

Análise das notificações de violência contra idosos no Distrito Federal e Entorno de 2009 a 2018

Analysis of notifications of violence against the elderly in the Federal District and
surroundings from 2009 to 2018

Maria Cecília Ribeiro¹

Teresa Christine Pereira Morais²

Fernanda Biscardi dos Santos³

Jennyfer Caroline Santos de Oliveira³

¹ Enfermeira. Mestrado em Fundamentos e Práticas em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SESDF. Brasília, Brasil.

² Enfermeira. Doutorado em Fundamentos e Práticas em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- EEUSP. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS/FEPECS.

³ Discente de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS. Brasília, Brasil.

Autor correspondente: Teresa Christine Pereira Morais. Email: teresacpmorais@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar as notificações de violência contra idosos, no período de 2009 a 2018, no Distrito Federal e municípios dos estados de Goiás e Minas Gerais que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno. **Método:** Estudo descritivo que utilizou a base de dados de notificações de violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. As violências foram caracterizadas quanto ao local de ocorrência, tipo de violência, características do agressor e desfechos para o setor saúde. **Resultados:** Identificou-se 1.266 registros, sendo 914 no Distrito Federal, 301 no estado de Goiás e 51 em Minas Gerais. A residência foi o principal local de ocorrência, a violência física mais frequente e os filhos os principais agressores. Nos desfechos para o setor saúde, 63,11% das notificações estavam em branco, 23,85% de alta e 11,61% de ignorados. **Conclusões:** As desigualdades raciais e econômicas impactam o fenômeno da violência contra a pessoa idosa. A aproximação domiciliar, dependência financeira e relacionamentos familiares marcados pela violência contribuem para a ocorrência de violência contra idosos, dado a possibilidade de conflitos

geracionais. O total de notificações em branco/ignorado apontam para fragilidades no preenchimento da ficha de notificação de violência, no âmbito dos serviços.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Saúde do Idoso, Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze reports of violence against the elderly, from 2009 to 2018, in the Federal District and municipalities in the states of Goiás and Minas Gerais that make up the Integrated Development Region of the Surroundings. **Method:** Descriptive study that used the violence notification database of the Notifiable Diseases Information System. The violence was characterized as to the place of occurrence, type of violence, characteristics of the aggressor and outcomes for the health sector. **Results:** 1,266 records were identified, 914 in the Federal District, 301 in the state of Goiás and 51 in Minas Gerais. The residence was the main place of occurrence, the most frequent physical violence and the children the main aggressors. In the outcomes for the health sector, 63.11% of the notifications were blank, 23.85% were discharged and 11.61% were ignored. **Conclusions:** Racial and economic inequalities impact the phenomenon of violence against the elderly. Home proximity, financial dependence and family relationships marked by violence contribute to the occurrence of violence against the elderly, given the possibility of generational conflicts. The total number of blank/ignored notifications points to weaknesses in filling out the violence notification form, within the scope of the services.

Keywords: Domestic Violence, Elderly Health, Health Care.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica, caracterizada pela diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, aponta para o crescimento da população envelhecida. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019¹, do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, o que corresponde a 16,2% da população do país, com perspectivas de alcançar 41,5 milhões em 2030. Diante de tal cenário, a compreensão sobre o que é ser idoso e do próprio processo de envelhecimento se mostra necessária e urgente, pois permitirá a identificação das principais demandas deste grupo, especialmente no que se refere aos agravos e adoecimentos, a fim de proporcionar a implementação e modificação nas políticas de saúde e sociais, com vistas à efetiva assistência dessa população de modo a

preservar sua qualidade de vida.

Dado o natural processo de envelhecimento, a pessoa idosa passa a apresentar limitações físicas e cognitivas relacionadas à senilidade e senescência. Além disso, a depender do núcleo familiar onde se encontra inserida, a pessoa idosa pode estar submetida a conflitos intergeracionais que impactam e potencializam as vulnerabilidades, dentre elas, a violência.

A violência contra o idoso consiste no ato ou falta de ato, único ou repetido, proposital ou impensado de força física ou do uso do poder, que cause danos psicológicos, lesões físicas ou até mesmo a morte. A mesma pode ser praticada dentro ou fora do ambiente doméstico, por algum membro da família ou ainda por pessoas que exerçam uma relação de poder sobre a pessoa idosa². A tipologia proposta pela OMS² indica três categorias de violência relacionadas ao agressor, a violência autoprovocada, a violência interpessoal e a violência coletiva. Os atos violentos são classificados de acordo com sua natureza, em físico, psicológica/moral, financeira/econômica patrimonial, estupro/violência sexual, negligência e tortura.

