada por situação de VPI, e que ser perpetradora causou impacto negativo superior a ser vítima, enquanto para os homens essa forma de violência não alterou os níveis de QV.

Entre as limitações encontradas destaca-se o perfil etário da amostra, que incluiu idosos a partir de 63 anos. Esse grupo difere da população alvo do instrumento, que foi planejado para ser aplicado em indivíduos com 50 anos ou mais. Tal limitação potencialmente implicou uma menor variabilidade nas respostas aos itens, atenuando a magnitude de toda a sorte de parâmetros estimados no presente estudo. Outra limitação refere-se à estratégia de aplicação do CASP-19, a qual se deu face-a-face, e não por autopreenchimento, o que pode afetar as respostas aos itens do instrumento no sentido de superestimar a avaliação da QV que resultou do processo. Esse modo de administração foi adotado no estudo para permitir que mesmo pessoas idosas com baixo nível de escolaridade ou acuidade visual pudessem responder ao questionário da pesquisa.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo abordou a associação da VPI sobre a Qualidade de vida (QV) de mulheres e homens idosos. Encontrou-se impacto assimétrico entre os sexos, sendo apenas as mulheres prejudicadas em sua QV, quando vivenciam situações de violência por parceiro íntimo (VPI), seja sofrida, perpetrada ou bidirecional. Destaca-se que há menores escores de QV nas mulheres idosas que cometeram VPI contra seus parceiros.

A VPI tem impactos psicológicos e de saúde significativos em mulheres mais velhas, muitas vezes exacerbados pela duração da violência. Abuso prolongado e transições sociais essenciais, como filhos saindo de casa, podem levar a sentimentos de desesperança, expectativas de vida não satisfeitas e

profundo isolamento social, reduzindo a qualidade de vida nessa população.

Ressalta-se a importância de promover políticas que auxiliem na prevenção da VPI nas pessoas idosas, visto que essa população enfrenta barreiras para ter acesso a ajuda, além de ser um tema pouco investigado especialmente em termos de intervenções. A partir da importância da QV para a área de gerontologia e do avanço que o CASP-19 representa – por estar alinhado às novas correntes teóricas sobre envelhecimento – espera-se que o presente estudo contribua com a noção de envelhecimento saudável e ativo e oriente as

ações voltadas para as populações idosas no Brasil e no mundo.

Este estudo é relevante por investigar temática ainda pouco investigada, abordando além da violência sofrida no relacionamento íntimo, a perpetrada e bidirecional. São escassas as pesquisas que comparam os resultados de vitimização e perpetração da VPI em homens e mulheres. Tal conduta, reduz o viés de análise, visto que não se definem previamente vítimas e agressores, mas sim analisam-se tais comportamentos em ambos os sexos.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

- Machado DR, Kimura M, Duarte YADO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(3):1119-28.
- Hackenberg EAM, Sallinen V, Koljonen V, Handolin L. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017;43(3):319-27.
- Castro VCD, Rissardo L K, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):777-85.
- Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7(3):186-94.
- Lima F, Hyde M, Chungkham H, Correia C, Campos AS, Campos M, et al. quality of life amongst older Brazilians: a cross-cultural validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *PLoS ONE*. 2014;9(4):1-10.
- Cecchetto F, Oliveira QBM, Njaine K, Minayo MCS. Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):853-64.
- Davies R, Lehman E, Perry A, McCall-Hosenfeld JS, Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity. *Women Health*. 2016;56(5):561-75.
- Warmling D, Lindner SR, Coelho EBS. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):3111-25.
- Ferdos J, Rahman M. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7):1-10.
- Coker AL, Follingstad DR, Garcia LS, Bush HM. Intimate partner violence and women's cancer quality of life. *Cancer Causes Control*. 2017;28(1):23-39.
- Universidade Federal de Santa Catarina. EpiFloripa: condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis. Florianópolis; 2009 e 2013/2014 [Internet]. São Paulo: UFSC; 2009 [acesso em 04 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.epifloripa.ufsc.br/>
- Schneider IJC, Confortin SC, Bernardo CO, Carvalho CB, Antes DL, Pereira KG, et al. Estudo de coorte EpiFloripa Idoso: métodos, aspectos operacionais e estratégias de seguimento. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-10.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2010: a Verdadeira Riqueza das Nações: vias para o desenvolvimento humano. Portugal: IPAD; 2010. Edição do 20º Aniversário.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios [Internet]. Brasília, DF; 2009 [acesso em 04 jun. 2020]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf
- Kim GR, Netuveli G, Blane D, Peasey A, Malyutina S, Simonova G, et al. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging Ment Health*. 2015;19(7):595-609.

16. Sexton E, King-Kallimanis BL, Conroy RM, Hickey A. Psychometric evaluation of the CASP-19 quality of life scale in an older Irish cohort. *Qual Life Res.* 2013;22(9):2549-59.
17. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;25(4):800-8.
18. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ERD, Lozana JDA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(2):425-37.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
20. Paradela EM, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):918-23.
21. Rosa TE, Benício MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2003;37(1):40-8.
22. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(4):357-63.
23. Tampubolon G. Delineating the third age: joint models of older people's quality of life and attrition in Britain 2002-2010. *Aging Ment Health.* 2015;19(7):576-83.
24. Bartlett BA, Iverson KM, Mitchell KS. Intimate partner violence and disordered eating among male and female veterans. *Psychiatry Res.* 2018;260:98-104.
25. Pengpid S, Peltzer K. Lifetime spousal violence victimization and perpetration, physical illness, and health risk behaviours among women in India. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(12):1-10.
26. Barros CRS, Schraiber LB. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:1-10.
27. Roberto KA, Hoyt E. Abuse of Older Women in the United States: A Review of Empirical Research, 2017-2019. *Aggres Violent Behav.* 2020:1-10.
28. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho R. Global prevalence of elder abuse: A metaanalysis and meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry.* 2017;27(2):43-55.
29. Nunes DP, Brito TRPD, Duarte YADO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;21(Supl.2):1-10.
30. Roberto KA, Hoyt E. Abuse of Older Women in the United States: A Review of Empirical Research, 2017-2019. *Aggress Violent Behav.* 2020:1-10.
31. Pathak N, Dhairyawan R, Tariq S. The experience of intimate partner violence among older women: a narrative review. *Maturitas* 2019;121:63-75.
32. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(4):815-26.
33. Loxton D, Dolja-Gore X, Anderson AE, Townsend N. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: a longitudinal cohort study. *PloS ONE.* 2017;12(6):1-10.
34. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):147-56.
35. Policastro C, Finn MA. Coercive control and physical violence in older adults: Analysis using data from the National Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence.* 2017;32(3):311-30.
36. Pathak N, Dhairyawan R, Tariq S. The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. *Maturitas.* 2019;121:1-10.



O cenário do mercado de trabalho para idosos e a violência sofrida

The labor market scenario for older people and the violence they suffer

Rafaela Lopes Batista¹ 
Karla Maria Damiano Teixeira¹ 

Resumo

Objetivo: analisar sistematicamente as publicações referentes ao cenário do mercado de trabalho para idosos e às situações de violência enfrentadas pelos idosos ativos. **Método:** foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados *Web of Science*, *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) *PubMed* e *Science Direct*. **Resultados:** foram encontrados 19 trabalhos, 89,4% dos casos de origem internacional, sendo 52,6% com abordagem quantitativa; 31,5%, qualitativa; e, 15,7%, mista. As áreas do conhecimento que concentraram a maioria dos estudos foram saúde, psicologia e gerontologia com 15,7%, sendo a maior parte dos estudos publicados nos anos de 2019, com 31,5% e 26,3% de recorrências respectivamente. **Conclusão:** os estudos evidenciaram que os idosos encontram dificuldades de se manterem no mercado de trabalho pelas inadequações do local de trabalho e pela condição de saúde do idoso. Por outro lado, existem iniciativas governamentais que visam melhorar as condições de trabalho dos longevos, sendo a presença do idoso benéfica para sua saúde e também para o mercado. Em relação à violência sofrida no trabalho, os estudos são escassos, e os existentes destacam as dificuldades de entrada e permanência dos longevos no mercado em detrimento do ageísmo e dos estereótipos ligados ao envelhecimento. Finalmente, com o envelhecimento da população considera-se importante pensar políticas públicas que proporcionem ao idoso condições adequadas de se manter ativo com a proteção de sua saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Trabalho.
Dinâmica Populacional.
Maus-Tratos ao Idoso.

Abstract

Objective: to systematically analyze publications referring to the labor market for older people and the violence situations faced by active older people. **Method:** an integrative literature review in the databases *Web of Science*, *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) *PubMed* and *Science Direct*. **Results:** 19 papers were found, 89.4% of the cases of international origin,

Keywords:

Aging. Work.
Population Dynamics. Elder
Abuse.

¹ Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Economia Doméstica, Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica. Viçosa, MG, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). N° do processo: 88882.436947/2019-01 Bolsa de: Mestrado

Correspondência/*Correspondence*
Rafaela Lopes Batista
rafaelalopesbat@gmail.com

Recebido: 10/02/2021
Aprovado: 24/05/2021

52.6% with a quantitative approach; 31.5% with a qualitative approach; and 15.7% with both. The areas of knowledge comprising most of the studies were health, psychology, and gerontology with 15.7% of them, and most studies were published in 2019, with 31.5% and 26.3% of recurrences, respectively. *Conclusion:* the studies showed that older people have difficulties to remain in the labor market due to the inadequacies of the workplace and their health condition. On the other hand, there are government initiatives aimed at improving the working conditions for older people, and their presence is beneficial both for their health and for the market. Regarding violence at work, studies are scarce, and the existing ones emphasize the difficulties of older people to enter and remain in the market to the detriment of ageism and stereotypes related to aging. Finally, as the population is aging, it is important to think about public policies to provide older people with adequate conditions to remain active and protect their health and quality of life.

INTRODUÇÃO

O aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo reflete em demandas de cunho político, social e econômico e causa reflexos no mercado de trabalho, pois aumenta a presença de idosos na População Economicamente Ativa (PEA)¹. Nesse contexto, surge a necessidade de mudanças estruturais nas organizações, como, por exemplo, o oferecimento de jornadas de trabalho flexíveis, condições ergonômicas adequadas, gestão de grupos intergeracionais, e, a criação de estratégias para lidar com o ageísmo nas empresas^{2,3}.

Como o envelhecimento populacional ocorre de forma distinta entre países desenvolvidos e em desenvolvimento⁴, alguns estão mais preparados do que outros para absorver seus trabalhadores idosos. Segundo Cepellos Filho⁵, o mercado de trabalho brasileiro não tem se preparado para abarcar a população de idosos na PEA. Em contrapartida, países desenvolvidos, como a Dinamarca e o Canadá, possuem maiores iniciativas para conter essa parcela populacional ativa, tal como o aumento da idade para aposentadoria e políticas públicas de incentivo à permanência da pessoa idosa no trabalho⁶.

Além disso, o aumento do número de pessoas idosas em relação à população total contribuiu para a elevação do número de casos de violência contra idosos. Segundo Morilla e Manso⁷, a violência contra a pessoa idosa tem se tornado uma tendência mundial, sendo uma realidade preocupante à medida que atinge uma em cada seis indivíduos de 60 anos ou mais⁸.

A violência que atinge os longevos ocorre no ambiente doméstico, na rua e também em

instituições, como o mercado de trabalho⁹, podendo causar transtornos físicos, emocionais, psicológicos e provocar efeitos negativos no bem-estar e na qualidade de vida¹⁰. Segundo Bialowolska et al.¹¹ a violência no mercado de trabalho com idosos tem crescido cada vez mais devido às políticas de gestão que visam ao lucro e a redução de custos, deixando questões como as relações entre gerações, que são propulsoras de violência, em segundo plano.

Nesse sentido, levando em consideração a presença cada vez maior de idosos no mercado de trabalho, bem como a crescente onda de violência cometida contra essa parcela da população é que se justifica a necessidade de conhecer o cenário do mercado de trabalho para trabalhadores idosos e as situações de violência por eles enfrentada nesse ambiente.

Dessa forma, este estudo objetivou analisar as publicações referentes ao cenário do mercado de trabalho para idosos e às situações de violência vivenciadas pelos idosos ativos.

MÉTODO

O presente estudo é uma revisão sistemática de literatura do tipo integrativa. Segundo Botelho et al.¹² a revisão integrativa possibilita a sistematização do conhecimento científico de um determinado tema, viabiliza a construção do estado da arte sobre o mesmo, além de apontar lacunas da literatura que podem se tornar temas de estudos futuros. Nesse caso, as temáticas de interesse são as violências a que estão sujeitos os idosos economicamente ativos; e, o cenário do mercado de trabalho para trabalhadores idosos.

A revisão integrativa seguiu as seguintes etapas: escolha da temática de interesse; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão; e, análise, interpretação e apresentação da síntese dos resultados¹³.

Os descritores utilizados para pesquisa foram “*Demographic Aging*” AND “*Violence*” AND “*Labor*” OR “*Workers age*”. A busca foi realizada nas bases de dados *Web of Science*, *Scielo*, *Pubmed*, *Science Direct*, *Scopus*, *PsychInfo*, *Jstor*, *Springer*, e *Nature*.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos artigos foram aqueles que tratavam da temática em questão, abrangendo as diferentes áreas do conhecimento, com texto completo disponível *online*, *sem filtro de idioma e de ano de publicação*. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão de literatura, de acesso incompleto e artigos duplicados. As informações extraídas dos textos foram: autores dos artigos, nomes dos periódicos, tipos de estudo, base utilizada para pesquisa, área do conhecimento, país de publicação, ano de publicação, e, os aspectos relacionados ao panorama do mercado de trabalho e às situações de violência vivenciadas pelos longevos ativos. E por fim, os dados foram organizados por meio de tabelas.

A consulta à literatura foi realizada de agosto de 2020 a janeiro de 2021, mediante o acesso às plataformas *PubMed*, *Science Direct*, *Web of Science* e *Scielo*, sendo as duas últimas, por meio do *login* institucional da Universidade Federal de Viçosa no Portal de Periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), utilizando o acesso CAFE (Comunidade Acadêmica Federada), o que permite acesso a artigos de forma completa. Para as demais bases que não possuíam acesso aberto, a busca pelos artigos teve que ser realizada na internet a fim de evitar a perda de conteúdo. Assim sendo, embora tenha se buscado identificar o maior número possível de estudos relacionados à questão proposta, alguns artigos podem ter sido excluídos não intencionalmente, sendo o principal viés deste estudo, o viés de seleção.

RESULTADOS

Ao realizar a busca nas bases de dados supracitadas, verificou-se que, na *Scopus*, *PsychInfo*, *Jstor*, *Springer*, e *Nature* não obteve-se nenhum resultado. E nas demais bases, ao iniciar a busca dos artigos pelo uso dos descritores previamente citados, foram encontrados 780 estudos, dos quais somente 355 deles possuíam acesso aberto. Após selecionar os artigos de acesso livre foi realizada a leitura dos resumos para verificar quais realmente se enquadravam na temática de interesse, sendo descartados 332 estudos que não se adequavam, além de três estudos de revisão de literatura e um artigo duplicado. Finalmente, a amostra foi composta por 19 artigos da literatura nacional e também internacional. Verificou-se, portanto, que a literatura sobre o idoso inserido no mercado de trabalho e as situações de violência a que estão sujeitos é escassa (Quadro 1).

A maioria dos estudos da amostra, 19, foi publicada em periódicos internacionais e, em se tratando das perspectivas dos trabalhos, a maior parte apresentou abordagem quantitativa nove; seis qualitativa; e, três mista.

Em relação à área de conhecimento, as pesquisas que retratam a presença de idosos no mercado de trabalho e as situações de violência por eles enfrentadas perpassam diversas áreas. As mais recorrentes foram saúde, psicologia e gerontologia que apareceram em três estudos, seguido de economia e engenharia, que recorreram em dois estudos. As demais, trabalho social, sociologia, gestão, estudos ambientais, relações industriais e do trabalho e ergonomia estavam presentes em um trabalho cada.

A maior parte das publicações compreenderam os anos de 2019 com seis recorrências e 2020, com cinco, seguido dos anos de 2015, 2016 e 2018 todos com 2 artigos cada, e em 2001 e 1997 obteve-se 1 estudo cada. Em relação às bases de dados, 12 publicações descenderam da *Web of Science*, uma do *Scielo*, cinco do *Science Direct* e 1 da *PubMed* (Quadro 2).

Em relação à nacionalidade das pesquisas, os Estados Unidos apresentaram seis estudos. A

Holanda, Brasil, Noruega, Austrália, Dinamarca e Reino Unido apresentaram dois estudos cada. E Bélgica, Estocolmo, Polônia e Holanda recorreram em uma pesquisa cada (Quadro 3).

Quadro 1. Percurso metodológico percorrido para busca dos artigos na *Web of Science*, *Scielo*, *PubMed* e *Science Direct*, *Scopus*, *PsychInfo*, *Jstor*, *Springer*, e *Nature*.

Descritores= “Demographic Aging” AND “Violence” AND “Labor” OR “Workers age”						Total
	Scopus, PsychInfo, Jstor, Springer, e Nature	PubMed	Science Direct	Web of Science	Scielo	
	0	242	248	289	1	780
Acesso livre	0	201	23	130	1	355
Fora do tema	0	198	16	118	0	332
Artigos de revisão e duplicados	0	2	2	0	0	4
Dentro dos critérios	0	1	5	12	1	19

Quadro 2. Perfil dos estudos realizados sobre a presença de idosos no mercado de trabalho e a violência enfrentada pelos longevos ativos nos anos de 1997 a 2021.

Autores	Periódico	Tipo de estudo	Área do conhecimento	Ano/Base
Damman, e Henkens ¹⁴	Journal of Applied Gerontology	Qualitativo	Gerontologia	2020/ <i>Web of Science</i>
Burmeister et al. ²²	Journal of Applied Psychology	Quantitativo	Psicologia	2020/ <i>Web of Science</i>
Straussner e Senreich ²³	Nature public Health Emergency Collection	Quantitativo	Trabalho Social	2020/ <i>Web of Science</i>
Oddone ³¹	Contemporânea-revista de sociologia da UFSCAR	Qualitativo	Sociologia	2019/ <i>Web of Science</i>
Coombe et al. ¹⁶	Workplace health & safety	Quantitativo	Saúde	2019/ <i>Web of Science</i>
Merkus et al. ¹⁷	International archives of occupational and environmental health	Quantitativo	Saúde	2019/ <i>Web of Science</i>
Peters et al. ²⁵	Frontiers in psychology	Quantitativo	Psicologia	2019/ <i>Web of Science</i>
Amorim et al. ²⁷	Rege-revista de gestão	Qualiquantitativo	Gestão	2019/ <i>Web of Science</i>
Sundstrup et al. ³⁰	Occupational and environmental medicine	Quantitativo	Saúde	2018/ <i>Web of Science</i>
Talbot et al. ³²	International journal of sustainable transportation	Qualiquantitativo	Estudos ambientais	2016/ <i>Web of Science</i>
Findsen ²⁶	Educational gerontology	Qualitativo	Gerontologia	2015/ <i>Web of Science</i>
Jonsson; Kielhofner; Borell ²⁸	American journal of occupational therapy	Qualitativo	Psicologia	1997/ <i>Web of Science</i>
Schreurs et al. ²⁹	SA Journal of Industrial Psychology	Quantitativo	Relações industriais e trabalho	2001/ <i>Scielo</i>
Kerr et al. ¹⁸	Plos One	Quantitativo	Gerontologia	2016/ <i>Pubmed</i>
Bartkowiak et al. ²⁴	Journal of Cleaner Production	Qualitativo	Economia	2020/ <i>Science Direct</i>
Vigtel ²¹	Labour Economics	Quantitativo	Economia	2018/ <i>Science Direct</i>
Dimovski et al. ¹⁹	Procedia Manufacturing	Quantitativo	Engenharia	2019/ <i>Science Direct</i>
Sundstrup et al. ²⁰	Safety and Health at Work	Qualiquantitativo	Engenharia	2020/ <i>Science Direct</i>
Case et al. ¹⁵	Procedia Manufacturing	Qualitativo	Ergonomia	2015/ <i>Science Direct</i>

Fonte: As autoras, 2021.

Quadro 3. Países e Principais resultados que subsidiam a resposta dos objetivos, dos estudos realizados sobre a presença de idosos no mercado de trabalho e a violência enfrentada pelos longevos ativos nos anos de 1997 a 2021.

Autores	País	Principais resultados que subsidiam a resposta dos objetivos
Damman e Henkens ¹⁴	Holanda	A flexibilização do horário de trabalho é uma forma de manter os idosos ativos por maior tempo. Porém, ela é diferente entre homens e mulheres.
Burmeister et al. ²²	Estados Unidos	A presença de funcionários de diferentes faixas-etárias no trabalho proporciona troca de conhecimento, satisfação e motivação dos trabalhadores.
Straussner e Senreich ²³	Estados Unidos	O trabalho se apresenta como benéfico para os trabalhadores idosos, pois proporciona bem-estar e satisfação.
Oddone ³¹	Brasil	O ageísmo é um dos fatores que definem a saída antecipada do idoso do mercado de trabalho, bem como a saúde econômica das empresas.
Coombe et al. ¹⁶	Estados Unidos	A saúde do sono dos trabalhadores é um preditor de bom desempenho no trabalho.
Merkus et al. ¹⁷	Noruega	A condição de saúde do trabalhador idoso pode ser preservada a depender do esforço exigido pelo trabalho durante toda a vida.
Peters, et al. ²⁵	Austrália	A estereotipagem negativa do envelhecer no mercado de trabalho compromete a permanência e/ou retorno do idoso pro trabalho. Dessa forma julga-se importante que o departamento de recursos humanos se concentre em questões relativas aos estereótipos do envelhecimento.
Amorim et al. ²⁷	Brasil	A violência contra idosos no mercado de trabalho pode ser observada na ausência de práticas gerenciais de contratação e retenção de trabalhadores idosos.
Sundstrup et al. ³⁰	Dinamarca	A capacidade cognitiva do indivíduo não é um fator que influencia sobre sua saída do mercado de trabalho.
Talbot, et al. ³²	Reino Unido	Estratégias para diminuir os problemas provenientes do transporte para o trabalho são importantes para diminuir a evasão de trabalhadores.
Findsen ²⁶	Estados Unidos	Estereótipos ligados ao envelhecimento, principalmente relacionado à capacidade de aprendizagem tem prejudicado a permanência dos idosos no mercado. Dessa forma iniciativas de aprendizagem entre gerações exerce papel importante nas práticas gerenciais de idade.
Jonsson; Kielhofner; Borell ²⁸	Estocolmo	Além de fatores estruturais e ambientais, a condição de saúde da pessoa idosa influencia sobre a decisão aposentadoria precoce.
Schreurs et al. ²⁹	Bélgica	Para manter o idoso no mercado de trabalho por mais tempo é necessário que o trabalho proporcione condições que o mantenha motivado.
Kerr et al. ¹⁸	Estados Unidos	Diminuir o tempo de ficar sentado durante o trabalho é uma forma de reduzir a aposentadoria por problemas de saúde. Tendo em vista que diminuindo o tempo sentado contribui para redução do sedentarismo.
Bartkowiak et al. ²⁴	Polônia	Os empresários têm mantido seus trabalhadores idosos em sua equipe, pois reconhecem que eles possuem capital humano e social de fundamental importância para o mercado.
Vigtel ²¹	Noruega	A redução da idade mínima de aposentadoria apresenta efeitos positivos sobre a contratação de trabalhadores idosos.
Dimovski et al. ¹⁹	Estados Unidos	A partir da redução da idade mínima de aposentadoria os idosos têm permanecido por mais tempo no trabalho.
Sundstrup et al. ²⁰	Dinamarca	A saída precoce de idosos do mercado de trabalho está relacionada a fatores ambientais, como trabalho duro e exposição a ruídos e poeira.
Case et al. ¹⁵	Reino Unido	A partir da modelagem digital humana é possível verificar se o ambiente de trabalho é prejudicial à saúde do idoso. E dessa forma pode-se evitar a saída precoce dele do trabalho por motivos de saúde.

Fonte: as autoras, 2021.

DISCUSSÃO

A partir dos estudos encontrados, verificaram-se as abordagens dadas às pesquisas sobre a temática de interesse. Foram detectados estudos que tratavam de aspectos que influenciam sobre a permanência da pessoa idosa no trabalho, benefícios do trabalho para o trabalhador e para o mercado de trabalho, violências enfrentadas pelo idoso no mercado de trabalho, e, fatores que influenciam na saída precoce dos idosos do mercado do trabalho.

Em relação aos aspectos que influenciam sobre a permanência da pessoa idosa no trabalho em diferentes países, foram identificados sete estudos (Damman e Henkens¹⁴, Case et al.¹⁵, Coombe et al.¹⁶, Merkus et al.¹⁷, Kerr et al.¹⁸, Dimovski et al.¹⁹, Sundstrup et al.²⁰, Vigtel²¹). Damman e Henkens¹⁴ em um estudo realizado na Holanda, ressaltaram que a permanência da pessoa idosa no trabalho está associada às condições de trabalho. Nesse sentido, a fim de oferecer melhores condições e prevenir a saída dos idosos, o governo holandês criou a política de flexibilização do trabalho, oferecendo ao idoso a oportunidade de trabalhar com horários flexíveis ou em sua própria residência.

As condições de trabalho como forma de manutenção do idoso no trabalho também foram mencionadas em estudo realizado no Reino Unido. Este por sua vez assinalou a modelagem digital humana como forma de melhorar as circunstâncias de trabalho dos idosos¹⁵.

Outro aspecto também mencionado para manutenção do idoso no trabalho é seu estado de saúde. De acordo com Coombe et al.¹⁶ a condição de saúde, principalmente em relação à saúde do sono do longo, está atrelada ao seu desempenho e permanência no trabalho. Dessa forma, manter um bom nível de sono dos trabalhadores é uma forma de mantê-los saudáveis e por maior tempo no mercado de trabalho¹⁶.

A situação de saúde da pessoa idosa também foi mencionada em um trabalho Norueguês realizado por Merkus et al.¹⁷ que demonstraram que manter a capacidade física do trabalhador durante toda a vida é a chave para a manutenção de uma boa saúde e atividade até o momento da aposentadoria.

Sendo assim, para prolongamento da vida laborativa do idoso é necessário que sejam feitas adaptações em seu trabalho, exigindo menor esforço físico e, conseqüentemente, provocando menor desgaste em sua saúde¹⁷.

A saúde mais uma vez foi mencionada como fator importante para manutenção do idoso no trabalho em pesquisa americana realizada por Kerr et al.¹⁸, na qual demonstrou que o sedentarismo de idosos é um dos maiores causadores de doenças. Sendo assim, buscou-se diminuí-lo por meio da redução de horas diárias sentadas e aumento de transições, como ficar em pé/sentado, a fim de melhorar sua qualidade de vida e conseqüentemente, prolongar sua vida ativa.

Também preocupado com a vida ativa dos idosos trabalhadores, diante de sua maior presença no mercado e pela escassez de mão de obra, Dimovski¹⁹ estimou a idade produtiva limítrofe da pessoa idosa, visando o retorno produtivo do idoso para com o trabalho.

Ainda referente à saúde, mas dessa vez, da capacidade cognitiva do idoso, Sundstrup et al.²⁰ realizaram um estudo a fim de estimar a relação entre a capacidade cognitiva individual com saídas temporárias ou permanente do mercado. Verificou-se que a capacidade cognitiva nesse caso não interferiu no afastamento do trabalho.

Finalmente, um artigo Norueguês verificou que outro fator que influencia sobre a permanência e contratação de pessoas idosas é a gestão governamental do país, que por meio da legislação vigente pode incentivar as empresas a contratar e manter trabalhadores idosos em suas empresas. A exemplo, a Noruega, ao optar pela flexibilização da idade mínima de aposentadoria, incentivou a maior contratação de idosos no mercado de trabalho²¹.

Outra abordagem encontrada nos estudos trata sobre os benefícios do trabalho para o mercado e para o idoso trabalhador. Com o envelhecimento populacional, ocorrem maiores interações sociais entre pessoas de diferentes idades no mercado de trabalho. Estudo americano desenvolvido por Burmeister et al.²² verificou que a presença de pessoas idosas na empresa torna-se vantajosa, pois proporciona troca de conhecimento entre as gerações,

motiva os funcionários e proporciona maior anseio do idoso em permanecer ativo.

Pesquisa americana desenvolvida por Straussner e Senreich²³, demonstrou que o trabalho é benéfico para a pessoa idosa, pois, apesar de apresentarem complicações de saúde, que neste caso são provenientes do processo natural do envelhecimento, os idosos se expressam mais satisfeitos com sua profissão, com sua vida e apresentam percepção positiva em relação ao ambiente de trabalho.

A presença de idosos no trabalho ainda se apresenta como benéfica para o mercado, pois segundo Bartkowiak et al.²⁴, os gestores de empresas reconhecem que esses trabalhadores podem oferecer para a empresa um bom espírito colaborativo, competências, capital intelectual e social, características que não são encontradas na maioria dos jovens trabalhadores.

Outra categoria encontrada descreve as situações de violência enfrentadas pelos trabalhadores idosos no mercado de trabalho. A violência com o idoso no mercado de trabalho se apresenta por meio do despreparo de empresas para lidar com o novo perfil de trabalhador. Um estudo holandês assinalou que, apesar da conformação etária estar se transformando, tendo cada vez mais idosos em relação a jovens no mercado, a gestão de recursos humanos de empresas não está preparada para lidar com as demandas advindas da convivência intergeracional. Além disso, vê-se que as ações dos gestores são inclinadas à estereotipagem negativa baseada na idade, que considera o idoso um ser improdutivo e incapacitado. Essa estereotipagem prejudica os idosos em termos de oportunidades de emprego e também de se manterem no trabalho²⁵.

A violência ancorada nos estereótipos do envelhecimento também foi mencionada em estudo americano. De acordo com Findsen²⁶, os preconceitos que circundam o envelhecimento, principalmente os relacionados à capacidade de aprendizagem, têm prejudicado a permanência dos idosos no trabalho. Nesse sentido, considera-se importante que as organizações combatam atitudes de discriminação por idade e incentivem as iniciativas de aprendizagem mútua por meio de atividades intergeracionais²⁶.

A violência com os idosos trabalhadores pode ser observada também nas práticas gerenciais. De acordo com Amorim et al.²⁷, em um estudo brasileiro, identificaram que empresas que fazem parte do Grupo das Melhores Empresas para se Trabalhar não possuem práticas gerenciais de incentivo à contratação e retenção de trabalhadores idosos. Além disso, não se atentam à adaptação do ambiente e da jornada de trabalho e não possuem planos de saúde com atenção especial às necessidades dos idosos. Ademais, observou-se que os profissionais do Gerenciamento de Recursos Humanos não manifestam interesse na temática, o que se configura mais uma vez como uma violência estrutural²⁷.

Outra categoria que emergiu dos estudos, se refere aos fatores que influenciam na saída precoce dos idosos do mercado de trabalho. Jonsson et al.²⁸, em estudo realizado em Estocolmo com idosos trabalhadores, revelou que são muitos os fatores internos e ambientais que influenciam sobre a decisão de aposentadoria precoce da pessoa idosa, mas que geralmente os mais influentes são diminuição de energia e doenças crônicas.

Investigação realizada na Bélgica, que examinou os elementos envolvidos nas intenções precoces de aposentadoria, verificou que um dos principais responsáveis pelo anseio de aposentar é o prazer em trabalhar. Neste sentido, verifica-se que manter um funcionário idoso motivado é tão importante quanto mantê-lo com saúde para que ele continue trabalhando²⁹.

Outro fator apontado por um estudo dinamarquês como preditor da saída antecipada do idoso do mercado de trabalho é a circunstância do ambiente de trabalho. Segundo Sundstrup et al.³⁰, a saída adiantada do mercado de trabalho por trabalhadores idosos está relacionada a fatores ambientais, como as exigências do trabalho físico, levantamento de peso, a exposição a ruídos, poeira e vibração³⁰.

As mudanças advindas com a globalização, também apresentam influência sobre a saída precoce do idoso do mercado. Como por exemplo: as atualizações tecnológicas, empregos temporários e contratos a tempo certo, que não proporcionam condições favoráveis de permanência no trabalho. A continuidade do idoso também é influenciada

pela conjuntura econômica das empresas e de crises macro sistêmicas que as afetam, deixando, portanto, de ser a idade o único demarcador de interrupção da vida ativa do longo³¹.

No Reino Unido, um estudo verificou a relação entre as intenções precoces de aposentadoria e o transporte até o local de trabalho. Os elementos que mais intervieram sobre a possibilidade de aposentadoria em relação ao transporte foram os altos custos, o estresse, a condição de saúde, o cansaço e o tempo que passam no transporte. Para fazer com que o transporte não influencie sobre a saída do mercado, as empresas têm aplicado estratégias de carona coletiva, vagas de estacionamento reservadas, ajustes do turno de trabalho e trabalho remoto³².

De forma semelhante, Nomiya et al.³³ verificaram em sua pesquisa realizada no Japão que a forma com que o idoso idealiza o processo de transição para a aposentadoria varia conforme o significado que o trabalho possui em sua vida. Dessa forma, os idosos que veem o trabalho como fardo terão prazer em se aposentar e poder ocupar seu tempo de outras formas. Por outro lado, os idosos que têm o trabalho como parte de sua identidade terão maiores dificuldades de se aposentar. Sendo assim, o significado do trabalho apresenta-se como fator considerável para a decisão de aposentadoria do idoso.

Por fim, cabe ressaltar como limitação do estudo a obtenção incompleta de pesquisas que dizem respeito ao cenário do mercado de trabalho para idosos, bem como de situações de violências ocorridas, devido a indisponibilidade do texto completo *online*, o que

impediu o uso dos mesmos para compor o trabalho.

CONCLUSÕES

A maior parte dos estudos referentes à presença de idosos no mercado de trabalho e à violência sofrida por eles têm sido realizados em países desenvolvidos, o que pode ser: o processo de envelhecimento gradual ocorrido nesses países tenha proporcionado uma maior amplitude temporal para se pensar e lidar com as questões advindas da longevidade. Acredita-se também que isso pode estar relacionado ao fato de os países desenvolvidos serem os maiores responsáveis pelas publicações científicas em geral. No Brasil, os estudos indicam que os longevos enfrentam dificuldades para a permanência no mercado de trabalho pelas inadequações desse ambiente pela condição de saúde do trabalhador, embora existam exemplos de iniciativas governamentais em outros países para melhorar suas condições de trabalho, como a política de flexibilização do trabalho e a modelagem digital humana. A presença do idoso no trabalho é benéfica tanto para o mercado quanto para o próprio idoso. Quanto à violência sofrida no mercado de trabalho, os estudos são escassos, e os que existem destacam as dificuldades de entrada e permanência dos longevos no mercado devido ao ageísmo e aos estereótipos ligados ao envelhecimento. Diante do exposto, considera-se importante pensar em políticas públicas que proporcionem ao idoso condições adequadas de se manter ativo com a proteção de sua saúde e qualidade de vida.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Souza AC, Melo CVB. O mercado de trabalho brasileiro diante das perspectivas de envelhecimento da população. Brasília, DF: Edições Câmara; 2017. Primeira parte, Brasil 2050 desafios de uma nação que envelhece; p. 19-40.
2. Silva ACC, Helal DH. Compreendendo a aposentadoria: um estudo de caso em uma instituição pública do Estado de Pernambuco. Rege. 2017;24:316-24.
3. Zigerr R, Filippim ES, Beltrame V. Perspectivas de carreira para pessoas idosas nas organizações. Recape. 2017;7(3):64-87.
4. Giacomelli GS, Chiapinoto FV, Marion Filho PJ, Vieira KM. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. Rev Est Soc. 2016;18(37):1-12.
5. Cepellos V, Pereira Filho JL. Envelhecimento nas empresas. Soc Gestão. 2018;17(2):50-9.

6. Fasbender U, Deller J. Career Management Over the Life-Span. In: Parry E, McCarthy J. *The Palgrave Handbook of Age Diversity and Work*. London: Palgrave Macmillan; 2016. p. 767.
7. Morilla JL, Manso MEG. Violência contra pessoa idosa: contribuições para o estudo do tema. *Rev Longevidad*. 2020;2(6):93-9.
8. Yongjie Y, Christopher RM, Zachary DG, Kathleen HW. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):147-56.
9. Santos MAB, Moreira R, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2153-75.
10. World Health Organization. *Elder Abuse: the health sector role in prevention and response*. Geneva: WHO; 2016.
11. Bialowolska B, Bialowolska D, McNeely E. The impact of workplace harassment and domestic violence on work outcomes in the developing world. *W Devel*. 2020;126:1-11.
12. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão Soc*. 2011;5(11):121-36.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
14. Damman M, Henkens K. Gender differences in perceived workplace flexibility among older workers in the Netherlands: a brief report. *J Appl Gerontol*. 2020;39(8):915-21.
15. Case K, Hussain A, Marshall R, Summerskill S. Digital human modelling and the ageing workforce. *Procedia Manuf*. 2015;3(1):3694-3701.
16. Coombe AH, Epps F, Lee J, Chen ML, Imes CC, Chasens ER. Sleep and self-rated health in an aging workforce. *Workplace Health Saf*. 2019;67(6):302-10.
17. Merkus SL, Lunde LK, Koch M, Waersted M, Knardahl S, Veiersted KB. Physical capacity, occupational physical demands, and relative physical strain of older employees in construction and healthcare. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(3):295-307.
18. Kerr J, Takemoto M, Bolling K, Atkin A, Carlson J, Rosenberg D, et al. Two-arm randomized pilot intervention trial to decrease sitting time and increase sit-to-stand transitions in working and non-working older adults. *Plos ONE*. 2016;11(1):1-12
19. Dimovski V, Grah B, Colnar S, Bogotaj D. Age management of industrial workers based on multiple decrease modeling. *Procedia Manuf*. 2019;39(1):1455-63.
20. Sundstrup E, Hansen A, Mortensen EL, Poulsen OM, Claussen T, Rugulies R, et al. Cognitive ability in midlife and labor market participation among older workers: prospective cohort study with register follow-up. *Saf Health Work*. 2020;11(3):291-300.
21. Vigtel TC. The retirement age and the hiring of senior workers. *Labour Econ*. 2018;51(1):247-70.
22. Burmeister A, Wang M, Hirschi A. Understanding the motivational benefits of knowledge transfer for older and younger workers in age-diverse coworker dyads: an actor-partner interdependence model. *Appl Psychol*. 2020;105(7):748-59.
23. Straussner SLA, Senreich E. Productive aging in the social work profession: a comparison of licensed workers 60 years and older with their younger counterparts. *Clin Soc Work J*. 2020;48(2):196-210.
24. Bartkowiak G, Krugielka A, Kostrzewa-Demczuk P, Dachowski R, Galek K. Attitudes of polish entrepreneurs towards 65+ knowledge workers in the context of their pro-social attitude and organizational citizenship behavior. *sustain*. 2020;12(13):1-24.
25. Peters P, Van der heijden BIJM, Spurk D, de vos A, Klaassen R. Please don't look at me that way. An empirical study into the effects of age-based (meta-) stereotyping on employability enhancement among older supermarket workers. *Front Psychol*. 2019;10(249):1-14.
26. Findsen B. Older workers' learning within organizations: issues and challenges. *Educ Gerontol*. 2015;41(8):582-9.
27. Amorim W, Fischer A, Fevorini FB. Workers age 50 and over in the Brazilian labor market: is there ageism? *Rege*. 2019;26(2):161-79.
28. Jonsson H, Kielhofner G, Borell L. Anticipating retirement: the formation of narratives about an occupational transition. *Am J Occup Ther*. 1997;51(1):49-56.
29. Schreurs B, Cuyper ND, Emmerik IJH, Notelaers G, Witte HD. Job demands and resources and their associations with early retirement intentions through recovery need and work enjoyment. *SA J Industr Psychol*. 2001;37(2):63-73.
30. Sundstrup E, Hansen AM, Mortensen EL, Poulsen OM, Clausen T, Rugulies R, et al. Retrospectively assessed physical work environment during working life and risk of sickness absence and labour market exit among older workers. *Occup Environ Med*. 2018;75(2):114-23.

