 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1393

Avaliação da estratégia de notificação obrigatória de violência contra a pessoa idosa em um hospital público

Evaluation of the mandatory notification strategy of violence against the elderly in a public hospital

Lívia Reis de Souza[1], Egléubia Andrade de Oliveira[2], Gisela Cordeiro Pereira Cardoso[2], Michele Souza e Souza[2], Isabelle Patriciá Freitas Soares Chariglione[3]

RESUMO

Introdução: a violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública com previsão de notificação compulsória pelos profissionais de saúde. Apesar disso, a notificação ainda é pouco adotada, contribuindo para subnotificação.

Objetivo: conhecer a estratégia e procedimentos de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa atendidas em um hospital público.

Metodologia: estudo descritivo, com recorte temporal transversal, utilizando método de natureza qualitativa.

Resultados: a subnotificação pode ser atribuída à dificuldade de identificação da violência, indisponibilidade da ficha de notificação, desconhecimento da obrigatoriedade do registro, indefinição de fluxo interno das informações coletadas e inexistência de capacitações no âmbito hospitalar.

Conclusão: a ausência da ficha de notificação pode contribuir com a subnotificação dos casos de violência e fragilizar o monitoramento dessas ações para acionar as normas de proteção ao idoso na qual a unidade hospitalar tem um papel estratégico.

Descritores: Idoso; Abuso de Idosos; Notificação de Negligência; Vigilância em Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: violence against the elderly is a public health problem that is subject to compulsory notification by health professionals. Despite this, the notification is still little adopted, contributing to underreporting.

Objective: know the strategy and procedures for compulsory notification of acts of violence committed against elderly people treated in a public hospital.

Methodology: descriptive study, with a cross-sectional temporal cut, using a qualitative nature method.

Results: the underreporting can be attributed to the difficulty in identifying violence, unavailability of the notification form, lack of knowledge about the mandatory registration, lack of definition of the internal flow of information collected and lack of training in the hospital environment.

Conclusion: the absence of a notification form can contribute to the underreporting of cases of violence and weaken the monitoring of these actions to activate the standards of protection for the elderly in which the hospital unit has a strategic role.

Keywords: Elderly; Elder Abuse; Neglect Notification; Health Surveillance; Health Evaluation.

[1] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

[2] Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro.

[3] Universidade de Brasília – UnB.

Autor correspondente: **Livia Reis de Souza – E-mail: liviareis61@gmail.com**.

INTRODUÇÃO

O Brasil avançou, pelo menos no âmbito legal, em políticas e legislações voltadas ao enfrentamento da violência às pessoas com 60 anos ou mais, com destaque para o Estatuto do Idoso, de 2003. Em 2011 o Estatuto sofreu alteração em seu artigo 19, que determinou a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas, às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas[1]. Portanto, a responsabilidade dos profissionais de saúde é relevante, pois são eles que mantêm contato com as vítimas, seja nas unidades de saúde ou em suas residências[2].

Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais contra as ações de violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde. Contudo, os sinais de violência podem passar despercebidos pelos profissionais de saúde, ficando naturalizados no cotidiano das relações sociais[3,4], o que dificulta sua identificação, tornando-a uma questão subdiagnosticada e subnotificada[5].

A utilização dos dados coletados pelos sistemas de informação brasileiros e o desenvolvimento de diversas estratégias para lidar com a violência contra os idosos têm aumentado em alguns estados da Federação.

No Distrito Federal (DF), que tem se caracterizado pelo número crescente de idosos em sua composição populacional, algumas ações têm sido desenvolvidas para lidar com as subnotificações de violência contra esse grupo, com destaque para o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) que conta, entre outras coisas, com uma equipe multidisciplinar e ações diversas voltadas para o enfrentamento da violência no território[6].

Dados coletados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em todo o Brasil e publicados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram um crescimento das notificações de casos de violência para todos os segmentos populacionais, porém o volume e qualidade dessas notificações ainda podem ser considerados abaixo do esperado. No segmento de pessoas acima de 60 anos, se comparada ao total de notificações para todos os segmentos no Brasil, é mais baixo ainda. Como exemplo, entre os anos de 2009 a 2019 foram registradas 2.299.552 notificações no DATASUS. Dessas, 1,7% (140.131) correspondiam ao segmento idoso. No caso do DF, entre 2009 e 2019, foram contabilizadas 29.742 notificações, sendo que dessas, 2,6% (1.156 notificações) constituíam violência contra a pessoa idosa. Esse cenário é preocupante uma vez que a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da saúde é um dispositivo de garantia de direitos, sendo a ficha de notificação um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência[7].

No DF, é possível identificar outras ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em relação ao cuidado às pessoas em situação de violência, como a linha de cuidado que, seguindo orientações do Ministério da Saúde, pode ser desenvolvida em diferentes pontos da Rede de Atenção em Saúde e nos sistemas de apoio, e compreende os seguintes componentes: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social[8,9].

A análise da estratégia e procedimento de notificação obrigatória da violência contra as pessoas idosas atendidas no Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal (HRL) se mostra importante, pois confere visibilidade ao tema da violência que, muitas vezes, não deixa sinais visíveis, o que pode concorrer para a subnotificação dos casos. As evidências identificadas neste estudo, mesmo que limitadas, podem subsidiar ajustes nas ações específicas de profissionais e gestores por meio da identificação de fragilidades, bem como da potencialidade dos serviços hospitalares da rede pública de saúde, na identificação e notificação dos casos de violência.