As pessoas idosas são especialmente vulneráveis à violência física, psicológica, negligência, assim como à econômica/patrimonial, podendo acarretar adoecimento físico-psicológico, danos na capacidade funcional, tentativa de autoextermínio, violação dos direitos humanos, diminuição da qualidade de vida e aumento das taxas de mortalidade³. Apesar de representar um grave problema de saúde pública, a violência contra o idoso ainda é um problema velado e subestimado tanto em países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos, acarretando geralmente em subnotificações, surgindo assim, a necessidade de reconhecimento e discussão sobre a temática.

Os idosos possuem necessidades e vulnerabilidades variadas, exigindo políticas públicas distintas que visem o seu atendimento. No Brasil, o arcabouço legal conta com dois dispositivos que visam assegurar os direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, representadas pela Política Nacional do Idoso (PNI)⁴ e pelo Estatuto do Idoso⁵, que possuem o objetivo de garantir melhor qualidade de vida e inclusão.

Nesse contexto, a violência contra a pessoa idosa tornou-se objeto de vigilância epidemiológica no Brasil a partir de 2006, por meio da implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), atendendo ao estabelecido no Art.19 do Estatuto do Idoso, o qual determina que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada

contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como obrigatoriamente comunicados por eles. Em 2009 os dados passaram a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo a violência incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional. As análises demográficas do IBGE¹ prevêem que em 2031 o número de idosos brasileiros será maior que o de crianças e adolescentes até 14 anos. O painel de dados da ouvidoria do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH)⁶, aponta que no primeiro semestre do ano de 2020, do total de de 1.018.615 milhões de violações registradas pelo Disque 100, 26,29% (267.867) foram contra a pessoa idosa.

Diante do exposto e com o propósito de identificar e comparar a violência contra idosos no Distrito Federal e Região Integrada de Desenvolvimento Entorno - RIDE, este estudo buscou analisar as notificações das situações de violência, a fim de identificar características sociodemográficas das vítimas, seus agressores, tipo e local da ocorrência da violência, no período de 2009 a 2018. A justificativa para o presente estudo decorreu do entendimento de que o conhecimento sobre a realidade da violência contra idosos no Distrito Federal e RIDE, pode subsidiar a identificação de fragilidades no preenchimento da ficha de notificação de violência, especialmente aquelas relacionadas à identificação e encaminhamento na rede de proteção ao idoso, além da escassez de pesquisas que incluam o cenário da RIDE e por conseguinte, do Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, que buscou conhecer a realidade da violência contra idosos no Distrito Federal Região Integrada de Desenvolvimento Entorno - RIDE. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS, criado com o objetivo de informatizar as informações de saúde para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão, por meio da base de dados de notificações de violência contra idosos registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Uma região integrada de desenvolvimento é conceituada como área semelhante às regiões metropolitanas brasileiras, porém, entre diversos entes federativos. A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno foi instituída pela Lei Complementar n.º 94, de 19 de fevereiro de 1998 e, ampliada pela Lei Complementar n.º

163/2018. Constitui-se em uma região composta pelo Distrito Federal (DF), 29 municípios do Estado de Goiás (GO) e 04 de Minas Gerais (MG), tendo com área territorial 56.433,53 km² e uma população de 4.627.771 habitantes⁶⁻⁷. A RIDE foi criada para efeitos de articulação e ações administrativas entre a União e os três estados com o intuito de proporcionar o desenvolvimento econômico e social abordando aspectos como saneamento ambiental, educação, turismo, segurança pública, saúde, habitação, geração de empregos, proteção ao meio ambiente, serviços de telecomunicação, infraestrutura, entre outros fatores.

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN⁷, no período de 2000 a 2015, a população idosa de 60 a 100 anos ou mais, nos estados correspondentes a RIDE, cresceu, pois em 2000, ele representava 5% e, em 2015, alcançou 9% do total de habitantes, com estimativa de atingir, até 2030, 16,6%. Utilizando o critério da autodeclaração, os idosos que se declararam como de raça branca correspondem a 52% dessa população, seguida de pessoas que se autodeclararam de raça preta ou parda correspondendo a 8,8% e 37%, respectivamente, sendo as raças indígenas e amarelas correspondentes ao percentual de 1%⁷.

A ficha de notificação de violência é preenchida por profissionais dos serviços de saúde e outras fontes notificadoras (asilos, centros de convivência, centros de referência para vítimas de violência), agrega informações sobre a vítima, agressor e natureza da violência e os dados são incluídos no SINAN em nível municipal e transferidos para as esferas estadual e federal para compor a base de dados nacional.