31. Oddone MJ. Employment, the (de) chronologization of life cycle, and the career path of older workers. *Contemporanea*. 2019;9(3):803-22.
32. Talbot R, Rackliff L, Nicolle C, Maguire M, Mallaband R. Journey to work: Exploring difficulties, solutions, and the impact of aging. *Int J Sustain Transp*. 2016;10(6):541-51.
33. Nomiyama T, Omae K, Tanaka S, Miyauchi H, Koizumi A, Tsukada M, et al. A cross-sectional observation of the effects of hydrazine hydrate on workers' health. *J Occup Health Psychol*. 1998;40(3):177-85.



Competências dos médicos no atendimento a idosos em situação de violência: revisão de escopo

Doctors' competences in caring for older people in situations of violence: scope review

Cesar Augusto de Freitas e Rathke¹ 

Gabriela Maria Cavalcanti Costa² 

Rafaella Queiroga Souto³ 

Resumo

Objetivo: descrever, por meio das evidências da literatura, as competências dos médicos de serviços hospitalares diante de situações de violência contra a pessoa idosa (VCPI). **Método:** revisão de escopo com busca em bases de dados/plataformas/buscadores e literatura cinzenta abrangendo Medline; BVS; Embase; CINAHL; *Web of Science*; BDTD, *OpenGrey*, *OpenThesis*, RCAAP, Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal* (catálogos Aurora e Voilà). Os descritores e palavras-chave utilizados, combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT, foram: “Physicians”, “Médicos”, “Atitude”, “Attitude”, “Conhecimento”, “Knowledge”, “Behavior”, “Atendimento Médico”, “Cuidados Médicos”, “Medical Care”, “Serviços Hospitalares”, “Hospital Services”, “Hospital”, “Hospitalists”, “Médicos Hospitalares”, “Maus-Tratos ao Idoso”, “Elder Abuse”, “Physical Abuse”, “Elder Neglect”, “Aged Abuse”, “Elder Mistreatment”. **Resultados:** seis trabalhos foram selecionados. Evidenciou-se falta de conhecimento sobre o tema e a abordagem, e de treinamento específico. Quanto às habilidades, os achados que mais levaram os médicos a suspeitarem de abuso foram achados físicos ligados à aparência, higiene e lesões - problemas de comunicação e relacionamento foram pouco apontados. Na atitude houve pesquisa de abusos em apenas 44% das suspeitas e percentuais baixos ou nulos de denúncia de casos. Apenas um estudo explorou a atitude frente às negligências, onde 24,8% relataram aos serviços sociais e 21,3% informaram à polícia. **Conclusão:** a maioria dos casos de VCPI continua não percebida e, conseqüentemente, não reportada ou manejada. Há múltiplos problemas quanto às competências dos médicos hospitalares ao abordarem tais situações, cenário que expõe a demanda por medidas de sensibilização, capacitação e incentivo ao adequado enfrentamento da VCPI.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para Idosos. Maus-Tratos ao Idoso. Competência Clínica.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem. Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal: 28/2018. N° do processo: 424604-2018-3.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rafaella Queiroga Souto
rqs@academico.ufpb.br

Recebido: 20/02/2021

Aprovado: 25/05/2021

Abstract

Objective: describing by means of the evidence in the literature, the competences of doctors in hospital services in situations of violence against older people (VAOP). *Method:* scope review with search in databases/platforms/searchers and grey literature covering Medline; VHL; Embase; CINAHL; Web of Science; BDTD, OpenGrey, OpenThesis, RCAAP, Portal de Teses e Dissertações da CAPES, DART-Europe E-theses Portal and Theses Canada Portal (Aurora and Voilà catalogs). The descriptors and keywords used, combined with the Boolean operators OR, AND, NOT were: “Physicians”, “Doctors”, “Attitude”, “Attitude”, “Knowledge”, “Knowledge”, “Behavior”, “Medical Care”, “Medical Care”, “Medical Care”, “Hospital Services”, “Hospital Services”, “Hospital”, “Hospitalists”, “Hospital Doctors”, “Older People Abuse”, “Older People Abuse”, “Physical Abuse”, “Older People Neglect”, “Aged Abuse”, “Older People Mistreatment”. *Results:* six papers were selected. There was a lack of knowledge on the topic and the approach, and of specific training. As for skills, the findings that most led doctors to suspect abuse were physical findings linked to appearance, hygiene and injuries - communication and relationship problems were little mentioned. In the attitude, there was a research of abuse in only 44% of the suspicions and low or null percentages on case reporting. Only one study explored the attitude towards negligence, where 24.8% reported to social services and 21.3% informed the police. *Conclusion:* most cases of VAOP remain unnoticed and therefore unreported or unhandled. There are multiple problems regarding the competences of hospital doctors when dealing with such situations, a scenario that exposes the demand for measures to raise awareness, training, and encouragement to adequately deal with VAOP.

Keywords: Health Services for the Aged. Elder Abuse. Clinical Competence.

INTRODUÇÃO

O percentual de idosos na população cresce rapidamente. No Brasil, prevê-se aumento superior à média mundial: os idosos de 60 anos ou mais em 1950 correspondiam a 4,9% do total da população e atingiram 14% em 2020¹. Esse crescimento, associado às mudanças nas famílias e às transformações sociais, tem se traduzido no aumento da Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI)².

Múltiplos tipos de violência os vitimam: abusos e maus-tratos de ordem física, emocional, financeira, sexual, bem como abandono, negligência e autonegligência, em quaisquer ambientes. Tais agressões, independentemente do tipo, podem causar sofrimento psíquico intenso, aumento de adoecimentos físicos e da utilização de serviços de saúde, traumas e até levar à morte^{3,4}. A questão é, portanto, multifatorial revestida de grande complexidade e, usualmente, subnotificada⁵.

O Estatuto do Idoso tipifica a VCPI, preconiza a notificação compulsória mesmo em suspeitas e defende a punição⁶. O Ministério da Mulher, da

Família e dos Direitos Humanos (MDH), por meio do Disque 100, revela que o número de denúncias saltou de 8.224 em 2010 para 37.454 em 2018, sendo as principais: Negligência (79,54%), Abuso Financeiro e Econômico/Violência Patrimonial (41,7%) e Violência Física (26,49%)⁷.

Sendo a VCPI frequente, impactante e pouco diagnosticada, o contato do idoso com a equipe médica pode ser oportunidade única para detecção e abordagem^{8,9}. Há evidências de que idosos vítimas de violência e negligência têm menor probabilidade de receber atendimento em atenção primária à Saúde (APS) do que outros idosos. Porém, provavelmente, receberão cuidados hospitalares, geralmente emergenciais, com maior frequência⁸.

A atuação do médico transcende o diagnóstico e manejo de efeitos físicos da violência. Deve participar da organização da abordagem multiprofissional, sensibilizar os profissionais e encaminhar o tratamento das repercussões e a responsabilização dos causadores⁸. Para tal, deve ter as competências necessárias para o atendimento de VCPI.

Na Saúde as competências são consideradas como conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos para resolver os problemas de forma eficiente e eficaz. Esses três aspectos são conhecidos pelo acrônimo CHA. O conhecimento é o saber teórico, adquirido com escolaridade, experiência e facilitadores. A habilidade é o saber fazer, colocar em prática o conhecimento, e depende de treino e experiência. Atitude é querer fazer, implantar a prática, fazer acontecer. Médicos precisam desenvolver as essenciais (conhecimento, interesse e pesquisa de casos, capacidade de identificação e manejo destes), o que assegura perícia e confiança para atuar com pacientes, familiares/cuidadores, colegas e sistemas de saúde diante da VCPI¹⁰.

Na literatura há poucos estudos enfatizando o atendimento médico de VCPI, muitos focados em contextos de urgência/emergência⁸. Diante desse cenário justifica-se o presente trabalho, uma revisão de escopo cujo o objetivo é descrever, por meio das evidências da literatura, as competências dos médicos de serviços hospitalares em relação à VCPI, divididas em conhecimentos, habilidades e atitudes¹¹.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo com análise da informação sobre o atendimento médico em serviços hospitalares a idosos vítimas de violência, conforme o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Esse tipo de estudo mapeia os principais conceitos, elucida áreas de pesquisa e identifica lacunas do conhecimento¹².

Na elaboração foi seguido o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis - Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), para agregar confiabilidade à revisão pelo refinamento do

processo de análise e relato dos estudos incluídos¹³. A busca sistemática foi realizada entre agosto e outubro de 2020 nas bases/plataformas de dados Medline; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Embase; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); e *Web of Science*.

A busca de literatura cinzenta e estudos não publicados incluiu: Base Digital de Teses e Dissertações (BDTD), *OpenGrey*, *OpenThesis*, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal* (catálogos Aurora e Voilà). Adicionalmente foi utilizada a estratégia de busca *Snowballing* nas referências dos artigos selecionados para esta revisão¹⁴.

Este estudo seguiu a estratégia PCC, acrônimo para População (P), Conceito (C) e Contexto (C)¹¹; sendo P (médicos de serviços hospitalares), C (conhecimentos, atitudes e habilidades dos médicos hospitalares sobre VCPI) e C (idosos vítimas de violência atendidos em serviços hospitalares). Desta surgiu a questão norteadora: quais as competências apresentadas pelos médicos hospitalares diante de casos de VCPI?

Seguiu-se à definição dos descritores e palavras-chave constantes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), utilizados combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT: “*Physicians*”, “Médicos”, “Atitude”, “*Attitude*”, “Conhecimento”, “*Knowledge*”, “*Behavior*”, “Atendimento Médico”, “Cuidados Médicos”, “*Medical Care*”, “Serviços Hospitalares”, “*Hospital Services*”, “Hospital”, “*Hospitalists*”, “Médicos Hospitalares”, “Maus-Tratos ao Idoso”, “*Elder Abuse*”, “*Physical Abuse*”, “*Elder Neglect*”, “*Aged Abuse*”, “*Elder Mistreatment*”, aplicados nas estratégias de busca explicitadas no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/bibliotecas/buscadores e literatura cinzenta incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Bases de Dados/ Literatura Cinzenta	Estratégias de Busca
BVS (BIREME)	(tw:(maus-tratos ao idoso)) AND (tw:(médicos)) AND (tw:(hospital)) AND (tw:(conhecimentos OR atitudes OR habilidades OR conduta médica))
PubMed Central: PMC	((elder abuse[Title/Abstract] OR elder neglect[Title/Abstract] OR aged abuse[Title/Abstract]) AND (physicians[Title/Abstract] OR doctors[Title/Abstract] OR hospitalists[Title/Abstract] OR medical staff, hospital[Title/Abstract])) AND (attitude[Title/Abstract] OR knowledge[Title/Abstract] OR behavior[Title/Abstract] OR practice[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract])
Web of Science Coleção Principal	AB=(“elder abuse”) AND AB=(Knowledge OR Attitude OR Hability) AND AB=(Hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR Hospitalist) AND AB=(Physicians OR Doctors)
Scopus (Elsevier)	TITLE-ABS-KEY (("elder abuse") AND (knowledge OR attitude OR ability) AND (hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR hospitalist) AND (physicians OR doctors))
EMBASE (Elsevier)	(('elder abuse':ti,ab,kw OR 'elder neglect':ti,ab,kw OR 'aged abuse':ti,ab,kw) AND physician:ti,ab,kw AND 'medical staff':ti,ab,kw OR hospital:ti,ab,kw) AND attitude:ti,ab,kw AND (elder:ti OR older:ti OR aged:ti) AND [2004-2020]/py
CINAHL (EBSCO)	(elder abuse or elder mistreatment or elder neglect) AND (physicians or doctors or clinicians) AND hospital AND (attitudes or perceptions or behavior or knowledge)
BDTD	(Resumo Português:maus-tratos ao idoso E Resumo Português:médicos E Resumo Português:hospital)
OpenGrey	(elder abuse OR aged abuse OR elder neglect) AND (physicians OR doctors) AND hospital
OpenThesis	text((physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse"))
RCAAP	médicos AND (atitudes OR conhecimentos OR habilidades) hospital AND maus-tratos ao idoso
Portal de Teses e Dissertações da CAPES	("atendimento médico" OR "cuidados médicos" OR médicos) AND hospital AND (“maus-tratos ao idoso” OR "negligência ao idoso" OR violência contra o idoso")
DART	(physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse")
Library and Archives Canada (Theses Canada Portal)	"physicians" AND hospital AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect" OR "physical abuse")

Foram incluídos os estudos que atenderam à temática, abrangendo artigos científicos (quantitativos, qualitativos e mistos) e literatura cinzenta (dissertações e teses, guias médicos, textos de especialistas e legislação médicos ou relacionados ao tema); nos idiomas inglês, português ou espanhol; publicados de 1 de outubro de 2003 a 20 de outubro de 2020 - limite definido por ser imediatamente posterior à promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003. Foram excluídos os estudos que: não abordaram a temática estudada; revisões integrativas ou sistemáticas; não apresentaram possibilidade de

serem localizados na íntegra em meios eletrônicos ou impressos; e que não demonstraram conduta ética.

A seleção dos estudos aconteceu em duas etapas: uma triagem inicial, com a leitura do título e do resumo, e uma segunda triagem, com leitura do texto completo, selecionando os artigos de acordo com os critérios supracitados. A extração dos dados ocorreu através de instrumento desenvolvido pelo revisor, que abrangeu título, autor(es), ano de publicação/país, objetivo, método, categorias profissionais dos participantes, principais resultados referentes às

competências dos médicos hospitalares sobre VCPI. Não foram considerados para exclusão de artigos a qualidade metodológica dos mesmos e o nível de evidência científica, pois este tipo de revisão busca reunir toda a produção encontrada sobre o objeto de estudo¹².

RESULTADOS

As buscas nas bases de dados revelaram 161 artigos, sendo 36 achados na BVS, 40 na PubMed, 2 na *Web of Science*, 16 na Scopus, 60 na EMBASE e 7 na CINAHL. Na pesquisa da literatura cinzenta foram encontrados 119 trabalhos, sendo 4 na BDTD, 61

na *OpenThesis*, 6 no Portal de Teses e Dissertações da CAPES e 32 no RCAAP. Nenhum material foi obtido nas bases *DART-Europe E-theses Portal*, *OpenGrey* e *Theses Canada Portal*.

Dos 280 registros encontrados, 37 estavam duplicados e foram excluídos, restando 193 para leitura dos respectivos títulos e resumos. Esse processo levou à exclusão de 175 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão, e à pré-seleção de 18 trabalhos para leitura integral, onde dois artigos foram obtidos pela estratégia *Snowballing*. Ao final restaram 06 trabalhos que se adequarem a este estudo¹⁵⁻²⁰. O resultado do processo de busca e seleção está descrito na Figura 1.

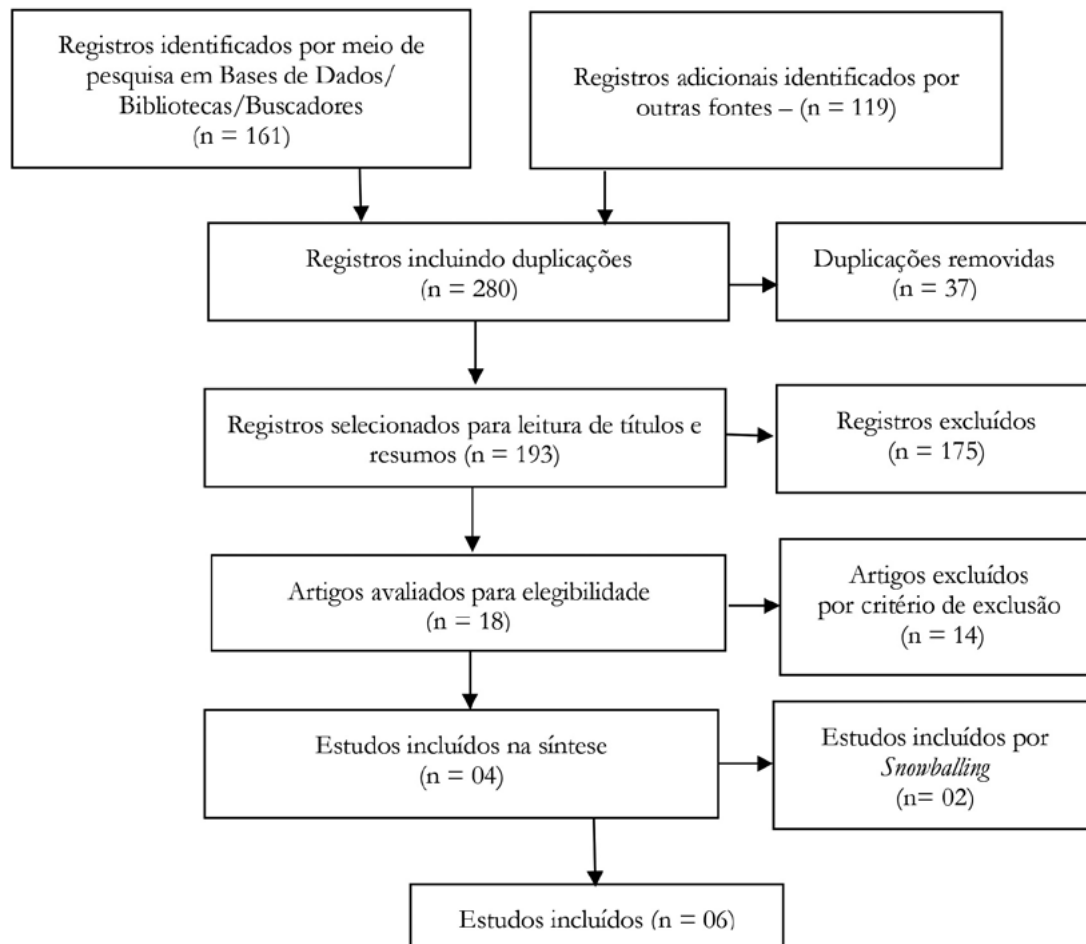


Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Fonte: adaptado do PRISMA-ScR¹²

Um estudo foi procedente da Itália, dois da Turquia, um de Israel, um do Canadá e um da Irlanda, produzidos no período de 2007 a 2018, todos publicados em revistas médicas. No que se refere às características metodológicas, os estudos selecionados nesta revisão são todos quantitativos descritivos, e utilizaram amostragem por conveniência.

Quanto às categorias profissionais abordadas, apenas em dois estudos (33%) o Médico foi o único profissional abordado, enquanto 6 estudos (50%) incluíram o Enfermeiro. Outros profissionais como o Assistente Social e o Técnico de Enfermagem foram considerados em dois estudos (33%). Esses dados e os objetivos dos estudos podem ser observados no Quadro 2.

As competências dos médicos nos estudos envolveram conhecimentos gerais sobre o tema e a abordagem, além de treinamento específico; habilidades de detecção e manejo, bem como experiência com casos; e atitudes diante de casos reais ou hipotéticos, enfatizando a realização da denúncia dos casos e barreiras identificadas.

Conhecimentos

O Quadro 3 traz a descrição da competência Conhecimentos dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

Quadro 2. Características dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Autores, ano de publicação, tipo de estudo	Formação do autor principal, país	Categoria(s) profissional(is) abordada(s)	Objetivo(s) do estudo
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , estudo comparativo descritivo	Médica, Itália	Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem	Estabelecer o nível de consciência e percepção de abuso ao idoso por trabalhadores da saúde, e entender se eles foram aptos a identificar e relatar apropriadamente o abuso, também a identificar os sinais físicos de abuso e negligência
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , estudo quantitativo descritivo	Médica, Turquia	Médicos clínicos, especialistas e residentes	Avaliar as perspectivas dos médicos sobre abuso e negligência de idosos e para entender seus conhecimentos e abordagens, para aumentar a conscientização sobre o assunto, e para identificar o abuso e oferecer possíveis soluções
Caines et al., 2017 ¹⁷ , estudo descritivo	Médico, Canadá	Médicos	Examinar a profundidade do conhecimento e a abordagem dos médicos de emergência do Canadá sobre abuso de idosos
Almoguet et al., 2010 ¹⁸ , estudo comparativo descritivo	Médica, Israel	Enfermeiros e médicos	Avaliar o nível de conhecimento e atitudes de médicos e enfermeiras quanto ao abuso de idosos em Israel, comparando médicos e enfermeiros e analisando os resultados de acordo com local de trabalho, especialização e experiência profissional e geriátrica
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , estudo comparativo descritivo	Médico, Irlanda	Médicos e assistentes sociais da Medicina	Avaliar a consciência dos profissionais de saúde acerca do abuso ao idoso
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , estudo comparativo descritivo	Médica, Turquia	Médicos, enfermeiros e outras especialidades	Avaliar a definição de abuso ao idoso, nível de conhecimento, atitudes e práticas do pessoal dos serviços médicos de emergência

Quadro 3. Conhecimento dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , Itália	Todos cientes de que muitos idosos são vítimas de abuso, e 93,8% da amostra colocou os maus-tratos ao idoso como violação de direitos humanos. Do total, 44,7% conheciam os procedimentos-padrão para denúncia e abordagem, e 40% dos médicos não acreditavam que negligência é uma forma de maus-tratos.
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , Turquia	Treinamento específico foi recebido por 14,9% dos médicos. O grupo treinado denunciou mais do que o não treinado ($p<0,001$) e revelou maior taxa de constatação de casos de abuso ($p=0,04$), mais frequentemente se sentiam aptos sobre o tema ($p<0,001$) e definiam idosos como maiores de 65 anos ($p=0,02$). Também definiram a velhice como um período de dependência/necessidade com menor frequência do que o grupo não treinado ($p=0,02$). Os médicos das instituições públicas tinham maior formação sobre o assunto ($p=0,004$) e maiores taxas de comunicação de casos ($p=0,005$) do que os do setor privado.
Caines et al., 2017 ¹⁷ , Canadá	Sessenta e oito por cento dos médicos se sentiam aptos a denunciar casos suspeitos de abuso domésticos, e 63% nos institucionais. Quanto ao treinamento específico, 35% não o completaram, e 83% sentiam que o treinamento foi insuficiente, além de 77% não estarem cientes de todos os serviços comunitários disponíveis para as vítimas de abuso e suas famílias. Metade relatou que os seus serviços não dispunham de protocolo escrito para abordar casos de abuso, e 39% estavam incertos se havia protocolo em seus serviços.
Almogue et al., 2010 ¹⁸ , Israel	Os médicos não tiveram diferenças por tipo de serviço (hospital geral ou geriátrico). Um total de 43% dos profissionais sabia que os idosos poderiam receber assistência estatal se necessário, e 14% sabiam que não havia penalidade possível se o caso não fosse denunciado. Houve correlação entre o conhecimento sobre o assunto e o relativo às leis e protocolos importantes ($p=0,006$).
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , Irlanda	Um total de 45% dos médicos nunca ouviu o termo maus-tratos ao idoso (elder abuse), e 30% leram algum material técnico a respeito, enquanto 85% sentiam que o abuso era comum e subnotificado. Nenhum médico recebeu treinamento formal, e apenas um conhecia <i>guidelines</i> para esse manejo.
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , Turquia	Dos médicos, 75% acreditavam que o abuso ao idoso não era comum na Turquia. Os escores obtidos foram elevados em entendimento de fatores de risco, intermediários em conhecimento e atitude diante dos casos e em diagnóstico, e baixos em saber suas obrigações legais frente aos casos. Vinte e quatro por cento nunca receberam treinamento.

Quanto ao saber teórico geral sobre VCPI, três¹⁸⁻²⁰ trabalhos constaram baixos níveis de conhecimento. Kennelly et al. evidenciaram que 45% relataram nunca ter ouvido o termo maus-tratos ao idoso, e apenas 30% leram material técnico²⁰. Em outro estudo, obtiveram escores apenas intermediários em conhecimento¹⁹. Somente 43% sabiam que a vítima poderia receber ajuda estatal, e apenas 14% sabiam que, sem denúncia, não haveria penalidade para os agressores¹⁸.

Dois estudos avaliaram o saber sobre procedimentos para reportar casos. Corbi et al. constataram que apenas 44,7% dos médicos estavam cientes dos procedimentos. Noutro estudo, a maioria dos médicos se sentia apta a denunciar casos domésticos (68%) e institucionais (63%)¹⁷.

Aspecto considerado central na aquisição de conhecimento para enfrentar o problema, ter recebido treinamento específico para manejar casos foi medido por quatro estudos. Em um, apenas 14,9%

receberam treinamento específico¹⁶, enquanto outro apontou um percentual de 24%¹⁹. O estudo irlandês apontou ausência de treinamento formal¹⁹. Caines et al. evidenciaram que 35% não completaram treinamento sobre abuso ao idoso, 83% sentiam que o treinamento foi insuficiente, 50% relataram que os seus serviços não dispunham de protocolo escrito para abordar casos de abuso, e 39% estavam incertos se havia protocolo em seus serviços¹⁷.

Comparando os médicos treinados com aqueles que não o foram, um estudo destacou que os primeiros denunciaram mais do que os demais ($p<0,001$), com maior taxa de constatação de casos ($p=0,04$) e, mais frequentemente, sentiam-se aptos a abordar o tema ($p<0,001$)¹⁶.

Comparando médicos de instituições públicas e privadas, um estudo revelou que os primeiros tinham maior formação sobre o assunto ($p=0,004$), com maiores taxas de comunicação de casos ($p=0,005$)¹⁸.

Outro estudo demonstrou que os de hospitais universitários tiveram desempenho superior aos dos particulares²⁰. O estudo de Almogue et al., todavia, não encontrou essa diferença¹⁸.

Quanto à experiência com casos, em dois estudos os médicos nunca atenderam um caso de abuso ou negligência^{15,16}. Já no estudo irlandês¹⁹, 65% disseram ter tratado pelo menos um caso suspeito de abuso no último ano. No estudo de Caines et al., 78% suspeitaram de casos em suas carreiras¹⁷.

Habilidades

O Quadro 4 traz a descrição da competência Habilidades dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

As situações que mais levaram os médicos a suspeitarem de abuso foram levantadas em dois estudos. Um revelou que achados físicos ligados à aparência e à higiene do idoso foram os principais indícios para 91,4%. A comunicação problemática entre idoso e familiares/cuidadores foi a menos apontada, com 56,8%¹⁷. O outro estudo também destacou achados físicos, enfatizando queimaduras, contusões, abrasões e estágios variados de cura de machucados e fraturas¹⁵.

Atitudes

O Quadro 5 traz a descrição da competência Atitudes dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

Quadro 4. Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , Itália	Como potenciais sinais de abuso, os médicos indicaram com maior frequência achados físicos como queimaduras, contusões, abrasões e estágios variados de cura de machucados e fraturas. Toda negligência pessoal era uma forma de abuso para 60 % dos médicos, e 48,7% suspeitaram de abuso menos de 3 vezes na carreira.
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , Turquia	Testemunharam casos em suas práticas 45% dos médicos. Foram capazes de suspeitar de maus-tratos mais frequentemente diante de achados físicos ligados à aparência do idoso (91,4%), como cuidados inadequados em cabelos, unhas, boca e higiene corporal; comunicação entre idoso e familiares/cuidadores problemática foi a menos apontada, com apenas 56,8%. Os tipos de abuso mais frequentemente encontrados foram negligência (37,4%), emocional (25,1%), financeiro (22,2%), físico (15,7%) e sexual (1,1%).
Caines et al., 2017 ¹⁷ , Canadá	Quanto à percepção de casos, 85% consideraram que o abuso ocorria às vezes, e 78% suspeitaram de casos em suas carreiras (73% nos últimos 5 anos, e 45% nos últimos 12 meses). O tipo de abuso considerado mais comum foi negligência, seguido pelo financeiro.
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , Irlanda	Quanto à experiência, 65% haviam deparado com pelo menos um caso suspeito no último ano.
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , Turquia	Metade da amostra não saberia o que fazer diante de um caso. Os médicos tiveram escores baixos em realizar anamnese e exame físico focados no diagnóstico de abuso, e em saber suas obrigações legais frente aos casos. Os fatores de risco menos identificados estavam ligados aos abusos sexual e financeiro.

Quadro 5. Atitudes dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , Itália	Tanto em casos suspeitos quanto em testemunhados, os médicos nem reportaram às autoridades, nem avisaram às agências de proteção - 22,4% dos médicos testemunharam abusos 1-3 vezes durante a carreira, mas nunca relataram às autoridades, apesar de 88,2% considerarem um dever denunciar abusos.
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , Turquia	90,6% dos médicos afirmaram que tinha obrigação de notificar as autoridades. 24,3% dos médicos que encontraram abuso e negligência denunciaram às autoridades. O principal motivo para não denunciar (62,3%) foi a preocupação que o idoso poderia sofrer ainda mais danos após a denúncia, enquanto 49% consideraram insuficientes os recursos oferecidos pelo governo para abordar a questão, e 35,2% pensaram que iam se desgastar com o processo legal. Diante de casos confirmados, 55,1% afirmaram ter relatado casos à polícia sem informar à família, 23,1% atenderam ao desejo do idoso, e 17,5% falaram à família advertindo acerca da denúncia posterior à polícia em reincidência. Quando a mesma pergunta foi repetida para negligência em idosos, 24,8% afirmaram que relataram aos serviços sociais, 21,3% informaram as agências policiais e 19,5% consultaram a equipe multiprofissional.
Caines et al., 2017 ¹⁷ , Canadá	Quanto à realização de pesquisa de VCPI, os médicos “sempre” ou “frequentemente” perguntaram diretamente sobre abuso em 44% das suspeitas, e 64% não reportaram casos suspeitos, mas 83% consideraram responsabilidade médica denunciar.
Almogue et al., 2010 ¹⁸ , Israel	Do total, 79% apontaram que era sua responsabilidade reportar casos de abuso; e 88,5% concordaram que todos os profissionais de saúde têm uma responsabilidade legal de denunciar. Houve tendência geral de neutralidade em relação ao abuso de idosos: diante da alegação de que apenas as intervenções da autoridade legal impediriam o abuso de idosos, as opiniões foram neutras. Houve discordância quanto à afirmação de que colocar a vítima de abuso em um lar de idosos contra sua vontade é uma intervenção efetiva. Quarenta e um por cento 41% consideraram que denunciar abuso tornaria o agressor mais irritado. Vinte e oito por cento concordaram que os familiares assumiriam que foi um membro da equipe o denunciante e 59% dos respondentes tinham certeza de que, se, denunciasses, sua relação com o paciente não seria prejudicada. Já 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso. As principais razões apontadas para não reportar os casos foram o desejo de não se envolver legalmente, a negação do abuso pela vítima, o não reconhecimento do abuso na consulta, falta de clareza na definição de caso de abuso ou negligência e incerteza sobre como proceder à denúncia.
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , Irlanda	A conduta usual apontada foi procurar o conselho de colegas seniores ao gerenciar casos suspeitos de abuso, e 46% se sentiriam desconfortáveis usando o rótulo de “abuso de idosos”.
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , Turquia	Tiveram escores baixos em disposição para reportar. A maioria considerava uma inaceitável invasão perguntar sobre abuso e que isso afetaria a relação profissional-paciente.

No que tange às atitudes, todos os estudos relataram considerações dos médicos sobre diversos aspectos da VCPI. As opiniões sobre determinadas condutas no manejo apareceram em um estudo que englobou médicos e enfermeiros. Foram neutros diante da alegação de que apenas as intervenções da autoridade legal impediriam a VCPI. Colocar vítimas em lares para idosos foi visto como benéfico desde que voluntário - houve opiniões conflitantes quanto à institucionalização compulsória. A maioria achou útil obter ordem de restrição contra um agressor¹⁸.

Neste estudo, 41% consideraram que denunciar abuso tornaria o agressor mais irritado, e 28%

concordaram que as famílias considerariam que foi um membro da equipe quem denunciou o abuso. Cerca de 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso¹⁸.

Não houve unanimidade quanto a considerar responsabilidade do médico denunciar casos de VCPI nos quatro estudos que avaliaram esse aspecto¹⁵⁻¹⁸. Os percentuais variaram de 79%¹⁵ a 90%¹⁶. O efeito da denúncia na relação médico-paciente com a vítima foi considerado negativo em um estudo²⁰, com médicos considerando invasivo perguntar sobre abuso. Já no estudo israelense, 59% avaliaram que o vínculo não seria prejudicado¹⁸.

Ao contrário do encontrado nos demais estudos, 75% dos médicos do estudo de Mandiracioglu et al. acreditavam que o abuso ao idoso era raro na Turquia²⁰. No estudo irlandês, embora 85% dos médicos considerassem o abuso comum e subnotificado, 46% se sentiam desconfortáveis ao definir casos como sendo de maus-tratos ao idoso¹⁹.

A pesquisa de VCPI quando havia suspeita foi abordada por apenas um estudo, onde os médicos “sempre” ou “frequentemente” perguntaram diretamente sobre abuso em 44% das suspeitas¹⁷.

No que se refere à comunicação dos casos, médicos não denunciaram em 75% dos estudos. Um estudo mostrou que não reportaram casos suspeitos ou testemunhados nem às autoridades, nem às agências regulatórias¹⁵. Em outro, 24,3% denunciaram casos de VCPI às autoridades, apesar de 45% terem testemunhado¹⁶, achado semelhante ao de Caines et al¹⁷. Noutro, houve tendência geral de neutralidade¹⁸. Outro estudo revelou escores baixos em disposição para reportar e para saber suas obrigações diante dos casos²⁰.

Na investigação das razões para os médicos não comunicarem os casos, um estudo detalhou os motivos. Destacaram-se preocupação com a possibilidade do idoso sofrer mais danos, recursos insuficientes para gerenciar a questão, e o provável desgaste com o processo da denúncia¹⁶. Outro estudo apontou desejo de não se envolver legalmente, negação do abuso pela vítima, não reconhecimento do abuso na consulta, falta de clareza na definição de caso de VCPI e incerteza sobre como proceder à denúncia¹⁵.

As ações específicas diante de casos VCPI foram elencadas por estudo onde 55,1% afirmaram ter relatado casos à polícia sem informar a família, enquanto 23,1% atenderam ao desejo do idoso, e 17,5% falaram à família advertindo acerca da denúncia posterior à polícia em reincidência¹⁶. Noutro estudo, relataram procurar costumeiramente o aconselhamento de colegas mais experientes para gerenciar os casos¹⁹.

Em termos de abordagem nos casos de negligência, um estudo apontou que, em 24,8% das respostas, os médicos relataram aos serviços sociais, 21,3% informaram as agências policiais e 19,5%

consultaram equipe multiprofissional¹⁶. Nenhum outro estudo explorou especificamente as atitudes frente a casos de negligência.

DISCUSSÃO

Os resultados tornaram evidentes as deficiências nas competências necessárias aos médicos hospitalares para o devido enfrentamento da VCPI. Falta de conhecimento sobre o assunto e sua abordagem, treinamento específico ausente ou insuficiente, pouca valorização de problemas de comunicação e relacionamento entre o idoso e seus responsáveis, pesquisa de casos na minoria das situações suspeitas e denúncias poucas ou nulas sobressaíram dentre os problemas constatados.

A VCPI é questão importante de saúde pública^{15,17} e, diante desse cenário, é esperado número cada vez maior de vulneráveis. Yon et al. estimaram a prevalência global de VCPI em 15,7%, um em cada 6 adultos acima de 65 anos²¹. Entretanto, estudo realizado pela universidade Cornell e pelo *New York City Department of Aging* revelou que apenas um em cada 24 casos é reportado²².

Serviços médicos hospitalares desempenham papel crucial para detecção e manejo desses casos, pois costumam ser o primeiro serviço com retaguarda médica acessado por essa população^{9,15,23}, e podem proporcionar condições necessárias para a avaliação do caso, como sigilo, privacidade e abordagem multidisciplinar. Logo, é fundamental a abordagem rotineira e abrangente da VCPI nesses serviços, com pesquisa de evidências da ocorrência, medidas iniciais, acompanhamento, encaminhamentos para proteção e cuidados de longo prazo e prevenção de reincidência².

Casos de VCPI são subnotificados e mal documentados em decorrência da falta de conhecimento e de consciência sobre o tema²⁴. A falta de conhecimento exposta pelos estudos abrange conhecimentos gerais¹⁸⁻²⁰ e procedimentos necessários à abordagem dos casos^{15,17}. Provavelmente é uma das principais razões para o baixo número de diagnósticos e notificações de casos, e para a atitude frequentemente neutra sobre essa questão¹⁸. Avaliações realizadas com médicos da APS endossam essa constatação^{25,26}.

Esse cenário de falta de conhecimento é reforçado pelos baixos percentuais de médicos que receberam treinamento específico^{16,19,20}, da percepção que esse havia sido insuficiente¹⁷ e da ideia que negligência não significa maus-tratos para 40%¹⁵. Ao comparar médicos treinados sobre VCPI com não treinados, um estudo destacou que os primeiros detectaram e denunciaram mais, além de se sentirem mais aptos a abordar a questão¹⁶. Da mesma forma, revelaram-se percepções e opiniões conflitantes acerca do tema, da legislação pertinente e de condutas¹⁸.