Para melhor entender a violência contra pessoas idosas no DF e responder com mais clareza a esse problema, o presente estudo buscou conhecer as estratégias e procedimentos de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra os idosos atendidos no Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal, uma vez que a unidade concentra o maior quantitativo de notificações da violência dentro da Região Leste de Saúde.

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, com recorte temporal transversal entre 2019 a 2020. Foi realizada uma avaliação normativa do Sistema de Informação de Notificação Compulsória da violência contra a pessoa idosa atendida no HRL, no sentido de verificar os processos envolvidos na produção dos efeitos esperados por uma intervenção e sua relação com o contexto organizacional. Em outras palavras, foi investigado se a intervenção (notificação da violência contra a pessoa idosa) foi implantada como previsto na legislação e se as ações estão sendo realizadas em conformidade com o preconizado, na perspectiva dos atores envolvidos.

Seleção dos participantes

Foram escolhidos 11 profissionais para participarem da pesquisa, sendo nove profissionais da assistência, um gestor do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP) e um gestor do CEPAV.

Os requisitos utilizados para selecionar os sujeitos convidados a participarem da pesquisa foram: (1) ser profissional de saúde que presta assistência ao idoso no Hospital da Região Leste lotados nas seguintes clínicas: assistência clínica, assistência cirúrgica, unidade de traumatologia e ortopedia, urgência e emergência; (2) ser profissional de saúde lotado no CEPAV da Região Leste; (3) ser profissional de saúde lotado no NHEP da Região Leste.

No HRL o serviço de assistência hospitalar abrange diversos segmentos populacionais, tais como crianças, adolescentes e gestantes, que são atendidos na pediatria, centro obstétrico e maternidade, por isso foram selecionados os profissionais de saúde lotados nas clínicas com atendimento a pessoas idosas.

Instrumentos de coleta de informações

Foram realizadas entrevistas com base em roteiro semiestruturado em blocos temáticos com o intuito de organizar os conteúdos que seriam abordados e facilitar a coleta e a sistematização de dados. Para os profissionais da assistência, os blocos temáticos consistiram em (1) Identificação e atuação profissional; (2) Atendimento ao idoso; (3) Notificação da violência ao idoso; (4) Capacitação sobre o componente "notificação" da linha de cuidado ao idoso em situação de violência; (5) Considerações finais. Para os gestores do CEPAV e NHEP, (1) Identificação e atuação profissional; (2) Atendimento ao idoso; (3) Notificação da violência ao idoso; (4) Estrutura e funcionamento; (5) Fluxo de atendimento ao idoso em situação de violência; (6) Educação e material informativo; (7) Capacitação sobre o componente "notificação" da linha de cuidado ao idoso em situação de violência; (5) Considerações finais.

Também foi realizada observação direta de fluxo e materiais educativos e informativos sobre a violência e sua notificação, por meio de um roteiro de observação sobre a disponibilidade de materiais de divulgação e das fichas de notificação nas enfermarias e nos setores de maior circulação da população na unidade de saúde.

A elaboração do instrumento de coleta de dados utilizou o material consultado na análise documental e também teve como principais referências o Estatuto do Idoso (2003), bem como documentos norteadores do Ministério da Saúde, tais como: VIVA – Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2016) e Cartilha sobre notificação de violências interpessoais e autoprovocadas (2017).

Etapas metodológicas

Etapa 1 – Revisão bibliográfica e análise documental sobre a temática do idoso: consistiu na estruturação por meio de revisão bibliográfica e análise documental sobre a temática do idoso. A revisão bibliográfica adotou como principais parâmetros temáticos maus-tratos ao idoso, notificação da violência, vigilância em saúde. As principais bases de dados utilizadas para a busca foram *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal de periódicos da Capes, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Repositório Institucional da Fundação Oswaldo Cruz (Arca).

O parâmetro temporal compreendeu o período de 2003, logo após a publicação do Estatuto do Idoso[1], até dezembro de 2020. Para o levantamento, foram utilizados os seguintes descritores: "Idoso", "Abuso de Idosos", "Notificação de negligência", "Vigilância em saúde", "Avaliação em Saúde". Em relação aos parâmetros linguísticos, foram consultadas obras nos idiomas português e inglês.

Foram incluídos na análise, os trabalhos sobre a questão da violência, da notificação e do papel do profissional de saúde nessa situação. Também foram analisados documentos oficiais e artigos pautados no seguinte roteiro investigativo: violência e notificação contra idosos; descrição das formas de notificação; principais diretrizes para a sua realização; envolvimento dos profissionais nesse processo; e utilização das fichas de notificação.

Para a análise documental, foram consultadas publicações do Governo Federal e do Distrito Federal, sobretudo legislações, manuais, notas técnicas, estudos, dados demográficos dados epidemiológicos referentes a programas, políticas e ações voltadas à violência contra a pessoa idosa. Essa etapa privilegiou as publicações do Governo Federal e do Distrito Federal, referentes a programas, políticas e ações voltadas à violência contra idosos.

Esse levantamento também contribuiu para elaboração do modelo lógico da (i) linha de cuidados para pessoas em situação de violência, bem como o (ii) modelo lógico da notificação de violência contra a pessoa idosa.

Etapa 2 – Piloto das Entrevistas: foram realizadas cinco entrevistas. Para o piloto, foi reservado o auditório do hospital, mas a maioria optou pela realização das entrevistas em seu local de trabalho, as quais transcorreram sem interrupções por fatores externos ou imprevistos. Duas entrevistas foram transcritas e analisadas.

Esta etapa contribuiu com o aprimoramento dos roteiros de entrevista, ajustes na formatação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para facilitar a leitura e coleta das assinaturas pelo participante, assim como uma maior familiarização com os temas abordados, possibilitando melhor desempenho na condução das entrevistas na fase subsequente de coleta de evidências.