As notificações de violência contra idosos foram analisadas no período de 2009 a 2018, segundo características demográficas das vítimas quanto ao sexo, idade, raça/cor da pele, características da violência quanto ao local de ocorrência, tipo de violência e meio de agressão, características do agressor e desfechos para o setor saúde. Considerou-se no presente estudo o período inicial 2009 e final 2018, pois no ano de 2009 a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional e 2018 o último ano com dados disponíveis no momento da realização das buscas no SINAN.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples e apresentados em tabelas na forma de frequência absoluta e percentual. Considerando que a pesquisa utilizou dados secundários disponíveis em sistemas públicos de informações, ou seja, de banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o projeto a Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos

Foram identificadas 1.266 registros de notificações que atenderam aos requisitos da pesquisa, sendo 914 no Distrito Federal, 301 nos municípios do estado de Goiás e 51 nas cidades de Minas Gerais. No Distrito Federal e nos municípios do estado de Minas Gerais, às vítimas foram predominantemente do sexo feminino com 65,09% e 58,82% respectivamente, sendo semelhante ao apontado em estudos nacionais e internacionais onde os valores são de aproximadamente 60% de casos notificados^{8,9}. É possível perceber que o Distrito Federal apresenta número de casos maior que a média dos demais estudos.

A violência contra idosas decorre de padrões de violência de gênero, situações comuns na realidade brasileira que beiram à naturalização e banalização do tema pela sociedade. As desigualdades entre os gêneros contribuem para a compreensão de que os homens possuem mais força e competência do que a mulher, tornando-se assim um dos fatores de risco para a violência contra o gênero feminino¹⁰. A violência contra o gênero masculino apresenta maior prevalência nos municípios do estado de Goiás, conforme os percentuais acima apontados e o boletim epidemiológico do Estado de Goiás, reforça esse achado¹¹.

Quanto à etnia, é possível verificar que em parte significativa das notificações foram deixadas em branco/ignorado, perfazendo 31,12%, ou seja, não foram respondidas, o que dificulta estabelecer inferências sobre os achados em relação à raça mais atingida. Apesar dessa subnotificação, é possível observar nos dados levantados que a raça branca apresenta 24,33% das notificações, seguida de 34,68% nos pardos, 8,69% nos idosos de raça preta e 1,18% englobando amarelos e indígenas. A violência contra idosos da raça de cor parda/preta foi predominante nas cidades de Minas Gerais, 68,62% e Goiás 67,44%. O DF apresentou o menor índice, 34,04%, de casos investigados.

Sendo a raça branca de maior predominância da população idosa, há o questionamento do porquê de as ocorrências de violências apresentarem maior percentual nos idosos pretos e pardos e alguns estudos ajudam a compreender essa disparidade. Quando se busca entender o fenômeno da violência contra a pessoa idosa tais estudos apontam para as desigualdades raciais como uma de suas principais consequências, por haver maior quantitativo de negros e pardos compondo o grupo de menor classe econômica. A vulnerabilidade socioeconômica, o desemprego, a habitação em baixas condições sanitárias e o conflito familiar são fatores

predisponentes para todos os tipos de violência, uma vez que, pessoas de baixa renda em coletivo tendem a criar um local de instabilidade habitacional convergindo em inversão de valores e normas entre indivíduos, prejudicando o estabelecimento de vínculos sociais consistentes e redes de apoio, gerando assim condições favoráveis para situações de violência^{12,13}.

Os dados sociodemográficos apontam que trabalhadores pretos ou pardos integram o maior número de desempregados com o menor nível de escolaridade, menor salário e piores condições de moradia. Ademais, a população de pretos e pardos compõe o grupo de pessoas com os menores rendimentos no Brasil, ilustrando a desigualdade racial no país e justificando os dados encontrados, que indicam os idosos de raça preta e parda, como as que mais sofrem violência^{7,12}. Tal situação não é diferente nos municípios que integram a RIDE, que apresentam população predominantemente parda/preta, com a economia dependente das atividades de Brasília e entorno e profunda diferença de renda per capita quando comparados ao Distrito Federal⁸. Este cenário de desamparo e penúria socioeconômica contribui para que situações de violência se instaurem, especialmente entre os extremos de faixa etária, ou seja, entre crianças e idosos

Violência contra o idoso por tipo de agressor

Para compreender o fenômeno que envolve a violência intrafamiliar, é fundamental compreender como foi construída a relação entre o idoso e a família. O Estatuto do Idoso⁵, em seu artigo 3º, estabelece a obrigação da família de assessorar a pessoa idosa gerando, ou seja, os parentes são obrigados, por lei, a atender a demanda dos idosos de suas famílias. Na maioria desses casos, devido às condições socioeconômicas, a família não consegue custear um cuidador com experiência, fazendo com que os filhos/ cônjuges/ sobrinhos/ netos, sejam os principais cuidadores da pessoa idosa.