A falta de treinamento também apareceu nos estudos com médicos de família e foi determinante para a insegurança dos médicos em detectar e notificar casos²⁵⁻²⁸. Na revisão realizada por Cooper et al. a maioria dos profissionais desconhecia que muitos casos não se apresentam com danos graves²⁹. O nível de consciência e percepção dos médicos ainda é baixo, principalmente sobre como reportar¹⁵. Tais fatos reiteram a importância de protocolos de abordagem e de equipes multidisciplinares para garantir cuidado, assistência e suporte legal adequados, abrangentes e oportunos¹⁷.

Atividades educacionais envolvendo ensino prático em grupo podem aumentar o conhecimento dos médicos³⁰. A capacitação amplia o entendimento do tema, com maior sensibilidade em relação a ele¹⁷. Faltam estudos para avaliar o quanto detecção e manejo poderiam melhorar, mas há achados associando treinamentos de reforço e maiores taxas de denúncia, ainda que sem comprovação de que ocorreram mais diagnósticos de abuso^{29,30}.

Convém salientar que treinar profissionais para identificar sinais de maus-tratos é mais complexo do que ensinar procedimentos burocráticos de denúncia e encaminhamento²⁹, e esses processos precisam avançar juntos. Mais oportunidades de educação médica continuada são essenciais ao avanço na abordagem da VCPI. No entanto, costuma haver falta de recursos para abordar esse problema adequadamente¹⁷.

Quanto à experiência com casos, os percentuais baixos e variáveis de médicos que atenderam ou suspeitaram de VCPI traz suspeição da associação com a falta de conhecimento supracitada e com barreiras ao enfrentamento da VCPI. Tal possibilidade encontra eco na baixa notificação de casos suspeitos

demonstrada em dois estudos^{16,17} e na ausência de notificações, apesar da suspeição, em outro¹⁵, a despeito da obrigação ética e legal de fazê-lo.

Diante da elevada frequência de casos, principalmente em indivíduos doentes física e mentalmente²⁹, e pelos estudos terem avaliado profissionais de serviços de referência em nível hospitalar, esperava-se que estes tivessem encontrado diversos casos ao longo da carreira. Isso se repete na APS, onde a oferta de serviços que são portas de entrada acessíveis e bastante utilizadas não resulta em detecção na mesma proporção^{25,28,31}.

Abordando fatores que geraram suspeita de abuso, achados físicos de aparência, higiene e lesões foram destaque, em detrimento de problemas claros na comunicação entre o idoso e familiares/cuidadores¹⁶. Muitas demandas sociais e emocionais são negligenciadas pelo uso racional do tempo, fato acentuado pela formação e que acaba limitando a comunicação entre o médico e demais entes²³, barreira importante à abordagem de VCPI como rotina^{9,28}. Esse direcionamento da prática sem priorizar a pesquisa de VCPI é mais natural e fácil do que lidar com questões legais e sociais²⁸.

Todos os estudos avaliaram a atitude dos médicos sobre diferentes aspectos do tema. Opiniões conflitantes e tendência à neutralidade predominaram, sem pesquisa das razões. Estudos em APS tiveram resultados semelhantes, atribuídos a influências de valores pessoais ou profissionais^{25,28}. Médicos de família tenderam a acreditar que profissionais do serviço social teriam mais chance de detectar casos e seriam os peritos no assunto²⁵.

Dadas a formação técnica, a experiência clínica e a posição privilegiada dos médicos hospitalares para encontrar maus-tratos a idosos, chama a atenção que, embora haja reconhecimento da responsabilidade do médico em denunciar casos, não houve unanimidade nos quatro estudos que avaliaram esse aspecto¹⁵⁻¹⁹, o que corrobora as deficiências de formação e a prática voltada às questões clínicas.

As atitudes dos médicos revelaram as barreiras à notificação dos casos face à obrigatoriedade de reportar, gerando obstáculos à abordagem em si, impedindo tanto o manejo global necessário quanto a

busca da cessação da violência^{25,26,28,32}. Nesse ínterim, os profissionais precisam estar totalmente seguros antes de delatar um caso, cenário onde a insegurança decorrente da falta de conhecimento reduz ainda mais a proporção de casos denunciados^{18,29}. Em sintonia com essa realidade, a baixa notificação foi a tônica em todos os estudos, inclusive com amostra onde nenhum caso foi reportado, sob forma nenhuma¹⁵.

A obrigatoriedade de informar às autoridades competentes os casos de abuso está prevista no Estatuto do Idoso⁶, o qual também determina que a não comunicação pelo profissional de saúde assistente é infração administrativa passível de multa. Os trabalhadores da saúde devem considerar as denúncias legais uma exceção à confidencialidade, cuja importância vem da necessidade de investigar crimes, identificar responsáveis e manter a saúde das vítimas, sem manter quaisquer informações confidenciais¹⁶. Os médicos hospitalares, mesmo majoritariamente conscientes da responsabilidade de denunciar VCPI, ainda que não totalmente cientes de que é uma questão social¹⁵.

Os resultados também apontaram que poucos perguntam sobre abuso, constatação semelhante à de estudos realizados na APS^{25,26}. Médicos de família também enfatizaram que, sem poder provar que a suspeita procedia, não reportavam os casos^{25,26}. Conforme revelou revisão sistemática, os médicos norte-americanos que questionavam sobre VCPI eram mais propensos a detectar e reportar, corroborando as evidências de que o questionamento de idosos e cuidadores a respeito ser, provavelmente, a estratégia isolada mais efetiva para detecção²⁹. No entanto, fica claro mais uma vez que os médicos não estão familiarizados com identificação, manejo, protocolos, legislação e encaminhamento¹⁶.

Valores pessoais aparecem como barreiras à abordagem, como temores de que a denúncia acentuaria a VCPI ou afetaria o vínculo com a família ou o idoso, e deste negar o fato^{15,19}. O temor de se envolver legalmente também foi destacado¹⁷, assim como a ideia do questionamento ser invasivo²⁰. Tais percepções também são explicitadas em outros níveis de atenção, com similares dificuldades e temores, e impedem os médicos de definir como situações de VCPI sinais de abuso ou negligência^{26,28}.

Apenas um estudo¹⁶ abordou atitudes e barreiras diante de casos de negligência. A subestimação desta pode decorrer do senso comum de que a percepção de maus-tratos ao idoso é algo incerto, baseado em sinais físicos¹⁵. Achados do exame físico podem servir como sinais de alerta para o médico atentar à possibilidade, mas não devem ser considerados diagnósticos sem informações circunstanciais que corroboram o fato² e onde, com frequência, constata-se negligência.

Ficaram claras lacunas importantes de conhecimento, percepções equivocadas e falta de tradução do conhecimento em melhores atitudes e habilidades, bem como de melhores atitudes e habilidades após treinamento. As barreiras permeiam os três aspectos da competência e se inter-relacionam, apontando necessidades de educação médica qualificada e continuada. Muitos serviços não dispõem sequer de protocolos para VCPI¹⁷.

Além disso, os resultados mostraram que, quando houve suspeita, raramente houve ação. As campanhas de conscientização, tão em voga na mídia e no meio acadêmico e preconizadas pelo Ministério da Saúde, devem atingir também os médicos, incentivando-os ao constante aprimoramento na abordagem.

Apesar das contribuições descritas, o presente estudo apresenta limitações relacionadas ao viés de seleção, pelas restrições de inclusão de artigos apenas nas línguas: inglês, português e espanhol; textos disponíveis na íntegra; e com limitação temporal. Foi considerado um ponto positivo o fato de ter sido incluída a literatura cinzenta.

As condutas práticas dos médicos diante dos casos de abuso, com o exercício de um papel de articulador do cuidado, o devido manejo das repercussões da VCPI e a colaboração para a responsabilização dos causadores não foram abordadas pelos estudos. Além disso, as amostras pequenas, com baixas taxas de resposta e questionários por vezes pouco abrangentes diante da complexidade do tema comprometem a acurácia dos achados dos estudos selecionados em retratar fielmente a realidade. Tais fatos, associados ao pequeno número de artigos encontrado e à inexistência de trabalhos nacionais com essa temática, constituem limitações deste à

extrapolação dos resultados para nossa realidade, sem deixar de elucidar fatos de extrema relevância a esse enfrentamento.

Fica nítida a necessidade de mais estudos para elucidar tais aspectos e viabilizar o estabelecimento de estratégias baseadas em evidência para capacitação profissional ampla e o desenvolvimento ou refinamento de instrumentos de abordagem e avaliação de casos, bem como de sua incorporação à prática clínica.

CONCLUSÃO

Este estudo obteve achados preocupantes acerca das competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. Como são intimamente inter-relacionadas, as deficiências identificadas em uma esfera afetam as demais. Destarte, há perda substancial da capacidade de identificar e abordar adequadamente a VCPI.

Os baixos níveis de conhecimento ficaram claramente evidentes, o que impactou diretamente nas habilidades. As características da formação e da prática médicas voltadas a doenças clínicas e ao uso racional do tempo, sem treinamento específico, bem como serviços despreparados, muito sem protocolos de atuação, resultam em falta de preparo, confiança e atitude pró-ativa dos médicos que atendem essa população numerosa e vulnerável.

O resultado é o triste cenário onde persiste a pouca pesquisa de abusos diante de suspeitas e de denúncias de VCPI, reforçando as diversas barreiras à abordagem ao invés de mitigá-las. Há, portanto, muito trabalho a ser feito em educação médica e em estudos avaliando diferentes formas de treinamento e estímulo e o impacto prático dessas medidas nas competências médicas, buscando formar profissionais aptos a garantir cuidado e proteção a essa população vulnerável.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS







1. United Nations Organization, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [acesso em 10 abr. 2020]. Disponível em <https://population.un.org/wpp/>.
2. Mallet SM, Côrtes MCJW, Giacomini KC, Gontijo ED. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26(Supl 8):408-3.
3. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;56(S2):194-205.
4. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos; 2014 [acesso em 10 abr. 2020]. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/sdh/noticias/2014/junho/ManualdeEnfrentamentoViolenciacontraaPessoaIdosa.pdf/view>.
5. Alves CS, Serrão C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. *PAJAR*. 2018;6(2):58-71.
6. Brasil. Lei no 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 3 out. 2003.
7. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço Disque 100 Pessoa Idosa 2011-2018. 2019 [acesso em 15 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>.
8. Dong XQ. Elder abuse: systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(6):1214-38.
9. Rosen T, Stern ME, Mulcare MR, Elman A, McCarthy TJ, LoFaso VM, et al. Emergency department provider perspectives on elder abuse and development of a novel ED-based multidisciplinary intervention team. *Emerg Med J*. 2018;35(10):600-7.
10. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):47-53.

11. Madruga R. Um novo significado de competência. *Rev Melhor*. 2019;1-3. Disponível em <https://www.revistamelhor.com.br/um-novo-significado-de-competencia/>.
12. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Parker D. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, Editors. *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2020 [acesso em 10 set. 2020]. Chapter 11. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
14. Greenhalgh T, Peacock R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ*. 2005;331(5):1064-65.
15. Corbi G, Grattagliano I, Sabbà C, Fiore G, Spina S, Ferrara N, et al. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. *Intern Emerg Med*. 2019;14(4):549-55.
16. Eraslan BS, Çaki İE, Karadayı B, Özasan A. A study on physicians' perspectives on elder abuse and neglect. *Turk J Geriatr*. 2018;21(2):157-65.
17. Caines J, Ward MJ. Identifying Elder Abuse in the Emergency Department: Results from a Structured Physician Survey in Canada. *J Fam Med Community Health*. 2017;4(8):1134-41.
18. Almogue A, Weiss A, Marcus EL, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(1):86-91.
19. Kennelly S, Sweeney N, O'Neill D. Elder abuse: knowledge, skills, and attitudes of healthcare workers. *Ir Med J*. 2007;100(1):1-9.
20. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43(2):267-76.
21. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019;29(1):58-67.
22. Berman J, Lachs MS. Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study: self-reported prevalence and documented case surveys. Final Report. New York: Sem Publicador; 2011.
23. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(3):435-51.
24. Touza Garma C. Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: an exploratory systematic review. *Psychosoc Interv*. 2017;26:73-91.
25. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl*. 2012;24(1):17-36.
26. O'Brien JG, Riain AN, Collins C, Long V, O'Neill D. Elder Abuse and Neglect: A Survey of Irish General Practitioners. *J Elder Abuse Negl*. 2014;26(3):291-9.
27. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: The experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*. 2005;37(7):481-5.
28. Mohd Mydin FH, Yuen CW, Othman S. Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and Barriers Faced by Primary Care Physicians in Malaysia. *J Interpers Violence*. 2017;35(23-24):6041-66.
29. Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, Detection and Reporting of Abuse by Health and Social Care Professionals: a Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(10):826-38.
30. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453-60.
31. Platts-Mills TF, Barrio K, Isenberg EE, Glickman LT. Emergency physician identification of a cluster of elder abuse in nursing home residents. *Ann Emerg Med*. 2014;64(1):99-100.
32. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*. 2006;4(5):403-9.



Mediação de conflito: soluções propostas em atendimento a casos de violência contra a pessoa idosa

Conflict mediation: proposed solutions to deal with cases of violence against older people

Neuza Moreira de Matos¹ 
Mariana Campos Braz² 
Emanuelle de Oliveira Albernaz³ 
Barbara Barbosa de Sousa⁴ 
Hudson Azevedo Pinheiro⁵ 
Débora Thaís Timóteo Ferreira⁶ 

Resumo

Objetivo: Descrever os motivos da violência contra pessoas idosas e as soluções propostas na mediação de conflito em um ambulatório especializado em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil, entre os anos de 2008 a 2018. **Método:** Estudo retrospectivo, documental, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido através da análise de informações obtidas em livros-ata da unidade, com registro de reuniões de mediação de conflito de casos de violência contra a pessoa idosa. A coleta abrangeu os motivos de violência contra a pessoa idosa e as soluções propostas na mediação de conflitos. **Resultado:** Foram analisados 111 casos. Os principais motivos da violência foram: sobrecarga do cuidador principal (77,4%); filhos acharem que os pais idosos eram capazes de se cuidarem sozinhos (27%); ressentimento dos filhos para com o idoso (24,3%); e desconhecimento da doença do idoso (14,4%). As principais soluções propostas foram: acompanhamento regular com médico (82,8%), assistente social e/ou psicólogo (58,5%); comprometimento de todos os filhos com a divisão dos cuidados e despesas dos pais idosos (52,2%); introdução da pessoa idosa em atividades sociais da comunidade (27%); e contratação de um cuidador formal (24,3%). **Conclusão:** A sobrecarga do cuidador foi o principal motivo de conflito encontrado e as propostas apontadas se relacionavam a maior necessidade de cuidados em saúde com a pessoa idosa e seu cuidador, acerca disto, percebeu-se a importância da disponibilidade de uma equipe multidisciplinar frente as

Palavras-chave: Maus tratos ao idoso. Violência. Negociação. Cuidadores.

- 1 Policlínica de Taguatinga, departamento de Geriatria e Gerontologia. Secretaria de Saúde (SES – DF). Brasília, DF, Brasil.
- 2 Hospital de Base, Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal (IGESDF), departamento de Unidade de Internação. Brasília, DF, Brasil.
- 3 Serviço Social do Comércio (SESC), departamento de Educação em saúde. Brasília, DF, Brasil.
- 4 Universidade Católica de Brasília (UCB), departamento de Enfermagem. Brasília, DF, Brasil.
- 5 Policlínica de Taguatinga, departamento de Geriatria e Gerontologia. Secretaria de Saúde (SES – DF). Brasília, DF, Brasil.
- 6 Policlínica de Taguatinga, departamento de Geriatria e Gerontologia. Secretaria de Saúde (SES – DF). Brasília, DF, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Neuza Moreira de Matos
dudineuza@gmail.com

Recebido: 30/03/2020
Aprovado: 08/06/2021

situações de violência. A mediação de conflito permitiu o estabelecimento de estratégias reais e direcionadas para alcance de resultados frente aos casos de violência.

Abstract

Objective: To describe the reasons for violence against older people and the solutions proposed for conflict mediation in an outpatient clinic specialized in geriatrics and gerontology in the Federal District, Brazil, between 2008 and 2018. *Method:* A retrospective, documentary, descriptive study with a quantitative approach developed with the analysis of information obtained in the unit's minutes books via the records of conflict mediation meetings in cases of violence against older people. The collection covered the reasons for violence against older people and the solutions proposed for conflict mediation. *Result:* We analyzed 111 cases. The main reasons for the violence were main caregiver burden (77.4%), children thinking that their older parents were able to take care of themselves (27%), resentment of children towards their older parents (24.3%), and being unaware of the older person's disease (14.4%). The main solutions proposed were regular follow-up with a doctor (82.8%), social worker and/or psychologist (58.5%), the commitment of all children in sharing care and expenses of their older parents (52.2%), introducing the older person to social activities in the community (27%), and hiring a formal caregiver (24.3%). *Conclusion:* The caregiver burden was the main cause for conflict found, and the proposals identified were related to the greater need for health care for the older person and their caregiver. In this regard, the importance of a multidisciplinary team available in situations of violence was perceived. Conflict mediation made it possible to establish real and targeted strategies to achieve results in cases of violence.

Keywords: Elder Abuse. Violence. Negotiating. Caregivers.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população traz consigo desafios para a saúde pública, na qual novas demandas e necessidades específicas desse grupo populacional estão a cada dia mais presentes nos serviços de saúde¹. Envelhecer envolve perda gradativa da funcionalidade, podendo ocorrer declínio cognitivo, maior dependência global e, frequentemente, presença de doenças crônicas. Além de todas essas características comuns, esse grupo etário está vulnerável, ainda, ao fenômeno da violência².

A violência contra a pessoa idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³ 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 provoque danos e/ou aflição à vítima, pode ser classificada como: agressão física, psicológica, sexual, financeira, negligência e abandono⁴.

No Brasil, 28% dos lares possuem pelo menos um idoso, e os principais agressores são os filhos e os cônjuges^{5,6}. A estrutura da família contemporânea, na qual há a inserção da mulher no mercado de trabalho, menor número de filhos e maior número de divórcios contribuem para a marginalização do idoso e ocorrência de violência^{2,5}, em contrapartida, a família representa a principal rede de apoio da pessoa idosa, sendo uma instituição concreta de referência, conforme a legislação brasileira⁷.

Face ao exposto, a complexidade do fenômeno da violência tem requisitado avanços frente modelos de assistência em saúde estereotipados, fragmentados e pouco eficazes. Verifica-se a necessidade de abordagens em equipe, com disposição intersetorial e articulada, que permita a detecção e notificação da violência, além do devido acolhimento e atendimento interdisciplinar, com vistas a interromper ou minimizar situações conflituosas^{8,9}.

A mediação de conflitos é uma técnica não jurídica, eficaz e ainda incipiente no Brasil. Realiza-se

a partir de reuniões com participação de familiares e demais pessoas envolvidas no cuidado da pessoa idosa, podendo ser conduzidas por profissionais da saúde de diversas áreas, se houver capacitação para tal. A abordagem possui a finalidade de identificar os papéis de cada indivíduo na rede de apoio do idoso, traçar as dificuldades apontadas pelos participantes e articular compromissos de cuidado^{6,10}.

O método de mediação baseia-se na identificação das motivações que ocasionaram a violência para, a partir do diálogo e mútua cooperação entre as partes, traçar possíveis meios de resolutividade do conflito, a fim de não apenas extinguir situações violentas cometidas contra a pessoa idosa, mas prevenir novos agravos, minimizar os riscos e pactuar acordos de forma positiva^{6,7,10}.

A análise dos dados obtidos por meio da mediação de conflitos oferece direcionamento para novos estudos e aplicabilidade na prática assistencial em saúde. Observa-se, ainda, que são incipientes as produções científicas acerca da mediação de conflitos e seus resultados. Desta forma, este estudo teve como objetivo descrever os motivos da violência contra a pessoa idosa, assim como as soluções propostas nas reuniões de mediação de conflitos entre os anos de 2008 a 2018, em um ambulatório especializado em geriatria e gerontologia do Distrito Federal (DF), Brasil.

MÉTODO

Estudo retrospectivo, documental-descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de informações colhidas de livros-ata, no qual estão contidos relatórios referentes a reuniões de mediação de conflitos de casos de violência contra pessoas idosas. Os atendimentos ocorreram entre os anos de 2008 e 2018 em um ambulatório especializado em saúde geriátrica e gerontológica no Distrito Federal (DF), Brasil. Esse ambulatório disponibiliza de uma equipe interdisciplinar especializada em atendimento à pessoa idosa, sendo o único de assistência ambulatorial integrada referenciado a esse contingente populacional na cidade.

Os casos captados e encaminhados na unidade se caracterizavam por situações específicas, como:

idosos dependentes desacompanhados; idosos e cuidadores sem entendimento sobre o estado de saúde do idoso; idosos com declínio cognitivo importante em situação de negligência; idosos que relataram exploração financeira por parte dos familiares ou outros cuidadores; idosos em estado de abandono; idosos em suspeita de violência física e psicológica; dentre outros. Essas situações eram relatadas pelo próprio idoso, pelo familiar, por algum conhecido, pelo cuidador formal do idoso ou por qualquer pessoa da comunidade, inclusive profissional da saúde durante prestação de atendimento.

Qualquer integrante da equipe de saúde poderia encaminhar um relatório do caso ao serviço social, registrando a situação de violência ou suspeita de violência. As reuniões familiares ocorriam uma vez por semana, em data pré-definida após acionamento, pelo assistente social, dos familiares e demais pessoas envolvidas no cuidado ao idoso para comparecer a unidade de saúde.

Os mediadores do conflito (assistente social, enfermeiro, psicólogo ou outro profissional da equipe) conduziam a reunião de mediação, quando presentes no mínimo dois profissionais de saúde. As atas eram lavradas em campo livre, geralmente, pelo assistente social, que por sua vez, também realizava a notificação da violência e seguimento dos casos e resultados alcançados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: casos de idosos atendidos pela unidade especializada, possuir 60 anos ou mais e ter registro na ata de reuniões de mediação de conflitos.

As atas de reuniões registradas entre o ano de 2008 a 2018 foram analisadas de forma independente, por três pesquisadores, devidamente treinados, no período entre junho de 2018 a janeiro de 2019. Foram coletadas informações abertas quanto: motivos e propostas de soluções. As divergências ocorridas devido limitações encontradas nos registros eram discutidas em conjunto entre os seis pesquisadores. Os dados foram analisados com base na síntese de todas as reuniões realizadas em cada caso de violência, sendo acrescentadas novas informações e resultados encontrados posteriormente quando ocorria uma segunda reunião.

Nos livros-ata, constavam 143 casos, com uma ou mais reuniões familiares por caso, sendo excluídos as situações em que não houve violência e/ou atendimento de indivíduos com menos de 60 anos de idade, totalizando 111 casos na amostra pesquisada.

Para a análise dos dados, foi feita uma análise estatística descritiva, sendo contabilizados os dados relativos aos motivos da violência e as soluções propostas (pactuadas) para resolução dos casos de violência contra a pessoa idosa e construído dois quadros com a frequência absoluta e relativa das respostas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) mediante Parecer nº 1.798.579, de

29 de outubro de 2016, com realização de adendo para dar-se continuidade do estudo nos anos de 2017 e 2018. Foi desenvolvido ainda, conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisados 111 casos registrados no livro ata. Dentre os 10 anos de registro, observou-se um decréscimo no número de ocorrências de violência identificados na unidade conforme apresenta a figura 1. Ressalta-se que entre os anos de 2015 a 2018 houve períodos de indisponibilidade de profissional habilitado (assistente social), reduzindo consequentemente o número de atendimentos de mediação de conflitos neste período.

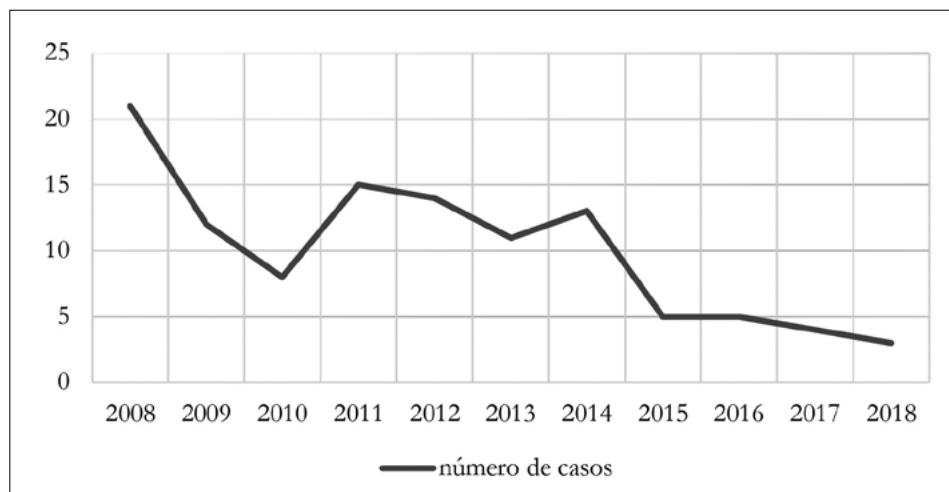


Figura 1. Número de casos de violência registrados entre 2008 e 2018 em um ambulatório especializado de geriatria e gerontologia (N=111). Distrito Federal, DF, Brasil (2008-2018).

Acerca dos idosos vítimas de violência, 72% eram mulheres, a faixa etária predominante foi de 81 a 90 anos (45%) e 71 a 80 anos (39%), 5% eram nonagenários. A maioria dos idosos residiam em moradia própria, com renda de um salário mínimo (46%). No que concerne as comorbidades identificadas, 54% dos idosos tinham quadro demencial, 31% hipertensão arterial sistêmica e 13% diabetes mellitus. Dos idosos

com demência, 32% dos indivíduos envolvidos no cuidado, desconheciam sintomas da doença.

Os filhos foram os principais agressores identificados (72%), sendo 62% dos agressores do sexo masculino e 38% do sexo feminino. Acerca da faixa etária do agressor, houve predominância entre 51 a 60 anos (37%) e idade entre 41 a 50 anos (30%).

Em relação ao tipo de violência sofrida, observou-se maior prevalência da negligência (56%), seguida da violência psicológica (29%), violência física (8%) e abuso financeiro (6%). A ocorrência de negligência associada ao abandono representou 21% dos casos.

Conforme apresentando na tabela 1, identificou-se a sobrecarga do cuidador principal como o motivo mais comum (77,4%). Outro achado frequente foi a falta de conhecimento acerca da capacidade funcional do idoso, levando à negligência por acreditar que ele realizaria suas atividades sem supervisão ou intervenção, representando 27% da amostra.

Os dados alcançados nos casos de violência praticados por filhos demonstraram que 24% possuíam ressentimentos para com a pessoa idosa ou fragilidade do laço afetivo construído ao longo da história de ambos, resultando, assim, em frequentes situações de conflitos e atos de violência. Outros 27% acreditavam que os pais idosos eram capazes de realizar suas atividades sozinhos.

Paralelamente a esse dado anterior, 6,3% dos cuidadores não prestavam cuidados contínuos a pessoa idosa quando este, pela sua condição de saúde, necessitava de auxílio e cuidados 24h/dia.

Acerca dos idosos com demência, observou-se que, em 14,4% dos casos, os cuidadores desconheciam o diagnóstico do idoso ou não possuíam nenhum entendimento sobre a doença, comportamentos comuns e como se portar frente às situações consequentes desse quadro.

Entre as motivações relacionadas ao cuidador principal, 6,3% possuíam quadro de depressão e 4,5% apresentavam dependência ao álcool.

Quanto às soluções propostas durante a reunião de mediação de conflito, pode se observar na Tabela 2 que, para cada caso analisado, houve mais de uma solução acordada na mediação.

Em grande parcela (92 casos), recomendou-se o acompanhamento regular com a equipe médica disponível na unidade de atendimento. Mais da metade dos casos analisados necessitaram ainda de encaminhamento e acompanhamento pelo serviço de assistência social e psicologia (58,6%).

Dos 111 casos, em 38 houve acordo de cooperação entre os filhos durante reunião com a equipe e familiares. Em 27 casos, decidiu-se optar pela contratação de um cuidador formal. A inserção do idoso em atividades na comunidade representou 27% das soluções propostas aos casos.

Tabela 1. Motivos da violência contra a pessoa idosa no ambulatório especializado de geriatria e gerontologia do Distrito Federal, DF, Brasil (2008-2018).

Motivos da violência contra a pessoa idosa	Número de Casos (%)
Sobrecarga do cuidador principal.	86 (77,4%)
Filhos acreditavam que os pais idosos eram capazes de se cuidarem sozinhos.	30 (27%)
Ressentimento dos filhos para com o idoso ou fragilidades dos laços afetivos.	27 (24,3%)
Desconhecimento acerca da doença do idoso (casos de demência).	16 (14,4%)
Desinteresse do cuidador na supervisão da medicação do idoso e/ou descaso com doenças crônicas.	15 (13,5%)
Alterações comportamentais do cuidador.	8 (7,2%)
Cuidador principal com quadro de depressão.	7 (6,3%)
Desconhecimento acerca da necessidade de cuidados contínuos (24h/dia)	7 (6,3%)
Cuidador principal com dependência alcoólica.	5 (4,5%)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Soluções propostas pela mediação de conflito no ambulatório especializado de geriatria e gerontologia do Distrito Federal, DF, Brasil (2008-2018).

Soluções propostas pela mediação de conflito	Número de casos (%)
Acompanhamento regular com médico (médico da família ou geriatra) quanto à evolução das doenças, especialmente da demência, e ao controle de doenças crônicas.	92 (82,8%)
Acompanhamento regular do idoso com assistente social e/ou psicólogo.	65 (58,5%)
Comprometimento de todos os filhos com a divisão dos cuidados e/ou das despesas dos pais idosos.	58 (52,2%)
Introdução do idoso em atividades sociais da comunidade.	30 (27%)
Contratação de cuidador formal.	27 (24,3%)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Houve o encaminhamento do cuidador para acompanhamento de serviço de saúde que atendesse a sua demanda (psicólogo, psiquiatra e médico), em 12 casos, nos quais se detectou depressão grave e alcoolismo.

Houve ainda, em 18 casos, a inserção dos idosos com demência em grupos de terapia cognitiva, dirigidos por terapeuta ocupacional e enfermeiro, além do desenvolvimento de atividades manuais (artesanato) disponíveis no ambulatório especializado.

DISCUSSÃO

As motivações relacionadas ao processo de violência contra a pessoa idosa variam, sendo possível observar a presença de mais de um motivo apontado em diversos casos do presente estudo. Dentre eles, ressalta-se a sobrecarga que o processo de cuidar impõe aos cuidadores, relatada em 77,4% dos casos. O estresse emocional prolongado está atrelado ao exercício de cuidar atribuído a apenas um indivíduo que, geralmente, não optou por desempenhar esse papel ou não possui treinamento adequado para exercê-lo¹¹.

O alto grau de dependência do idoso para as atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) caracteriza maior risco para violência¹² e maior índice de sobrecarga dos cuidadores, que, por sua vez, é fator desencadeante para a negligência assistencial da pessoa cuidada, com omissão de necessidades básicas a pessoa idosa¹¹.

O impacto que esse cuidado contínuo gera pode ser atenuado promovendo a partilha com as demais redes de apoio desse idoso, seja nos arranjos familiares ou em grupos de suporte psicoeducativos. Sabe-se que o equilíbrio adequado entre a demanda de cuidados e o tempo ofertado de assistência pode produzir melhores resultados quando há preparo e devido treinamento desse cuidador¹¹.

A figura do cuidador é representada em estudos como um familiar, do sexo feminino, com idade média de 53,9 anos, que reside no mesmo domicílio da pessoa idosa^{11,13}. O residir no mesmo lar favorece a ocorrência de violência¹¹, a qual, por sua vez, é camuflada na tentativa de preservar os laços ou justificada frente a sentimento de culpa por parte do idoso. Por vezes, a violência passa despercebida, vista como um padrão de comportamento ou estresse interpessoal do cuidador^{13,14}.

Os ressentimentos dos filhos para com a pessoa idosa ou fragilidades dos laços afetivos foram motivações também encontradas nesta pesquisa (27%). Outras razões apresentadas em diferentes estudos envolvem questões financeiras, conflito de interesses entre as gerações e interdependência entre os envolvidos^{12,15}.

Nessas problemáticas, a mediação de conflito constitui um recurso essencial para restauração de relações e reflexão da realidade vivida. Estudo acerca da mediação familiar de Martins⁷ aborda a família atual como uma instituição social que não dispõe de informação e apoio para desempenho da tarefa de cuidar. Acerca disto, para uma abordagem

resolutiva, faz-se necessário um olhar voltado para o contexto social e todo processo em que os sujeitos estão inseridos⁷.

Dentre outras razões para violência detectadas neste estudo, em 14,4% dos casos, havia desconhecimento acerca da demência e suas apresentações. Ao analisar fatores de risco para a violência, estudos relacionam a demência com o aumento em até quatro vezes de ocorrência de atos violentos contra a pessoa idosa^{12,16}.

Idosos acometidos pela demência podem agir de forma agressiva e gerar no cuidador um ato violento recíproco¹². O esclarecimento acerca das possíveis alterações comportamentais favorece um entendimento do cuidador e protege o idoso vulnerabilizado de danos e sofrimento. O profissional de saúde capacitado para o devido manejo e gerenciamento da doença torna-se imprescindível¹⁵.

Acerca dos cuidadores de idosos com demência, estudo recente detectou prevalência de depressão e síndrome do pânico em 8%¹⁶. O adoecimento do cuidador também foi relatado nesta pesquisa, no qual houve registro de depressão em 6,3% dos casos.

A oferta de cuidado a um indivíduo exige empenho biopsicossocial e estudos demonstram que a qualidade de vida do cuidador interfere diretamente na qualidade do cuidado desempenhado por ele. A figura do cuidador frequentemente passa sob um olhar desatento por parte dos profissionais de saúde e carece de apoio social. As relações interpessoais positivas e manifestações de afeição e amor são exemplos de recursos oferecidos por outros ao cuidador que contribuem para melhoria de sua qualidade de vida^{13,17}.

Ao analisar outros fatores relacionados ao cuidador que contribuem para maior incidência de violência, Lino et al.¹⁵ identificaram o alcoolismo como variável importante, provocando o aumento de 3,8 vezes o risco de atos violentos. O uso abusivo do álcool pode ser identificado quando gera consequências sociais advindas do seu consumo.

A oferta de acompanhamento e tratamento desse cuidador se torna fundamental na interrupção de um hábito que gera conflitos, desgastes nas

relações e sofrimento humano¹⁸. Neste estudo, o acompanhamento médico e psicológico do cuidador foi estabelecido como solução proposta, visto que, em cinco casos, houve relato de dependência alcoólica.

O desafio para identificação da violência perpetrada no ambiente familiar é, por vezes, mascarado como padrão de relacionamento comum. A despeito disto, percebeu-se a importância da capacitação contínua dos profissionais de saúde para escuta sensível e atenta dos idosos e cuidadores em cada atendimento.

Acerca da mediação de conflitos, pode-se detectar, através dela, importantes fragilidades sociais, financeiras e emocionais nos cuidadores, os quais carecem de suporte profissional e social, com escasso ou mesmo nenhum amparo e orientação para exercício do cuidar.

Uma possível limitação no estudo ocorreu quanto à baixa sistematização das perguntas para registro, pois a construção da ata não objetivava ser instrumento de pesquisa; desta forma, alguns dados da prática de mediação podem não ter sido relatados ou relatados com imprecisão. Sugere-se a construção de atas semi estruturadas a fim de não se perder informações relevantes.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos pela mediação de conflitos mostra a necessidade de intervenções direcionadas ao cuidador principal, como ações de promoção de saúde física e mental, visto que a sobrecarga foi um achado frequente, atrelado ainda aos casos de depressão e dependência alcoólica encontrados. Acerca da falta de conhecimento sobre a doença do idoso, vale destacar a importância de treinamentos e capacitações das pessoas envolvidas no cuidado, afim de prevenir as formas de violência decorrentes de negligência. A disponibilidade de uma equipe multidisciplinar adquire caráter essencial no que concerne a atenção a pessoa idosa vítima de violência, visto que, entre as principais soluções propostas, houve grande demanda para atendimento do psicólogo, assistente social e médico geriatra disponíveis na unidade.

A violência direcionada à pessoa idosa corresponde a um fenômeno multifatorial e a análise das motivações permite às entidades e profissionais de saúde traçarem planos de cuidados a fim de prevenir situações que gerem violência, viabilizando possibilidades reais e plausíveis de resolução conforme a situação apresentada.

Observa-se a grande necessidade de construção de novas iniciativas e metodologias de saúde voltados para o público idoso, visto que a assistência integral focalizada nas necessidades de cada indivíduo permite melhores resultados.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
2. Barros RLM, Leal MCC, Marques APO, Lins MEM. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. *Saúde Debate.* 2019;43(122):793-804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>
3. World Health Organization. Abuse of older people on the rise - 1 in 6 affected [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>.
4. Minayo MCS. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. *Mais 60: Estud Envelhec.* 2014;25(60):10-27. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/files/educacao_revista/c31b6bcb-842a-4b02-8a3c-cf781ab0d450.pdf.
5. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Prof.* 2016;36(3):637-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>.
6. Matos NM, Albernaz EO, Sousa BB, Braz MC, Vale MS, Pinheiro HA. Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(5):e190095. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>.
7. Martins ANE. Mediação familiar para idosos em situação de risco [Internet]. São Paulo: Blucher; 2017 [acesso em 06 set. 2018]. Disponível em: <https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/mediacao-familiar-para-idosos-em-situacao-de-risco-1294>
8. Belasco AGS, Okuno MFP. Realidade e desafios para o envelhecimento. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl2):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>.
9. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):2007-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxMYj/?lang=pt>.
10. Vale MS, Faleiros VP, Santos IB, Matos NM. Mediação de conflitos de violência intrafamiliar contra pessoas idosas: uma proposta não jurídica. *Textos Contextos.* 2015;14(1):104-14. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.18168>.
11. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(Suppl 2):e180020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>.
12. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(6):2153-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>.
13. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(2):199-209. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>.
14. Silva AR, Sampaio LS, Reis LA, Sampaio TSO. Violência contra idosos: associação entre o gênero dos agressores e o tipo de violência. *Id On Line Rev Multidiscipl Psic.* 2017;11(38):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v11i38.967>.
15. Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, Souza ER. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(1):87-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>.

16. Silva ILC, Lima GS, Storti LB, Aniceto P, Formighieri PF, Marques S. Sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência: repercussões para o cuidador familiar. *Texto & Contexto Enferm.* 2018;27(3):e3530017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003530017>.
17. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC, et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(5):1321-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.14192014>.
18. Lopes APAT, Ganassin GS, Marcon SS, Decesaro MN. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. *Estud Psicol.* 2015;20(1):22-30. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150004>.