Etapa 3 – Coleta de dados: realizadas 11 entrevistas, bem como observação direta de locais de atendimento e circulação de idosos no HRL. Os colaboradores das Etapas 2 e 3 foram convidados a participarem da pesquisa por meio de abordagem presencial em seus locais de trabalho. Todas as entrevistas foram gravadas. As transcrições foram agrupadas em núcleos proximais do objetivo da pesquisa.

Também foi estruturado um roteiro para observação direta sobre a disponibilidade de materiais de divulgação e das fichas de notificação nas enfermarias e nos setores de maior circulação da população na unidade de saúde.

A fase de observação direta privilegiou as visitas aos serviços de assistência clínica, cirúrgica, ortopedia e de urgência e emergência, com anuência formal das respectivas chefias e cuidado para não interromper a rotina desses serviços.

Etapa 4 – Análise dos dados: a quarta etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados. A análise das entrevistas foi apoiada em elementos da análise de conteúdo[10,11], buscando, por meio de procedimentos sistemáticos, obter evidências que permitam identificar núcleos de sentido e tendências a partir da fala e lugar dos entrevistados e tecer recomendações úteis para os potenciais interessados nos achados da avaliação. Para a análise de conteúdo temático, foram privilegiadas dimensões e subdimensões, conforme Matriz de Informação descrita no Quadro 1.

A Matriz de Informação apresentada no Quadro 1 expõe o detalhamento das dimensões e subdimensões, assim como os critérios, parâmetros e técnicas de coleta para obtenção de evidências.

A apreciação da **conformidade/fidelidade** permitiu descrever e caracterizar a implantação da intervenção levando em consideração a disponibilidade de insumos. A dimensão **qualidade técnica** utilizada neste estudo está relacionada com instrumentos, formas, técnicas e métodos, o que nos leva à subdimensão **resolutividade**, aqui considerada como a capacidade de resolver ou finalizar um processo, aumentando a qualidade da intervenção.

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) pelo CAAE nº: 36014720.5.0000.5240 tendo obtido o Parecer de número 4.300.813. Também pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS/SES/DF), pelo CAAE nº: 36014720.5.3001.5553, Parecer de número 4.513.100, conforme a Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde.

Quadro 1

Matriz de Informação. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Dimensão/ componente	Subdimensão	Critério	Técnicas e fontes de coleta de evidências
Conformidade	Disponibilidade de insumos	Ficha de notificação disponível	Entrevista com profissionais HRL
			Observação direta nos setores do HRL
		Profissionais capacitados sobre a obrigatoriedade de notificar casos de violência contra o idoso, conforme a legislação.	Entrevista com profissionais HRL e coordenador(a) CEPAV para verificar as capacitações realizadas e conteúdos selecionados
		Disponibilidade de informação, manual de orientação, folders, outras fontes para esse tipo de agravo além de capacitações para os profissionais.	Entrevista com profissionais HRL e coordenador CEPAV para verificar divulgação do material informativo
			Observação direta nos setores do HRL
Qualidade técnica	Resolutividade	Conhecimento e uso da notificação	Entrevista com profissionais HRL
		Completude dos dados registrados na notificação	*Análise de banco de dados (SINANnet)
		Série histórica de registros de violência	*Análise de banco de dados (SINANnet)
		Comunicação a Delegacias, Ministério Público, Conselho do Idoso do DF	*Análise de banco de dados (SINANnet)
			Entrevista CEPAV
		Referenciamento ao atendimento especializado	Entrevista CEPAV

Legenda: *Planejado e não executado.

Fonte: Elaboração própria, com base em Champagne et al.[12] e Samico[13].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados e a sua discussão abordarão os seguintes elementos: a) linha do tempo; b) modelo lógico da linha de cuidados às vítimas de violência; c) modelo lógico da notificação da violência contra a pessoa idosa; e d) os achados das entrevistas e observação direta dos setores do HRL, bem como a discussão com a literatura.

É importante ressaltar que muitos países implementaram suas próprias legislações e políticas de proteção aos idosos ao longo dos anos. A proteção aos idosos é uma questão complexa e multifacetada, que requer ações coordenadas em nível global, nacional e local para garantir o bem-estar e os direitos dessa população vulnerável. O processo histórico e os marcos estratégicos da proteção à pessoa idosa foi resumida a partir do marco constitucional de 1988.