Apesar do núcleo familiar estar relacionado ao amparo, afeto e proteção, estudos mostram que parte significativa dos agressores são familiares do idoso agredido, principalmente, os filhos^{8,14,15,16}. Reforçando o que foi encontrado na literatura, no presente estudo é possível inferir, que a agressão cometida pelo filho de maior prevalente nas três regiões, conforme demonstrado na tabela 1 abaixo, sendo o DF com maior taxa (43,54%).

Tabela 1 – Violência cometida contra a pessoa idosa, por tipo de agressor. Brasília, 2021.

| Agressor | RIDE | % | Distrito Federal | % | Goiás | % | Minas Gerais | % |
|-----------------|-------------|-------------|------------------|-------|------------|-------|--------------|-------|
| Amigo/conhecido | 61 | 4,82 | 23 | 2,52 | 33 | 10,96 | 5 | 9,80 |
| Cônjuge | 112 | 8,85 | 81 | 8,86 | 21 | 6,98 | 10 | 19,61 |
| Cuidador | 41 | 3,24 | 36 | 3,94 | 2 | 0,66 | 3 | 5,88 |
| Desconhecido | 125 | 9,87 | 55 | 6,02 | 65 | 21,59 | 5 | 9,80 |
| Filhos (a) | 482 | 38,07 | 398 | 43,54 | 71 | 23,59 | 13 | 25,49 |
| Ignorado/branco | 259 | 20,46 | 182 | 19,91 | 67 | 22,26 | 10 | 19,61 |
| Irmão(ã) | 37 | 2,92 | 28 | 3,06 | 6 | 1,99 | 3 | 5,88 |
| Namorado (a) | 5 | 0,39 | 3 | 0,33 | 2 | 0,66 | 0 | 0,00 |
| Própria pessoa | 144 | 11,37 | 108 | 11,82 | 34 | 11,30 | 2 | 3,92 |
| TOTAL | 1266 | 100% | 914 | | 301 | | 51 | |

O despreparo por parte dos familiares em prestar cuidados ao idoso pode influenciar no estabelecimento de relações familiares conturbadas. Muitos são os filhos que não têm bom relacionamento com seus pais durante toda uma vida e diante das circunstâncias do envelhecimento, passam a cuidar desses pais por obrigação, e com isso, podem acabar agindo de forma negligente em relação aos cuidados prestados. Nas relações familiares em que filhos são criados por meio de castigos físicos, as chances de reproduzir tal prática contra o idoso são maiores, pois introjetam a violência física como uma forma de resolução de problemas. Além disso, cenários de relações familiares baseadas na violência propiciam com que os vínculos sejam carregados de sentimentos negativos como raiva e medo, ao invés de positivos, como respeito e amor, impossibilitando assim o estreitamento e fortalecimento de vínculos afetivos, atrelando o cuidado à obrigação e não ao desejo de cuidar¹⁴. Cabe sublinhar que anterior a qualquer julgamento no tocante a considerar o filho mau cuidador, é valoroso tentar compreender a relação que se construiu com esse idoso ao longo da vida e a forma com que esse filho aprendeu a se relacionar e a resolver os problemas com quaisquer sujeitos de seu círculo de convivência.

Os fatores apontados por¹⁴, elucidam o porquê do tipo de violência mais notificada na RIDE-DF ser a negligência, tendo o filho como principal agressor. Pelo fato dos filhos exercerem esse trabalho de cuidador sem o devido preparo, acaba sobrecarregado e estressado, por ter que modificar sua rotina e alterar sua própria dinâmica familiar, o que aumenta o risco da ocorrência de negligência¹⁶. Além disso, em situações de baixa condição socioeconômica, onde os filhos estão desempregados, o idoso assume o papel de principal fonte de renda da casa, sendo exposto a pagar empréstimos e as contas de consumo do domicílio como água, luz e alimentação, configurando-se em violência patrimonial.