Análise do risco direto e indireto de violência intrafamiliar contra pessoas idosas

Analysis of the direct and indirect risk of intrafamily violence against older people

Cleisiane Xavier Diniz^{1,2}

Fátima Helena do Espírito Santo²

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro¹

Resumo

Objetivo: Analisar o risco direto e indireto da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, na cidade de Manaus, AM, Brasil. **Método:** Estudo epidemiológico de base populacional, quantitativo, de natureza transversal, descritivo e analítico, desenvolvido em seis zonas urbanas dessa cidade, no período de novembro de 2019 a abril de 2021. A amostra foi composta por 2.280 pessoas idosas, utilizando-se margem de erro de 5% e Coeficiente de Confiança de 95%. Utilizou-se o Instrumento *Hawleke Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), adaptado para o Brasil. **Resultados:** 67,4% eram mulheres, idade média de 69 anos ($\pm 6,9$), 48,6% casados e 79,9% ganhavam menos que dois salários mínimos; 73,6% dividiam as despesas da casa e 60,9% corresidiam com filhos e netos; identificou-se que 99,8% sofreram violência (direta e indireta) e 88,8% estão constantemente em elevado risco para algum tipo de violência; 44,7% não têm alguém que lhes faça companhia; 95,3% sustentam alguém; 66% sentem-se tristes ou sós; 42,6% relatam uso excessivo de bebida alcoólica por familiares; 45,8% foram recentemente magoados ou machucados por familiares. As mulheres e os mais longevos foram os mais violentados. **Conclusão:** evidenciou-se que a experiência da corresponsabilidade intergeracional trouxe à tona a realidade da violência intrafamiliar praticada contra as pessoas idosas, presente em 99,8% dos entrevistados, ligados, principalmente, à negligência, omissão e abuso financeiro. Os entrevistados foram capazes de apontar problemas originados dos relacionamentos intrafamiliares, possivelmente proveniente da ausência de um melhor vínculo afetivo, que os colocam em situação de violência direta e indireta.

Palavras-chave: Idoso. Violência. Violência Doméstica. Exposição à Violência.

¹ Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública (PROENSP/UEA). Manaus, AM, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS/UFF). Niterói, RJ, Brasil

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Cleisiane Xavier Diniz
cxdiniz@gmail.com

Recebido: 17/05/2021

Aprovado: 19/07/2021

Abstract

Objective: To analyze the direct and indirect risk of intrafamily violence against older people in the city of Manaus (AM), Brazil. **Method:** Population-based, quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study, developed in six urban areas of this city from November 2019 to April 2021. The sample consisted of 2.280 older people, using a margin of error of 5% and a Confidence Coefficient of 95%. The Hawlek Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST), adapted for Brazil, was used. **Results:** 67.4% were women, mean age 69 years (± 6.9), 48.6% were married and 79.9% earned less than 2 minimum wages; 73.6% shared the expenses of the house and 60.9% co-lived with children and grandchildren; it was identified that 99.8% suffered violence (direct and indirect) and 88.8% are constantly at high risk for some type of violence; 44.7% do not have someone to keep them company; 95.3% support someone; 66% feel sad or lonely; 42.6% report excessive use of alcoholic beverages by family members; 45.8% were recently hurt or injured by family members. Women and the oldest were the most violated. **Conclusion:** it was evident that the experience of intergenerational co-residence brought to light the reality of intrafamily violence practiced against older people, present in 99.8% of respondents, mainly linked to negligence, omission and financial abuse. Respondents were able to point out problems arising from intra-family relationships, possibly resulting from the absence of a better emotional bond, which puts them in situations of direct and indirect violence.

Keywords: Elderly. Violence. Domestic Violence. Exposure to Violence.

INTRODUÇÃO

Em aproximadamente 26% dos lares brasileiros há uma pessoa idosa pelo menos, muitas dependentes de cuidado por possuírem comorbidades, debilidades na saúde física, cognitiva e emocional/psicológica; a maioria recebe algum benefício da previdência social, tornando-se referência financeira no domicílio onde vive¹⁻³. Diante desses fatos, os brasileiros idosos vivem em constante risco de sofrer violências e maus-tratos no domicílio ou fora dele.

A violência contra a pessoa idosa é um problema universal, ainda pouco estudada por ocorrer principalmente no seio familiar, imputada por filhos, cônjuges ou cuidadores. Dessa forma, o silêncio e a cumplicidade das ocorrências de violência passam a ser um desafio para as políticas públicas e sociais⁴. Segundo Minayo et al.⁵, embora a população brasileira tenha adquirido melhorias sanitárias e de vida, ainda persistem os problemas sociais em uma importante parcela dessa população que possui baixa renda, o que torna as pessoas idosas mais vulneráveis a sofrerem violência.

Pesquisas mostram que a prevalência da violência intradomiciliar contra a pessoa idosa é maior do que em outros contextos, relacionada, na maioria das vezes, à dependência de cuidados de familiares, das

baixas condições sociais e do tempo que passam em casa após a aposentadoria⁶⁻⁸. Poltronieri et al.⁹ afirmam que a violência contra a pessoa idosa acarreta aumento da morbimortalidade e da institucionalização, além do tempo prolongado de hospitalização; geram graves consequências no âmbito da saúde mental e das relações familiares e social.

O Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência aponta que o Brasil não está entre os países que investigam a violência contra a pessoa idosa, evidenciando que as estratégias de combate à violência são criadas sem que a problemática tenha sido estudada e que existe uma lacuna nas estatísticas sobre a violência, observada por meio dos dados subestimados⁷. Portanto, percebe-se que o Brasil carece de uma agenda pública que apresente várias modalidades e possibilidades de serviços de proteção, para que a longevidade não pareça ser um ônus e sim um bônus do qual pessoa idosa queira experimentar¹⁰.

Existem poucos estudos de base populacional que investigam diretamente as próprias pessoas idosas, se elas foram ou não vítimas de violência. Quando existentes, os índices de prevalência desses estudos diferem muito entre si e sua escassez impede que se tenha uma visão mais acurada da magnitude e caracterização da violência contra a pessoa idosa.

No intuito de conhecer mais sobre o risco de violência contra a pessoa idosa na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, e a necessidade de serviço de proteção, este estudo buscou analisar o risco direto e indireto da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, na cidade de Manaus (AM). Acredita-se que a identificação sistemática de pessoas idosas em situação de violência ou em contextos de vida que promovam um maior risco para sofrê-la é o primeiro passo para que se visualize o fenômeno e se busque desenvolver ações intersectoriais que respondam com soluções efetivas a esse problema.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, quantitativo, de natureza transversal, descritivo e analítico.

Em 2018, a área urbana da cidade de Manaus, AM, Brasil, tinha uma população de 2.145.444 com projeção de 108.081 pessoas idosas, distribuídas nas seis zonas administrativas da cidade¹. Baseado no universo dessa população idosa, um cálculo do tamanho da amostra foi realizado, chegando-se a 380 indivíduos por zona, perfazendo um total de 2.280 pessoas idosas que corresponderam à amostra final do estudo, com prevalência estimada em 50%¹¹, margem de erro de 5% e Coeficiente de Confiança de 95%.

A amostra por conveniência foi obtida, inicialmente, mediante convocatória das pessoas idosas para participação da pesquisa em centros comunitários, igrejas, associações e demais serviços de atendimento ao idoso nos bairros das respectivas zonas. Por ocasião da pandemia, alguns serviços de atendimento ao idoso foram paralisados e a pesquisa seguiu com abordagem das pessoas idosas que buscaram os serviços de saúde nos bairros das zonas administrativas da cidade. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2019 a abril de 2021.

Para a coleta dos dados foi utilizado o Instrumento *Hawle Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST), adaptado para o Brasil. É um instrumento com objetivo de identificar sinais de presença (diretos) e suspeita (indiretos) de violência/abusos em pessoas idosas. A maioria dos itens que compõe o instrumento

não foca somente sintomas específicos de violência, mas identifica também condições correlatas de eventos associados ao abuso que pode anteceder a violência em si e, assim, poder ser prevenida¹². O instrumento foi replicado na Plataforma *Survey Monkey*, acessado a partir de *tablets* para a realização das entrevistas e produção dos dados.

As variáveis investigadas no H-S/EAST identificam o risco de abuso físico e psicológico, violação de direitos pessoais, isolamento e abuso financeiro por terceiros. Atribuiu-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens, em que o ponto foi dado para a resposta negativa. Uma resposta “não” aos itens 1, 6, 12 e 14; uma resposta “outra pessoa” ao item 4; e uma resposta de “sim” para todos os outros foi pontuada na direção “abusada”. No contexto clínico, um escore de três ou mais indica risco aumentado de algum tipo de violência¹².

Os critérios de elegibilidade foram: pessoas idosas com idade de 60 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Manaus (AM), e em condições de responder coerentemente às perguntas do instrumento. Como critério de exclusão, foram consideradas todas que apresentaram alguma manifestação de sofrimento durante a aplicação do instrumento (como choro ou outros), que se autodeclararam indígena e que demonstraram dificuldade de compreensão das perguntas inerentes ao formulário. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, conforme preconizado nos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob Parecer: 3.173.698. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram apresentados por meio de tabelas, onde se calculou as frequências absolutas simples e relativas para os dados categóricos. Na análise dos dados quantitativos, quando aceita a hipótese de normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, foi calculada a Média e o Desvio-padrão (Dp), no entanto, quando rejeitada a hipótese de normalidade, foi calculada a Mediana e os Quartis Q_1 (25%) e Q_3 (75%).

Já na análise dos dados categóricos foi aplicado o teste do qui-quadrado de *Pearson* e calculado

o *Odds Ratio* (OR) em tabelas 2x2, sendo que na impossibilidade de aplicar o teste de *Pearson*, foi aplicado o teste Exato de *Fisher*. Na comparação das médias foram aplicados os testes da Análise de Variância e teste de *Tukey* para os dados paramétricos. Já na análise dos dados não paramétricos foi aplicado o teste de *Kruska-Wallis*.

RESULTADOS

Das 2.280 pessoas idosas que participaram da pesquisa, 67,4% eram do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 70 anos (60%), idade média de 69 anos ($\pm 6,9$), 48,6% eram casados e 79,9% ganhavam menos que dois salários mínimos, 76,3% declararam saber ler e escrever minimamente, 73,6% dividia as despesas da casa e 60,9% coabitavam com filhos e netos.

Com relação aos dados obtidos por meio da aplicação do instrumento específico para identificar abusos/violências direto e indiretos, destaca-se que foram apresentados nas tabelas a seguir somente as respostas que pontuam para a direção de abusada/violentada ou em risco para violência¹².

As principais características da violação dos direitos pessoais ou violência direta identificadas na pesquisa foi: está ajudando a sustentar alguém; foi obrigado a fazer algo que não queria; já pegaram seus pertences sem seu consentimento; e alguém próximo recentemente tentou machucá-lo ou magoá-lo (Tabela 1).

Com relação à violência indireta, identificou-se as seguintes características: não tem alguém que lhe faz companhia, que o leva para fazer compras ou ao médico; muitas vezes se sente triste ou só; alguém da sua família faz muito uso de bebida alcoólica; sentem-se desconfortável com algum membro da família; não é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria; não confia nos familiares; e, em casa, não tem liberdade suficiente para ficar sossegado quando quer (Tabela 1).

Prevalência de violência encontrada neste estudo, por meio do H-S/EAST, foi de 99,8%. Identificou-se ainda que 88,8% encontram-se em situação de risco muito elevado para sofrer violência de qualquer tipo, sendo 32,6% na forma direta e 56,2% na forma indireta.

Tabela 1. Distribuição segundo os dados do instrumento H-S/EAST aplicado nos idosos da cidade de Manaus (AM), Brasil, 2021.

Variáveis (n = 2280)	f _i (%)	IC95%
Não tem alguém que lhe faz companhia, leva para fazer compras ou ao médico	1019 (44,7)	42,7 – 46,7
Está ajudando a sustentar alguém	2173 (95,3)	94,4 – 96,1
Muitas vezes se sente triste ou só	1506 (66,0)	64,1 – 68,0
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida, do tipo como deve viver ou onde deve morar	380 (16,7)	15,2 – 18,2
Se sente desconfortável com alguém da sua família	1153 (50,6)	48,5 – 52,6
Não é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria	1803 (80,4)	78,7 – 82,0
Sente que ninguém quer você por perto	251 (11,0)	9,8 – 12,4
Alguém da sua família toma muita bebida alcoólica	971 (42,6)	40,6 – 44,6
Alguém na família obriga a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando sabe que não está	138 (6,0)	5,2 – 7,1
Alguém já obrigou fazer coisas que não queria fazer	497 (21,8)	20,2 – 23,5
Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem consentimento	728 (31,9)	30,0 – 33,9
Não confia na maioria das pessoas de sua família	1729 (75,8)	74,0 – 77,6
Alguém lhe diz que você causa muitos problemas	237 (10,4)	9,2 – 11,7
Em casa, (Não) tem liberdade suficiente para ficar sossegado quando quer	1795 (78,7)	77,0 – 80,4
Alguém próximo recentemente tentou magoá-lo ou machucá-lo	1045 (45,8)	43,8 – 47,9

f_i = frequência absoluta simples; IC95% = Intervalo de Confiança ao nível de 95%; Respostas que pontuam para presença/risco de violência: “sim” para os itens 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 15; “não” para os itens 1, 6, 12 e 14; e “outra pessoa” para o item 4.

Na associação dos itens do instrumento H-S/EAST com a variável gênero, a tabela 2 mostra que as mulheres idosas tiveram mais ocorrência ou risco para violência direta e indireta que os homens, exceto nos itens 2, 9 e 13. No que diz respeito aos homens, observa-se que eles ajudam mais a sustentar outras pessoas (item 2). Na avaliação dessa associação, oito dos 15 itens apresentaram significância ao nível de 5%, a maioria relacionados a mulher idosa, evidenciando que a violência de gênero também se faz presente na velhice.

Quando associado os itens do instrumento H-S/EAST com a faixa etária das pessoas idosas, observa-se que faixa etária igual ou maior que 70 anos foi a mais violentada ou encontra-se em risco de violência, destacando os itens 2, 3, 6, 12 e 14, com percentuais

elevados. Com exceção do item 7, todos os demais apresentaram-se fortemente associados (p -value < 0,05), evidenciando que, quanto mais longo, maior é a presença de violência ou maior o risco para sofrê-la (Tabela 3).

O estudo buscou identificar o nível de significância das variáveis relativas à associação dos itens do instrumento H-S/EAST e a renda familiar. A tabela 4 mostra que as pessoas idosas com menor renda (<1 salário mínimo) são as que mais sofrem violência. Com exceção dos itens 4, 6, 7 e 9, todos os demais apresentaram forte associação (p -value < 0,05). O item 2 mostra-se com o maior percentual, comprovando que as pessoas idosas são constantemente abusadas financeiramente, independente dos ganhos.

Tabela 2. Distribuição segundo os dados do instrumento H-S/EAST em relação ao gênero dos idosos da cidade de Manaus (AM), Brasil, 2021.

Variáveis	Gênero (%)		OR	<i>p</i> *
	Fem (n=1536)	Mas (n=744)		
Não tem alguém que lhe faz companhia, leva para fazer compras ou ao médico	46,4	41,3	1,23	0,022
Está ajudando a sustentar alguém	93,8	98,4	0,25	<0,001
Muitas vezes se sente triste ou só	69,7	58,6	1,62	<0,001
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida, do tipo como deve viver ou onde deve morar	16,9	16,1	0,83	0,632
Se sente desconfortável com alguém da sua família	54,2	43,0	1,57	<0,001
Não é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria	81,5	78,1	1,23	0,054
Sente que ninguém quer você por perto	10,7	11,6	0,92	0,559
Alguém da sua família toma muita bebida alcoólica	44,1	39,4	1,21	0,031
Alguém na família obriga a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando sabe que não está	5,7	6,7	0,84	0,352
Alguém já obrigou fazer coisas que não queria fazer	23,3	18,7	1,32	0,012
Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem consentimento	32,4	30,9	1,07	0,469
Não confia na maioria das pessoas de sua família	75,0	77,6	0,87	0,181
Alguém lhe diz que você causa muitos problemas	11,5	8,2	1,45	0,017
Em casa, (Não) tem liberdade suficiente para ficar sossegado quando quer	77,7	80,8	0,83	0,096
Alguém próximo recentemente tentou magoá-lo ou machucá-lo	50,1	37,0	1,71	<0,001

OR = Odds Ratio; * teste do qui-quadrado de *Pearson*; Valor de *p* em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância; Respostas que pontuam para presença/risco de violência: “sim” para os itens 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 15; “não” para os itens 1, 6, 12 e 14; e “outra pessoa” para o item 4.

Tabela 3. Distribuição segundo os dados do instrumento H-S/EAST em relação a faixa etária dos idosos da cidade de Manaus (AM), Brasil, 2021.

Variáveis	Faixa etária (%)		OR	p*
	≥70 (n=911)	<70 (n=1369)		
Não tem alguém que lhe faz companhia, leva para fazer compras ou ao médico	58,0	35,9	2,46	<0,001
Está ajudando a sustentar alguém	98,9	92,9	6,87	<0,001
Muitas vezes se sente triste ou só	73,4	61,1	1,76	<0,001
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida, do tipo como deve viver ou onde deve morar	24,9	11,2	2,64	<0,001
Se sente desconfortável com alguém da sua família	55,8	47,1	1,41	<0,001
Não é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria	88,5	68,2	0,28	<0,001
Sente que ninguém quer você por perto	13,0	9,7	1,38	0,156
Alguém da sua família toma muita bebida alcoólica	45,8	40,5	1,24	0,012
Alguém na família obriga a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando sabe que não está	10,2	3,3	3,34	<0,001
Alguém já obrigou fazer coisas que não queria fazer	28,8	17,2	1,94	<0,001
Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem consentimento	35,8	29,4	1,34	<0,001
Não confia na maioria das pessoas de sua família	69,8	79,8	0,58	<0,001
Alguém lhe diz que você causa muitos problemas	12,1	9,3	1,34	0,032
Em casa, (Não) tem liberdade suficiente para ficar sossegado quando quer	72,4	82,9	0,54	<0,001
Alguém próximo recentemente tentou magoá-lo ou machucá-lo	50,7	42,6	1,39	<0,001

OR = Odds Ratio; * teste do qui-quadrado de *Pearson*; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância; Respostas que pontuam para presença/risco de violência: “sim” para os itens 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 15; “não” para os itens 1, 6, 12 e 14; e “outra pessoa” para o item 4.

Tabela 4. Distribuição segundo os dados do instrumento H-S/EAST em relação a renda familiar em salários mínimos (SM) dos idosos da cidade de Manaus (AM), Brasil, 2021.

Variáveis	Renda familiar (%)		OR	p*
	<1 SM (n=1.087)	≥1 SM (n=1193)		
Não tem alguém que lhe faz companhia, leva para fazer compras ou ao médico	47,5	42,2	1,24	0,011
Está ajudando a sustentar alguém	90,8	99,4	0,06	<0,001
Muitas vezes se sente triste ou só	72,3	60,4	1,72	<0,001
Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida, do tipo como deve viver ou onde deve morar	16,0	17,3	0,91	0,420
Se sente desconfortável com alguém da sua família	55,0	46,5	1,41	<0,001
Não é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria	81,4	79,3	0,88	0,209
Sente que ninguém quer você por perto	12,1	10,1	1,22	0,129

continua

Continuação da Tabela 4

Variáveis	Renda familiar (%)		OR	p*
	<1 SM (n=1.087)	≥1 SM (n=119)3		
Alguém da sua família toma muita bebida alcoólica	46,4	39,1	1,34	<0,001
Alguém na família obriga a ficar na cama ou lhe diz que está doente quando sabe que não está	5,3	6,7	0,78	0,171
Alguém já obrigou a fazer coisas que não queria fazer	24,1	19,7	1,29	0,011
Alguém já pegou coisas que lhe pertencem sem consentimento	35,2	28,9	1,33	<0,001
Não confia na maioria das pessoas de sua família	71,1	80,1	0,61	<0,001
Alguém lhe diz que você causa muitos problemas	11,9	9,1	1,35	0,028
Em casa, (Não) tem liberdade suficiente para ficar sossegado quando quer	75,3	81,8	0,68	<0,001
Alguém próximo recentemente tentou magoá-lo ou machucá-lo	51,1	41,1	1,50	<0,001

OR = Odds Ratio; * teste do qui-quadrado de *Pearson*; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância; Respostas que pontuam para presença/risco de violência: “sim” para os itens 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 15; “não” para os itens 1, 6, 12 e 14; e “outra pessoa” para o item 4.

A tabela 4 mostra ainda que, embora a pessoa idosa seja uma das principais mantenedoras da casa, elas não têm liberdade suficiente dentro do ambiente doméstico e um percentual expressivo não confia nos seus familiares.

DISCUSSÃO

A violência intrafamiliar é praticada em grande parte por filhos, netos, bisnetos ou companheiro(a) da pessoa idosa; envolve vínculos afetivos e de convivência diária. Normalmente é uma violência sofrida em silêncio. De modo geral, considera-se mau trato ou violência intrafamiliar contra a pessoa idosa qualquer dano intencional físico, moral, psicológico e/ou social, resultante de atos (ou omissões) da família ou responsável(is), que violam os padrões de respeito e dignidade da pessoa idosa^{13,14}.

Com relação à violência direta, ela envolve ao menos dois participantes: o emissor e a vítima da violência. O emissor realiza determinada ação que recai sobre a vítima, objeto da violência. O dano resultante da violência direta pode ser de natureza física ou psicológica, como lesões corporais ou o medo e a insegurança. A violência indireta são ameaças estruturais ou culturais de violência, ou seja, é tudo aquilo que impede a diminuição da distância

entre o real e potencial, reduzindo a capacidade da vítima no suprimento de suas necessidades humanas básicas colocando-as em risco¹⁵.

Os resultados do estudo mostraram que, mesmo na ausência de doenças e necessidade de cuidados, 99,8% das pessoas idosas da pesquisa sofreram violência recentemente de forma direta ou indireta, e 88,8% encontram-se em risco aumentando, com escore de três ou mais de acordo com o instrumento H-S/EAST, para sofrer algum tipo de violência. Utilizando o mesmo instrumento de avaliação, um estudo realizado no norte¹⁶ e outro no sudeste¹⁷ do Brasil, encontraram prevalência de violência de 52% e 56%, respectivamente. Em estudo com uma coorte de 3.159 idosos chineses, encontrou-se uma prevalência de 15,8%¹⁸.

Observa-se, portanto, que as taxas de prevalência encontradas no estudo em questão estão muito acima dos demais. É provável que o ambiente privativo durante a entrevista favoreceu a liberdade de fala dos participantes, garantindo-lhes sigilo e segurança, o que não aconteceria se a entrevista ocorresse no próprio ambiente domiciliar e na presença de familiar abusador. Isso requer uma atenção maior à população estudada e maiores investimentos em políticas públicas destinados à proteção da pessoa idosa e à prevenção da violência.

A violência contra a pessoa idosa manifesta-se de diferentes formas, refletidas nas desigualdades sociais originadas na pobreza, miséria e na discriminação; na comunicação e na interação cotidiana; de forma institucional, na ausência da gestão na execução de políticas sociais e pelas instituições que prestam serviços de assistência ao idoso. Esse é um problema de múltiplas causas com consequências devastadoras, pois, acarreta baixa qualidade de vida e falta de segurança, o que favorece ainda mais as contínuas agressões à saúde física, mental e espiritual das pessoas idosas¹⁹⁻²¹.

Conforme os dados apresentados na tabela 1, no âmbito familiar, a violência foi originada, principalmente, pela ausência de cuidados e atenção familiar, pela negligência, pelo abuso financeiro e pelo abandono indireto (presente, mesmo na convivência de outros membros da família).

Os resultados do estudo evidenciaram que as pessoas idosas estão continuamente submetidas a situações de violência direta ou indireta pelos familiares. Os dados dão conta que, mesmo residindo com outros familiares, sentem-se sozinhos, reclamam da falta de companhia, referem sentir-se desconfortáveis e desconfiados com as pessoas da própria família, além de não sentirem liberdade em sua própria casa. Isso caracteriza riscos importantes, uma vez que a família exerce papel fundamental no processo de envelhecimento e, mesmo na ausência de dependência, a presença de familiares próximos deveria proporcionar segurança e bem-estar biopsicossocial à pessoa idosa¹³.

Considerando os resultados do estudo, observa-se que muitos arranjos familiares formados em coresidência intergeracional são mantidos pela ótica dos custos e benefícios, onde a pessoa idosa participa das despesas gerais, sustenta diretamente algumas pessoas, porém, mesmo sendo proprietária e mantenedora da casa, não participa das decisões, não tem a liberdade desejada e costumam ser explorados financeiramente.

Foi visível a presença da violência financeira como uma das formas de abuso mais frequentes contra os idosos. Barros et al.²² afirmam que o perfil financeiro do idoso não é fator determinante para ocorrência de

violência, destacando que a violência ocorre entre os que contribuem (90%) e os que não contribuem (94%) para o sustento da família. A expressiva ocorrência de violência contra a pessoa idosa acontece sem discriminação da situação previdenciária, da renda ou da ajuda no sustento da casa.

Os dados apontam para relações marcadas por conflitos e sentimentos de mágoas, rejeições e abandono. Estudos mostram que o sucesso das relações intrafamiliares não é uma conquista pontual, pelo contrário, ele é construído pelas experiências individuais e coletivas ao longo da vida, pelas partilhas, pela comunicação efetiva e por vínculos de afeto e respeito intergeracional^{13,19,20}. Dados sobre violência intrafamiliar contra pessoas idosas em estudos nacionais e internacionais ratificam os resultados deste estudo²¹⁻²⁶.

Sabe-se que as relações familiares sofreram muitas mudanças ao longo do tempo, porém, não obstante às mudanças demográficas, econômicas e socioculturais pelas quais passam a maioria das famílias, nenhuma instituição consegue substituir o papel que a família exerce na vida da pessoa idosa²⁷⁻²⁹.

Outro dado importante identificado no estudo foi a ocorrência da violência contra a mulher idosa. Embora as mulheres exerçam papel de cuidadoras até mesmo na velhice e vivam mais do que os homens, elas debilitam mais, necessitando de atenção e cuidado, gerando demandas à família^{29,30}. A constante exposição da mulher idosa às situações de violência direta e indireta, produz um contexto de vida adoecedor, diminuindo seus anos de vida³⁰.

A questão da violência contra a mulher desde a idade jovem pode ser um dos motivos pelos quais as idosas aparecem com maior risco de sofrer violência e de manter essa dinâmica por todo o processo de envelhecimento^{24,31}. No Brasil, a violência contra o gênero feminino é um fenômeno social grave que precisa de enfrentamento estrutural e envolvimento de toda a sociedade. Estudos evidenciam que idosas, na faixa etária entre 60-69 anos, viúvas, de raça/cor branca e com baixo nível de escolaridade compõem o maior percentual de casos de violência contra idosos^{8,22,32}, corroborando os resultados desta pesquisa.

Os resultados deste estudo revelaram ainda que quanto mais longo e dependente, maior é o risco para a violência, bem como, quanto pior a condição econômica, maior é o abuso financeiro. Para Oliveira et al, a idade avançada, somada às condições socioeconômicas e de saúde causadoras de dependência, reduzem a capacidade do indivíduo de manter sua autonomia, independência e qualidade de vida, favorecendo uma maior vulnerabilidade à violência³³.

Neste estudo gênero, faixa etária e renda familiar foram os fatores de maior associação com violência direta e indireta e o risco aumentado de sofrer-las. Esses fatores só diferem dos demais estudos em relação a taxa de prevalência, mantendo-se as mesmas variáveis²¹⁻²⁶.

Infere-se que o Brasil tem uma legislação avançada para a garantia dos direitos daqueles que já passaram dos 60 anos, inclusive de combate à violência. Tais legislações, vinculadas às políticas públicas, precisam ser direcionadas à assistência para o envelhecimento saudável, ações integradas e intersetoriais de promoção da saúde e assistência integral à pessoa idosa.

Como limitações do estudo, apontam-se: a utilização de dados autorrelatados por pessoas idosas com possibilidade de viés de memória; a

natureza dos dados extraídos de uma amostra de conveniência, que incluiu menor número de idosos dependentes, limitando a generalização dos resultados; o fator étnico-cultural, o qual levou à exclusão de participantes autodeclarados indígenas; e o distanciamento social, em decorrência da pandemia da covid-19 que limitou os espaços de coleta de dados.

CONCLUSÃO

A experiência da coresidência intergeracional vivenciada por muitas famílias traz à tona a realidade da violência intrafamiliar praticada contra as pessoas idosas, com prevalência de 99,8% nesta pesquisa, ligadas, principalmente, à negligência, omissão e abuso financeiro, que põe em risco a vida de muitas delas. Constatou-se que homens e mulheres idosos foram capazes de apontar problemas originados dos relacionamentos intrafamiliares, possivelmente, provenientes da carência de um melhor vínculo afetivo, que os colocam em situação de risco para a violência. Os indivíduos entrevistados mostraram-se expostos, principalmente, à negligência, que gera violência direta e indireta, explicitando a omissão dos responsáveis por sua proteção: a família, a sociedade e o Estado.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese, Amazonas - Manaus: Panorama 2018 [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2018 [acesso 23 nov. 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>.
2. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(1):105-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.
3. Alencar Jr. FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017186. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200009>.
4. Alarcon MFS, Damaceno DG, Lazarini CA, Bracciali LAD, Sponchiado VBY, Marin MJS. Violence against the elderly: a documentary study. *Rev Rene*. 2019; 20:e41450. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041450>
5. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):2007-2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018> .
6. Freitas LG, Benito LAO. Denúncias de violência contra idosos no Brasil: 2011-2018. *REVISIA*. 2020;9(3):483-99. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p483a499>.

7. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2020; 25(6):2153-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>.
8. Lopes EDS, D'Elboux MJ. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(6): e200320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200320>.
9. Poltronieri BC, Souza ER, Ribeiro AP. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):2859-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.25192017>.
10. Minayo MCS, Firmo JOA. Longevidade: bônus ou ônus? *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(1):4-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>.
11. Şahin H, Erkal S. An Evaluation of abuse and neglect in elderly with the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Turk J Geriatr*. 2018;21(1):16-24. Disponível em: <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2018137961>.
12. Reichenheim ME, Paixão Jr. CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1801-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102311X2008000800009>.
13. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia Ciênc Prof*. 2016; 36(3):637-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>.
14. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderly: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):777-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>.
15. Galtung J. Cultural Violence. *J Peace Res*. 1990;27(3):291-305. Disponível em: <https://www.galtung-institut.de/wp-content/uploads/2015/12/Cultural-Violence-Galtung.pdf>.
16. Bezerra PCL, Sampaio CA. Prevalência de violência e fatores associados em idosos de unidades de saúde em uma capital da Amazônia ocidental. *REAS*. 2020;12(8):e3434. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3434.2020>
17. Antequera IG, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV, Costa PCP, Okuno MFP. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2021;25(2):e20200167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0167>.
18. Dong X, Chen R, Fulmer T, Simon MA. Prevalence and correlates of elder mistreatment in a community-dwelling population of US Chinese older adults. *J Aging Health*. 2014;26(7):1209-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898264314531617>
19. Matos NM, Albernaz EO, Sousa BB, Braz MC, Vale MS, Pinheiro HA. Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):e19009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>.
20. Lopes EDS, Ferreira AG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):628-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>.
21. Maia PHS, Ferreira EF, Melo EM, Vargas AMD. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):64-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>.
22. Barros RLM, Leal MCC, Marques APO, Lins MEM. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. *Saúde Debate*. 2019;43(122):793-804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211>.
23. Maia RS, Maia EMC. Prevalência de violência, relação com apoio social e sintomas depressivos em idosos. *Rev Portal Saúde Soc*. 2018;3(3):948-56. Disponível em: <https://doi.org/10.28998/2525-4200.2018v3n3.948-956>.
24. Partezani RRA, Lima GSB, Fon JRS, Silva LM, Almeida VC, Seredynskij FL. Violência contra mulheres idosas segundo o modelo ecológico da violência. *Av Enferm*. 2019;37(3):275-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enfermv37n3.73702>.
25. Evandrou M, Falkingham JC, Qin M, Vlachantoni A. Elder abuse as a risk factor for psychological distress among older adults in India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017152. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017152>.

26. Sooryanarayana R, Choo WY, Hairi NN, Chinna K, Hairi F, Ali ZM, et al. The prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a rural community of Negeri Sembilan state: baseline findings from The Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO), a population-based survey. *BMJ Open*. 2017;7(8):e017025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017025>.
27. Jesus FA, Aguiar ACSA. Co-residência com famílias intergeracionais: concepção de pessoas idosas quilombolas. *Rev Kairós*. 2017;20(N. Esp. 23):119-38. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20iEspecial23p119-138>.
28. Azevedo PAC, Modesto CMS. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. *Saúde Debate*. 2016; 40(110):183-194. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611014>.
29. Caldas LS, Fortaleza KR, Silva PVC, Brito LO, Chein MBC, Vasconcelos CB. Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas. *Geriatr Gerontol Aging*. 2008;2:167-75. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v2n4a07.pdf>
30. Gutierrez DMD, Sousa GS, Figueiredo AEB, Ribeiro MNS, Diniz CX, Nobre GASS. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):47-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020>.
31. Gomes JMA, Nascimento V, Ribeiro MNS, Espírito Santo FH, Diniz CX, Souza CRS, et al. Abuso sexual sofrido por mulheres idosas: relatos de vivências. *Rev Kairós*. 2020;23(1):323-39. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p323-339>.
32. Brownell P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3323-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.23142016>
33. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39: e57462. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.



Agressores de pessoas idosas: interpretando suas vivências

Aggressors of older people: interpreting their experiences

Murilo Santos Oliveira¹ 

Miriam Fernanda Sanches Alarcon² 

Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto³ 

Maria José Sanches Marin¹ 

Resumo

Objetivo: Interpretar a vivência dos denunciados de agressão à pessoa idosa no que se refere ao contexto de violência e dinâmica das relações. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir de entrevistas presenciais com 16 participantes denunciados por agressões à pessoa idosa, entre março a dezembro de 2019. As entrevistas foram realizadas na Delegacia de Defesa da Mulher em uma cidade do interior Paulista, SP, Brasil e, em alguns casos, no próprio domicílio do denunciado. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática. **Resultados:** reconheceu-se a existência de dependência mútua, seja financeira ou de cuidados e que, quanto aos agressores, esses negam, justificam e minimizam a agressão, atribuindo o ato ao comportamento do idoso ou mesmo ao passado em que sofria agressão pelos mesmos. Os denunciados reconhecem que necessitam de ajuda, ao considerar seus problemas emocionais, o uso de drogas psicoativas e o exercício do estenuante papel de cuidador. Ainda admitem possuir remorso pelo ocorrido, manifestando autonegligência e desejo de apagar o fato. **Conclusão:** O estudo evidenciou que o denunciado apresenta necessidades e vulnerabilidades próprias, em relações familiares de difícil manejo e que, em muitos casos, se manterá, mesmo com a ocorrência. Nestas situações, é preciso que haja uma escuta ampliada do envolvidos, em um trabalho intersectorial.

Palavras-chave: Violência. Envelhecimento. Saúde do Idoso.

¹ Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento. Marília, SP, Brasil.

² Universidade Estadual do Norte do Paraná, Departamento de Enfermagem. Bandeirantes, PR, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Departamento de Enfermagem. Marília, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). N° do processo: 2017/17562-2.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Miriam Fernanda Sanches Alarcon
miriam@uenp.edu.br

Recebido: 13/04/2021

Aprovado: 28/07/2021

Abstract

Objective: To interpret the experience of those accused of assaulting the elderly in relation to the context of violence, feelings and the dynamic emotions involved. **Methods:** This is a qualitative study, carried out based on face-to-face interviews with 16 participants who were reported for assaulting the elderly, from March to December 2019. The interviews were conducted at the women's police station in a city in the interior of the state of São Paulo, Brazil, and in some cases, at the defendant's own home. The data were analyzed using the thematic analysis technique. **Results:** The existence of mutual dependence, whether financial or care, was recognized. The aggressors deny, justify and minimize the aggression, attributing the act to the behavior of the elderly or even to the past in which they suffered aggression by them. The accused recognize that they need help and have emotional problems, then using psychoactive drugs to suppress their role as caregiver. Furthermore, they admit to having remorse for what happened, manifesting self-neglect and desire to erase the fact. **Conclusion:** The study showed that the defendants have complex health needs that deserve a close look from health professionals and actions focused on the relationship between the accused and the victim, mainly when considering that it will perpetuate itself after the occurrence.

Keywords: Violence. Aging. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, antes um processo verificado apenas em países desenvolvidos, constitui-se atualmente em um desafio para todo o mundo. À medida que a sociedade envelhece, crescem também os desafios para cuidar de uma população que pode acumular uma série de limitações físicas e cognitivas decorrentes desse processo¹.

O processo de envelhecimento pode reduzir a capacidade funcional e conseqüentemente a autonomia da pessoa idosa, que pode passar a depender de outras pessoas. Segundo a Constituição Federal, é dever do Estado e da Família a garantia do bem-estar e do exercício da cidadania de indivíduos idosos, estabelecendo reponsabilidade aos filhos maiores em amparar os pais na velhice^{2,3}. No entanto, embora o cuidado familiar ainda seja predominante, as transformações pós-modernidade, como as modificações na composição, insuficiência familiar e o enfraquecimento dos laços e vínculos intergeracionais, comprometem a oferta de cuidado ao idoso necessitado⁴.

Quando o vínculo familiar está prejudicado, possivelmente a família deixa de fornecer segurança, companhia e ajuda ao seu idoso, o que pode ampliar os riscos a sua saúde e à própria sobrevivência⁵. Além disso, em muitas situações, a família apresenta-se

insuficiente, como por exemplo: contextos em que a pessoa que deveria cuidar do idoso encontra-se com problemas de saúde física e/ou mental ou é usuária de álcool ou drogas. Essa é a realidade vivida por diversos idosos em seu contexto familiar, o que gera maior complexidade à resolução do problema⁶.

Assim, dentre os problemas enfrentados por essa população, merece destaque a violência que, apesar de considerada grave problema de saúde pública, ainda é camuflada na sociedade⁷.

A violência contra idosos é um fenômeno internacionalmente reconhecido e também conhecido por uma escassez de dados. Dentre os motivos relacionados à subnotificação desses casos, podem ser considerados: o conluio e segredo familiar, o receio da vítima em quebrar vínculos e as imposições provocadas pelos agressores que frequentemente são os próprios cuidadores; além das limitações cognitivas e físicas dos agredidos^{8,9}.