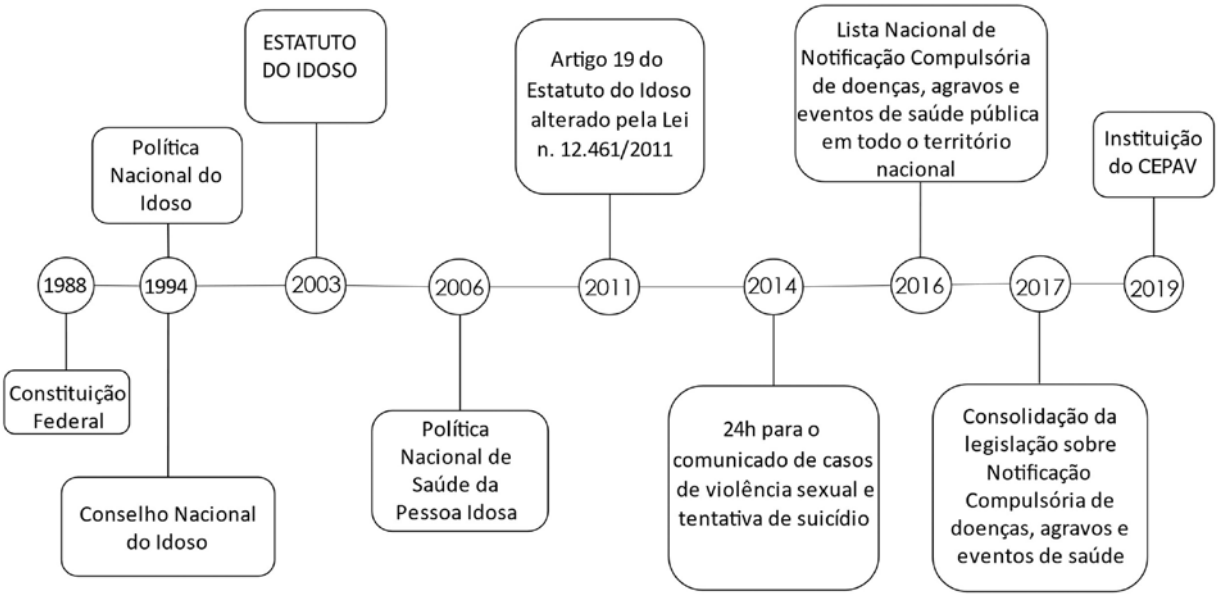
Tal como apresentado na linha do tempo (Figura 1), no Brasil, destacam-se como instrumentos legais de garantias de direitos da pessoa idosa: a Constituição Federal (1988), a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006). Em 2011, foi estabelecida como obrigatória para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de "violência doméstica e/ou outras violências". A preocupação com a vigilância contínua da violência pelo Ministério da Saúde foi reforçada com a publicação de outras portarias, tal como a Lista Nacional de Notificação Compulsória, em 2016, e a Consolidação da Legislação sobre Notificação, em 2017.

O principal marco para ações de proteção às pessoas com 60 anos ou mais e que avançou no que se refere ao enfrentamento à violência é o Estatuto do Idoso[1], que considera "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".

No âmbito do DF, em 2019, foi instituído o CEPAV, pela Portaria SES/DF nº 942[6], para atender as pes-

Figura 1

Linha do tempo do processo histórico e marcos estratégico da proteção a pessoa idosa.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

soas submetidas às situações de violência sexual, familiar e doméstica, em todos os ciclos de vida. Entretanto, de acordo com a coordenação do setor, prevalece o público infanto-juvenil, juventude e adultos. A ficha de notificação é a principal porta de entrada, sendo estruturante para o funcionamento do setor[9].

Outro resultado dessa avaliação foi a modelização da intervenção, por meio da elaboração de dois modelos lógicos: modelo lógico da linha de cuidados da pessoa em situação de violência e modelo lógico da notificação de violência contra a pessoa idosa. Essa modelização foi fundamental para descrever os vínculos complexos entre recursos, atividades e efeitos da intervenção na perspectiva dos sujeitos envolvidos, além de permitir compreender os processos envolvidos na produção dos efeitos esperados e sua relação com o contexto organizacional.

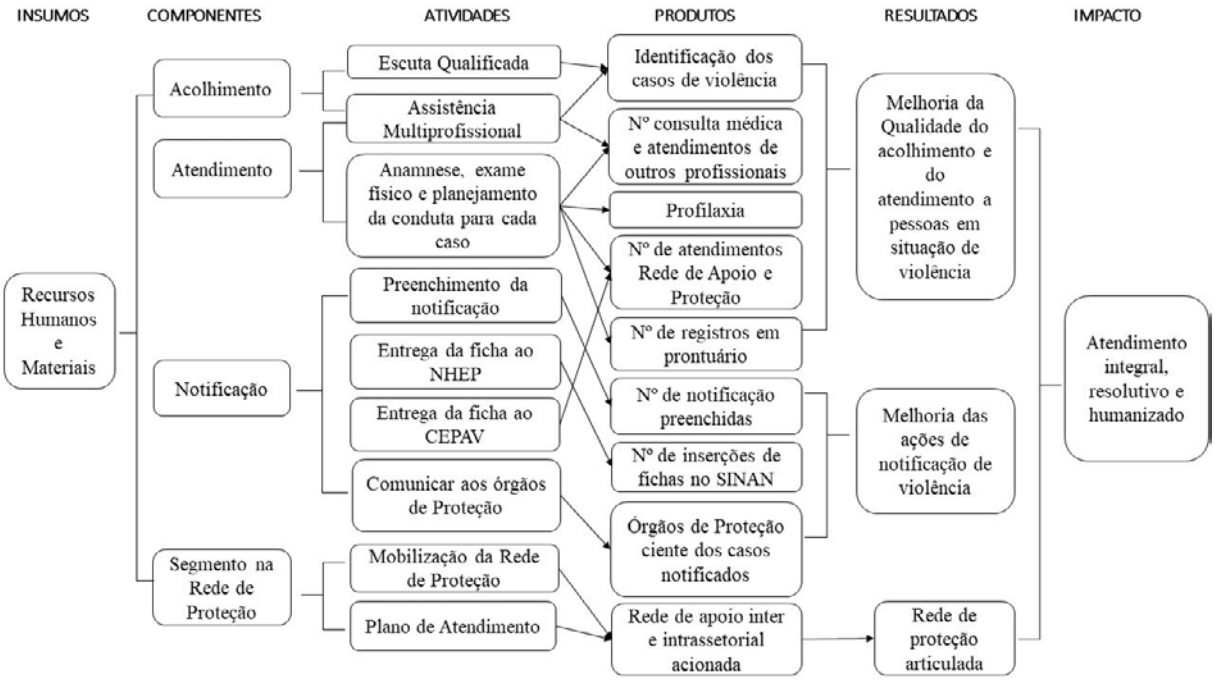
A modelização da linha de cuidados da pessoa em situação de violência é importante uma vez que ela se configura como uma estratégia para integralidade da atenção à saúde, através da qual é possível perceber um encadeamento de ações capazes de mobilizar recursos necessários e prover serviços de modo a alterar o curso do problema identificado. Desta forma, o desenvolvimento do modelo lógico dessa estratégia possibilitou descrever a lógica da intervenção, explicitando a organização de seus principais componentes estruturais e técnicos e propiciando o levantamento de questões e informações relevantes necessárias ao monitoramento e avaliação[14], conforme apresentado na Figura 2.