Ao analisar os outros perfis de agressores, observa-se que cada região apresenta uma característica distinta. No DF, o segundo tipo de agressor mais prevalente é a própria pessoa, correspondendo a 11,81% das notificações. A violência autoprovocada compreende a ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios, sendo que as mulheres apresentam mais ideação e tentativas suicidas, enquanto os homens têm o suicídio consumado¹⁷. No Brasil, apesar das taxas de suicídio serem baixas, a população na faixa etária acima de 60 anos apresenta o dobro de taxas em relação a população em geral, além de ter um aumento crescented as taxas em relação a homens idosos¹⁸.

Nos municípios mineiros, o segundo tipo de agressor mais prevalente é o cônjuge tendo como maior prática a violência física¹⁹. Ao descrever as mulheres como as mais agredidas pelos parceiros conjugais e os homens agredidos por desconhecidos, estudo pontua que ao longo da história foi criada uma naturalização da violência do homem em relação à mulher por conta do machismo. A vergonha de expor os maus-tratos praticados pelo parceiro e as promessas de não ocorrerem mais agressões causa e perpetua o ciclo de violência²⁰.

Percebe-se que a maioria dos agressores, depois dos filhos, eram desconhecidos nos municípios goianos (21, 59%) e o tipo de violência mais cometido por esse perfil foi a violência física. Frequentemente o idoso é violentado por um familiar ou conhecido, mas devido a dependência emocional e o medo prefere descrever o agressor como desconhecido. Além disso, os autores apontam que a maioria das violências cometidas por desconhecidos ocorrem em ambientes públicos, o que não condiz com a amostra do presente artigo onde aponta que a residência foi o maior local de prática de violências²¹.

Os tipos de violência contra idosos

Referente aos tipos de violência destacam-se como de maior notificação no SINAN a violência física, negligência, violência de repetição e violência psicológica, na qual percebe-se que cada região da RIDE-DF apresenta diferentes perfis de tipo de violência, conforme descrito a seguir.

A negligência foi a notificação de violência mais encontrada no DF (50,43%). A literatura ressalta que a ocorrência de negligência está associada à falta de preparo e estresse do cuidador frente às demandas do idoso, sendo um agravo de difícil detecção impedindo a efetuação da notificação. A negligência ocorre 3,31 vezes mais dentro da residência, o que explica a dificuldade de identificar esse achado, e consequentemente de notificar¹⁶. O

Manual de Enfrentamento de Violência Contra a Pessoa Idosa²² descreve que a negligência é cometida tanto pelos órgãos públicos quanto pelos familiares do idoso, destacando que os tipos de negligência mais comuns, são a precariedade na assistência à saúde, casas inadequadas a necessidade do idoso, cuidados corporais inadequados, má formação dos profissionais da saúde e estresse do cuidador. A violência de repetição foi a segunda prática de violência mais notificada no DF (44,96%). Ser idoso longevo é fator de proteção para negligência, psicológica, econômica e física, pois devido a maior dependência e vulnerabilidade dos idosos associado ao fato de que os principais cuidadores serem os filhos ou pessoas próximas converge em um estado de insegurança, onde o idoso não relata os casos de maus-tratos¹³.

A violência física se destacou nos municípios mineiros e goianos pertencentes à RIDE-DF, porém é importante considerar que geralmente o idoso sofre mais de um tipo de violência, pois as marcas visíveis que são deixadas no corpo da vítima facilitam a identificação da violência física. Em outro estudo é destacado sobre a natureza das lesões e partes do corpo mais atingidas causadas pelo abuso físico, sendo cortes, perfuração e laceração as lesões mais prevalentes e as partes do corpo mais atingidas são a cabeça/face, tórax/dorso e membros superiores²³.

Quanto a violência psicológica o levantamento apresentou resultado com altos índices de notificação, no DF e GO (29,21%) e (36,54%), nessa ordem. O abuso psicológico está presente em todas as formas de violência, mas por não deixar marcas visíveis passa despercebida, deixando um extenso sofrimento mental nas vítimas, que se tornam dependentes do agressor. Destacam-se como consequências da violência psicológica a tristeza, depressão, isolamento social, solidão alcançando a ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado¹⁸. É descrito que as mulheres são as que mais sofrem violência psicológica, o que geralmente está relacionado a hierarquia de gênero e aceitação das mulheres da violência devido a dependência afetiva em relação ao agressor, que se sente no direito de controlar o comportamento e bens da mulher²⁰. A tabela 2 apresenta o consolidado dos números absolutos e percentuais dos tipos de violência identificados.