Segundo informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no ano de 2014, foram notificados 12.297 casos de violência contra a pessoa idosa no Brasil (sendo 43,7% de repetição). Dentre os tipos de abusos praticados, foram encontrados: violência física/sexual (64%), psicológica/moral (28,2%), negligência/abandono (26,4%) e financeira (7,4%), sendo, em sua maioria (28,4%) praticadas por seus filhos¹⁰.

Na verificação da violência contra idosos a partir de boletins de ocorrências (BOs) registrados em três municípios de diferentes regiões do Brasil, no período de 2009 a 2013, constatou-se predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo feminino e de casados, sendo os agressores predominantemente indivíduos entre 30 e 49 anos do sexo masculino¹¹.

Em nossa realidade cabe essencialmente à família prestar cuidados aos idosos, visto que são limitados os recursos públicos voltados a essa parcela da população. Quando se trata da violência contra o idoso, tem-se observado que ela ocorre principalmente no domicílio e os agressores são os próprios familiares. Uma análise de ocorrências policiais em um município paulista de médio porte, entre os anos de 2008 e 2012, verificou que de um total de 572 casos, a maior parte dos agressores eram homens (69,20%), brancos (56,50%), faixa etária 31-40 anos (14,20%) e sem informação quanto à ocupação (50,70%), sendo os filhos principais agressores (25,30%)⁷.

Diante do exposto, motivado pela complexidade das situações de violência e das dificuldades dos diferentes setores em enfrentar esse problema, especialmente porque em muitos casos os denunciados e agredidos continuarão dividindo os mesmos espaços; além da escassez de estudos que tenham um olhar para o agressor, este estudo objetivou interpretar a vivência dos denunciados de agressão à pessoa idosa no que se refere ao contexto de violência e dinâmica das relações.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir de entrevistas com denunciados de agressão à pessoa idosa, tendo como forma de tratamento dos dados a análise temática, por ser considerada como ferramenta utilizada em diferentes métodos, dada à sua flexibilidade¹².

A pesquisa foi realizada em um Município de médio porte do interior de São Paulo, SP, Brasil, com uma população de 216.745 habitantes, da qual 13,6% são idosos¹³. Teve como cenário para a coleta de dados a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), da Central de Polícia Judiciária da Polícia Civil.

A seleção dos denunciados deu-se pela indicação da delegada responsável pelo serviço. No momento em que a delegacia recebia a ocorrência relacionada a violência contra o idoso, os pesquisadores eram acionados para proceder a entrevista. Foram incluídos no estudo denunciados de agressão a idosos que residiam no Município e que tinham condições de comunicação para fornecer as informações necessárias. Foram excluídos aqueles que representaram risco de agressão ou capacidade cognitiva comprometida.

A coleta de dados ocorreu no período de março a dezembro de 2019, nas dependências da DDM e, em alguns casos, nas residências dos denunciados em local e horários previamente pactuados por telefone. As entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores treinados, sendo um psiquiatra que era o pesquisador principal e conduziu as entrevistas. Houve um encontro com cada denunciado de agressão com duração entre 16 a 81 minutos, com média de 39 minutos para realização das entrevistas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas presenciais com os denunciados de agressão a idosos. Utilizou-se como guia um roteiro contendo dados de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, escolaridade, grau de parentesco com o idoso, dependência financeira, se mora com o idoso e se é o cuidador); dados sobre o uso de álcool ou drogas ilícitas e presença de transtorno mental. A entrevista foi composta por 7 perguntas elaboradas de acordo com o objetivo: 1- Fale sobre a sua relação com o idoso 2- A que você atribui o fato de ter agredido o idoso 3- Como você está se sentindo em relação ao ocorrido? 4- Fale sobre quais aspectos o idoso depende de você 5- Fale sobre a sua dependência em relação ao idoso 6- Fale como você cuida da sua saúde.

Ao final das entrevistas era realizado acolhimento e escuta de algo que o entrevistado tivesse necessidade de expor, finalizando com apontamentos, orientações e direcionamentos de cuidados, conforme as necessidades apresentadas.

As entrevistas foram encerradas no momento em que houve a saturação dos dados, o que, segundo Minayo¹⁴, pode ser entendida como o momento da

pesquisa no qual a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado.

Segundo Braun e Clarke¹² a trajetória dessa análise é apresentada em seis fases, não se tratando de um processo linear em que uma fase precede a outra, sendo necessário aplicar a flexibilidade e ser exaustivo na interação com os dados, para que se possa gerar percepções ricas e complexas.

Na proposição das fases a serem seguidas, inicialmente coloca-se a **familiaridade com os dados**, que compreende a imersão por meio de leituras repetidas dos dados de forma a se aproximar da profundidade e amplitude do conteúdo¹².

A segunda fase envolve a **produção de códigos iniciais** a partir dos dados, sendo que estes representam um conteúdo semântico ou latente que se referem ao segmento ou elemento mais básico do dado¹².

A fase três, que se refere à **procura por temas**, a qual desenvolvida a partir da lista de códigos e envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais¹².

Na fase quatro, foi momento **de revisitar os temas**, o que envolve o seu refinamento, leva em consideração os critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa, sendo necessário, muitas vezes, retomar a codificação dos dados até que se consiga criar um mapa temático satisfatório¹².

Na sequência, os temas são **definidos e nomeados**, ou seja, é identificada a essência do assunto.

E, por fim, a última fase, começa quando o conjunto dos temas já foram totalmente trabalhados, iniciando-se a análise final e a escrita do relatório¹².

Para preservar o sigilo da identidade, os participantes foram representados, na transcrição,

pela letra D de denunciado seguida de um número cardinal indicativo da ordem de realização das entrevistas, da seguinte forma: D1, D2.... e D16.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, atendendo à resolução 510/2016, conforme Parecer nº 3.250.567, foram explicados os objetivos do estudo e dada a garantia do anonimato dos depoimentos, ocasião em que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado voluntariamente.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 16 pessoas denunciadas por agressão a idosos. No processo de coleta de dados sete denunciados não aceitaram participar da entrevista e a outros treze não foi possível o contato, uma vez que muitos deles não atendiam ao telefone, estavam em encarceramento ou internação.

Quanto aos dados sociodemográficos constatou-se que a idade dos denunciados variava de 38 a 86 anos, sendo que metade desses também são idosos. O sexo masculino foi predominante, sendo 12 (75%) deles com escolaridade que vai desde o primário incompleto até àqueles que possuem nível superior completo. Dos denunciados, 11 (68,75%) residem com o idoso, sendo a metade das ocorrências cometida pelo companheiro(a). A maioria relata não depender financeiramente e seis (37,5%) cuidam do idoso. Observa-se, ainda, que 10 (62,5%) dos denunciados faz uso abusivo de álcool e/ou drogas ilícitas ou tem algum transtorno mental, seja decorrente do uso de drogas ou não. Quanto ao tipo de violência acometida, observou-se que sete foram violência física, três verbal, duas psicológica e quatro negligência. A análise dos dados levou à definição de cinco temáticas finais e suas respectivas subtemáticas, segue o quadro 1:

Quadro 1. Distribuição dos temas e subtemas finais. Marília, SP. 2021

Temas	Subtemas
Defendendo-se da acusação de agressão	Nega a acusação de agressão Justifica a motivação da violência Minimiza a situação de violência
Dependência mútua	Dependência financeira Dependência de cuidados
Atribui a ocorrência ao comportamento do idoso	Xingamento Invenção de fatos Falta de compreensão do que é dito História de convivência com a agressão
Reconhece suas necessidades e busca soluções	Agressão ocorreu por estar sob efeito de drogas psicoativas Busca de tratamento para evitar agressão Compara o cuidado do idoso a uma prisão
Sofrendo as consequências da agressão.	Auto negligência do denunciado Desejando apagar a situação Sentindo-se agredido emocionalmente Dificuldade para lidar com a situação

Fonte: Elaboração própria

Defendendo-se da acusação de agressão

Ao serem entrevistados, os denunciados se defendiam da agressão cometida, por meio de justificativas, negação e minimização do fato ocorrido. Alegaram que estavam sob efeitos de drogas e que não tinham consciência do que estava acontecendo. A agressão física é negada, mesmo reconhecendo que estava sentindo raiva e que tenha pego no braço da vítima, existindo ainda a dificuldade em reconhecer tipos de agressões diferentes desta. Além das questões já mencionadas, o fato de nunca ter provocado agressão também parece dar ao agressor a sensação de não ter cometido o ato, pois alega que a lesão ocorreu por acidente próprio da vítima. Seguem abaixo alguns relatos:

“Brigamos verbalmente porque eu pedia dinheiro para comprar droga [...] Aconteceu que eu estava “chapado” e não sabia direito o que estava fazendo[...]Estava sem tratamento, agora eu aderi ao tratamento” (D1).

“[...]tem hora que é o seguinte, eu sinto raiva, mas não é que é raiva assim de agredir ninguém porque eu nunca a agredi. Se ela falou aqui no papel que eu a agredi, nunca agredi” (D2).

“Como é que alguém que me conhece[...] tem coragem de pegar um fato do dia-a-dia, ir na delegacia para me denunciar como agressor? Eu nunca encostei, eu nunca dei um beliscão em minha mãe[...]” (D7)

“Ela nem chegou a cair, ela fez assim, falseou o pé, quase caiu, mas deu a torçãozinha no pé, mas por ela sozinha! Ela se exaltou e quando ela mesma se exaltou, então ela deu aquele passo em falso” (D13).

“Foi uma bobeira, eu tinha mesmo um revólver dentro do carro[...]aí ela deu parte de mim, só que eu tinha dado um tiro um dia antes de noite, pra cima[...]eu me sinto numa raiva tremenda! Porque eu nunca, depois de 35 anos, eu fui parar na detenção. Só que nessa parte de agressão nunca teve!” (D14).

Dependência mútua

Nas entrevistas foi possível observar que há entre agredido e denunciado uma dependência mútua. Por um lado, o denunciado necessita do apoio financeiro da pessoa idosa e, por outro lado, a pessoa idosa depende de seus cuidados. Incluem-se também

aqueles que alegam que não podem trabalhar pois precisam prestar os cuidados. Constata-se assim, que se trata de uma relação que irá se perpetuar conforme revelado a seguir:

“[...] ela depende de mim por causa da doença[...]. Ajudo em tudo [...] eu limpo a casa, eu faço almoço, tem vez que ela faz almoço. Eu a levo no médico[...] eu dependo mais dela do que ela de mim porque o dinheiro vai na mão dela. Como eu não posso trabalhar por causa dela, porque eu tenho que cuidar dela, então eu estou na mão dela (D2)”.

“Foi difícil porque, assim, eu trabalho e tive que parar meu serviço para ajudar cuidar (D3)”.

Atribui a ocorrência ao comportamento do idoso

Os entrevistados alegam que a agressão ocorreu devido ao comportamento agressivo da pessoa idosa que realiza agressões verbais, por meio de xingamentos e invenção de fatos que não foram praticados por ele. Além disso, afirmam que a pessoa idosa não tem uma compreensão daquilo que é dito de fato, fazendo, assim, a sua própria interpretação. Há relatos de vivências importantes de agressão por alguns entrevistados que também já estiveram no papel de vítimas e agora parecem reproduzir essas vivências como agressor, segue os relatos:

“Ela me xinga de desgraçado, demônio, de tudo ela me xinga, ela não tem medo! o problema dela é a cabeça, ela inventa as coisas[...].” (D2).

“Ela é problemática, no sentido que é perturbada. Você fala uma coisa e ela interpreta de outra maneira[...].” (D4).

“Ele fica violento mesmo! Então a minha defesa é morder. Então eu carquei o dente bem em cima do peito dele, ele tem a marca até hoje!” (D10).

“Eu sou criado neste ninho, o que eu vou aprender? Não diz que o pai é o espelho do filho? Eu vou aprender isso aí [...] já tive que separar briga do meu pai, que meu pai bebia, agredia minha mãe[...] Ele deu 32 facadas no meu irmão[...].” (D12).

“Aí nós discutimos seriamente! Vou falar a verdade, se ela puder bater, ela bate. Minha mãe é osso duro, e eu a puxei! Por isso que eu e ela não

dá certo, porque se eu for discutir com a pessoa e a pessoa começar a tirar, tipo, gracinha de mim, eu já não aguento. Eu sou um cara ignorante!” (D14).

Reconhece suas necessidades e busca soluções

O denunciado reconhece as suas fragilidades no desempenho desse papel, especialmente quando no papel de cuidador. A sobrecarga de cuidar do idoso parece constituir em uma tarefa penosa tanto física como emocionalmente, especialmente para aqueles que mostram não ter muitos recursos para tal, mesmo desejando cuidar e ficar ao lado do idoso. Ocorre também de apresentar algum transtorno mental ou emocional ou de fazer uso abusivo de bebida alcoólica, sendo que, em alguns casos, eles buscam soluções por meio de tratamento na tentativa de evitar que a agressão se repita.

“Então nós ficamos presos aí durante esses 16 anos e ninguém sabe até quando vai essa prisão.” (D3)

“Tudo que eu poder fazer com ela, eu faço por ela, coitadinha... Eu me casei com ela não foi para poder largar ela, entendeu? Não tem um ditado que fala assim “quem come a carne, rói o osso”? Assim mesmo sou eu. Eu casei com ela para ficar até o fim, entende?” (D2)

“Eu estou fazendo acompanhamento, estou tomando medicação. Tem hora que eu não tenho fôlego para mim, eu não tenho um momento meu. Eu entendo que eu tenho alguma descompensação psicológica, devido a tudo isso que eu já vivenciei e eu me sinto assim, eu tenho que trabalhar com isso, mas é calada e surdinha[...].” (D4).

“Mas, assim, eu sei meu limite. Eu acho que eu sei, não é? Mas bêbado nunca sabe o limite, não é?” (D12).

“Juntou depressão, a crise nervosa...” (D8).

Sofrendo as consequências da agressão

As situações de autonegligência e de sofrimento emocional, permeiam as situações de violência. Os denunciados tanto expressaram o fato de não tratarem doenças clínicas e mentais adequadamente,

como deixaram de se alimentar adequadamente após a denúncia e, com isso, perdendo peso. Alegam ainda o desejo de apagar a situação, que estão se sentindo agredidos emocionalmente ou que não sabem lidar com o que está ocorrendo.

“Então, eu tenho pressão alta, mas super alta! Já faz quase 2 anos que eu não tomo nada, suspendi tudo!” (D5).

“[...]eu gostaria que fosse passada uma borracha, eu queria seguir a minha vida e que ela segue a dela”. (D4).

“Olha, eu vou dizer para você[...] Me senti, assim, tão agredido emocionalmente porquê[...] o fato de achar que eu possa ter feito já me incomoda!” (E7).

“Estou péssima, psicologicamente abalada. Eu não estou conseguindo lidar com essa situação, porque, assim, em toda a minha vida, 48 anos eu nunca tive problema com a justiça[...]” (D15).

DISCUSSÃO

A realização do presente estudo, o qual buscou interpretar as vivências dos denunciados de agressão à pessoa idosa, constituiu-se em um grande desafio, visto que as condições dos denunciados são complexas e adversas, uma vez que há a internação, cárcere ou falta de lucidez dos entrevistados; este último por conta do uso abuso de drogas lícitas e ilícitas ou pela presença de transtorno mental.

Além disso, perpassa pela dificuldade de investigação do fenômeno, o fato de ser um tema silenciado e revestido de tabus⁷, porque na maioria das vezes ocorre no seio familiar, a qual é vista como um espaço de proteção e cuidado, e, apesar do sigilo das informações e não interferência processual do caso, os entrevistados mantêm-se receosos e com dificuldade de tratar a temática.

Dados do presente estudo corroboram com a literatura demonstrando que os principais agressores são do sexo masculino e fazem uso abusivo de álcool e drogas ilícitas. Ainda, são características em comum: comportamento hostil e agressivo, desemprego, problemas financeiros, coabitação, história de relacionamento difícil, estresse decorrente do cuidado

do idoso e a possível transmissão intergeracional de condutas violentas^{15,16}. As vítimas do sexo feminino sofrem mais agressões por cônjuges e, do sexo masculino, por filhos. As principais características dos idosos que sofrem agressão são: dependência física e/ou intelectual, demência, depressão ou comportamento agressivo e desafiante.

A violência contra o idoso perpetrada por familiares no próprio domicílio ganha relevância ao se considerar que a legislação nacional, por meio da Constituição Federal e do Estatuto do idoso, conferem ao mesmo a proteção integral, assegurando oportunidades e facilidades para a preservação da saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade, haja vista que tais garantias devem ser proporcionadas pelo estado e pela família^{17,18}.

Destaca-se que nas últimas décadas a família vem passando por modificações, incluindo a sua fragmentação, com as vivências menos tradicionais da conjugalidade, redução da natalidade e a redução do tempo disponível para os cuidados, visto que tanto as mulheres como os homens assumem extensas atividades laborais^{19,20}

Quanto ao presente estudo, deve-se destacar que metade dos participantes são idosos e também companheiros^{18,19}. Portanto, embora viver com o companheiro represente um fator de proteção contra abuso físico ou financeiro²¹, a injustiça quanto à divisão de trabalhos domésticos, investimento excessivo em questões pessoais, influências de fatores ambientais e questões de tomada de decisões importantes ao contexto do cônjuge de forma unilateral²² propiciam à violência.

Na análise das entrevistas com os agressores, observa-se um padrão de falas revestidos de mecanismos de defesa, incluindo essencialmente a negação da agressão cometida e a racionalização. A negação trata-se da recusa consciente em perceber fatos perturbadores e a racionalização compreende a criação de desculpas falsas para justificar o comportamento²³.

Isso decorre do fato de que ao aceitar ter agredido o idoso, o agressor se defronta com dano emocional intolerável e com o reconhecimento de que cometeu um ato falho. Trata-se de uma condição que precisa

ser considerada e abordada por profissionais de saúde, para que o denunciado consiga entender os fatos, considerando que a recusa consciente no enfrentamento de fatos perturbadores dificulta ao indivíduo lidar com os desafios e estabelecer estratégias adequadas no relacionamento²⁴. Assim, quando os entrevistados admitem que perpetraram a violência contra a pessoa idosa, eles também reconheceram que necessitavam de ajuda para melhorar o comportamento agressivo²⁵.

O papel de cuidador, por sua vez, também representa um grande desafio devido à sobrecarga que o mesmo requer. Um estudo identificou que um terço deles apresentou sobrecarga de cuidado, o que foi associado à idade, à disfunção familiar e à prestação de cuidado contínuo, visto que na maioria das vezes o cuidado recai sobre uma única pessoa²⁵.

Caminhando na perspectiva de compreender a violência, é perceptível que ela é considerada uma condição multifatorial, que muitas vezes tem sua origem na infância, pela ineficácia na conduta dos pais ou responsáveis em colocar limites ao mau comportamento. Além disso, identificam-se características em comum entre vítima e agressor, sendo a vítima quem molda o agressor, sendo assim, o abuso, ocorrido na infância, permeia o funcionalismo psicológico na idade adulta, refletindo nas relações familiares posteriores^{26,27}.

Tem-se, ainda que a violência é uma questão culturalmente determinada e, embora tenha uma relação direta com a intencionalidade do ato, ou seja, considera-se como violência quando o ato é intencional, pode, em determinadas crenças e culturas, não ser considerada como tal^{28,29}.

Observa-se ainda que os agressores manifestam sentimentos de auto punição quando informam que deixaram de tomar os medicamentos ou de se alimentarem adequadamente, sendo demonstrado por meio da autonegação do prazer e por penalidade auto-impostas^{30,31}.

A necessidade de uma abordagem adequada visando a resolução dos conflitos existentes entre agredido e denunciado ganha relevância ao se verificar que nessa relação há uma dependência mútua e que a mesma irá se perpetuar após a ocorrência e as medidas judiciais cabíveis, pois-na maioria dos casos

existe uma dependência financeira ou de cuidados entre ambos os envolvidos nessa relação.

Por fim, mesmo frente às limitações do estudo por se tratar de um assunto que causa constrangimento e que, portanto, os participantes podem omitir ou distorcer as informações, além de se utilizar de entrevistas com apenas uma pequena parcela dos denunciados por agressão, em decorrência das dificuldades em fazer as entrevistas, o presente estudo traz reflexões importantes, haja vista que, tanto agredido como o denunciado necessitam de cuidados específicos dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que dar voz ao denunciado de agressão à pessoa idosa é deparar-se com situações que envolvem necessidades socioeconômicas e de saúde, em um contexto de relações de difícil manejo, pois na maioria dos casos o denunciado é um integrante da família e esse convívio irá se perpetuar pela dependência mútua entre eles.

Os denunciados buscam defender-se da agressão e, nesta perspectiva, negam, justificam e minimizam o ato cometido. Observa-se também a existência de dependência mútua, seja financeira ou de cuidados, o que muitas vezes dificulta ou até impede que a convivência seja interrompida. O comportamento agressivo, por meio de xingamentos e histórias de convivência com agressões perpetuadas pelo idoso, além da árdua tarefa de cuidar do idoso, o uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas foram fatores que contribuíram para as agressões. Os entrevistados expressam sentimento de culpa e arrependimento pela agressão perpetrada, reconhecem as suas necessidades e buscam apoio para o enfrentamento da situação.

Nas situações de agressão é preciso que haja uma escuta ampliada. Para isso, é preciso dar voz para as necessidades tanto da pessoa idosa como do denunciado, para que seja possível caminhar de forma construtiva na resolução do conflito. Recomenda-se, portanto, o apoio de uma equipe de saúde multidisciplinar em um trabalho articulado com outros setores.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: É possível prevenir. É necessário superar [Internet]. 2013 [acesso em 01 dez. 2018]. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolenciaIdosogovfedweb.pdf>.
2. Brasil. (Constituição, 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
3. Pina SCT, Coelho APF, Torres JC, Teixeira AB. O papel da família e do Estado na proteção do idoso. *Ciênc ET Praxis*. 2017;9(18):35-40. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2532/1495>.
4. Carrara BS, Espírito Santo PMF. Old age institutionalized in postmodern times: the identity in parallel universe? *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(5):1672-89. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13542/1631>.
5. Souza A, Pelegrini TS, Ribeiro JHM, Pereira DS, Mendes MA. Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):864-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>.
6. Santana IO, Vasconcelos D, Coutinho MPL. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. *Arq Bras Psicol*. 2016;68(1):126-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000100011&lng=pt.
7. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):777-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>.
8. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Elderly victims of abuse: a five years document analysis. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):87-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15037>.
9. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *N Engl J Med*. 2015; 373: 1947-56. Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMr1404688>
10. Brasil. Ministério da Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 20 mar. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf.
11. Rodrigues RAP, Monteiro EA, dos Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):783-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos: censo demográfico 2010 [Internet]. Marília: IBGE; [2011] [acesso 06 fev. 2019]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensus e controvérsias. *Rev Pesq Qualitat*. 2017;5(7):1-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315756131_AMOSTRAGEM_E_SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_CONSENSOS_E_CONTROVERSIAS_SAMPLING_AND_SATURATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONSENSUSES_AND_CONTROVERSIAS
15. Almeida FSA, dos Santos CL, Vieira DN. Abuso de idosos e o papel dos profissionais de saúde. *Rev Port Med Geral Fam*. 2019;36:24-34. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v36n1/v36n1a04.pdf>.
16. de Matos NM, Albernaz EO, de Souza BB, Braz MC, do Vale MS, Pinheiro WA. Profile of aggressors of older adults receiving care at a geriatrics and gerontology reference center in the Distrito Federal (Federal District), Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):e190095. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>.
17. Veras R, Oliveira M. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):887-905. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>.
18. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: SEDH; 2004.
19. Pina SCT, Coelho APF, Torres JC, Teixeira AB. O papel da família e do estado na proteção ao idoso. *Ciência et Praxis*. 2016;9(18):35-38.
20. Aguiar CSA, Menezes TMO, Camargo CL. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Av Enferm*. 2018;36(3):292-301. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-292.pdf>.

21. Eslami B, Viitasara E, Macassa G, Melchiorre MG, Lindert J, Stankunas M, et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *Int J Public Health*. 2016;61(8):891-901. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/27083450>.
22. Faulkner RA, Davey M, Davey A. Gender-related predictors of change in marital satisfaction and marital conflict. *Am J Fam Ther*. 2007;33:61-83.
23. Weiten W. Introdução à psicologia: temas e variações. 4. ed. São Paulo: Pioneira; 2002.
24. Muniz PR, Almeida JFC, Teixeira KMS, Vasconcelos EAR. Análise dos mecanismos de defesa do ego utilizados pelos etilistas e o impacto do vício no meio social. *DRIUFT*. 2021;7(4):124-37. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/9245>.
25. Nunes DP, de Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Supl 2):e180020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300417&lng=en.
26. Nóbrega Jr. JMP. Teorias do crime e da violência: uma revisão da Literatura. *BIB*. 2015;77:69-89. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/bib-pt/bib-77/9984-teorias-do-crime-e-da-violencia-uma-revisao-da-literatura/file>
27. Reisig MD, Holtfreter K. The victim-offender overlap in late adulthood. *J Elder Abuse Negl*. 2018;30(2):144-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1426512>.
28. da Costa CB, Mosmann CP. Estratégias de resolução dos conflitos conjugais: percepções de um grupo focal. *Psico*. 2015;46(4):472-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20606>.
29. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(Supl):1163-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
30. Julle-Danière E, Whitehouse J, Mielke A, Vrij A, Gustafsson E, Micheletta J, et al. Are there non-verbal signals of guilt? *PLoS One*. 2020;15(4):e0231756. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231756>.
31. Vaish A. The prosocial functions of early social emotions: the case of guilt. *Curr Opin Psychol*. 2018;20:25-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.008>.



Caracterização das violências autoprovocadas cometidas pelas pessoas idosas na Região Sul do Brasil de 2009 a 2016

Characterization of self-inflicted violence committed by older people in southern Brazil from 2009 to 2016

Fernanda Cornelius Lange¹

Carolina Carvalho Bolsoni¹

Sheila Rubia Lindner¹

Resumo

Objetivo: Descrever as características das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na região Sul do Brasil, de 2009 a 2016. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo, descritivo e com dados secundários. As variáveis em relação as características sociodemográficas dos locais e dos meios de agressão foram selecionadas com base nas fichas de notificação. As variáveis foram submetidas à análise estatística descritiva por meio de frequência simples e proporção (%), foi estratificado por faixa etária (60-69 anos; 70-79 anos; 80 anos ou mais) e realizado os intervalos de confiança (IC95%). A significância estatística foi testada através do teste qui-quadrado (χ^2) e considerado o valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Os resultados mostraram que, na região Sul do Brasil, o perfil das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada são predominantemente de 60 a 69 anos (61,3%), do sexo masculino (56,1%), cor de pele branca (90,9%), com baixo nível educacional (56,3%) e casadas (54,0%). Entre os estados, o Rio Grande do Sul registrou o maior número de notificações (50,7%), predominaram como local de ocorrência a zona urbana (81,8%) e a residência/habitação coletiva (90,2%). Os meios de agressão mais utilizados foram o enforcamento (29,9%) e o envenenamento (24,9%). Observou-se a ocorrência de dois desfechos, a repetição (31,5%) da violência autoprovocada e os registros de óbitos (43,8%). **Conclusão:** O delineamento do perfil epidemiológico, na região Sul do Brasil, identificou grupos de pessoas idosas que necessitam de maior atenção nas ações de prevenção e ocorrência da violência autoprovocada, sendo eles os idosos do sexo masculino, mais jovens e com baixa escolaridade.

Palavras-chave: Violência. Tentativa de Suicídio-Idoso. Sistemas de Informação em Saúde.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Santa Catarina, SC, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). N° do processo: 88882.437675/2019- 01. Bolsa de Mestrado.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Fernanda Cornelius Lange
fernandalange@yahoo.com.br

Recebido: 01/06/2021
Aprovado: 18/08/2021

Abstract

Objective: To describe the characteristics of older people who committed self-inflicted violence, reported in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) in southern Brazil, from 2009 to 2016. **Method:** This is a retrospective, descriptive study with a quantitative approach, and with secondary data. The variables in relation to the sociodemographic characteristics of the places and means of violence were selected based on the notification forms. Variables were subjected to descriptive statistical analysis using simple frequency and proportion (%), stratified by age group (60-69 years; 70-79 years; 80 years or more) and confidence intervals were performed (95%CI). Statistical significance was tested using the chi-square test (χ^2) and considered the value of $p \leq 0.05$. **Results:** The results showed that, in the southern region of Brazil, the profile of older people who committed self-inflicted violence are predominantly aged 60 to 69 years (61.3%), male (56.1%), white (90.9%), with low educational level (56.3%) and married (54.0%). Among the states, Rio Grande do Sul recorded the highest number of notifications (50.7%), urban areas (81.8%) and residences/collective housing (90.2%) predominated as places of occurrence. The most used means of violence were hanging (29.9%) and poisoning (24.9%). The occurrence of two outcomes was observed, repetition (31.5%) of self-inflicted violence and death records (43.8%). **Conclusion:** The outlining of the epidemiological profile, in the southern region of Brazil, identified groups of older people who need more attention in the actions of prevention and occurrence of self-inflicted violence, being male older people, younger and with low education.

Keywords: Violence. Suicide Attempted. Elderly. Health Information Systems.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico, individual, irreversível, que promove um declínio progressivo das funções fisiológicas que interferem na capacidade orgânica e funcional das pessoas idosas¹. Essas alterações podem ser percebidas de maneira positiva ou negativa pela pessoa idosa, ou seja, o histórico de sua vida determinará comportamentos futuros, podendo para muitos culminar na violência autoprovocada².

Assim, a violência autoprovocada pode ser compreendida como aquela que ocorre quando uma pessoa pratica a ação consciente de autodestruição, esta é subdividida em comportamento suicida e autoagressão. O primeiro inclui ideação suicida, tentativas de suicídio e os suicídios; enquanto a autoagressão engloba atos como a automutilação e agressões a si próprio, desde as formas leves até as severas³.

Portanto, entende-se por tentativas de suicídio o ato deliberado de tirar a própria vida, porém sem efetivá-lo⁴. Alguns autores consideram existir uma fronteira tênue entre a ideação, a tentativa e o suicídio,

embora haja a necessidade de se compreender que a ideação e as tentativas podem alternar-se⁵.

Tentar explicar as razões pelas quais uma pessoa comete violência autoprovocada ou deseja fazê-lo, provém de uma gama de elementos que influenciam esse comportamento, tais fatores são oriundos de situações pessoais, sociais, psicológicas, culturais, biológicas e ambientais⁶. De maneira geral, as pessoas que cometem violência autoprovocada, estão vivenciando um sentimento de impossibilidade na identificação de alternativas para a solução de seus conflitos³. Cavalcante et al.⁷, referem que a população idosa apresenta os mesmos comportamentos que outras faixas etárias relacionados as dificuldades em solucionar seus conflitos, já que tais dificuldades são provenientes de diferentes fatores sociais⁸.

Estima-se que as tentativas de suicídio são até quatro vezes maiores que os suicídios para as pessoas com faixa etária de 60 anos ou mais, podendo alcançar a proporção limite de um ato por um óbito². O risco de óbito aumenta na medida em que aumentam o número de tentativas de suicídio, bem como está associado a intervalos menores de tempo entre uma violência e outra⁹.

Referente aos óbitos autoprovocados, uma média de 11 mil pessoas tiram a própria vida por ano no Brasil. A região Sul do Brasil, concentra 23% dos casos de suicídio do território nacional¹⁰. A taxa por suicídio nessa mesma região no ano de 2012, para pessoas de 60 anos ou mais foi de 16 por 100.000 habitantes¹¹. Em relação aos suicídios a ciência já quantificou números relacionados aos idosos, porém nota-se escassez de estudos que envolvam essa população quando se refere a tentativas de suicídio¹².

Desta forma, as violências autoprovocadas em pessoas idosas são um problema social e de saúde pública, isto posto existe a necessidade imperiosa de investir em estudos sobre a temática, uma vez que há ausência de pesquisas publicizadas com essa população na região Sul do Brasil.

No Brasil, uma das possibilidades de estabelecer resultados epidemiológicos referente a violência autoprovocada, é utilizando o banco de dados nacional do sistema de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN), o qual é alimentado pelas notificações realizadas pelos profissionais ou instituições de saúde¹². Mais que apenas produzir dados quantificáveis sobre a violência autoprovocada, há a necessidade de conceder aos profissionais e autoridades de saúde o conhecimento sobre a realidade das pessoas idosas de forma contextualizada a fim de possibilitar a criação de novas políticas públicas^{13,14}. Portanto, objetivamos descrever as características das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na região Sul do Brasil de 2009 a 2016.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativo, descritivo, retrospectivo, com dados secundários. As notificações de violências autoprovocadas das pessoas idosas estudadas se concentram na região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2016. O estatuto do Idoso¹⁵ considera pessoa idosa no Brasil, aquela que completa sessenta ou mais anos, portanto essa foi a população alvo deste estudo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁶, a projeção da população idosa na região Sul do Brasil no ano de 2025 corresponderá a 6.047.338 pessoas. A perspectiva em porcentagem para a população idosa, referente ao ano citado, será de aproximadamente 18% para os estados do Paraná e Santa Catarina e 22% para o Rio Grande do Sul.

O período estudado foi delimitado de 2009 a 2016, em função das notificações de violência terem sido inseridas no SINAN no ano de 2009 e em 2016 devido a disponibilidade do banco de dados estar consolidado pelo Ministério da Saúde (MS). A seleção das variáveis presentes no estudo baseou-se nas Fichas de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, publicizada no ano de 2008 e Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada, publicada no ano de 2015. Considerou-se as alterações realizadas pelo MS no ano de 2015, optou-se pela escolha, na sua maioria, dos dados em comum nos dois modelos de notificação¹¹. As variáveis selecionadas, das fichas, visaram responder aos objetivos do estudo.

Optou-se por separar as variáveis em características sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, escolaridade e situação conjugal/estado civil), localização (unidade federativa, zona de ocorrência, local da ocorrência e turno da ocorrência) e da violência (meio de agressão, violência de repetição e evolução), das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada.

Na ficha de notificação de 2008, estava presente o campo evolução que registrava o desfecho do caso, podendo, entre eles, haver o óbito decorrente da violência. As pesquisadoras entenderam ser relevante a inclusão desse dado no estudo, mesmo não estando incluído na ficha de 2015. Neste estudo, optou-se por utilizar todas as notificações de violência autoprovoca pelas pessoas idosas presentes no banco de dados, mesmo que algumas não estejam totalmente preenchidas.

As variáveis foram extraídas do banco de dados nacional do sistema do SINAN entre novembro e dezembro de 2019 e submetidas à análise estatística descritiva, por meio de frequência simples e proporção (%), estratificados por faixa etária (60-69 anos; 70-79 anos; 80 anos ou mais) e realizado intervalos

de confiança (IC95%). A significância estatística foi testada usando-se o teste qui-quadrado (χ^2) e considerado o valor de $p \leq 0,05$.

O banco de dados foi solicitado por pesquisadora do grupo de pesquisa em Violência e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina através do sistema de acesso à informação, e cedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, após assinatura do termo de responsabilidade de cessão das bases de dados da secretaria de vigilância em saúde, com aval da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Quanto os cuidados éticos, a pesquisa utilizou dados secundários, portanto não precisou ser submetida ao comitê de ética devido a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016, artigo 1º, parágrafo único e alínea V, refere que pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual não são registradas e passadas nos Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

RESULTADOS

Foram analisadas 2.290 notificações do SINAN de violências autoprovocadas de pessoas idosas no Sul do Brasil entre 2009 e 2016. A média da idade das pessoas idosas foi 68,9 anos, sendo que a 43,9% são do sexo feminino e 56,1% do sexo masculino. Declararam-se como brancos 90,9% e 5,9% como pardos, destas 6,3% tinham de zero a quatro anos de estudo, seguido de 28,6% que tinham de cinco a oito

anos de estudo; características essas que prevalecem nas três estratificações por idade. Declararam-se casados ou em união estável 54,0% e 23,0% viúvos, nota-se que os casados predominam nas três faixas etárias estratificadas. Informações essas encontradas na tabela 1.

A tabela 2 descreve sobre as características dos locais onde ocorreu a violência autoprovocada das pessoas idosas, na região Sul do Brasil. O estado do Rio Grande do Sul registrou 50,7% das notificações, seguido de Santa Catarina 27,1% e por fim, o Paraná com 22,2%, evidenciando que o estado do Rio Grande do Sul apresenta maior porcentagem de registros de violência autoprovocada nas três faixas etárias estratificadas. As violências autoprovocadas ocorreram predominantemente na zona urbana ou periurbana com 81,8% dos casos registrados. O local de maior ocorrência das violências autoprovocadas registradas foram a residência/ habitação coletiva com 90,2%. O horário de ocorrência foi 33,3% no período da manhã e no período da tarde com 33,1%.

A tabela 3 refere sobre as características dos meios de agressão utilizados pelas pessoas idosas nas violências autoprovocadas, sendo que o enforcamento com 29,9%, o envenenamento 24,9%, o objeto perfuro cortante 11,5%, a força corporal/espantamento 6,4% e a arma de fogo 6,2%. Registrou-se que 31,5% dos casos de violência autoprovocada se repetiram. Foram a óbito em decorrência das violências autoprovocadas 397 pessoas idosas (43,8%), 203 (51,3%) de 60 a 69 anos, 126 (31,7%) de 70 a 79 anos e 68 (17,1%) de 80 anos ou mais.

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada, notificadas no SINAN. (N=2.290). Região Sul. Brasil. 2009-2016.