O principal componente disparador da linha de cuidado às vítimas de violência é a notificação dos casos. A notificação corresponde ao procedimento de informar o caso à vigilância em saúde para a tomada de decisões e a comunicação do caso aos órgãos de direitos e de proteção para a tomada das medidas protetivas.

Para essa modelização, buscou-se conhecer os aspectos relacionados à organização e sistematização de dados acerca da notificação de violência contra os idosos no DF, conforme preconizados pelo Estatuto do Idoso[1]. A Figura 3 apresenta a modelização do processo de notificação da violência contra o idoso, com base nas proposições legais vigentes.

Figura 2

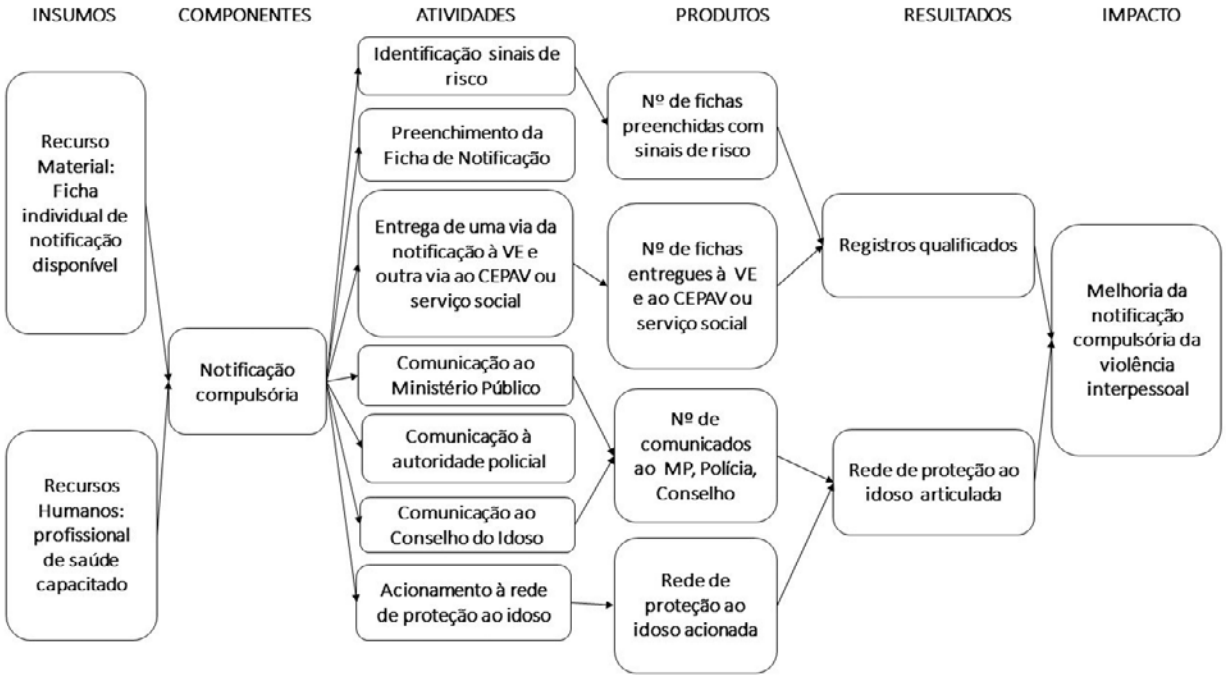
Modelo lógico da linha de cuidados da pessoa em situação de violência.



Fonte: Elaboração própria, com base em Brasil[8] e Secretaria de Estado de Saúde do DF[9].

Figura 3

Modelo lógico da notificação de violência contra a pessoa idosa.



Fonte: Elaboração própria, com base no Estatuto do Idoso[1].

As entrevistas foram mais um resultado dessa avaliação. De modo geral, os principais desafios anunciados pelos entrevistados foram: disponibilidade da ficha de notificação da violência no local de trabalho, capacidade profissional para identificar sinais de violência para preenchimento da notificação, familiaridade com o instrumento.

Dentre os profissionais entrevistados, nove prestam assistência e dois são gestores, com média do tempo de atuação na função de 9,5 anos. Na assistência, prevaleceram trabalhadores lotados no pronto-socorro, seis afirmaram ter atendido pessoas idosas vítimas de violência e dois preencheram a notificação. As dificuldades vivenciadas começam pela disponibilização da ficha de notificação, pois apenas dois têm acesso a esse instrumento no local de trabalho.

Sem a ficha de notificação, os profissionais de saúde deixam de registrar adequadamente os casos de doenças e agravos de notificação obrigatória. Isso pode levar a subnotificação dos casos, dificuldade no planejamento de ações de saúde, falta de informações para tomadas de decisões, e desproteção das vítimas. O registro da violência permite que as autoridades de saúde tenham acesso a informações importantes sobre a ocorrência desse agravo, possibilitando a implementação de medidas de controle e prevenção adequadas. A experiência com atendimento e notificação pelos profissionais da assistência pode ser resumido conforme o Quadro 2.