Tabela 2 – Violência cometida contra a pessoa idosa, por tipo de violência. Brasília, 2021

| Tipo de violência | RIDE | | Distrito Federal | | Goiás | | Minas Gerais | |
|-----------------------------|------|-------|------------------|-------|-------|-------|--------------|-------|
| | | % | | % | | % | | % |
| Ameaça | 199 | 15,72 | 133 | 14,55 | 51 | 16,94 | 15 | 29,41 |
| Arma de fogo | 26 | 2,05 | 11 | 1,20 | 14 | 4,65 | 1 | 1,96 |
| Enforcamento | 42 | 3,32 | 26 | 2,84 | 13 | 4,32 | 3 | 5,88 |
| Envenenamento | 75 | 5,92 | 57 | 6,24 | 16 | 5,32 | 2 | 3,92 |
| Financeira | 152 | 12,01 | 126 | 13,79 | 23 | 7,64 | 3 | 5,88 |
| Física | 599 | 47,31 | 326 | 35,67 | 240 | 79,73 | 33 | 64,71 |
| Força corporal/espancamento | 423 | 33,41 | 224 | 24,51 | 168 | 55,81 | 31 | 60,78 |
| Negligência | 508 | 40,13 | 461 | 50,44 | 42 | 13,95 | 5 | 9,80 |
| Outra agressão | 164 | 12,95 | 141 | 15,43 | 21 | 6,98 | 2 | 3,92 |
| Psicológica/moral | 398 | 31,44 | 267 | 29,21 | 110 | 36,54 | 21 | 41,18 |
| Tortura | 56 | 4,42 | 29 | 3,17 | 22 | 7,31 | 5 | 9,80 |
| Violência de repetição | 524 | 41,39 | 411 | 44,97 | 84 | 27,91 | 29 | 56,86 |
| Violência sexual | 51 | 4,03 | 40 | 4,38 | 7 | 2,33 | 4 | 7,84 |

No que se refere à localização da violência, a residência foi o principal local nas três regiões, com destaque para os municípios de Minas Gerais com maior prevalência (88,23%), sendo consensual com a literatura. O fato do filho e cônjuge serem os principais agressores, como afirmado no presente estudo, e conseqüentemente viverem no mesmo ambiente com a vítima, justifica esse cenário de ocorrência de violência. A aproximação domiciliar, dependência financeira e relacionamento marcado por violência são fatores determinantes para a ocorrência de violência domiciliar³.

A violência domiciliar facilita a subnotificação, pois os casos não chegam a público, devido ao fato de os familiares serem os principais agressores e há certo receio do idoso relacionado a dependência por seu agressor, medo da represália, perda de moradia e vínculos familiares, dificultando assim, a busca de suporte social e profissional através da denúncia quando em situação de violência¹⁸. Em consonância com o receio apresentado pelo idoso, a falta de discussões sobre a temática resulta em profissionais pouco envolvidos com essa realidade, resultando no baixo número de profissionais especializados em geriatria, sendo importante e necessário que se tenha mais compreensão acerca da dinâmica agressor-idoso, possibilitando implementação de políticas efetivas voltadas para prevenção dessas situações, resultando em uma menor taxa de subnotificações.

A lei nº 10.741/03, que cria o Estatuto do Idoso⁵, um instrumento do Estado para garantir direito e dignidade ao idoso, em seu art. 99 explica as conseqüências legais

causadas a quem pratica violência contra idoso, como expor a integridade física ou psíquica, podendo resultar em pena de reclusão de dois meses a um ano e multa, com benefício da suspensão condicional. Se a violência estiver correlacionada com a lesão corporal de natureza grave, a pena será de reclusão de um a quatro anos, porém se resultar em morte, a reclusão será de quatro a 12 anos sendo que, nesse caso, não há benefício da suspensão condicional do processo.

Quanto aos dados relacionados ao encaminhamento de saúde e a evolução dos casos, nas três regiões, constatou-se que a maioria dessas informações foram deixadas em branco no momento do preenchimento, demonstrando altos índices de subnotificações. As razões descritas para a subnotificação, estão a dificuldade de denúncia da violência doméstica contra os idosos, o despreparo dos profissionais de saúde para investigar os casos (falta de capacitação e conhecimento de protocolos de investigação), a infraestrutura deficiente de atendimento e a fragilidade das redes de apoio²⁰.

Consoante as “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral²⁴, a pessoa idosa deve sempre estar vinculada à atenção primária mesmo que assistida por outro ponto de atenção. O documento traz uma série de ofertas que a atenção deve oferecer à população idosa, dentre essas, a orientação sobre a prevenção e acompanhamento das vítimas de violência, sendo esse cuidado expandido a seus familiares e cuidadores.