Características	Total	60-69 anos		70-79 anos		80 anos ou mais		Valor de <i>p</i>
	N (%)	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Sexo (n=2.290)								<0,001
Feminino	1.005 (43,9)	666 (66,3)	63, 2-69,1	237(23,6)	21,0-26,3	102 (10,1)	8,4-12,1	
Masculino	1.285 (56,1)	738 (57,4)	54,7-60,1	382 (29,7)	27,2-32,2	165 (12,9)	11,1-14,7	
Cor da pele (n= 2.229)								0,252
Branca	2.026 (90,9)	1.231(60,8)	58,6-62,8	561(27,7)	25,7-29,6	234 (11,5)	10,2-13,0	
Preta	58 (2,6)	33 (56,9)	43,5-69,2	17(29,3)	18,8-42,6	8 (13,8)	06,9-25,6	
Amarela/Indígena	13 (0,6)	8 (61,5)	30,5-85,3	3 (23,1)	6,3-57,1	9 (15,4)	3,0-50,9	
Parda	132 (5,9)	94 (71,2)	62,8-78,3	23 (17,4)	11,7-24,9	15 (11,4)	6,9-18,1	

continua

Continuação da Tabela 1

Características	Total	60-69 anos		70-79 anos		80 anos ou mais		Valor de <i>p</i>
	N (%)	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Escolaridade (anos) (n=1.519)								<0,001
0-4	855 (56,3)	493 (57,7)	54,3-60,9	253 (29,6)	26,6-32,7	109 (12,7)	10,6-15,1	
5-8	434 (28,6)	304 (70,1)	65,5-74,1	99 (22,8)	19,0-27,0	31 (7,1)	5,0-9,9	
9-11	171 (11,2)	128 (74,9)	67,7-80,8	30 (17,5)	12,5-24,0	13 (7,6)	4,4-12,7	
12 ou mais	59 (3,9)	508 (4,7)	72,7-92,0	8 (13,6)	6,7-25,2	1 (1,7)	0,2-11,6	
Estado Civil (n=1.970)								<0,001
Solteira	241 (12,2)	158 (65,6)	59,2-71,3	57 (23,6)	18,6-29,4	26 (10,8)	7,4-15,4	
Casada(o)/uni. Estável	1.063 (54,0)	703 (66,1)	63,2-68,9	273 (25,7)	23,1-28,3	87 (8,2)	6,6-9,9	
Viúva(o)	453 (23,0)	177 (39,1)	34,6-43,6	160 (35,3)	31,0-39,8	116 (25,6)	27,1-29,8	
Separada(o)	213 (10,8)	163 (76,5)	70,3-81,7	41 (19,3)	14,4-25,1	9 (4,2)	2,2-7,9	

Fonte: VIVA/SINAN, 2009-2016.

Tabela 2. Características dos locais onde a violência autoprovocadas foi cometida pelas pessoas idosas notificadas no SINAN. (N=2.290). Região Sul. Brasil. 2009-2016.

Características	Total	60-69 anos		70-79 anos		80 anos ou mais		Valor de <i>p</i>
	N (%)	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Estado (n=2.290)								<0,001
Paraná	509 (22,2)	323 (63,5)	59,1 -67,5	144 (28,3)	24,5-32,3	42 (8,2)	6,1-10,9	
Santa Catarina	620 (27,1)	417 (67,3)	63,4-70,8	146 (23,5)	20,3-27,0	57 (9,2)	7,1-11,7	
Rio Grande do Sul	1.161(50,7)	664 (57,2)	54,3-60,0	329 (28,3)	25,8-31,0	267 (14,5)	12,5-16,6	
Zona de ocorrência (n=2.163)								0,023
Urbana/periurbana	1.769 (81,8)	1.105 (62,5)	60,1-64,6	470 (26,6)	24,5-28,6	194 (10,9)	9,5-12,5	
Rural	394 (18,2)	217 (55,1)	50,1-59,9	123 (31,2)	26,8-35,9	54 (13,7)	10,6-17,4	
Local da ocorrência (n=2.234)								0,064
Residência/habitação coletiva	2.016 (90,2)	1.226 (60,8)	58,6-62,9	545 (27,0)	25,1-29,0	245 (12,2)	10,7-13,6	
Via Pública	106 (4,8)	74 (69,8)	60,2-77,8	25 (23,6)	16,3-32,7	7 (6,6)	3,1-13,3	
Outros	112 (5,0)	74 (66,0)	56,6-74,3	32 (28,6)	20,8-37,7	6 (5,4)	2,3-11,5	
Hora da ocorrência (n=1.490)								0,086
Manhã	491 (33,0)	276 (56,2)	51,7-60,5	149 (30,4)	26,4-34,5	66 (13,4)	10,6-16,7	
Tarde	493 (33,1)	299 (60,6)	56,2-64,8	138 (28,0)	24,1-32,1	56 (11,4)	8,8-14,4	
Noite	361 (24,2)	236 (65,4)	60,2-70,1	85 (23,5)	19,4-28,2	40 (11,1)	8,2-14,7	
Madrugada	145 (9,7)	98 (67,6)	59,4-74,7	35 (24,1)	17,7-31,8	12 (8,3)	4,7-14,0	

Fonte: VIVA/SINAN, 2009-2016.

Tabela 3. Características dos meios de agressão das violências autoprovocadas cometidas pelas pessoas idosas notificadas no SINAN. (N=2.290). Região Sul. Brasil. 2009-2016.

Características	Total	60-69 anos		70-79 anos		80 anos ou mais		Valor de <i>p</i>
	N (%)	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%	
Meio da autoagressão								
Força corporal/ espancamento (n=2.220)								
Sim	143 (6,4)	91 (63,6)	55,3-71,1	36 (25,2)	18,6-33,0	16 (11,2)	6,9-17,5	0,860
Não	2.077 (93,6)	1.274 (61,3)	59,2-63,4	559 (26,9)	25,0-28,8	244 (11,8)	10,4-13,2	
Enforcamento (n=2.236)								
Sim	669 (29,9)	383 (57,2)	53,4-60,9	191(28,6)	25,2-32,1	95 (14,2)	11,7-17,0	0,014
Não	1.567 (70,1)	990 (63,2)	60,7-65,5	409 (26,1)	23,9-28,3	168 (10,7)	9,2-12,3	
Objeto contundente (n=2.224)								
Sim	36 (1,6)	21 (58,3)	41,1-73,7	8 (22,2)	11,1-39,4	7 (19,5)	9,2-36,4	0,328
Não	2.188 (98,4)	1.347 (61,6)	59,5-63,5	588 (26,9)	25,0-28,7	253 (11,6)	10,2-12,9	
Objeto perfuro cortante (n=2.229)								
Sim	257 (11,5)	145 (56,4)	50,2-62,3	84 (32,7)	27,1-38,6	28 (10,9)	7,6-15,3	0,089
Não	1.972 (88,5)	1.223 (62,0)	59,8-64,1	517 (26,2)	24,3-28,2	232 (11,8)	10,4-13,2	
Substância/ objeto quente (n=2.222)								
Sim	31 (1,4)	19 (61,3)	42,4-77,2	7 (22,6)	10,6-41,5	5 (16,1)	6,5-34,6	0,691
Não	2.191 (98,6)	1.347 (61,5)	59,4-63,4	589 (26,9)	25,0-28,7	255 (11,6)	10,3-13,0	
Envenenamento (n=2.222)								
Sim	553 (24,9)	406 (73,4)	69,5-76,9	118 (21,3)	18,1-24,9	29 (5,3)	3,6-7,4	<0,001
Não	1.669 (75,1)	960 (57,5)	55,1-59,8	478 (28,7)	26,5-30,8	231 (13,8)	12,2-15,5	
Arma de fogo (n=2.230)								
Sim	138 (6,2)	61 (44,2)	36,0-52,6	57 (41,3)	33,3-49,7	20 (14,5)	9,4-21,5	<0,001
Não	2.092 (93,8)	1.309 (62,6)	60,4-64,6	543 (25,9)	24,1-27,8	240 (11,5)	10,1-12,9	
Repetição (n=1.812)								
Sim	571 (31,5)	376 (65,9)	61,8-69,6	136 (23,8)	20,4-27,4	59 (10,3)	8,0-13,1	0,081
Não	1.241 (68,5)	749 (60,4)	57,5-63,0	345 (27,8)	25,3-30,3	147 (11,8)	10,1-13,7	
Evolução*								
Óbito (n=906)								
Sim	397 (43,8)	203 (51,3)	46,2-56,0	126 (31,7)	27,3-36,5	68 (17,1)	13,7-21,1	<0,001
Não	509 (56,2)	325 (63,8)	59,5-67,9	130 (25,5)	21,9-29,5	54 (10,6)	8,2-13,6	

*presentes nas notificações até junho de 2015; Fonte: VIVA/SINAN, 2009-2016.

DISCUSSÃO

Neste estudo, caracterizou-se o perfil sociodemográfico das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada notificados no SINAN na região Sul do Brasil, os principais resultados evidenciam que a faixa etária predominante foi 60-69 anos, do gênero masculino, pessoas de cor de pele branca, baixo nível de escolaridade e casadas.

Neste contexto, a faixa etária de maior ocorrência das violências autoprovocadas das pessoas idosas, demonstrou ser no início do ciclo do envelhecimento. A literatura¹⁷ enfatiza que a medida que a idade avança aumenta a letalidade das tentativas de suicídio, já que o processo de envelhecimento é multifatorial, promovendo alterações anatômicas e funcionais no organismo¹⁸, naturalmente, ao avançar da idade o corpo está mais frágil e suscetível as ações externas.

Referente ao gênero, na região Sul do Brasil, o indivíduo do sexo masculino foi o principal autor das violências autoprovocadas, um estudo realizado em São Paulo, Capital, encontrou um dado semelhante¹⁹, porém, outras pesquisas evidenciaram que as mulheres na faixa etária estudada apresentam maiores tentativas em tirar a própria vida que os homens¹⁷⁻²².

As hierarquias de poder social, entre os sexos seguem as demandas do patriarcado, ou seja, um modelo que destaca a autoridade dos homens sobre as mulheres e os filhos²³. As mulheres idosas foram encaminhadas num processo a não perceberem suas necessidades básicas, todavia suas obrigações versavam em prol de cuidar do outro, quer seja marido, filhos ou familiares. A masculinidade e virilidade são conflitos aterradores para os homens idosos, quando esses se afastam do trabalho, da posição social familiar de provedores que é imposta pelo poderio hierárquico social. Nessa linha de pensamento, é que as pessoas idosas do sexo masculino são as vítimas desse modelo social, que não permite e não perdoa demonstrar vulnerabilidade²⁴.

No último Censo do IBGE²⁵, 78,3% da população da região Sul do Brasil se autodeclarou de cor branca, seguido pela parda 16,7%. Informação essa que pode ter relação com o resultado deste estudo, pois o número de notificações foi predominantemente em pessoas brancas (91,0%) e pardas (5,9%). Outros

estudos brasileiros que abordam a temática da violência autoprovocada em pessoas idosas, referiram que as vítimas eram de raça/cor pardas seguidas pelas brancas^{18,26,27}. Sabe-se que os processos de identificação de cor de pele são subjetivos, complexos, multifacetados, que envolvem fatores históricos e socioculturais²⁸. Além desses fatores, a maior concentração de brancos na região Sul é explicada pelo processo de colonização dessa região. Colonizada principalmente por imigrantes alemães, italianos e poloneses, na região Sul, as características fenotípicas e as preferências culturais dos habitantes aproximam-se muito dos padrões europeus, inclusive no que se refere à cor da pele, predominantemente, branca²⁹.

Quanto ao aspecto da escolarização esse é um importante fator para mensurar características de uma sociedade. O nível escolar da população estudada, predominou a baixa escolaridade, informação essa que corrobora com a literatura nacional e internacional^{19,26,27,30}. A baixa escolaridade das pessoas idosas aumenta a probabilidade de um nível socioeconômico baixo, o que pode prejudicar a vida individual, familiar e social, podendo ser fator desencadeante da violência autoprovocada, já que dificulta um envelhecimento com dignidade³¹.

Pesquisas realizadas na Turquia e Colômbia com pessoas idosas corroboram com os dados epidemiológicos deste estudo, os quais pontuaram que a maioria das violências autoprovocadas, não fatais, ocorreram com pessoas casadas ou que viviam em uma união estável^{22,32}. Entendendo o aspecto cultural da região Sul do Brasil se faz necessário pautar que as pessoas idosas ao se casarem assumiam um compromisso de caráter indissolúvel, uma decisão assumida para toda a vida³⁰.

Referente as características da violência, o estado do Rio Grande de Sul foi o que apresentou o maior número de registros de notificações por violência autoprovocada. Um estudo realizado no referido estado, evidenciou um aumento anual e gradativo dos casos de violência autoprovocada na população estudada, sendo 85/100.00 em 2005 para 149/100.000 em 2013³³. Quando a violência autoprovocada resulta em morte nas pessoas idosas, o Sul do Brasil é a região que apresenta as maiores taxas, especialmente, o Rio Grande do Sul^{14,34}.

Referente ao local, a maior incidência das ocorrências se deu na zona urbana, demais pesquisadores encontraram achados equivalentes²⁶. Entende-se esse dado, quando observa-se a concentração populacional brasileira, já que o maior número de pessoas reside na zona urbana²⁵. Agregado a esse fato, sabe-se que nos centros urbanos ocorre a concentração dos serviços de saúde³⁵. Outra informação relevante, a respeito do local, é que as violências autoprovocadas ocorreram predominantemente na residência/habitação coletiva, corroborando com outros estudos^{18,22,27}.

Quanto ao meio de agressão utilizado para a violência autoprovocada, o enforcamento foi o escolhido pela maioria da amostra em questão, há também estudos sobre suicídio das pessoas idosas referindo ser esse o método mais utilizado^{21,27}. Nessa perspectiva observa-se que o meio de agressão mais utilizado produz desfechos distintos.

Foi possível encontrar desfechos importantes neste estudo através das notificações: a alta porcentagem de repetição dos casos de violência autoprovocada em pessoas idosas e os 397 óbitos. Essa última informação constava na ficha de notificação até o ano de 2015, se o campo fosse mantido, na ficha atual, o valor poderia ser maior.

Uma limitação encontrada neste estudo, decorre da provável subnotificação dos casos de violência autoprovocadas, já que muitos casos não chegam aos serviços de saúde para um atendimento adequado, em função de a violência autoprovocada

ser um tabu para a sociedade, família da vítima e a própria vítima³⁴.

Trata-se de um trabalho descritivo, que não propõem demonstrar associações entre as variáveis das pessoas idosas que cometeram violência autoprovocada na região Sul do Brasil. A capacidade em determinar possíveis interferências causais e de extrapolar os resultados para outras populações é limitado.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou dados que, em sua maioria, corroboram com pesquisas internacionais e nacionais sobre violência autoprovocada com pessoas idosas, portanto, nota-se que há semelhança no perfil das vítimas, dos locais e dos meios de agressão utilizados. Com perfil epidemiológico delineado, torna-se possível identificar precocemente os fatores de risco e, desta forma, evitar que tentativas de violência autoprovocadas ocorram.

Os dados aqui apresentados impelem que políticas públicas de prevenção e promoção de violências autoprovocadas sejam efetivadas dentro do Sistema Único de Saúde e da rede responsável pelos cuidados das pessoas idosas. Sugerem-se novas pesquisas referentes à temática para que ocorram aprofundamentos sobre as violências autoprovocadas, não fatais, cometidas pelas pessoas idosas, visto que este assunto ainda carece de estudos.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. de Sousa ANV, Marquette FR. Envelhecimento da população brasileira: avanço legislativo e o compromisso social. *Rev Univap*. 2018;24(45):34-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v24i45.1996> .
2. Figueiredo AEB, da Silva RM, Vieira LJES, Mangas RMN, de Sousa GS, Freitas JS, et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(6):1711-9. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601711
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: MS; 2009.
5. Teixeira SMO, Souza LEC, Viana LMM. O suicídio como questão de saúde pública. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(3):1-3. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8565>.

6. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Genève: WHO; 2014.
7. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(10):2985-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>.
8. Mellqvist M, Wiktorsson S, Joas E, Ostling S, Skoog I, Waern M. Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(6):986-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610211000196>.
9. Zhang W, Ding H, Su P, Xu Q, Du L, Xie C, et al. Prevalence and risk factors for attempted suicide in the elderly: a cross-sectional study in Shanghai, China. *Int Psychogeriatr*. 2016;29(5):709-15. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/S1041610216002283>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília, DF: MS; 2017.
11. Machado DB, dos Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):45-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF: MS; 2016.
13. Grigoletto AP, Souto VT, Terra MG, Tisott ZL, Ferreira CN. Tentativas de suicídio notificadas em um hospital de ensino no Estado do Rio Grande do Sul, 2014-2016. *Rev Pesqui*. 2020;12:447-53. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8349/pdf_1.
14. Cabral DVS, Pendloski J. Mortalidade por suicídio em idosos: uma análise do perfil epidemiológico no sul do Brasil. *Rev Uningá*. 2016;47(2):19-24.
15. Brasil. Lei no. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>.
17. Schmutte T, Olsson M, Xie M, Marcus SC. Deliberate self-harm in older adults: A national analysis of US emergency department visits and follow-up care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(7):1058-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.5109>.
18. de Oliveira JMB, Vera I, Lucchese R, Silva GC, Tomé EM, Elias RA. Aging, mental health, and suicide. Envelhecimento, saúde mental e suicídio. Revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):488-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400488.
19. Armond JE, Armond RE, Pereira TC, Chinaia C, Vendramini TL, Rodrigues CL. Self-injury and suicide attempt among the elderly population in the city of São Paulo. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(2):83-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000154>.
20. Aravena JM, Gajardo J, Saguez R. Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;42:1-1. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e121/>.
21. Corona MB, Alfonso SK, Cuéllar LL, Hernández SM, Serra LS. Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. *Rev Haban Cienc Méd*. 2017;16(4):612-24. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400013.
22. Gokcellia DK, Tasar PT, Akcama NO, Sahin S, Akarcac FK, Aktas KO, et al. Evaluation of attempted older adults suicides admitted to a University Hospital Emergency Department: Izmir study. *Asian J Psychiatr*. 2017;30:196-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.002>.
23. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(1):105-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
24. Meneghel SM, Gutierrez DMD, Silva RMDa, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(8):1983-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
26. Vilela AP, da Silva WP. A intoxicação exógena como método nas tentativas e suicídio entre os idosos. *Rev Saúde*. 2018;12(1):33-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33947/1982-3282-v12n1-2-3569>.
27. Gomes AV, Cardoso PKB, Rocha FCV, Carvalho CMS, Sales MCV. Perfil sociodemográfico de idosos vítimas de suicídio em um estado do Nordeste do Brasil. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26078>.

28. Kabad J F, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis*. 2012; 22(3):895-918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300004> .
29. Proença BT, Soligo AF. O não-lugar do sujeito negro na educação brasileira. *Rev Iberoam Educ*. 2015;68(2):31-48. Disponível em: <https://doi.org/10.35362/rie682183> .
30. Barceló JS, Cruz JP, Traba BP, Iglesias JMC, González JB, Álvarez RM. Perfil de los intentos de suicídio em personas mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de compostela em el período de 2015 a 2017. *Inf Psiquiátr*. 2018;(235):89-107.
31. Seleglim MR, Bellasalma ACM, Mathias TAF, de Oliveira MLF. Caracterização das tentativas de suicídio entre idosos. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):277-283.
32. Monak IAO, Agudelo SAF, Ortiz JOG. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42(1):56-64. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.006> .
33. Conte M, Cruz CW, da Silva CG, de Castilho NRM, Nicolella ADR. Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(6):1741-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02452015> .
34. Pinto LW, de Assis SG, Pires TO. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(8):1963-72. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007> .
35. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(6):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816> .



Perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar de um centro integrado de proteção e defesa de direitos em tempos de pandemia

Profile of older people victims of domestic violence in an integrated center for protection and defense of rights in times of pandemic

1 de 11

Alisilvia Leão Pedroso¹ 
Seldon Rodrigues Duarte Júnior¹ 
Nathália França de Oliveira¹ 

Resumo

Objetivo: comparar o perfil das pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar atendidas em um Centro Integrado de Proteção e Defesa de Direitos, em Manaus, Amazonas, Brasil, no ano de 2019 e no contexto de pandemia. **Método:** Estudo analítico transversal dos atendimentos referentes à pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar realizados no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Foi aplicada análise descritiva e comparativa com o teste do χ^2 , ao nível de significância de 5%, na distribuição das características das vítimas, das ocorrências e dos atendimentos. **Resultados:** Houve aumento de quase 25% nos atendimentos às vítimas de violência intrafamiliar no ano de 2020 em comparação com 2019. O perfil aponta para uma maioria do sexo feminino (58,9%), com idade entre 60 e 80 anos (78,9%), viúvos/casados/união estável (60,0%), pardos (71,0%), católicos (56,0%), com ensino fundamental (37,7%), aposentados/pensionistas (55,6%) e residentes nas zonas norte (23,3%) e sul (19,9%) de Manaus. A violência que mais acometeu os idosos atendidos foi a intimidação/perturbação (34,5% em 2019 e 33,2% em 2020), perpetrada pelos filhos (66,4% em 2019 e 69,0% em 2020) com cerca de 7,0% das situações sob uso de álcool e/ou drogas. Houve redução de quase 9,0% dos atendimentos presenciais realizados em 2020 ($p < 0,01$). As ocorrências demandaram o encaminhamento principalmente à delegacia especializada (40%). **Conclusão:** Foram encontradas diferenças significativas nas características das ocorrências e dos atendimentos entre os anos o que reforça a influência da pandemia e a importância da atuação do sistema de garantias de direito da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso.
Violência. Maus-Tratos ao Idoso. Política Pública.

¹ Universidade do Estado do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos. Manaus, AM, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Nathália França de Oliveira
nfoliveira@uea.edu.br

Recebido: 01/06/2021
Aprovado: 29/08/2021

Abstract

Objective: to compare the profile of older people victim of intra-family violence attended at an Integrated Center for the Protection and Defense of Rights, in Manaus, Amazonas, Brazil, in 2019 and in the context of a pandemic. *Method:* Cross-sectional analytical study of care for older people victims of intra-family violence carried out from January 2019 to December 2020. Descriptive and comparative analysis was applied with the χ^2 test, at a significance level of 5%, in the distribution of characteristics of victims, occurrences and care provided. *Results:* There was an increase of almost 25% in the care provided to victims of intra-family violence in 2020 compared to 2019. The profile points to most of the female sex (58.9%), aged between 60 and 80 years (78.9%), widowed/married/stable union (60.0%), brown (71.0%), Catholic (56.0%), with elementary education (37.7%), retired/pensioners (55.6%) and residents in the northern (23.3%) and southern (19.9%) zones of Manaus. The violence that most affected the older people assisted was intimidation/disruption (34.5% in 2019 and 33.2% in 2020), perpetrated by their children (66.4% in 2019 and 69.0% in 2020) with about 7.0% of situations under alcohol and/or drug use. There was a reduction of almost 9.0% in face-to-face care provided in 2020 ($p < 0.01$). The occurrences demanded referral mainly to the specialized police station (40%). *Conclusion:* Significant differences were found in the characteristics of occurrences and care between years, which reinforces the influence of the pandemic and the importance of the performance of the system of guarantees of rights for older people.

Keywords: Aged. Violence. Elder Abuse. Public Policy.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica é um dos fenômenos estruturais mais importantes que tem marcado a economia e a sociedade brasileira desde a segunda metade do século passado¹. Segundo estimativas populacionais, houve um aumento de quase 5,0% da população idosa no Amazonas no ano de 2020, em comparação ao ano anterior. Manaus concentra cerca de 57,0% do total de idosos residentes no estado².

Com o aumento da proporção de idosos na população, entende-se que um conjunto de políticas públicas estão condicionadas³ ao crescimento da consciência social, a idade cronológica e suas diferentes etapas, e estes passam a ser utilizados como princípios norteadores de novos direitos e deveres, sobretudo no caso de grupos mais vulneráveis⁴.

De acordo com Minayo e Souza⁵, a vulnerabilidade social e etária torna os idosos mais expostos à ocorrência das violências, e estas podem se manifestar de forma: (a) estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal nas formas de comunicação e de

interação cotidiana e (c) institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, a violência se constitui em uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou na possibilidade de lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, ou o conjunto destes. Quanto a sua classificação, as violências podem ser enquadradas como: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, negligência, abandono e autonegligência.

A violência intrafamiliar é uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil. Tal mobilização visa, em especial, fortalecer e potencializar as ações e serviços na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema⁷.

O isolamento social em decorrência da pandemia de COVID-19 gerou impacto sobre a ocorrência de violência doméstica e familiar. Embora as informações sejam ainda incipientes, notícias divulgadas na mídia e relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento desse tipo de violência. Na China, os registros policiais de violência doméstica triplicaram durante a epidemia. Na Itália, na França e na Espanha também foi observado aumento na ocorrência de violência doméstica após a implementação da quarentena domiciliar obrigatória⁸. Entretanto, Moraes et al.⁹ afirmam que esse isolamento social gera várias repercussões negativas, dentre elas o aumento da violência intrafamiliar contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Para assegurar o acesso ao sistema de garantia de direitos a pessoa idosa e a prevenção da ocorrência dessas violências torna-se fundamental a implementação de políticas públicas que respondam às necessidades geradas pelas rápidas transformações demográficas. Diferentemente das sociedades que envelheceram em ritmo mais lento e se adaptaram paulatinamente a essa situação, o Brasil enfrenta a exigência de ampliar o entendimento das implicações de ordem demográfica, econômica e social do processo de envelhecimento e organizar políticas para enfrentá-las¹⁰.

Deste modo, diante do exposto, e entendendo a importância de atentar para a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa em tempos de pandemia, com a finalidade de compreender como as instituições públicas de proteção e garantias de direito da pessoa idosa têm atuado frente a esse contexto, o objetivo deste artigo é comparar o perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar atendida em um Centro Integrado de Proteção e Defesa de Direitos, em Manaus, Amazonas, Brasil, no ano de 2019 e em contexto de pandemia da COVID-19, no ano de 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico do tipo transversal dos atendimentos realizados a pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos, vítimas de violência intrafamiliar do Centro Integrado de

Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CIPDI) situado na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. Os dados utilizados no estudo se referem aos atendimentos realizados entre os meses de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, gerados pelos Relatórios Oficiais Mensais de Atendimento solicitados em outubro de 2020.

O CIPDI foi implementado em 2007 para oferecer atendimento qualificado e multisetorial à pessoa idosa vítima de discriminação ou violência, coordenado pelo Conselho de Desenvolvimento Humano (CDH) e implantado pela Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP), em parceria com a Secretaria de Assistência Social (SEAS). A assistência realizada conta com a disponibilidade de profissionais da segurança, assistentes sociais e psicólogos, com a finalidade de dar suporte psicossocial aos idosos vítimas de violência intrafamiliar.

Para traçar o perfil dos atendimentos, foram estudadas as seguintes variáveis: caracterização das vítimas (sexo, idade, estado civil, raça/cor, religião, escolaridade, situação econômica e zona de residência); caracterização da ocorrência (tipo de violência, vínculo com a vítima e se no momento da ocorrência o agressor estava sob uso de drogas psicoativas); como também, os encaminhamentos e atendimentos viabilizados aos idosos na instituição em destaque.

Na análise estatística comparativa, as diferenças das características das vítimas, das ocorrências e dos atendimentos entre os anos de análise 2019 (pré-pandemia) e 2020 (contexto de pandemia) foram testadas pelo teste qui-quadrado (χ^2), ao nível de significância de 5%.

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários, de domínio público, disponibilizados no site do Sistema de Informações Governamentais do Amazonas (e-SIGA). Assim como, o acesso aos Relatórios Oficiais de Atendimento foi solicitado à Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC) para fins de produção científica. Acrescenta-se que os dados não apresentam qualquer informação referente à identificação dos casos atendidos, em consonância com as normas e diretrizes da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, foram notificados 5.365 casos de violência intrafamiliar envolvendo idosos atendidos no CIPDI, sendo 2.385 no ano de 2019 e 2.980 em 2020. Houve aumento de 24,9% das ocorrências no ano de 2020, primeiro ano de pandemia, em comparação ao ano anterior. Os meses de maior frequência das ocorrências no ano de 2019 foram os de janeiro (9,5%) e julho (11,7%), respectivamente. No entanto, em 2020, o mês de abril apresentou uma queda de quase 97% nas ocorrências em comparação ao mesmo período do ano anterior. Ainda no ano de 2020, verificou-se que os atendimentos de idosos vítimas de violência intrafamiliar duplicou entre os meses de outubro a dezembro quando em comparação ao aos mesmos meses de 2019 (Figura 1).

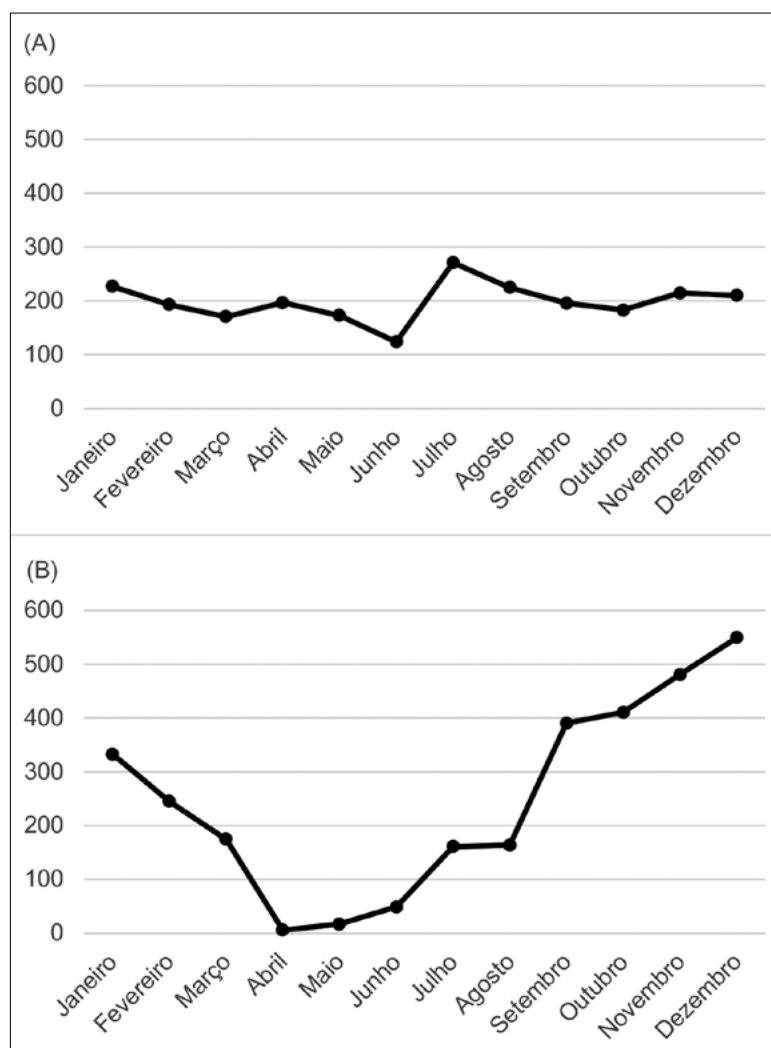
A descrição das características sociodemográficas dos casos de violência intrafamiliar envolvendo idosos atendidos pelo CIPDI, segundo ano de atendimento é apresentada na Tabela 1. Considerando o conjunto de ocorrências, em quase 60% dos casos era do sexo feminino. Observou-se que em mais de 80% dos idosos acometidos tinha menos de 80 anos de idade.

Ainda na Tabela 1, do total de casos de violência intrafamiliar atendidos, 60% eram viúvos, casados ou em união estável, com mais de 70% dos casos de raça/cor parda. A maioria dos idosos se autodeclararam católicos e em ambos os anos de análise, o ensino fundamental (incompleto ou completo) predominou entre o nível escolar das vítimas. Dentre os atendimentos realizados, em mais de 50,0% se referiam a aposentados ou pensionistas. A zona de residências dessas vítimas se concentrou entre as regiões norte e sul da capital do estado do Amazonas. Em relação a análise comparativa,

constatou-se diferença nas características referentes ao estado civil, escolaridade, situação econômica e zona de residência entre os anos de ($p < 0,05$).

As características das ocorrências de violência intrafamiliar são apresentadas na Tabela 2. Os principais tipos de violência perpetradas contra os idosos em ambos os anos de análise foram a intimidação/perturbação e a negligência, com o acometimento de mais de 50% dos casos. No entanto, constatou-se redução dos casos registrados das ocorrências de maus-tratos, abuso financeiro e ameaça verbal no ano de pandemia. A ocorrência de algumas violências não identificadas no ano de 2019, como a agressão verbal, física, autonegligência, ameaça de morte, abandono e discriminação, também foram identificadas e confirmadas pela diferença estatisticamente significativa entre os anos de análise ($p < 0,05$). Em mais de 2/3 das situações de violência intrafamiliar acompanhados pelo centro, os filhos foram os principais agressores e o uso de álcool e outras drogas pelos perpetradores durante a ocorrência apresentou discreto aumento no ano de pandemia.

A Tabela 3 apresenta a descrição dos encaminhamentos e atendimentos realizados aos idosos vítimas de violência intrafamiliar pelo CIPDI. Nos anos de 2019 e 2020, mais de 50% dos atendimentos demandou algum tipo de encaminhamento, com destaque para a Delegacia Especializada de Crime Contra o Idoso. No ano de 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, houve um aumento de 54,2% da demanda por outros atendimentos externos realizados pelo CIPDI, com destaque para as visitas domiciliares, mediação de conflitos e visitas técnicas. No entanto, verificou-se que os serviços direcionados a avaliação psicológica tiveram oferta reduzida à menos que a metade no ano de 2020, em comparação com o ano anterior.



Fonte: Sistema de Informações Governamentais do Amazonas (e-SIGA).

Figura 1. Casos de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa atendidas pelo Centro Integrado de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Manaus, AM, Brasil (A) 2019 – (B) 2020.

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas dos idosos vítimas de violência intrafamiliar atendidos por um Centro Integrado de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (N=5.365). Manaus, AM, Brasil, 2019 – 2020.

Variáveis	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	p-valor
Sexo				
Feminino	3.159 (58,9)	1.431 (60,0)	1.728 (58,0)	0,136
Masculino	2.206 (41,1)	954 (40,0)	1.252 (42,0)	
Faixa etária (anos)				
60 – 70	2.555 (47,6)	1.184 (49,6)	1.371 (46,0)	0,060
71 – 80	1.679 (31,3)	725 (30,4)	954 (32,0)	
81- 90	924 (17,2)	388 (16,3)	536 (18,0)	
91 e mais	207 (3,9)	88 (3,7)	119 (4,0)	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Total n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	p-valor
Estado civil				
Viúvo	1.609 (30,0)	781 (32,7)	828 (27,8)	<0,01*
Casado/união estável	1.610 (30,0)	543 (22,8)	1.067 (35,8)	
Solteiro	966 (18,0)	495 (20,8)	471 (15,8)	
Divorciado/separado	1.180 (22,0)	566 (23,7)	614 (20,6)	
Raça/cor				
Pardo	3.809 (71,0)	1.694 (71,0)	2.115 (71,0)	0,980
Não pardo	1.551 (28,9)	689 (28,9)	862 (28,9)	
Sem informações	5 (0,1)	2 (0,1)	3 (0,1)	
Religião				
Católico	3.004 (56,0)	1.336 (56,0)	1.668 (56,0)	1,000
Evangélico	1.717 (32,0)	763 (32,0)	954 (32,0)	
Outras	54 (1,0)	24 (1,0)	30 (1,0)	
Sem informações	590 (11,0)	262 (11,0)	328 (11,0)	
Escolaridade				
Analfabeto	1.019 (19,0)	453 (19,0)	566 (19,0)	<0,01*
Alfabetizado	898 (16,7)	451 (18,9)	447 (15,0)	
Fund. incompleto/completo	2.019 (37,7)	887 (37,1)	1.132 (38,0)	
Médio incompleto/completo	1.020 (19,0)	453 (19,0)	567 (19,0)	
Superior incompleto/completo	357 (6,6)	119 (6,9)	238 (8,0)	
Outros/sem informação	52 (1,0)	22 (0,9)	30 (1,0)	
Situação econômica				
Aposentados	2.447 (45,6)	1.076 (45,1)	1.371 (46,0)	<0,01*
Pensionistas	538 (10,0)	240 (10,1)	298 (10,0)	
BPC	1.166 (21,7)	510 (21,4)	656 (22,0)	
Autônomos	230 (4,3)	111 (4,6)	119 (4,0)	
Sem renda	452 (8,4)	243 (10,2)	209 (7,0)	
Outros	474 (8,8)	177 (7,4)	297 (10,0)	
Sem informações	58 (1,1)	28 (1,2)	30 (1,0)	
Zona de residência				
Norte	1.253 (23,3)	538 (22,6)	715 (24,0)	0,02*
Sul	1.068 (19,9)	472 (19,8)	596 (20,0)	
Leste	1.001 (18,7)	465 (19,5)	536 (18,0)	
Oeste	729 (13,6)	342 (14,3)	387 (13,0)	
Centro-sul	614 (11,4)	287 (12,0)	327 (11,0)	
Centro-oeste	470 (8,8)	202 (8,5)	268 (9,0)	
Rural	141 (2,6)	52 (2,2)	89 (3,0)	
Outros municípios	89 (1,7)	27 (1,1)	62 (2,1)	

Teste qui-quadrado de Pearson; *p-valor<0,05; BPC: Benefício de Prestação Continuada. **Fonte:** Sistema de Informações Governamentais do Amazonas (e-SIGA).

Tabela 2. Descrição das características das ocorrências de violência intrafamiliar contra idosos atendidos por um Centro Integrado de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (N=5.365). Manaus, AM, Brasil, 2019 – 2020.

Variáveis	2019 n (%)	2020 n (%)	p-valor
Tipo de violência intrafamiliar			
Abandono	0 (0,0)	15 (0,5)	
Abuso financeiro	190 (8,0)	117 (3,9)	
Agressão psicológica	218 (9,1)	268 (9,0)	
Agressão verbal	0 (0,0)	185 (6,2)	
Agressão física	0 (0,0)	157 (5,3)	
Ameaça de morte	0 (0,0)	142 (4,8)	<0,01*
Ameaça verbal	331 (13,9)	200 (6,7)	
Autonegligência	0 (0,0)	77 (2,6)	
Discriminação	0 (0,0)	10 (0,3)	
Intimidação/perturbação	823 (34,5)	989 (33,2)	
Maus-tratos	107 (4,5)	74 (2,5)	
Negligência	716 (30,0)	746 (25,0)	
Vínculo com a vítima			
Filho(a)	1.584 (66,4)	2.055 (69,0)	<0,01*
Própria pessoa	343 (14,4)	341 (11,4)	
Outros familiares	458 (19,2)	584 (19,6)	
Uso de substâncias psicoativas durante a ocorrência			
Álcool	45 (1,9)	62 (2,1)	
Outras drogas	23 (0,9)	50 (1,7)	0,118
Álcool e outras drogas	76 (3,2)	105 (3,5)	
Não se aplica	2.241 (94,0)	2.763 (92,7)	

Teste qui-quadrado de Pearson; *p-valor<0,05. Fonte: Sistema de Informações Governamentais do Amazonas (e-SIGA).

Tabela 3. Descrição dos atendimentos realizados junto aos idosos vítimas de violência intrafamiliar atendidos por um Centro Integrado de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (N=5.365). Manaus, AM, Brasil, 2019 – 2020.