Quadro 2

Atendimento e notificação da violência contra pessoa idosa no HRL. Brasília, DF, Brasil, 2021.

	9 entrevistados/ Assistência	
Roteiro Entrevista	**Sim**	**Não**
Atendeu idoso(a) vítima de violência?	6	3
Sabe da obrigatoriedade de preenchimento da notificação?	7	2
Tem ficha de notificação no local?	2	7
Preencheu notificação?	2	7
Recebeu treinamento?	2	7

Após o preenchimento da notificação pelos profissionais da assistência, quatro não souberam descrever o encaminhamento dado à ficha, dois alegaram entregar a ficha ao Serviço Social do hospital, um encaminhou ao posto policial do hospital, um enviou para o judiciário do DF, por meio da Central Judicial do Idoso do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (CJI/TJDFT), e um encaminhou para a vigilância epidemiológica do hospital para registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para a coordenação do CEPAV, os principais desafios para a implementação das notificações são: a disponibilidade do profissional para o preenchimento da ficha de notificação e o receio de identificação, apesar do seu caráter anônimo, frente a eventuais represálias. No caso dos idosos, o número de notificações é menor e, geralmente, são registrados casos de violências muito graves, referenciados pelo setor de emergência hospitalar.

Em relação à disponibilidade do profissional para o preenchimento da notificação, ou seja, a capacidade de conseguir identificar e preencher a notificação de violência, os achados neste e tudo corroboram os resultados observados por Rosen *et al.*[15] sobre as dificuldades em identificar sinais de violência em que o abuso de idosos foi diagnosticado em apenas 0,013% das visitas ao pronto-socorro dos EUA.

Sobre a familiaridade com o instrumento de notificação, Ribeiro *et al.*[16] assinalam a falta de tempo e espaço para realizar uma avaliação completa e o desejo de evitar o envolvimento no sistema legal.

A baixa notificação e o não reconhecimento dos abusos e violências estão relacionados com a atribuição da situação à outra condição, com a limitação de tempo, com as dificuldades na abordagem do paciente e sua família (preocupação em ofendê-lo), com a negação da possibilidade de um membro da família ser o agressor, com o desconhecimento dos recursos disponíveis e preocupação com a segurança pessoal[17].

Shimbo *et al.*[18] citaram como problemas para o reconhecimento a falta de denúncia representada (15%), o conhecimento dos integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (7%), a ausência de instrumento (9%) e a dificuldade de acesso às vítimas (6%).

Para designar as formas mais frequentes de violências praticadas contra a população idosa, usualmente são empregadas diferentes tipologias: (1) violência física – se expressa pelo uso da força física com o intuito de causar dor ou lesão; (2) violência psicológica – inclui ações verbais ou ges-

tuais com o objetivo de causar angústia ou dor de ordem emocional; (3) abuso sexual – abrange interações sexuais não consensuais; (4) abuso financeiro – refere-se ao uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais de uma pessoa idosa; (5) negligência e abandono – relacionam-se à omissão dos responsáveis quanto à responsabilidade assumida pelos cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social do idoso; (6) autoinfligida e autonegligência – conduta da pessoa idosa que recusa prover a si mesma os cuidados com sua própria saúde ou segurança[19,20].

O tipo de violência mais citado nas entrevistas foi negligência/abandono com cinco menções, violência física com dois respondentes, violência financeira/patrimonial com dois respondentes, violência psicológica/moral com um e autonegligência com uma citação.

Dentre os tipos de violência, a negligência foi a mais citada pelos entrevistados. Em estudo conduzido por Mallet *et al*.[21], sobre a atuação do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, entre 2011 e 2013, a tipologia de violência mais identificada nas denúncias foi a negligência (34%), seguida pela violência psicológica (20%) e abandono (19%).

Em estudo realizado em Curitiba, em 2008, os tipos de violência intrafamiliar mais comuns contra os idosos percebidas pelos membros da ESF são a negligência e o abandono (25%), a violência econômica (24%), a psicológica (21), e a autonegligência (19%)[18].

A revisão de dados demográficos, epidemiológicos e os fatores de risco do abuso de idosos empreendido por Bond *et al*.[17] aponta os tipos de danos mais comuns: negligência (48,7%), psicológico (35,4%) e financeiro (30,2%).

O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal revela que mais de 60% dos casos referem-se à negligência e à violência psicológica[20].

Outra dificuldade é a qualidade do preenchimento dos dados. De acordo com a coordenadora do CEPAV, a inconsistência dos dados informados na ficha de notificação, parte deles incorretos ou incompletos, impede ou dificulta a localização das vítimas de violência para acolhimento no serviço ofertado. No último levantamento realizado pelo CEPAV Leste, 26% das notificações foram perdidas por falta de dados que os levassem à localização das vítimas de violência para acolhimento. Adicionalmente, as notificações recebidas não resultaram em ações por parte da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) voltadas à resolução ou mitigação do problema.

O NHEP tem a atribuição de inserir as notificações nas bases de informação do Ministério da Saúde. A notificação é atribuição da equipe assistencial que deve identificar o agravo ou doença de notificação compulsória. Atualmente, a notificação pode ser realizada de duas formas: a equipe da assistência preenche e entrega ao NHEP ou a própria equipe do núcleo realiza busca ativa nos prontuários e, ao identificar sinais de violência relatados, faz o preenchimento da ficha, insere no SINAN e encaminha ao CEPAV para dar sequência ao atendimento do caso. Assim, o NHEP tenta minimizar a incompletude das informações, fazendo uma revisão dessa ficha para preencher possíveis lacunas na notificação e busca ativa nos prontuários dos pacientes atendidos para notificações. Vale ressaltar que o NHEP pode ser considerado o maior notificador das situações de violência no Hospital da Região Leste.