No art. 4º do Estatuto do idoso, é descrito que nenhum idoso deve ser vítima de qualquer tipo de violência e que todos devem prevenir qualquer violação aos seus direitos. Além disso o art. 6º destaca que todo cidadão deve comunicar à autoridade quando os direitos do idoso é violado. Mas, apesar do respaldo legal, a lei não é cumprida, principalmente nos serviços de saúde onde se observa bastante subnotificação dos casos de violência contra a pessoa idosa. A Unidade Básica de Saúde (UBS), como porta de entrada para o atendimento de idosos em situações de violência, possui o papel de identificar e notificar os casos de agravos, o que possibilita o dimensionamento das questões de violência, identificação da necessidade de investimentos de núcleos de vigilância, melhor compreensão sobre o fenômeno e o acionamento das ferramentas competentes de acordo com as necessidades apresentadas pelo idoso para que se possa alcançar o cuidado em sua integralidade²⁴.

Um estudo voltado para o atendimento de saúde para pessoas idosas no município do Rio de Janeiro, na atenção Básica, identificou por meio de apontamentos dos gestores das unidades de saúde, a não existência de profissionais especializado em geriatria e

gerontologia e estes pouco sensibilizados a entender a complexidade que envolve o atendimento aos idosos, sendo assim, os autores apontam que nas UBS as atividades voltadas para a temática são diminutas, predominando ações educativas focalizadas nas doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Os gestores também apontaram o déficit relacionado aos recursos financeiros, pois segundo eles, os recursos orçamentários, em grande parte são absorvidos pelas emergências hospitalares ²⁵.

Ademais, quando conseguem identificar a situação, os profissionais relataram se sentirem perdidos em como proceder e encaminhar a pessoa idosa, fazendo com que a conduta adotada na unidade seja de encaminhamento ao hospital, registro no prontuário, comunicação das suspeitas ao médico e ao assistente social. Ocorre que a atenção hospitalar também carece de preparo em atender as especificidades do idoso, pois o fluxo de atendimento da faixa etária, em caso de violência, não difere daquele que acontece com os demais pacientes, fazendo com que o setor de saúde também pratique algum grau de violência institucional, por não ofertar o suporte necessário ao idoso ²⁵.

Além disso, deve ser pontuado a falta de busca de suporte social e profissional por parte dos idosos, quando em situação de violência. Esse receio está associado a dependência que o idoso apresenta por seu agressor, já que na maioria dos casos como apontado nos dados ao longo dessa discussão, a violência é praticada pelos filhos e pessoas próximas que moram na mesma residência, convergindo no medo a represália, perda do espaço onde mora e quebra dos vínculos familiares, por parte do idoso.

CONCLUSÃO

A pesquisa aponta que as desigualdades raciais e econômicas impactam o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, dado que negros e pardos compõem o maior quantitativo da variável raça, assim como o grupo com maior fragilidade socioeconômica. Infere-se que filhos que desempenham o papel de cuidador do familiar idoso têm sua rotina e dinâmica familiar alterada, o que aumenta o risco de negligência e violência física. Os resultados oriundos da análise das notificações puderam ser corroborados pelos estudos que embasaram a presente pesquisa.

O número de notificações em branco/ignorado nas variáveis analisadas apontam para fragilidades no preenchimento da ficha de notificação de violência, especialmente no que se refere à realização da notificação no âmbito dos serviços de saúde. Atribui-se ao

despreparo dos profissionais, no âmbito da atenção básica e da atenção secundária, as fragilidades na notificação das situações de violência que envolvem idosos, devido à ausência de capacitação para o reconhecimento e enfrentamento dos diversos tipos de violência no cotidiano de suas práticas assistenciais. Por estarem cotidianamente presentes em diversos níveis de atenção à saúde, os profissionais de saúde são fundamentais na identificação e na prevenção de violações contra integridade do idoso, porém, para tanto, devem estar aptos na identificação de sinais de violência e em intervenções de prevenção, monitoramento e cuidado a tais vítimas.

Fatores como a aproximação domiciliar, dependência financeira e relacionamentos familiares marcados pela violência contribuem para a ocorrência de violência contra idosos, dado a possibilidade de conflitos geracionais. Neste sentido, é importante que se reconheça, a necessidade do fortalecimento e acompanhamento das famílias como uma das maneiras de prevenir atos de violência contra a pessoa idosa, por meio de monitoramento contínuo e sistemático pelas redes de proteção, de forma intersetorial, no âmbito das políticas públicas de enfrentamento a violência, que ainda carecem de investimentos.