Variáveis	2019 n (%)	2020 n (%)	p-valor
Encaminhamentos			
Casa da Cidadania/DPE	484 (20,3)	387 (13,0)	
Núcleo Especializado/DPE	487 (20,4)	566 (19,0)	<0,01*
Delegacia Especializada/ DECCI	486 (20,4)	596 (20,0)	
Outros atendimentos	928 (38,9)	1.431 (48,0)	
Outros atendimentos			
Visitas domiciliares	155 (16,7)	464 (32,4)	
Mediação de conflitos	127 (13,7)	252 (17,6)	
Avaliação psicológica	59 (6,4)	30 (2,1)	<0,01*
Visitas técnicas	18 (1,9)	58 (4,1)	
Sem informação	569 (61,3)	627 (43,8)	

Teste qui-quadrado de Pearson; *p-valor<0,05. DPE: Defensoria Pública do Estado; DECCI: Delegacia Especializada de Crime contra o Idoso; Fonte: Sistema de Informações Governamentais do Amazonas (e-SIGA).

DISCUSSÃO

O presente estudo apontou um aumento do número de atendimentos de casos de violência intrafamiliar contra idosos no primeiro ano de pandemia de COVID-19 em Manaus ao se comparar com o ano de 2019. O número de casos diminuiu drasticamente nos meses de abril e maio de 2020, demonstrando o impacto dos decretos governamentais de isolamento social nos registros e atendimentos dessas vítimas. Além disso, constatou-se que o número de atendimentos do CIPDI duplicou nos últimos três meses do ano de 2020 quando confrontados com o ano anterior, onde ainda não se tinha o contexto de pandemia declarado.

Moraes et al.⁹ afirmam que no contexto da pandemia, ou mesmo fora dela, os idosos são um dos grupos mais vulneráveis ao problema em função de um conjunto de motivos, dentre os quais destaca-se a habitual discriminação social ao envelhecimento e a insuficiência de políticas públicas de garantia de direitos ou em função da perda de poder aquisitivo das famílias no contexto de crise econômica desencadeada pela pandemia. Somando-se a isso, muitas vítimas de violência familiar podem estar enfrentando atualmente o “pior cenário”, pois ficar presas em casa com um agressor violento durante um período de contato severamente limitado com o mundo exterior, provavelmente podem propiciar essas ações¹¹.

A subnotificação dos casos de violência contra os idosos nesse contexto é uma realidade, ao se considerar a limitação dos atendimentos frente aos decretos governamentais de distanciamento social e o fato de que muitos idosos podem nunca ter conseguido atendimento para as violências sofridas. De acordo com Ricca e Oliveira¹² apesar da existência do amparo legal ao idoso vítima de maus tratos, devido ao fato dos agressores em geral serem familiares, proporciona conflitos relacionados ao afeto, dependência ao idoso em denunciá-los aos órgãos de direitos humanos e policiais, contribuindo diretamente para a não notificação dos casos de violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar.

De um modo geral, as variáveis que caracterizavam as vítimas, as ocorrências e os atendimentos analisadas

apresentaram diferenças significativas ao compararse o contexto de pandemia e o ano de 2019. Os atendimentos analisados mostram que a maior parte das violências contra os idosos foi perpetrada contra mulheres. Esse dado corrobora a maioria dos achados de outros estudos nacionais, que apontam que a mulher idosa, é duplamente fragilizada, em função das circunstâncias do envelhecimento, pois em geral são mais doentes do que os homens e possuem, inclusive, mais incapacidades funcionais¹³. No que se refere à faixa etária dos idosos atendidos, verifica-se que o maior número de registros de denúncia ocorreu entre os 60 e 80 anos, reforçando os achados de Pampolim et al.¹⁴.

Outro ponto em destaque, são os idosos viúvos, com maior predominância no atendimento do CIPDI. A ausência de um companheiro é apontada como fator potencialmente associado a situações de negligência em idosos¹⁵. Tal característica, corrobora com os achados referentes a uma das principais tipologias de violência perpetrada contra os idosos neste estudo. Principalmente em função da dependência de outras pessoas da família e o quanto essas perdas podem torná-los frágeis a ponto de sentirem incapacitados de realizarem o próprio autocuidado.

Também se observou uma baixa escolaridade entre os idosos atendidos pelo CIPDI. Nóbrega et al.¹⁶ reforçam que o fato de o idoso não ser escolarizado está associado ao aumento na probabilidade deste sofrer violência e as implicações em decorrência da baixa escolaridade dificulta o acesso a informações sobre formas de prevenir as violências ou de resolver problemas. Houve a predominância de idosos aposentados ou que recebem algum tipo de benefício. Em estudo de Freitas et al.¹⁵ identificou-se ser a renda fixa dos idosos o principal fator motivador de maus-tratos. Quanto a maioria dos idosos se autodeclararem pardos, Souza et al.¹⁷ mostram que os idosos de cor preta e parda são os mais vulneráveis à violência, por existir uma construção social de exercício de dominação-exploração em relação aos pretos, fruto da herança escravocrata, que traz consigo o preconceito e a discriminação.

O local de procedência predominate entre os idosos atendidos no centro apontam para o destaque

das zonas Norte e Sul, respectivamente. Tal achado se deve ao fato de a zona Norte ser a região com o maior número de habitantes da capital amazonense e a região Sul corresponder a zona de localização do próprio CIPDI.

Em Manaus, durante o ano de 2019 e no primeiro ano de pandemia de COVID-19, tanto a intimidação/perturbação quanto a negligência foram as mais frequentemente registradas entre os atendimentos do centro de defesa e proteção. O predomínio da negligência/abandono e da intimidação/perturbação como violência psicológica reafirma os achados de Lopes e D'Elboux¹⁸ em estudo realizado com base nas notificações de violência contra a pessoa idosa em Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos.

Ainda no contexto de pandemia, a ocorrência de violências intrafamiliares mais graves como agressão física e ameaça de morte e não identificadas no ano de 2019, corroboram com Carmo et al.¹⁹ sobre a tendência crescente da mortalidade por causas externas em idosos no Brasil e em diferentes regiões brasileiras, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Conforme o Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa²⁰ a natureza da violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de várias formas e todos esses tipos de ação ou omissão podem provocar lesões graves físicas, emocionais e morte. O Estatuto do Idoso⁴ destaca que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Quanto às características do agressor e os parentescos com os idosos, os resultados deste estudo são similares aos de outras pesquisas²¹⁻²³, ao revelarem que o principal agressor é membro da família, destacando-se os filhos dos idosos os principais denunciados e estavam sob efeito de álcool ou outras drogas no momento da agressão. Ressalta-se que frequentemente, o idoso tem dificuldade de denunciar o agressor por diferentes motivos, um deles é por ser membro da família, a vítima constantemente insiste em defender e justificar as atitudes do seu agressor com medo de prejudicar ou de que a situação entre eles possa se agravar com a denúncia. Minayo e Souza⁵ esclarecem

que normalmente os agressores vivem na casa com a vítima, são filhos dependentes do idoso e o idoso dependente dos familiares. Filhos ou idosos que abusam de álcool e drogas, pertencem a famílias pouco afetivas ao longo da vida e isoladas socialmente.

O atendimento direcionado aos idosos vítimas de violência intrafamiliar realizados pelo CIPDI mostrou que em mais de 60% dos casos registrados necessitaram de encaminhamentos a outros pontos da rede de proteção ao idoso, em especial a delegacia especializada de crime contra o idoso, denotando a necessidade de uma rede de atendimento que seja articulada e de pronto atendimento a vítima. Wanderbroocke²⁴ afirma que uma rede de proteção não pode ser considerada boa ou ruim com base apenas em seu tamanho, mas que há de se levar sempre em conta as demais características, como a densidade, composição, dispersão e tipos de função desempenhada pelos integrantes. É na confluência de suas características que se pode estabelecer sua capacidade em ser fonte de bem-estar.

Alguns atendimentos externos presenciais realizados pelo centro apresentaram aumento em 2020, demonstrando o possível impacto do novo coronavírus e a necessidade de decretação do cancelamento temporário dos serviços ofertados a essa população em diversos setores e a necessidade de se levar o atendimento ao domicílio dos idosos. Grilo e Lombardi Junior²⁵ enfatizam que a prevenção e a intervenção devem ser realizadas juntamente aos idosos que sofreram maus-tratos, pois além de desenvolver estratégias para encorajar as vítimas a falar sobre os episódios vivenciados, os atendimentos desses profissionais possibilitam a conscientização destes sobre a violência e como esta pode interferir no envelhecimento, que deve ser seguro e digno.

A despeito das limitações encontradas, aponta-se as inerentes a uma pesquisa com dados secundários, na qual os pesquisadores têm pouco controle sobre os dados usados para a elaboração dos relatórios que serviram de fonte das informações, além da ausência de algumas informações que tornassem possível descrever em detalhes o perfil das vítimas, dos agressores e dos atendimentos realizados pelo centro.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam que, no município de Manaus, a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa apresentou aumento significativo após a declaração da Organização Mundial de Saúde de pandemia pelo novo coronavírus. As diferenças identificadas quanto ao perfil dos idosos atendidos reforça o quanto os decretos estaduais para garantia do distanciamento social e controle da disseminação da doença apresentaram impacto sobre o registro das ocorrências desse tipo de violência, demandando a intensificação da realização de visitas domiciliares e técnicas. Além disso, o número das ocorrências dessas violências pode ter sido muito maior do que o oficialmente registrado, configurando-se em subnotificação dos casos em decorrência da dificuldade em acessar aos serviços ofertados pelo centro integrado durante esse período.

Conhecer o perfil dos idosos vítimas de violência intrafamiliar atendidos pelo CIPDI, das ocorrências e dos possíveis agressores pode contribuir com estudos futuros nessa área além de subsidiar o planejamento das ações do próprio centro e de outras políticas

públicas de proteção da pessoa idosa na capital do Amazonas diante da constatação da transição demográfica que ocorre em todos os estados do Brasil e da importância da oferta desses serviços como principal forma de intervir no ciclo da violência.

Dessa forma, conclui-se que se torna essencial disponibilizar às pessoas idosas, uma rede de serviços integral capaz de assegurar a toda essa população, os direitos básicos, como: saúde, transporte, lazer, ausência de violência tanto no espaço familiar como no espaço público. O cenário de pandemia tornou a população idosa mais vulnerável e exposta às violências intrafamiliares e os limitou quanto aos direitos constitucionais. Nesse contexto, o Centro Integrado de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa por meio dos serviços ofertados caracteriza-se como política pública necessária para o acesso ao sistema de garantias de direito que visam além de prevenção, enfrentamento e efetivação dos direitos da pessoa idosa. Espera-se que este trabalho impulse a realização de novos estudos, dedicados a explorar outras possibilidades de análise do tema.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS






1. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Est Popul.* 2008;25(1):5-26.
2. DATASUS: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 1991-. Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas; [acesso em 16 ago. 2021]; [2 telas]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>
3. Travassos GF, Coelho AB, Arends-Kuenning MP. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. *Rev Bras Est Popul.* 2020;37:1-27.
4. Brasil. Lei No 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Portal da Legislação. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm .
5. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: MS; 2005. p.141-166.
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
8. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:E200033.
9. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(supl. 2):4177-84.
10. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface.* 2017;21(61):309-20.

11. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int.* 2020; 2:100089.
12. Ricca AETO, Oliveira B. Desvelando Caminhos: A subnotificação de acidentes e violência contra a pessoa idosa. *Rev Port Divulg.* 2012;23:64-76.
13. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: IPEA; 2006. p.1-36.
14. Pampolim G, Pedroso MRO, Leite FMC. Análise dos casos notificados de violência física contra a pessoa idosa no Espírito Santo. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2020;25(2):97-218.
15. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):407-12.
16. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2015;39(105):536-50.
17. Souza AS, Meira EC, Neri IG, Silva JA, Gonçalves LHT. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos Envelhecimento.* 2004; 7(2):1-14.
18. Lopes EDS, D'Elboux MJ. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2021;24(6):e200320.
19. Carmo EA, Souza TS, Nery AA, Vilela ABA, Martins Filho IE. Tendência da mortalidade por causas externas em idosos. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(supl.1):374-83.
20. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: SDHPR; 2014.
21. Lopes EDS, Ferreira AG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(5):652-62.
22. Pampolim G, Leite FMC. Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(6):e190272.
23. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, D'Orsi E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(4):671-82.
24. Wanderbroocke ACNS. Idosas, rede social significativa e o enfrentamento da violência familiar. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2017;22(1):99-116.
25. Grilo PMS, Lombardi Jr. I. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2015;20(2):611-24.



Os desafios da rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa em Manaus, Amazonas, Brasil

The challenges of the protection network and coping with violence against older people in Manaus, Amazonas, Brazil

Maria Luiza de Andrade Picanço Meleiro¹ 
Izaura Rodrigues Nascimento¹ 
Kennya Márcia dos Santos Mota Brito² 
Évellin Picanço de Medeiros Gil³ 
Selma Barboza Perdomo⁴ 

Resumo

Objetivo: Conhecer a rede de proteção, seus desafios e elementos que interferem na proteção, enfrentamento e atendimento à pessoa idosa, vítima de violência a cidade de Manaus, AM, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo estruturado a partir de uma pesquisa qualitativa com utilização de pesquisa de campo. Foram entrevistados 16 profissionais que estão à frente das principais instituições que integram a Rede de Proteção no Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa na cidade de Manaus no período de 29/07 a 21/11/2020. **Resultados:** apesar de extensa e atuante, a rede não possui a articulação necessária para atender e acompanhar as demandas dos idosos de modo satisfatório. Também não existe um fluxo de atendimento estabelecido assim como não há acompanhamento dos casos de violência contra a pessoa idosa no município. **Conclusão:** É necessária a integração e a articulação entre as diferentes instituições uma vez que a abordagem multidisciplinar e o trabalho na perspectiva intersetorial e articulado podem resultar em potencialidade no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa na cidade de Manaus.

Palavras-chave: Política de Saúde. Abuso do idoso. Proteção Social em Saúde.

Abstract

Objective: To know the protection network, its challenges and elements that interfere in the protection, coping and care of the older person, victim of violence in the city of Manaus, AM, Brazil. **Method:** This is a descriptive study structured from a qualitative research using field research. Sixteen professionals were interviewed who are in charge of the main institutions that are part of the Protection Network in Confronting Violence

Keywords: Health Policy. Elderly abuse. Social Protection in Health.

¹ Universidade do Estado do Amazonas, Programa de Pós Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, Manaus, AM, Brasil

² Universidade do Estado do Amazonas, Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, AM, Brasil

³ Centro Universitário Vale do Ipojuca, UNIFAVIP, Manaus, AM, Brasil

⁴ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Educação - ProPed, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Correspondência/Correspondence

Kennya Márcia dos Santos Mota Brito
kmotaesa@gmail.com

Recebido: 19/07/2021

Aprovado: 13/09/2021

against Older People in the city of Manaus from 07/29 to 11/21/2020. *Results:* despite being extensive and active, the network does not have the necessary articulation to meet and monitor the demands of older people in a satisfactory way. There is also no established service flow, nor is there any monitoring of cases of violence against older people in the city. *Conclusion:* Integration and articulation between the different institutions is necessary, since the multidisciplinary approach and work from an intersectoral and articulated perspective can result in potentiality in confronting violence against older people in the city of Manaus.

INTRODUÇÃO

No ano de 2005, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso convocou a 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com o tema Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). Tal Conferência teve como objetivo central definir as estratégias para a implementação da RENADI¹. Nasceu assim a Rede de Proteção e Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, que, pouco a pouco foi se consolidando e se fortalecendo em todos os estados e municípios brasileiros. Na cidade de Manaus não foi diferente e o município conta com inúmeras instituições voltadas à proteção e à promoção dos direitos da pessoa idosa, e que buscam pôr em prática os estatutos legais e concretizar as políticas públicas desse segmento.

No ano de 2011 a rede assumiu mais um papel importante: de acordo com a Lei nº 12.461/11, que reformulou o artigo nº 19 do Estatuto do Idoso - EI (Lei nº 10.741/03)², passou a ser obrigatória que a rede de proteção fosse notificada em casos de suspeita ou confirmação de violência contra os idosos. No entanto, em que pese a atuação desta rede, os números de denúncias de violações contra a pessoa idosa continuam em patamares elevados.

De acordo com os relatórios do Departamento de Inteligência da Secretaria de Estado de Segurança Pública do Amazonas, na série histórica compreendida no período de 2012 a 2019 houve aumento substancial do número de denúncias de violações contra a pessoa idosa efetuado nas delegacias da cidade de Manaus. Em 2012, esse quantitativo foi de 6.840 ocorrências, passando, em 2019 para 16.697, o que correspondeu a uma elevação de mais de 140% para o período³. Quando se relaciona o número de denúncias efetuadas no Disque Direitos Humanos – Disque

100 - com a quantidade de idosos de cada estado brasileiro, constata-se que o Amazonas e o Distrito Federal revezaram-se, no decorrer dos últimos oito anos entre o primeiro e o segundo colocados no *ranking* de estados mais violentos contra a pessoa idosa do país. Enquanto a média nacional é de 166,09 denúncias por cem mil habitantes para o período, o Distrito Federal possui uma média de 418,87 e o estado do Amazonas de 418,48^{3,4}.

Face a essas constatações questiona-se se existe uma articulação entre a rede de maneira que as demandas da pessoa idosa em situação de violência recebam tratamento adequado e respostas céleres; se existe um fluxo de atendimento à pessoa idosa em caso de violência a ser seguido pela rede e como se dá o acompanhamento dessas demandas, na cidade de Manaus.

O objetivo do artigo consiste em conhecer a rede de proteção no enfrentamento à violência, seus desafios e elementos que interferem na proteção, enfrentamento e atendimento à pessoa idosa, vítima de violência na cidade de Manaus, AM, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo estruturado a partir de uma pesquisa qualitativa, segundo as orientações de Richardson⁵ e Minayo⁶. Partiu-se da questão norteadora: *quais os desafios e elementos que interferem na proteção, enfrentamento e atendimento à pessoa idosa, vítima de violência na cidade Manaus/Am, na visão dos gestores da rede de proteção?* O método utilizado foi uma pesquisa de campo, com o uso de entrevista semiestruturada a dezesseis gestores das principais instituições que integram a rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa na

cidade de Manaus. Tais instituições foram mapeadas e indicadas pelo Conselho Estadual do Idoso (CEI), a partir de seus papéis e finalidades estabelecidas no discurso institucional. Fizeram parte do estudo todos os gestores ou os substitutos imediatos que estivessem atuando há pelo menos dois anos à frente das instituições.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas sobre o tema investigado. Tais entrevistas foram realizadas em encontros presenciais e de forma remota, com a utilização das ferramentas “*Google Meet*” e “*Zoom*”, no período de 29 de julho a 21 de novembro de 2020. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica denominada análise de conteúdo, seguindo as orientações de Bardin⁷.

Por tratar-se de pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP/UEA), e aprovado conforme CAAE 29766320.0.0000.5016 e Parecer 4.016.698/2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram selecionadas 25 instituições, das quais, 16 concordaram em participar das entrevistas. Os entrevistados tinham de 31 e 59 anos de idade; nove deles do gênero feminino e sete do masculino, atuando nas instituições por períodos compreendidos de dois e nove anos. Nas seções seguintes são apresentados resultados das entrevistas aos 16 gestores da rede, na busca de compreender os desafios e elementos que interferem na proteção, enfrentamento e atendimento à pessoa idosa, vítima de violência.

Caracterização das principais instituições que compõem a rede de proteção formal na cidade de Manaus, Amazonas

A instituição gestora da Política do Idoso no estado do Amazonas é a Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC), que dispõe de um centro de referência denominado de Centro Integrado de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CIPDI), cuja proposta é

trabalhar políticas de prevenção e conscientização sobre os diversos tipos de violência contra idosos. É realizado atendimento psicossocial bem como o acolhimento de denúncias, visitas domiciliares e encaminhamentos para as medidas de proteção e garantia de direitos.

A gestora da política municipal do idoso é a Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas (FDT). Com mais de 100 anos de existência, a FDT possui a missão de coordenar e avaliar a execução da Política Municipal do Idoso por meio de diversos programas. O Programa Longa Permanência presta assistência em caráter asilar à pessoa idosa em risco social, ressaltando que a FDT é a única instituição de longa permanência para idosos nos três graus de dependência no estado do Amazonas. O Programa Conviver, que é executado nas dependências do Parque Municipal do Idoso (PMI), e beneficia idosos com atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais e de educação para a cidadania. A Fundação ainda realiza visitas domiciliares por meio do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI) quando solicitadas através do Disque Idoso 165.

A Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) também compõe a rede de proteção à pessoa idosa, em Manaus. É dotada de personalidade jurídica de direito público, possui autonomia de gestão e, como eixos de atuação, as atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência. Dentre suas atribuições estão, as de produzir e socializar conhecimentos e tecnologias por meio de seus eixos de atuação.

Outra instituição com serviços de extrema relevância para o idoso, em Manaus, especialmente em se tratando de enfrentamento nos casos de violência, é a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP/AM). A população conta com 30 Distritos Integrados de Polícia Civil (DIPs), localizados em vários bairros, para registrar boletins de ocorrência, fazer denúncias ou até mesmo receber orientações sobre casos específicos e violência. Além dos DIPs, a pessoa idosa pode contar com a Delegacia Especializada em Crimes contra o Idoso (DECCI), localizada no bairro Parque Dez de Novembro, zona centro-sul de Manaus.

As Secretarias estadual e municipal de saúde também integram a rede de proteção, por meio de toda a sua rede de atendimento: hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), localizados nas zonas norte, oeste e sul e que funcionam como policlínicas de média complexidade, com equipes multiprofissionais. Em Manaus existem atualmente três Centros que estão situados na zona norte, oeste e centro-sul.

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), o Centro Estadual Convivência do Idoso (CECI) e os Centros Estaduais de Convivência da Família (CECF) também integram a rede estão sob a gestão das Secretarias Municipal e Estadual de Assistência Social. O CRAS e o CREAS são as principais unidades da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), porém cada um possui suas competências e especificidades. Os CRAS destinam-se à Proteção Social Básica, visam a prevenção da ocorrência de situações de vulnerabilidade social e risco, já os CREAS são destinados à Proteção Social Especial de Média Complexidade e visam o trabalho social com as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos.

Também fazem parte da rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa os Centros Estaduais de Convivência da Família (CECF) e o Centro de Convivência do Idoso (CECI). São sete espaços que oferecem proteção social básica para as famílias, com um leque de atividades voltadas para a promoção da saúde, bem-estar, bem como o contato com diversas manifestações artístico-culturais.

Os Conselhos de Direitos dos Idosos (CDIs) também fazem parte da rede de proteção no enfrentamento à violência contra o segmento. São formados por um colegiado de representantes do poder público e da sociedade civil. Trata-se de um espaço criado especialmente para deliberar e definir diretrizes de políticas sociais voltadas para o segmento idoso, fiscalizar serviços e atendimentos de entidades públicas e privadas. No âmbito da cidade de Manaus atua o Conselho Municipal do Idoso

(CMI) e no Estado o Conselho Estadual do Idoso do Amazonas (CEI/AM).

A conscientização pelo idoso do seu papel de cidadão faz com que ele lute por seus direitos e busque o efetivo acesso à Justiça. Nesse sentido, entram em cena mais duas instituições de proteção à pessoa idosa: a Defensoria Pública e o Ministério Público. Para Ribeiro⁸, o Brasil possui um sistema de Justiça de defesa do idoso ainda deficitário. São poucas ou até inexistentes as varas, promotorias, defensorias e delegacias especializadas no idoso nas diversas Unidades da Federação. A cidade de Manaus conta com a DECCI, além da Defensoria Pública do Estado (DPE/AM) e o Ministério Público do Amazonas (MPAM).

No âmbito da DPE há o Núcleo Especializado de Defesa do Idoso, com uma equipe de profissionais voltado à assistência jurídica às pessoas carentes em questões relacionadas à condição da pessoa idosa, sobretudo aos direitos assegurados no Estatuto do Idoso (EI)². Numa denúncia por maus-tratos ou abandono, realiza-se a audiência, explica-se a situação jurídica do idoso ao agressor, isto é, sobre os direitos previstos no Estatuto do Idoso, e, por fim, busca-se celebrar um acordo entre as partes envolvidas.

Já o MPAM é uma instituição independente e munida de garantias constitucionais, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais, individuais e coletivos. Quando alguma entidade cometer infração que coloque em risco os direitos assegurados pela Política Nacional do Idoso – PNI (Lei 8.842/94)⁹, compete-lhe tomar as providências cabíveis bem como promover, sem a necessidade de processo judicial, a suspensão das atividades ou a dissolução da entidade, com a proibição de atendimento aos idosos a bem do interesse público. Outra intervenção importante e disponível ao MP, mas ainda pouco utilizada, segundo Couto¹⁰, é a responsabilização civil do Estado pelo descumprimento da lei. No estado do Amazonas temos atualmente duas Promotorias direcionadas à pessoa idosa, a 42ª e a 56ª Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa.

Tanto a DPE quanto o MPAM são instrumentos de cidadania à disposição da população idosa no

estado do Amazonas, considerando que o acesso à Justiça envolve muito mais que a mera judicialização das demandas. Envolve, sobretudo, o empoderamento das pessoas idosas sobre seus direitos e sua corresponsabilidade pela busca pacífica da solução de suas disputas privadas, públicas e sociais.

À guisa de resumir as principais instituições no combate e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa na cidade de Manaus, elenca-se no quadro que segue.

Apesar de não se dispor de informações consolidadas do quantitativo da rede em outras capitais brasileiras contata-se que em Manaus, são várias as instituições que compõem a rede de proteção, não só no enfrentamento da violência, mas que buscam de várias maneiras resguardar e proteger os direitos da pessoa idosa nas mais diversas áreas. Nesta pesquisa caracterizamos apenas as julgadas principais, selecionadas pelo CEI, a partir de seus papéis e finalidades estabelecidas no discurso institucional.

Quadro 1. Principais instituições que fazem parte da Rede de Proteção no Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa em Manaus e no Amazonas.

Seq	Nome da Instituição	Qtde	Participante deste estudo
1	Sec. Est. Justiça, Direitos Humanos e Cidadania	1	
2	Centro Int. de Prot. e Def. dos Direitos da P. Idosa	1	X
3	Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas	1	X
4	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso	1	X
5	Parque Municipal do Idoso - (PMI)	1	X
6	Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade	1	
7	Secretaria de Estado de Segurança Pública	1	X
8	Delegacia Esp. de Crimes contra a Pessoa idosa	1	X
9	Hospitais	7	X*
10	Unidades Básicas de Saúde	12	X*
11	Unidades de Pronto Atendimento	6	X*
12	Centros de Atenção Integral à Melhor Idade	1	
13	Centro de Referência de Assistência Social	11	
14	Centros Ref. Especializados de Assistência Social	1	
15	Centros Estadual Convivência do Idoso	2	
16	Centros Estaduais de Convivência da Família	5	
17	Conselho Estadual do Idoso	1	X
18	Conselho Municipal do Idoso	1	X
19	Defensoria Pública Estadual	1	X
20	Ministério Público Estadual	1	X

*Dois gestores de instituições diferentes participaram; Fonte: Elaborado pela autora com base nas pesquisas realizadas.

A falta de articulação na rede de proteção

Todos os 16 gestores entrevistados foram unânimes em afirmar que a rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa em Manaus não possui articulação necessária de maneira que as demandas dos idosos recebam tratamento adequado e respostas céleres. Para eles as demandas são agilizadas por meio de contatos pessoais e que a articulação precisa ser fortalecida, conforme vemos a seguir:

“[...] essa interação, ou seja, eu sei da minha missão e da função do outro. Então eu preciso da função do outro pra complementar a minha. Isso não está acontecendo”. (Ministério Público).

“Creio que não haja articulação na rede. Precisamos de interligação para poder funcionar. Não há interligação nem mesmos nos setores de uma única rede. Na saúde não vejo interligação entre UBS/CAIMI/Centros Sociais, por exemplo”. (Rede Estadual de Saúde).

“Nós temos uma rede com vários órgãos, para o enfrentamento da violência, mas que necessita sim, de uma articulação em que se estabeleça de fato o papel de cada órgão dentro desta rede de proteção”. (Rede Municipal de Saúde).

“Quando você estabelece um contato pessoal, aí a situação daquela pessoa idosa, ela flui de forma mais rápida [...] mas a articulação precisa ser fortalecida porque uma violência pode requerer diversos tipos de serviço”. (Conselho Estadual do Idoso).

A Política Nacional do Idoso (PNI) estabelece como competência do poder público, desenvolver formas de cooperação entre as instituições, uma vez que, em que pese a rede pessoal e primária da pessoa idosa ser fundamental para o cuidado, precisa estar articulada à rede secundária de serviços, que, aliás, necessita funcionar como rede compartilhada de responsabilidades. Nesse sentido é imperiosa a articulação eficiente da rede de proteção e de seus atores. Ações isoladas, desconexas e descontínuas perdem-se no universo das burocracias dos órgãos públicos, na maioria das vezes¹¹.

Abordam Ribeiro e Silva¹² que a violência, como um fenômeno multifatorial, requer abordagens multiprofissionais e interdisciplinares, “não se espera que uma ou duas categorias profissionais deem conta de situações tão complexas”. Para Vasconcelos¹³, dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa. Destacam Cezar e Arpini¹⁴, que os manuais técnicos, portarias e leis são necessários para o cuidado, proteção e prevenção da violência. Entretanto, para que sejam realmente eficazes precisam ser operacionalizados na ação diária dos serviços da rede de proteção, onde todos possuem o dever de cuidar e proteger a pessoa idosa, especialmente em contexto de violência.

O fluxo de atendimento à pessoa idosa, em situação de violência, efetuado pela rede de proteção

Para os 16 gestores entrevistados não existe nenhum fluxo de atendimento delineado e seguido pela rede em Manaus. O conhecimento deles é restrito ao fluxo de atendimento da instituição em que é vinculado.

“Não existe um fluxo definido e pior: não existe muita informação para o idoso e para a família dos locais onde ele pode procurar em caso dele ser vítima de violência [...] já tentamos trabalhar o fluxo de atendimento, isso é uma luta nossa, já tentamos colocar em lei, mas até o presente momento ainda não temos. (Conselho Estadual do Idoso).

“Nós não temos [um fluxo] e isso é absurdamente confuso [...] absolutamente confuso, não se entende e isso eu já tenho percebido desde que entrei aqui [...] então é do zero. A gente tem de começar do zero [...]”. (Ministério Público).

“[...] Não existe fluxo delimitado. Primeiro ele vai na unidade de saúde. Depois noutro...e noutro.... Não existe esse desenho [...] não tenho conhecimento se existe algum fluxo [...] nenhuma das instituições que trabalho tem esse fluxo. Nos últimos cinco anos eu fui coordenadora da UTI do Platão Araújo [...] eu desconheço completamente; eu nunca fui informada a respeito [...]”. (Rede Estadual de Saúde).

“Somente posso falar do fluxo próprio da FDT”. (Fundação Doutor Thomas).

É claro para a rede a inexistência de qualquer fluxo de atendimento à pessoa idosa na cidade de Manaus. O fluxograma é uma das ferramentas utilizadas na análise organizacional que representa de forma gráfica a sequência de uma atividade. Sua importância é percebida, especialmente, quando utilizada para analisar processos organizacionais visando sua melhoria. Por meio dele mapeiam-se os processos que envolve um atendimento, permitindo uma descrição precisa e clara do sequenciamento de todo o atendimento. Para Peinado e Graemil¹⁵, a ferramenta pode contribuir de forma impactante na gestão de qualquer processo e/ou projeto, envolvendo qualquer área de atuação. Segundo Baltzan¹⁶, o fluxograma é uma ferramenta fundamental tanto para o planejamento como para o aperfeiçoamento de qualquer processo, possibilitando a análise crítica e apontando para possíveis alterações e ajustes. Um fluxo bem elaborado pode ajudar na identificação de passos desnecessários, gargalos e outras ineficiências¹⁷.

Sendo assim torna-se relevante que a rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa em Manaus disponha de fluxos de atividades bem definidos, livres de sobreposições, retrabalhos e conflitos de atribuições. Sempre que possível também deve ser simplificado e absolutamente claro para todos os envolvidos, mas, sobretudo para a pessoa idosa em situação de violência, que, em muitas circunstâncias não sabe a quem recorrer. Há de se ressaltar, no entanto, os desafios que a rede possui na elaboração desse fluxograma de atendimentos, uma vez que são várias as instituições que a compõe, de várias esferas de governos, com estruturas diversas, com culturas organizacionais díspares e interesses muitas vezes opostos.

Contudo, o enfrentamento da violência é uma tarefa extremamente complexa e requer ações concebidas e elaboradas de forma profícua, havendo a necessidade dos gestores lançarem mãos às mais diversas ferramentas de gestão disponíveis e assim adotarem protocolos e fluxos de atendimentos apropriados¹⁸. Ações isoladas e desarticuladas, mesmo que muito bem-intencionadas, infelizmente não são capazes de mitigar um problema tão enigmático e por vezes abstruso, que é a violência contra a pessoa idosa.

O acompanhamento dos casos de violência envolvendo a pessoa idosa em Manaus

A pesquisa apontou que os gestores da rede também foram unânimes em afirmar que não sabem ou que não há nenhum acompanhamento dos casos de violência contra a pessoa idosa no município conforme se vê nos fragmentos abaixo:

“Não saberia dizer. Penso que não tem. Nunca ouvi falar de acompanhamento”. (Conselho Estadual do Idoso).

“A Defensoria Pública de Atendimento ao Idoso não saberia dizer sobre esse acompanhamento. Acredita não haver”. (Defensoria Pública).

“Não sei lhe dizer”. (Ministério Público)

“Querida, não existe. Por exemplo, intervenção psicológica. No Platão Araújo, nós não temos psicólogo [...] então, não tem. Em relação aos abusadores, essas coisas, também não tem, não tem, entendeu? Desconheço qualquer acompanhamento”. (Rede Estadual de Saúde).

“[...] depois disso [do atendimento] acho que não há mais acompanhamento. Também em relação aos abusadores somente a delegacia pode lhe dizer”. (Rede Municipal de Saúde).

Realizar acompanhamentos dos casos de violência contra a pessoa idosa é uma missão necessária e complexa ao mesmo tempo, especialmente em função do local onde geralmente estas ocorrem e os atores envolvidos. No entanto, em Manaus, de acordo com os resultados do presente estudo isso não ocorre. Além de alta demanda não há profissionais suficientes e nem um sistema unificado de informações que possa reunir os dados, gerar relatórios com informações que tenha visibilidade aos gestores da rede.

De acordo com Brito¹⁹ a família é o *locus* em que se concentra o maior número de violência praticada contra a pessoa idosa e esta é praticada pela própria família do idoso. Essa é uma situação extremamente delicada requerendo, inclusive, estudos mais aprofundados.

Para Abath et al.²⁰, são as relações enfraquecidas e história familiar prévia de violência que favoreceram o surgimento da agressão. Os autores concluem que “as famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a ser violentas”, e acrescentam “a qualidade da relação entre elas e o idoso depende de crenças, valores e concepções sobre a velhice e o cuidado”.

Por outro lado, a cultura brasileira, apoiada pelo Estatuto do Idoso, impõe como obrigação que a família seja responsável pelos cuidados dos membros idosos². Assim, é previsível que a negligência e o abandono sejam atribuídos a parentes. Na maioria das famílias com problemas de violência, os membros não possuem repertório interpessoal pró-social para lidar com dificuldades e até o espaço físico reduzido das habitações podem gerar desgastes e conflitos. Como consequência da ausência de habilidades de conviver com essas dificuldades ocorrem situações de negligência, abandono ou agressão física e psicológica⁶.

Estudos apontam que muitos dos abusadores, além de possuírem histórico de violência na família, possuem vínculos familiares afetivos frouxos, foram vítimas de abandonos, negligências e abusos sexuais na infância. Por vezes o agressor pode descarregar no idoso sentimentos de ambivalência, mágoa e revolta, colocando o idoso num lugar em que um dia esteve e que talvez ainda esteja²¹⁻²³. Aliado a esse fato, Neri²⁴ salienta que o idoso também pode contribuir para a ocorrência da violência, devido às exigências que faz, impaciência e até mesmo a um possível processo de demência ou doença mental que não é compreendido pelos familiares. Nesse sentido o que se busca é chamar a atenção para a complexa esfera e nuances das relações familiares, seu caráter multifacetado, sua dinâmica e, por conseguinte, seus possíveis reflexos nos casos de violência intrafamiliar. Tais questões nos remetem a uma reflexão da necessidade de mudança do olhar que a sociedade alimenta em relação ao agressor. Há de se ter uma visão mais ampliada, desprovida de preconceitos e estereótipos, uma sociedade mais empática e acolhedora.

Depreende-se daí a célere demanda por acompanhamento e intervenções, tanto em relação aos idosos quanto aos possíveis agressores. Seus

efeitos certamente poderão resultar na redução dos números de reincidências de violências contra a pessoa idosa na cidade de Manaus.

Registre-se que a pandemia de covid-19 foi considerada um entrave para a realização das entrevistas, o que constituiu uma limitação de pesquisa. Algumas instituições não estavam em atividade por conta do isolamento social e outras alegaram estar voltadas prioritariamente para atendimentos ligados à pandemia. Outra limitação foi a de ter encontrado resistências por parte de gestores uma vez que alguns deles possuíam cargos públicos comissionados e não se sentiam confortáveis em abordar assuntos que poderiam denotar alguma lacuna ou fragilidade na sua prática profissional.

CONCLUSÃO

Apesar de não possuir a articulação necessária para atender e acompanhar as demandas dos idosos, de não haver acompanhamentos, tampouco fluxos de atendimento delineados, a rede de proteção no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa na cidade de Manaus é extensa e atuante. Cabe ao poder público desenvolver formas de cooperação entre as instituições, uma vez que a rede pessoal e primária da pessoa idosa é fundamental para o cuidado, mas precisa estar articulada à rede secundária de serviços e funcionar como rede compartilhada de responsabilidades.