A respeito das causas da subnotificação dos casos de violência contra pessoa idosa, foi apontada, em um estudo de Garbin *et al*.[22], a falta de regulamentos que estabeleçam os procedimentos técnicos, além da ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, da falha na identificação da violência no serviço de saúde e da quebra de sigilo profissional.

Para Oliveira *et al*.[23], a principal dificuldade sinalizada é o não reconhecimento de situações de violência, sobretudo os casos de violência velada, sem sinais físicos visíveis.

Outro estudo desenvolvido por Lima *et al*.[24] em serviços hospitalares de atendimento às vítimas de violências à população idosa em cinco capitais do Brasil, identificou que essas unidades não acataram plenamente a notificação de casos suspeitos e confirmados de violência, embora metade disponibilize a ficha de notificação.

Em relação à realização de capacitações e treinamentos para profissionais com foco na importância da notificação de situações de suspeição ou de violência constatada contra idosos, apenas dois profissionais declararam ter recebido algum tipo de treinamento com esse foco. Alguns estudos afirmam que a ausência de treinamento sobre ferramentas de triagem utilizadas para interpre-

tar os sinais do paciente é um fator que concorre para o relato inadequado dos casos de abusos e a subnotificação[15-17].

A falta de capacitação para identificação dos sinais de violência e para o preenchimento da notificação de violência é preocupante, pois a notificação adequada é fundamental para compreender a extensão e a natureza dos casos de violência em uma determinada área ou comunidade. O correto preenchimento dessas notificações é essencial para elaboração de políticas públicas, desenvolvimento de ações preventivas e implementação de serviços de assistência adequados às vítimas.

Os gestores de saúde têm papel de garantir que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificação da violência e correto preenchimento da ficha de notificação. Além disso, é importante que os gestores de saúde demonstrem o comprometimento com a notificação, incentivando os profissionais a participarem das capacitações.

Sobre a disponibilização de materiais para orientar o preenchimento da ficha de notificação ou outras orientações (manual de preenchimento, *folders* e cartazes), todos afirmaram desconhecer esse tipo de material instrucional nos locais onde atuam na instituição.

Por meio da observação direta, foram encontrados cartazes direcionados aos profissionais de saúde sobre notificação de violências em geral no CEPAV. Também cartazes sobre identificação dos sinais de violência contra a mulher, direcionados tanto para profissionais como para a própria mulher, na entrada do ambulatório, no ambiente de espera da radiologia e nas portas e mural do CEPAV. Todavia, não foram identificados cartazes ou materiais de divulgação abordando a violência contra a pessoa idosa.

Ao término das entrevistas, os participantes foram convidados a complementar aspectos que não tivessem sido abordados no roteiro e que consideravam relevantes. As questões relatadas envolveram desde a necessidade de equipamentos sociais capazes de acolher pessoas idosas vítimas de violência, até aspectos relacionados à capacitação profissional.

LIMITES DO ESTUDO

Durante a realização da pesquisa, em função da epidemia de covid-19, o HRL foi reconfigurado para atendimento da população adscrita, passando a ser referência para o atendimento de pessoas com sintomas menos severos da doença. O Ambulatório Geral, por exemplo, foi um dos setores fechado, e seus profissionais realocados nos serviços de urgência e nos centros de saúde para a realização do processo de testagem e vacinação. A equipe técnica do hospital, referência em uma área de grande densidade populacional, ficou sobrecarregada em função da pandemia, o que incidiu nas condições emocionais para participar do estudo em curso, em um contexto de grande pressão sobre os profissionais de saúde.

Outra dificuldade foi o acesso aos atores-chave para a realização das entrevistas, sobretudo os gestores e responsáveis pelos serviços, em função da prioridade conferida ao enfrentamento do quadro sanitário. Também não se obteve acesso ao sistema SINANnet para visualização dos dados das fichas de notificação, pois isso requer a liberação de acesso pela Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (GEDANT). O acesso permitiria verificar os encaminhamentos assinalados, os tipos de violência predominantes na Região Leste, bem como o perfil das vítimas e do agressor. Assim, não foi possível verificar a completude das informações contidas nas fichas, como previsto no desenho do estudo (matriz de informação).

CONCLUSÃO

Quando este estudo foi iniciado, constatou-se o quão difícil é o ato de notificação da violência contra os idosos, razão pela qual se considerou que uma análise descritiva fundamentada nos critérios da apreciação normativa, em um hospital da Região de Saúde Leste do DF, poderia subsidiar o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento deste grave problema social e de saúde pública.

A implementação da estratégia de notificação da violência contra pessoa idosa pode variar significativamente entre as Regiões de Saúde do DF. No serviço hospitalar da Região de Saúde Leste a subdimensão disponibilidade de insumos obteve grau de implantação abaixo do esperado. A falta da ficha para registro da violência, o desconhecimento de fluxos, sobrecarga de trabalho, ausência de capacitações e treinamentos são alguns fatores que podem ser atribuídos à implementação insatisfatória da notificação naquela região.

A notificação adequada da violência é essencial para combater esse problema social e garantir que as vítimas recebam o apoio e a assistência necessários. Ao enfrentar os obstáculos que levam ao baixo grau de implantação, é possível melhorar a resposta à violência e trabalhar para sua prevenção efetiva.