O presente estudo buscou preencher lacunas referente ao contexto de sua realização, a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE) e Distrito Federal, tendo por base as notificações de violência contra idosos presentes no SINAN. Todavia, apesar dos avanços em termos de legislação e instâncias de discussão, as notificações nem sempre resultam numa ação efetiva de combate e apoio à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: PNAD. Rio de Janeiro; 2019.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Silva CFS, Dias CMSB. Violência Contra Idosos na Família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2016;36(3):637-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000300637
4. Presidência da República (Brasil). Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005.
5. Brasil. Lei Nº10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 out. 2003, p. 1.
6. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Painel de dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/primeiro-semester-de-2020>.
7. Brasil. Lei Complementar Nº 163, de 14 de Junho de 2018. Dá nova redação ao § 1º do art. 1º da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jun. 2018. Seção 1;1.
8. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Um olhar demográfico para a região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): natalidade e mortalidade - 2000-2015. Brasília, 2020.
9. Paraíba PMF, Maia MC. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [internet]. 2015 [acessado 10 Jul 2021]; 18(2): 295-306. Disponível em: 10.1590/1809-9823.2015.14047.
10. Hohendorff J, 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 [acessado 2021 ago.];19(2):64-80. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006&lng=es.
11. Rolim KL, Falcke D. Violência Conjugal, Políticas Públicas e Rede de Atendimento: Percepção de Psicólogos(as). Psicol. cienc. prof. [internet]. 2017 [acessado 10 Jul 2021];37(04). Disponível em: DOI: 10.1590/1982-3703003332016
 12. Silva HC, Rodrigues MF. A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa em Goiás. Boletim Epidemiológico [internet]. 2017 [acessado 22 jul.2021];18(8). Disponível em: A violência intrafamiliar contra a pessoa idosa em Goiás (saude.go.gov.br)
 13. Lima M. "Raça" e pobreza em contextos metropolitanos. Tempo soc. [internet]. 2012 [acessado 20 ago. 2021];24(2):233-254. Disponível em: SciELO - Brasil - "Raça" e pobreza em contextos metropolitanos "Raça" e pobreza em contextos metropolitanos. Doi:10.1590/S0103-20702012000200012
 14. Santos MA, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2012 [acessado 228 ago. 2021];25(6):03. Disponível em: SciELO - Brasil - Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. DOI: 10.1590/1413-81232020256.25112018
 15. Pinto FNFR. Violência contra o idoso: Uma discussão sobre o papel do cuidador. Rev Kairos [Internet]. 2016 [acessado 20 ago. 2021.];19(2):107-119. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30119/20879>
 16. Lopes EDS, et al. Elder abuse in Brazil: an integrative review. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [internet]. 2018 [acessado 31 ago. 2021];21(5):628-638. Disponível em: DOI: 10.1590/1981-22562018021.180062
 17. Pampolim G, Leite FMC. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [internet]. 2020 [acessado 15jul. 2021];23(6).Disponível em: 10.1590/1981-22562020023.190272
 18. Meneghel SN, et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero.

- Cien Saude Colet [internet]. 2015 [acessado 29 jul.2021];20(6):1721-1730. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015206.02112015
19. Minayo MCS, Gonçalves F. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev Saude Publica [internet]. 2010 [acessado 21 jul.2021];44(4):750-757. Disponível: DOI: 10.1590/S0034-89102010000400020.
 20. Paiva MMT, Santos DM. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Rev Paul Enferm [internet]. 2015 [acessado 25 jul.2021]; 68(6):1035-1041. Disponível em: DOI: 10.1590/0034-7167.2015680606i.
 21. Mascarenhas MDM, et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Cien Saude Colet [internet]. 2012[acessado 25 jul.2021];17(9): 2331-2341. Disponível em: DOI:10.1590/S1413-81232012000900014.
 22. Dantas RCO, Davidson COD, Ângelo GR. Violência contra a pessoa idosa: baixa ocorrência ou a força do silêncio?. Rio de Janeiro: Poisson; 2019. P. 24-29. doi:10.36229/978-85-7042-181-4.
 23. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília; 2014.
 24. Assis SG, de et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Cien Saude Colet [internet]. 2012[acessado 25 jul 2021]; 17(9):2305-2317. Disponível em: DOI: 10.1590/S1413-81232012000900012.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília; 2014.
 26. Ribeiro AP, Souza ER, Valadares FC. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. Cien Saude Colet [internet]. 2012 [acessado 25jul.2021];17(5):1167-1177. Disponível em: DOI 10.1590/S1413-81232012000500011.