É necessária, portanto, a integração e a articulação entre as diferentes instituições: uma rede atuante, intersetorial, acolhedora, que dialogue, seja suporte e que conheça a importância, tanto de seu trabalho como dos demais componentes da rede de proteção. A abordagem multidisciplinar e o trabalho na perspectiva intersetorial e articulado podem resultar em potencialidade no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa na cidade de Manaus. Sendo assim, os profissionais, as instituições e os gestores precisam entender a importância deste trabalho em rede a partir de sua atuação como equipe multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, diferentes áreas dialogando com seus saberes e objetivos comuns.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes





REFERÊNCIAS

1. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, orgs. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.
2. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Portal da Legislação: leis ordinárias. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm.
3. Meleiro MLAP. A rede de proteção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa em Manaus: avanços e desafios [dissertação]. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas; 2021 [acesso em 12 jul. 2021]. Disponível em: <https://pos.uea.edu.br/data/area/dicente/download/160-1.pdf>.
4. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Estatísticas do Disque 100 [Internet]. Brasília, DF: SDH; 2020 [acesso em 29 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>.
5. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas; 2010.
6. Minayo MCS, Almeida LCC. Importância da política nacional do idoso no enfrentamento da violência. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, orgs. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 435-56.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Ribeiro PRO. A judicialização das políticas públicas: a experiência da central judicial do idoso. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, orgs. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 379-96.
9. Brasil. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Portal da Legislação: leis ordinárias. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm
10. Couto EC. O que fazer para concretizar a política nacional do idoso? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, orgs. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 573-90.
11. Muchembled R. Una historia de la violencia: del final de la edad media a la actualidad. Barcelona: Paidós Contextos; 2010.
12. Ribeiro RUP, Silva AL. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? Rev Lab Estud Violência UNESP. 2018;(21):115-30. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2018.v21n21.p164>
13. Vasconcelos AM. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2012.
14. Cezar PK, Arpini DM. Notificação compulsória da violência como possível fator de proteção à infância e a adolescência. Rev Adolesc Saúde. 2016;13(Supl. 2):114-23. Disponível em: http://adolescenciasaude.com/detalhe_artigo.asp?id=591
15. Peinado J, Graemil AR. Administração da produção: operações industriais e de serviços. Curitiba: Unicen; 2007.
16. Baltzan P. Tecnologia orientada para gestão. 6ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill Education Brasil; 2016.
17. Cardoso Jr. JC. Planejamento Brasil século XXI: inovação institucional e refundação administrativa: elementos para o pensar e o agir. Brasília, DF: IPEA; 2015.
18. Ferrero GA. Envejecimiento y vejez: nuevos aportes. Prácticas Interdisciplinarias. Buenos Aires: Etuel; 2008.
19. Brito KMSM. Rotas críticas de mulheres idosas em situação de violência: o caminho percorrido até o atendimento na rede de proteção [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Rio Grande do Sul: PUCRS; 2020.
20. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(2):305-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200013>
21. Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estud Pesqui Psicol. 2013;13(3):1159-81.
22. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. Psicol Ciênc. Prof. 2016;36(3):637-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
24. Neri AL. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2013. (Coleção Velhice e sociedade).



Perfil epidemiológico das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte, Brasil (2018-2019)

Epidemiological profile of reports of violence against older adults in Rio Grande do Norte, Brazil (2018-2019)

Rayrane Iris Melo da Cunha¹ 
Luan Victor Anselmo de Oliveira² 
Kenio Costa de Lima³ 
Tamires Carneiro de Oliveira Mendes⁴ 

Resumo

Objetivo: caracterizar as denúncias de violência contra pessoas idosas no Disque 100 no Rio Grande do Norte, Brasil, entre dezembro de 2018 e novembro de 2019. **Métodos:** estudo transversal no qual foram analisados descritivamente os dados contidos nos extratos das denúncias de violência efetuadas no Disque 100 e, posteriormente, realizada uma análise espacial exploratória. Foram analisados os municípios de residência das vítimas, tipos de violência, local de ocorrência e os encaminhamentos para a rede de garantia de direitos. Além disso, idade, sexo e raça/cor das vítimas; e idade, sexo, raça/cor dos suspeitos e parentesco com a vítima. **Resultados:** No total, 878 denúncias contra 1.014 pessoas idosas foram registradas, a maioria de Natal, RN (46,9%). As denúncias mais prevalentes foram: negligência (77%), violência psicológica (44,9%) e abuso financeiro (19%) e ocorreram predominantemente na residência das vítimas (95,3%), atingindo principalmente as mulheres (66,9%). Os suspeitos das violências foram na maioria os filhos (62,1%) e do sexo feminino (49,3%). **Conclusão:** Os resultados sugerem uma fragilidade do apoio/núcleo familiar e a necessidade da atenção do Estado para o cuidado nesse âmbito. Ademais, o fato de que as principais formas de violência nem sempre deixam marcas físicas alerta a população para a sua contribuição na identificação da violência contra a pessoa idosa. Finalmente, os resultados sugerem o desconhecimento do Disque 100 pelos indivíduos que residem no interior, fazendo-se necessário melhor divulgação dos canais de comunicação de violência para esse público, para uma análise mais realista dessa problemática no estado e um enfrentamento mais efetivo.

Palavras-chave: Idosos.
Violência. Maus-tratos ao Idoso.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Natal, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Natal, RN, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil.

⁴ Prefeitura do Natal, Secretaria Municipal de Saúde, Natal, RN, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rayrane Iris Melo da Cunha
iris.melo.097@ufrn.edu.br

Recebido: 16/03/2021
Aprovado: 16/07/2021

Abstract

Objective: to characterize the reports of violence against older people made via the Dial 100 service in the state of Rio Grande do Norte (RN), Brazil, between December 2018 and November 2019. **Methods:** a cross-sectional study involving a descriptive analysis of data contained in excerpts from reports of violence made via the Dial 100 service was conducted and an exploratory spatial analysis carried out. The cities of residence of the victims, types of violence, place of occurrence and referrals to the Network for Securing Rights were analyzed, along with age, sex and race/color of both victims and suspected perpetrators, besides the relationship between them. **Results:** In total, 878 reports of violence against 1,014 older people were registered, the majority in the city of Natal-RN (46.9%). The most prevalent complaints were neglect (77%), psychological violence (44.9%) and financial abuse (19%). Acts of violence were perpetrated predominantly in victims' homes (95.3%) and affected mainly women (66.9%). Most suspected perpetrators were children of the victim (62.1%) and female (49.3%). **Conclusion:** The results suggest a weakness in the family support/nucleus and the need for state assistance to deliver care in this context. In addition, the fact that the main forms of violence do not always leave physical evidence highlights the role of the population in helping to identify violence against the older population. Finally, the results suggest a lack of awareness about the Dial 100 service among residents in the interior of the state, pointing to the need for greater dissemination of the channels for denouncing violence against this group, allowing a more accurate analysis of the problem in the state and more effective actions to tackle the issue.

Keywords: Aged. Violence. Elder Abuse.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano faz parte do processo da vida e possui uma experiência variável de pessoa para pessoa de acordo com os contextos biológicos e sociais associados. Normalmente, é nessa fase que as relações sociais diminuem e a família assume um papel mais dominante na vida dos idosos. Apesar de serem sujeitos de direitos, os idosos se tornam muito vulneráveis frente às necessidades de saúde e às impossibilidades que emergem à medida que envelhecem, se tornando, muitas vezes, vítimas de violência¹. Segundo o Estatuto do Idoso, art. 19, §1, capítulo IV, “violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”². Trata-se de um problema que atinge a sociedade de forma integral, acometendo diferentes culturas, independentemente de status socioeconômico, etnia e religião³.

A violência contra a pessoa idosa pode se manifestar através de violações do tipo (1) física, que envolvem o uso de força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte; (2) psicológica, incluindo agressões verbais ou gestuais e humilhações; (3)

sexual, contemplando excitação sexual do suspeito, relação sexual ou práticas eróticas sem consentimento da vítima; (4) abandono, que envolve a omissão dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares na prestação de serviços de cuidado ou proteção; (5) negligência, que se refere à recusa ou omissão na prestação dos cuidados necessários por parte dos responsáveis familiares ou institucionais; (6) financeira, relacionada à exploração imprópria das pessoas idosas ou uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais; e (7) autonegligência, caracterizada como a conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa a cuidar de si⁴.

Nesse sentido, nem sempre é fácil identificar atos de violência praticados contra pessoas idosas, uma vez que nem todas as agressões direcionadas a esse público deixam marcas físicas⁵. Além das lesões físicas, idosos vítimas de violência vivenciam traumas morais e psicoemocionais. A violência contra pessoas idosas, muitas vezes, provoca o desenvolvimento de condições dependência e incapacidade, podendo, em alguns casos, resultar em óbito⁶. De acordo com uma meta análise incluindo com 52 trabalhos publicados entre 2002 e 2015, estima-se que uma em

cada seis pessoas idosas sejam vítimas de agressão ao redor do mundo⁷.

Nesse sentido, diante da magnitude que esse problema representa para o corpo social, em 2010, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil, órgão coordenador da Política Nacional do Idoso, instaurou o Disque 100 com um módulo específico de denúncias de violência contra pessoas idosas, o “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos”⁸.

Uma pesquisa de abrangência nacional no Brasil identificou um total de 233.383 denúncias de violência contra pessoas idosas encaminhadas ao Disque 100 entre 2011 e 2018⁹. Além disso, a região nordeste do Brasil ocupava a segunda posição em casos de violência contra pessoas idosas denunciadas⁸. Ainda segundo dados do Disque 100, o Rio Grande do Norte foi terceiro estado brasileiro entre 2011 e 2015 com maior número de denúncias de violência contra pessoas idosas realizadas por 100.000 habitantes¹⁰.

Entretanto, há uma perda considerável de informações sobre e caracterização de vítimas e suspeitos, destacando a necessidade da realização de outros estudos com o intuito de se entender a dinâmica do problema que é a violência contra os idosos e de embasar, posteriormente, estratégias políticas que atuem na promoção de saúde, no diagnóstico precoce de violações, no combate à violência contra esse público e no acompanhamento das vítimas e familiares. Apesar de pesquisas realizadas com abrangência nacional já terem quantificado as denúncias de violência contra pessoas idosas no Rio Grande do Norte, inexistem estudos que caracterizam os tipos de violência mais prevalentes, bem como o perfil das vítimas e dos agressores no estado. Portanto, o objetivo deste estudo consiste em caracterizar às denúncias do Disque 100 nos municípios do Rio Grande do Norte, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico e descritivo de caráter transversal e individuado, realizado a partir da análise dos extratos de denúncias de violência contra a pessoa idosa. Tais denúncias foram direcionadas ao Disque 100, tendo sido recebidas pelo Ministério

da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e encaminhadas para o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEPI/RN). O período de estudo – entre dezembro de 2018 e novembro de 2019 – foi escolhido com base na disponibilidade dos dados fornecidos pelo CEDEPI-RN. Foram consideradas todas as denúncias recebidas durante o período de investigação estipulado e que estavam relacionadas a indivíduos com idade ≥ 60 anos. O projeto foi aprovado pelo Comitê Central de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes, pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (parecer nº 3.898.143). Por se tratar de uma pesquisa que utilizou exclusivamente dados secundários, foi requerida a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para além disso, foi coletada a assinatura de um Termo de Concessão por parte do CEDEPI/RN, de forma a autorizar a utilização dos dados das denúncias para análise e divulgação.

O Disque 100 é um canal de comunicação da sociedade com o Poder Público – Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos – que busca a resolução de conflitos em casos de suspeita de violações de direitos e funciona durante 24 horas todos os dias da semana através de um serviço telefônico gratuito, sendo as denúncias analisadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis¹¹.

O território de investigação foi o Rio Grande do Norte, estado brasileiro que possui um total de 167 municípios e uma população idosa de 342.890 indivíduos, que representa cerca de 9,7% da população total do estado. Destes, aproximadamente 55,9% são do sexo feminino e 44,1% masculino, de acordo com o último censo¹². O estado conta, ainda, com um IDH de 0,684, ocupando o 16º lugar no ranking dos estados brasileiros¹³.

As investigações realizadas foram de natureza observacional, tendo sido conduzidas de forma espectadora sem interferências por parte dos pesquisadores. Após a coleta de dados através dos extratos de denúncias do Disque 100, que foram encaminhadas ao CEDEPI/RN através de um relatório, os autores elaboraram um banco de dados constando todas as variáveis analisadas de acordo com o perfil sociodemográfico dos idosos e a caracterização

da violência sofrida. Para essa fase do estudo, dois pesquisadores foram treinados para padronizar o relato do tipo de violência descrita pelo denunciante no relatório a fim de se minimizar vieses de observador.

Dentre as variáveis contidas no estudo, constam aquelas relativas à violência: os municípios em que ocorreram as violências, os encaminhamentos à Rede de Garantia de Direitos, os tipos de violência cometidos (física, psicológica, sexual, financeira, abandono, negligência e autonegligência), bem como o local em que as violências ocorreram. No que se refere especificamente à descrição do perfil dos indivíduos violentados, o número de vítimas por denúncia, a idade, o sexo e a raça foram analisados. Já no que diz respeito à descrição dos(as) agressores(as), o número de suspeitos (as), a idade, o sexo, a raça/cor e o parentesco com a vítima foram objetos de investigação.

Nos dados colhidos, as denúncias de violência contra a pessoa idosa envolveram, com frequência, a ocorrência simultânea de mais de um tipo de agressão, sendo possível, por exemplo, que um mesmo indivíduo tenha sofrido múltiplas violências e que isso tenha sido relatado em uma única denúncia. De modo semelhante, uma parcela expressiva das denúncias foi encaminhada para mais de um órgão da Rede de Garantia de Direitos.

Foram realizadas análises descritivas dos dados coletados a fim de obter as frequências absoluta (n) e relativa (%) com intervalo de confiança de 95% (IC95%) para as variáveis categóricas e a média e o desvio-padrão das variáveis quantitativas. Caracterizou-se também os dados perdidos por ausência de preenchimento no extrato de denúncia, de modo a manter o mesmo número amostral de denúncias para todas as variáveis analisadas. Posteriormente, foi feita uma análise espacial exploratória com a pretensão de identificar a distribuição das denúncias de violência contra pessoas idosas no Rio Grande do Norte.

RESULTADOS

Entre dezembro de 2018 e novembro de 2019, no Rio Grande do Norte, foram registradas no canal Disque 100 um total de 878 denúncias de casos de violência contra 1.014 indivíduos com 60 anos ou mais de idade, sendo a maioria das vítimas oriundas do município de Natal (n=411; 46,9%; IC 95%: 43,8–50,0), seguido por Mossoró (n=69; 8,0%; 6,3–9,7) e Parnamirim (n=64; 7,3%; 5,7–8,9). A Figura 1 ilustra a distribuição do número de denúncias pelos municípios do estado.

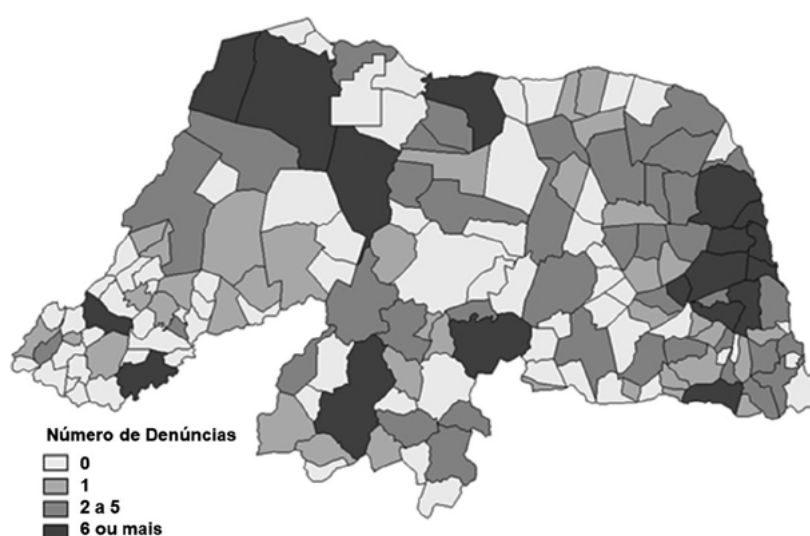


Figura 1. Distribuição espacial do número de denúncias de violência contra pessoas idosas realizadas através do Disque 100 no estado do Rio Grande do Norte, no período de dezembro de 2018 a novembro de 2019.

Quanto aos tipos de violência denunciadas, conforme apresentado na tabela 1, houve um predomínio das situações de negligência ($n=781$; 77%; IC95%=74,4–79,6), seguidas por violência psicológica ($n=506$; 49,9%; IC95%=46,8–53,0), abuso financeiro ($n=455$; 44,9%; IC95%=41,8–48,0) e violência física ($n=193$; 19%; IC95%= 16,6–21,4), respectivamente, as quais ocorreram de forma isolada ou em concomitância. Abandono ($n=17$; 1,7%; IC95%=0,9–2,5) e/ou autonegligência ($n=11$; 1,1%; IC95%=0,5–1,7) estavam presentes em uma pequena parcela dos casos. Não houve denúncias de violência sexual no período analisado. Além disso, algumas das denúncias relataram que as vítimas se encontravam em situação de vulnerabilidade social ($n=46$; 4,3%; IC95%: 3,1–5,5).

As informações referentes ao perfil das vítimas e dos suspeitos, bem como aos locais de ocorrência das violências, podem ser encontradas na tabela 2. No que diz respeito ao perfil das vítimas, a idade média

foi de $76,9 \pm 9,3$ anos, variando de 60 a 105 anos, sendo a maioria do sexo feminino ($n=79$; 66,9%; IC95%: 28,8–34,5). Desses indivíduos que sofreram violência, a maior parte foram declaradas pelos denunciadores como brancos ($n=384$; 37,9%; IC95%: 34,9–40,9), vindo na sequência pardos ($n=345$; 34%; IC95%: 31,1–36,9) e negros. O principal local onde ocorreram as violências foi na casa em que os idosos residiam ($n=837$; 95,3%; IC95%=94,0–96,6).

Em se tratando das características dos suspeitos, uma pequena maioria era do sexo feminino ($n=707$; 49,3%; IC95%: 46,2–52,4). No que se refere à cor/raça dos suspeitos, um maior número de indivíduos foi declarado como pardos ($n=435$; 30,3%; 27,5–33,1) e brancos ($n=403$; 28,1%; IC95%: 25,3–30,9), seguidos dos negros ($n=96$; 6,7%; IC95%: 5,1–8,3). Ademais, houve um predomínio dos casos em que os filhos eram os suspeitos ($n=891$; 62,1%; IC95%: 59,1–65,1), seguidos dos netos ($n=128$; 8,9%; IC95%: 7,2–10,6) e dos genros ou noras ($n=72$; 5%; IC95%: 3,7–6,3).

Tabela 1. Caracterização dos tipos de violência contra a pessoa idosa denunciadas ao Disque 100 no período de dezembro/2018 a novembro/2019 no Rio Grande do Norte.

Variável	Categorias	n (%)	IC (95%)
Negligência	Sim	781 (77)	74,4 – 79,6
	Não	233 (23)	20,4 – 25,6
Violência psicológica	Sim	506 (49,9)	46,8 – 53,0
	Não	508 (50,1)	47 – 53,2
Violência financeira	Sim	455 (44,9)	41,8 – 48,0
	Não	558 (55,1)	52,0 – 58,2
Violência física	Sim	193 (19)	16,6 – 21,4
	Não	823 (81)	78,6 – 83,4
Abandono	Sim	17 (1,7)	0,9 – 2,5
	Não	983 (98,3)	97,5 – 99,1
Autonegligência	Sim	11 (1,1)	0,5 – 1,7
	Não	989 (98,9)	98,3 – 99,5
Violência sexual	Sim	0 (0)	0,0 – 0,0
	Não	(0) 100	100,0 – 100,0
Vulnerabilidade social	Sim	46 (4,3)	3,1 – 5,5
	Não	1024 (95,7)	94,5 – 96,9

Tabela 2. Caracterização do local, vítimas e suspeitos dos casos de violência contra a pessoa idosa denunciadas ao Disque 100 no período de dezembro/2018 a novembro/2019 no Rio Grande do Norte.

Variáveis	N (%)	IC (95%)
Local da ocorrência		
Casa	837 (95,3)	94,0 – 96,6
Rua	19 (2,2)	1,3 – 3,1
Outros	18 (2,0)	1,1 – 2,9
Não informado	4 (0,5)	0,1 – 0,9
Sexo da vítima		
Masculino	321 (31,7)	28,8 – 34,5
Feminino	679 (66,9)	64,0 – 69,8
Não informado	14(1,4)	0,7 – 2,1
Raça da vítima		
Branca	384 (37,9)	34,9 – 40,9
Parda	345 (34,0)	31,1 – 36,9
Negra	81 (8,0)	6,3 – 9,7
Outros	11 (1,1)	0,46 – 1,74
Não informado	193 (19,0)	16,6 – 21,4
Sexo do suspeito		
Masculino	609 (42,4)	39,4 – 45,4
Feminino	707 (49,3)	46,2 – 52,4
Não informado	119 (8,3)	6,6 - 10,0
Raça do suspeito		
Branca	403 (28,1)	25,3 – 30,9
Parda	435 (30,3)	27,5 – 33,1
Negra	96 (6,7)	5,2 – 8,2
Amarelo	6 (0,4)	0 – 0,7
Não informado	495 (34,5)	31,6 – 37,4
Grau de parentesco		
Filho	891 (62,1)	59,1 – 65,1
Neto	128 (8,9)	7,2 – 10,6
Genro/Nora	72 (5,0)	3,7 – 6,3
Outros	274 (19,1)	16,7 – 21,5
Não informado	70 (4,9)	3,6 – 6,2

A partir das denúncias registradas no Disque 100, foram realizados 1.640 encaminhamentos para os órgãos da Rede de Garantia de Direitos, sendo a maioria para o Centro de Referência em Direitos Humanos Marcos Dionísio da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CRDH/UFRN) (n=394; 44,9%; IC95%: 41,6–48,2), acompanhado pela Coordenadoria dos Direitos das Mulheres e das Minorias (CODIMM) da Segurança Pública e

Defesa Social do Rio Grande do Norte (SESED) (n=221; 25,2%; IC95%: 22,3-28,1) e da Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso de Natal, RN (26ª Pmj) (n=21; 2,1%; IC95%: 1,2–3,0).

Em 14,7% (n=129; IC95%: 12,4-17,0) das denúncias, o denunciante realizou mais de um contato com o Disque 100, dentre as quais em 97 (75,2%;

IC95%: 72,9–78,5) foram realizados dois contatos, tendo o caso com maior número de ligações um total de 52 contatos. Um grande número de denúncias envolveu mais de um suspeito (37,2%; n=327; IC95%:

34,0–40,3), chegando a ter até 9 suspeitos para um mesmo caso. Ademais, uma parcela expressiva das denúncias envolveu mais de uma vítima (13,8%; n=120; IC95%: 11,5–16,1).

Tabela 3. Caracterização das denúncias de violência contra a pessoa idosa realizadas ao Disque 100 no período de dezembro/2018 a novembro/2019 no Rio Grande do Norte.

Variáveis	n (%)	IC (95%)
Encaminhamentos		
CRDH/UFRN*	394 (44,9%)	41,6 – 48,2
CODIMM**	221 (25,2%)	22,3 – 28,1
26ª Pmj***	21 (2,1%)	1,2 – 3,0
Outros	317 (31,3%)	28,3 – 34,3
Número de contatos		
1	759 (14,7%)	12,4 - 17,0
2	97 (11,0%)	(8,9 - 13,1)
3 ou mais	32 (3,6%)	(2,3 – 4,9)
Número de suspeitos		
1	561 (62,7%)	(49,5 – 65,9)
2 ou mais	327 (37,3%)	34,0 – 40,3
Número de vítimas por caso denunciado		
1	758 (16,2%)	13,8 – 18,6
2 ou mais	120 (13,8%)	11,5 – 16,1

*Centro de Referência em Direitos Humanos Marcos Dionísio; **Coordenadoria dos Direitos das Mulheres e das Meninas; ***Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso de Natal-RN.

DISCUSSÃO

No presente estudo, as denúncias concentraram-se nas cidades de Natal, Mossoró e Parnamirim, que são as três cidades mais populosas do estado do Rio Grande do Norte. A concentração das denúncias de violência contra as pessoas idosas nessas cidades e a baixa incidência em outras pode estar atrelada a diversos fatores, incluindo-se aspectos relacionados ao tamanho populacional, dado que as cidades com maior número de denúncias são também as mais populosas¹⁴, bem como a possibilidade de que, por desconhecimento do canal Disque 100 nos municípios menos populosos, os casos de violência contra tal público não sejam denunciados. Nesse sentido, é possível que os dados colhidos a partir das denúncias realizadas não representem a totalidade dos casos de violência direcionados às pessoas idosas no Rio Grande do Norte.

Em estudo realizado a partir das denúncias de violência contra pessoas idosas endereçadas ao Disque 100 entre os anos de 2011 e 2018, foi encontrando uma maior taxa de notificações nos estados do Paraná, Rio Grande do Norte e São Paulo¹⁴. Com exceção do RN, a maior notificação de violência em locais mais desenvolvidos reitera a hipótese de que os dados do presente estudo sejam fortemente influenciados pelo reconhecimento dos municípios sobre a importância da denúncia e conhecimento da existência do canal Disque 100.

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno complexo que tem implicações individuais, sociais e políticas, possuindo caráter multicausal³. No presente estudo, a negligência, a violência psicológica e o abuso financeiro foram as expressões de agressão mais denunciadas e estavam presentes em concomitância com outras tipologias de violência na maioria das

denúncias. Assim como neste estudo, no Brasil, os principais tipos de violência contra a pessoa idosa são a negligência, seguida de abusos psicológicos, financeiros e agressões físicas^{7,15}.

Tais violências podem estar relacionadas com a desvalorização e os estigmas sociais referentes ao processo de envelhecimento presentes na sociedade. Carregar no corpo as marcas deixadas pelo tempo em uma sociedade que zela pela máxima produtividade e pela juventude deixaram de ser valorizadas. Isso fica ainda mais visível quando vislumbramos que o corpo social, de forma intrínseca, ainda alimenta preconceitos e estereótipos relacionados ao envelhecer, associando, de forma depreciativa, as pessoas dessa faixa etária com características socialmente desvalorizadas¹⁶.

A negligência é um tipo de violação presente tanto em nível doméstico quanto institucional no Brasil, sendo a responsável, por vezes, pelo desencadeamento posterior das demais tipologias de violência¹⁷. De acordo com estudo, a sobrecarga provocada pelo exercício das atividades de cuidado com a pessoa idosa é um fator de risco para a ocorrência de negligência importante de ser considerado¹⁸.

A violência psicológica é mais relatada que a agressão física e isso pode ser explicado pelo próprio ciclo da violência, já que, na maioria das vezes, antes de ocorrer a agressão física, a vítima é ameaçada ou sofre violência psicológica¹⁹. É válido ressaltar ainda que, por vezes, os maus tratos psicológicos não são reconhecidos como um abuso, o que leva tal tipo de violência a ser subnotificada. O abuso financeiro, outra tipologia prevalente neste estudo, é uma condição recorrentemente descrita na literatura. A dependência financeira do agressor em relação à pessoa idosa é um dos fatores que contribuem para a ocorrência da violência financeira, sendo os rendimentos mais baixos potencializadores da negligência e, os mais altos, por sua vez, da violência psicológica²⁰.

Os dados colhidos por meio do canal de denúncias Disque 100 referentes à violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte revelaram que mais de 95% (n= 837) dos casos ocorreram no próprio domicílio da vítima. Em Estudos realizados na

cidade de Recife, PE, Brasil, os resultados destoaram daqueles encontrados no presente estudo, uma vez que apresentaram 47,52%²¹ e 59,3%²² de casos nos quais as pessoas idosas sofreram violência em sua residência. Essa diferença, no entanto, pode ser explicada pela fonte de dados utilizada, já que no primeiro estudo comparativo os dados foram oriundos do Instituto Médico Legal²¹ e, no segundo, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)²², ambos com notificações realizadas pelos profissionais de saúde.

Os resultados obtidos em pesquisa realizada também a partir da análise das denúncias do Disque 100 no período de 2011 a 2015 no Brasil, por outro lado, demonstraram um maior percentual de violências ocorrendo dentro da casa da vítima (72,47%)¹⁰, assim como neste estudo. Tendo em vista que o Disque 100 é um sistema aberto à sociedade, apresentando, portanto, um maior acesso para a realização de denúncias e, por conseguinte, uma elevada probabilidade de agregação no número de denúncias²³, há, nesse sentido, uma maior facilidade na identificação das violências dentro do domicílio.

Nesse sentido, o ambiente intrafamiliar configura-se como o principal meio no qual ocorreram as agressões direcionadas às pessoas idosas. Em razão disso, frequentemente a pessoa idosa tem receio de denunciar e de que denunciem seus agressores, seja por desejar não prejudicar um familiar com o qual possui vínculos ou por temer o agravamento das situações de violência dentro do seu próprio lar²⁴.

Paralelo a isso, é necessário que se trace estratégias de enfrentamento à violência doméstica contra idosos com base em políticas públicas que garantam os direitos desses indivíduos. Para tal, é indispensável um trabalho em rede entre a atenção básica de saúde, familiares, amigos e pessoas da comunidade. Nesse sentido, ressalta-se o papel da atenção primária à saúde, representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja rede de apoio é capaz, através do maior contato dos profissionais com os usuários, de detectar e manejar as situações de violência familiar, especialmente dos mais vulneráveis, graças ao acesso e a proximidade do cuidado fornecido por esse modelo de assistência²⁵.

Além do ambiente domiciliar, foram citadas como suspeitas de praticar maus tratos contra pessoas idosas três instituições privadas e 12 instituições públicas, sendo uma delas uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No Brasil, estudos chamam atenção para a necessidade de capacitação permanente dos profissionais de ILPI, abordando a presença de negligência institucional e outras formas de violência, problemas de acessibilidade, acesso aos medicamentos, dificuldades de atendimento à saúde no Sistema único de Saúde (SUS), barreiras de interação social com a comunidade e a necessidade de melhorias e execução das políticas públicas brasileiras²⁶.

Na análise da violência contra as pessoas idosas é importante considerar os problemas relacionais frequentemente surgidos durante os processos de cuidado. Os cuidadores, muitas vezes um familiar pouco preparado para a função, ao não receberem auxílio para o exercício do cuidado, acabam apresentando aumento acentuado nos níveis de estresse, manifestando comportamentos abusivos e praticando atos violentos²⁷. Consonante a tal afirmação, a maior parte dos suspeitos identificados na pesquisa eram familiares das vítimas, principalmente os filhos. Tal dado condiz com os resultados obtidos em outro estudo realizado no estado do Pará, Brasil, no qual os principais agressores de pessoas idosas também eram os próprios filhos das vítimas²⁴.

No presente estudo, as mulheres foram as principais suspeitas de cometerem violências, fato que decorre principalmente do fato de que o papel de prover cuidados é, na maioria das vezes, assumido por pessoas do sexo feminino. Daí a importância do apoio do Estado às famílias, provendo instâncias de cuidado prolongado, especialmente diante do atual cenário sociodemográfico marcado pela diminuição no número de filhos e da maior participação da mulher no mercado de trabalho²⁸.

A maior parte das vítimas foram do sexo feminino, dado que se apresentou de maneira semelhante aos resultados de estudos já discutidos na literatura científica, que evidenciaram que as mulheres são as maiores vítimas de violência domiciliar quando comparadas aos homens^{11,27}. Tal fato pode ser atribuído à construção social acerca do papel das mulheres na sociedade, ainda muito atrelado à

subordinação e à desvalorização²⁹. Além disso, no Brasil, os maiores índices de sobremortalidade de indivíduos do sexo masculino, quando comparados ao sexo feminino, desde o momento do nascimento até a idade adulta³⁰, bem como a menor busca por serviços de saúde por parte do público masculino³¹, podem ter relação com tal cenário, uma vez que existem mais mulheres idosas do que homens.

No que diz respeito à cor/raça, as violências foram mais frequentes nas pessoas de cor/raça declaradas como branca e parda, aspecto provavelmente relacionado às características da população brasileira, que apresenta cerca de 45,2% de pessoas da cor/raça branca, 45,1% de pardos e 8,9% de pretos¹². Ademais, a condição de vulnerabilidade social vivenciada por alguns indivíduos neste estudo, seja ela associada ou não a outras violações, pode estar relacionada à violência estrutural presente no Brasil, especialmente no Nordeste, ao qual se caracteriza pelas desigualdades ocorridas nas estruturas organizadas e institucionalizadas da família e dos sistemas econômicos, culturais e políticos, conduzindo à opressão desses indivíduos e, por conseguinte, tornando-os mais vulneráveis^{32,33}. Assim, indivíduos desse grupo frequentemente estão expostos a um maior risco de adoecimento ou de agravamento de doenças pré-existentes⁶, além de um menor acesso aos serviços de saúde, falta de suporte social e baixa escolaridade, que podem culminar em um agravamento ou condição de saúde mais fragilizada³⁴. Além da violência estrutural, os determinantes sociais são importantes fatores relacionados à violência interpessoal³⁵.

Em se tratando das limitações contidas no presente estudo, é importante destacar que os dados analisados foram coletados de um único canal de denúncias, fato que dificulta a construção de um diagnóstico situacional mais abrangente no que se refere ao perfil de violência contra a pessoa idosa no estado do Rio Grande do Norte. Somado a isso, cabe pontuar também a pouca representatividade dos casos de violência em uma significativa parcela das pequenas cidades do estado, expressa por meio de escassas denúncias ou da ausência delas, aspecto que pode estar relacionado ao desconhecimento do canal Disque 100 nesses municípios. Além disso, a omissão de dados referentes à raça/cor nos registros

do Disque 100 também se mostrou como um fator limitante no empreender de uma caracterização mais precisa tanto das vítimas quanto dos agressores.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que a maioria dos casos de violência contra pessoas idosas no Rio Grande do Norte ocorreram no domicílio da vítima, sendo perpetrada principalmente por seus filhos. Dentre os tipos mais recorrentes de violência, destacaram-se, respectivamente, a negligência, a violência psicológica e o abuso financeiro. Por assumirem com maior frequência o cuidado direcionado às pessoas idosas, as mulheres foram as principais suspeitas de cometerem violência; também foram elas as principais vítimas. No que se refere à raça/etnia, houve um predomínio de pessoas brancas e pardas (declaradas pelos denunciante). Ademais, o número de denúncias foi proporcional a densidade

populacional dos municípios, uma vez que os maiores índices de violência foram observados nas três cidades mais populosas do Rio Grande do Norte (Natal, Mossoró e Parnamirim).

Diante disso, é primordial que haja um maior investimento na ampliação e na divulgação dos setores de atendimento às denúncias de violência contra pessoas idosas, sobretudo nos municípios menos populosos, nos quais existe um expressivo desconhecimento desses canais de denúncia. O investimento em órgãos competentes de investigação e de resolução dos casos de violência também deve ser realizado. Aliado a isso, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a atenção às pessoas idosas e aos seus cuidadores, de modo a envolver o Estado, a sociedade e a família na ampliação do cuidado a fim de que possa ocorrer uma garantia efetiva dos direitos à população idosa.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Diel M, Barbiani R. Violência familiar contra a pessoa idosa: expressões do fenômeno e perspectivas para o seu enfrentamento. *Textos Contextos*. 2018;17(2):379-92.
2. Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.
3. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Prof*. 2016;36(3):637-52.
4. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
5. Oliveira AAV, Trigueiro DRSG, Fernandes MGM, Silva AO. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):128-33.
6. Correia TMP, Leal MCC, Marques APO, Salgado RAG, Melo HMA. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):529-36.
7. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):147-56.
8. Mallet SM, Conceição M, Côrtes W, Giacomini KC, Gontijo ED. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. *Rev Méd Minas Gerais*. 2016;26(Supl 8):408-13.
9. Freitas LG, Benito LAO. Denúncias de violência contra idosos no Brasil: 2011-2018. *REVISA*. 2020;9(3):483-99.
10. Taveira LMM, Oliveira MLC. Perfil da violência contra a pessoa idosa registrada no Disque 100 de 2011 a 2015, Brasil. *Geriatr Gerontol Aging*. 2020;14(2):120-7.
11. Rocha RC, Cortês MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde Debate* 2018;42:81-4.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília, DF: IBGE; [1995 -]. Censo Demográfico [acesso 12 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília, DF: IBGE; [1995 -]. Rio Grande do Norte: Cidades [acesso 14 jan. 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/natal/panorama>.

14. Sousa CLS, Cunha RIM, Guerra LMB, Mendes TCO. Caracterização das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Brasil. In: Anais do 6º Congresso Internacional do Envelhecimento Humano; Campina Grande; 2019. Campina Grande: Realize Eventos e Editora; 2019.
15. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Disque Direitos Humanos [Internet]. Brasília, DF: MDH; 2018. Balanço anual Ouvidoria 2017. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/balanco-disque-100>.
16. Torres TL, Camargo BV, Bousfield ABS. Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psic Teor Pesq*. 2016;32(1):209-18.
17. Silva GCN, Almeida VL, Brito TRP, Godinho MLSC, Nogueira DA, Chini LT. Violência contra idosos: uma análise documental. *Aquichan*. 2018;18(4):449-60.
18. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-9.
19. Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1035-41.
20. Manso MEG, Oliveira RR, Almeida VP. A triangulação de métodos na abordagem da violência contra o idoso: resultados em um núcleo de convivência. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2020;9(10):e1409108522.
21. Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):295-306.
22. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):305-14.
23. Brasil. Governo Federal, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos [Internet]. Disque 100 [acesso 06 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/disque-100-1>
24. Moraes TM, Aurelio SM, Lamego AMPC, Mendonça EF, Gonçalves LHT, Neves AB, et al. Caracterização do idoso vitimado pela violência no Pará. *Enferm Bras*. 2019;18(4):544-51.
25. Lopes EDS, D'Elboux MJ. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(6):1-10.
26. Poltronieri BC, Souza ER, Ribeiro AP. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24:2859-70.
27. Brasil. Secretaria da Saúde. Caderno de Violência contra pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo: CODEPPS; 2007.
28. Meira ED, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP, Philipp RR. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(2):1-8.
29. Damaceno DG, Alarcon MFS, Sponchiado VBY, Chirelli MQ, Marin MJS, Ghezzi JFS. Denunciando as agressões: o protagonismo de mulheres idosas vítimas de violência. In: Atas do Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa. Lisboa; 16-19 julho 2019. Lisboa: CIAIQ; 2019. p.1156-65.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade por sexo e idade. Breve análise da mortalidade no período 2011-2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
31. Oliveira CO, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais sócio-demográficos da mortalidade de idosos em idades precoces e longevas. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015;39(2):249-61.
32. Minayo MCS. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: é possível prevenir, é necessário superar. Brasília, DF: SDPR; 2014.
33. Coelho EBS, Silva ACLG, Lindner SR. Violência: definições e tipologias. Florianópolis: UFSC; 2014.
34. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):119-28.
35. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):2811-23.