Embora a legislação brasileira explicite a obrigatoriedade da notificação da violência contra o idoso, existem vários entraves no sistema de notificação vigente, como a escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, a ausência de segurança e proteção aos profissionais encarregados de notificar, bem como falhas na identificação da violência nos serviços de saúde.

A conduta no atendimento de casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso foi descrita pelos entrevistados de maneira heterogênea. Os profissionais entrevistados desconhecem a existência de um fluxo interno de notificação e dos procedimentos para a realização do registro adequado das situações de violência. As fichas, principal instrumento para este fim, só estavam disponíveis no Serviço Social, no NHEP e no próprio CEPAV.

Em relação à identificação dos sinais de violência, os profissionais da assistência entrevistados declararam ter atendido casos de idosos nesta situação e ter ciência da obrigatoriedade da sua notificação. No entanto, a não obtenção de informações sobre o referenciamento desses casos ao serviço de atendimento especializado (CEPAV) não permite atestar a qualidade do preenchimento das informações e os desdobramentos adotados diante da constatação dos sinais de violência. Da mesma forma, a impossibilidade de acesso à base de dados do SINANnet constituiu um limite da pesquisa, uma vez que a análise das fichas de notificação no sistema permitiria observar a qualidade da inserção dos dados, cuja incompletude foi sinalizada por diferentes profissionais durante a realização das entrevistas. Novas pesquisas podem incluir os dados do SINANnet, possibilitando avaliar melhor esses aspectos.

Diante das dificuldades para condução deste estudo, em um contexto institucional extremamente adverso, considera-se que, nos limites já sinalizados, buscou-se trazer visibilidade ao tema no âmbito da saúde e lançar luz sobre a importância da notificação dos casos de violência contra a população idosa. Esta atividade, se exercida de forma sistemática e com qualidade, pode contribuir para acionar a rede de proteção social e ampliar a oferta de serviços de proteção e de assistência na esfera pública.

Pesquisas futuras desenvolvidas em condições mais favoráveis poderão abordar outros recortes e dimensões de análise vinculadas ao processo de envelhecimento populacional no Brasil. Este fenômeno impõe enormes desafios ao Sistema Único de Saúde e ao sistema de proteção social, considerando as inúmeras expressões da violência, da discriminação e do abandono a que estão expostos grande parte dos idosos em nosso país, particularmente os situados nas faixas de renda mais baixas, sujeitos a condições de profunda vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 1074, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-6.

2. Micheletti ALNS, Garcia D, Melicchio FA, Vagostello L. Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. Psicólogo Informação. São Paulo, v. 15, n. 15, dez. 2011: 51-68. [acesso 2020 out 09]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100004.

3. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, 2003: 783-791. [acesso 2019 nov 11]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102- 311X2003000300010.

4. Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007. [acesso 2020 ago 09]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10019.

5. Minayo MCS, Müller NP, organizadoras. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Capítulo 4. Definições de Violência contra a pessoa idosa; 2013: 37-44 [acesso 2019 mar 04]. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contra-apessoa-idosa.pdf.

6. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019. Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV. Diário Oficial do Distrito Federal. 22 nov. 2019; Seção 1(222):13.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Brasília: 2021 [acesso 2021 set 15]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: 2010 [acesso 2019 mar 04]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf.

9. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica no Distrito Federal. Brasília; 2020 [acesso 2020 jun 03]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2017/11/Informacao_Tecnica_39578952_Linha_de_Cuidado_versao_preliminar_consul ta_publica_.pdf.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. Capítulo II: A Codificação. São Paulo: Edições 70; 2011. pp. 105-108.

11. Augusto CA, Souza JP, Dellagnelo EHL, Cario SAF. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). Rev. Econ. Sociol. Rural. 2013;51(4):745-64.

12. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. A apreciação normativa. In: Brousselle, A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. pp. 77-94.

13. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.

14. Sousa MGG. Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco. Brasília-DF. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília-DF; 2006.

15. 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. doi: 10.1016/j.cger.2018.04.007.

16. Ribeiro AP, Souza ER, Valadares FC. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [acesso 2019 nov 11];17(5):1167-77. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S141381232012000500011.

17. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. Clin Geriatr Med. 2013 Feb;29(1):257-73.

18. Shimbo AY, Labronici LM, Mantovani MF. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery 2011 [acesso 2021 ago 05];15(3):506-10. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300009.

19. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2020 jun 08];71(suppl 2):777-85. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139.

20. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Central Judicial do Idoso/Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal: análise das denúncias recebidas entre 2008 e 2018 realizada pela Central Judicial do Idoso. 4. ed. Brasília; 2019 [acesso 2020 out 09]. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/informacoes/cidadania/central-judicialdo-idoso/publicacoes/mapa-da-violencia-1/mapa_violencia_pesssoa_idosa_df_4a_edicao_2019-7.pdf.

21. Mallet SM, Côrtes MCJW, Giacomin KC, Gontijo ED. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais 2016 [acesso 2021 jul 28];26(Supl 8):S408-S413. Disponível em: http://rmmg.org/artigo/detalhes/2188.

22. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(6):1879-90. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014.

23. Oliveira BG de, Freire IV, Assis CS, Sena EL da S, Boery RNS de O, Yarid SD. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. Rev. Bioét. 2018 [acesso 2021 ago 13];26(3):403-11. Disponível em: https://doi.org/10.1590/198380422018263260.

24. Lima MLC, Souza ER, Acioli RML, Bezerra ED. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. Ciênc. saúde coletiva. 2010 [acesso 2021 jul 28];15(6):2687-97. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600007.