



VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA
VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY PERSON
LA VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS MAYORES

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes¹, Marcia Carrera Campos Leal², Edilson Fernandes de Souza³, Sarah Zayanne Rafael da Silva⁴, Nadja Nayara Albuquerque Guimarães⁵, Liniker Scolfild Rodrigues da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar a ocorrência da violência sofrida pela pessoa idosa. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, epidemiológico, de corte transversal, descritivo. A população do estudo consistiu na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), por meio do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos ou mais, que sofreram violência no período de 2009 a 2015. **Resultados:** os casos de violência, em sua totalidade (231), no que se refere ao local da ocorrência, foram prevalentes: a residência (80,5%), com vítimas de lesões não autoprovocadas (83,1%) e a violência física predominou (93,5%). O meio de agressão mais comum foi o espancamento (44,1%) com dois ou mais envolvidos (68,8%). O agressor, em sua maioria, era o filho (47,6%); o sexo ignorado/em branco prevaleceu (79,7%) seguido do masculino (17,3%) e, como evolução, a maioria (89,6%) dos internos recebeu alta. **Conclusão:** por ser um estudo inédito na cidade de Caruaru, os dados apresentados poderão servir de base para a realização de intervenções necessárias em nível de promoção e prevenção da saúde desse segmento populacional que está em crescimento e necessita de ações que lhe garantam mais qualidade de vida. **Descritores:** Idoso; Notificação Compulsória; Violência; Sistema de Informação em Saúde; Saúde Pública; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the occurrence of violence suffered by the elderly person. **Method:** a quantitative, epidemiological, cross-sectional, descriptive study. The study population consisted in the totality of the data obtained/reported of cases suspected or confirmed, from the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), by means of the confirmed in the forms of notification of individuals aged 60 or older, who suffered violence in the period from 2009 to 2015. **Results:** the cases of violence, in its entirety (231), which refers to the location of occurrence, there were prevalent: the residence (80.5%), with victims of not self-inflicted injuries (83.1%) and physical violence predominated (93.5%). The most common means of aggression was the beating (44.1%) with two or more involved (68.8%). The aggressor, in his majority, was the son (47.6%); the gender ignored/in blank prevailed (79.7%) followed by the male (17.3%), and as evolution, the majority (89.6%) of the patients was discharged. **Conclusion:** to be an unpublished study in the city of Caruaru, the data presented may serve as a basis for the implementation of interventions required in the level of health promotion and prevention of this segment of the population that is growing and requires actions that will ensure a better quality of life. **Descriptors:** Aged; Mandatory Reporting; Violence; Health Information Systems; Public Health; Health of the Elderly.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la incidencia de la violencia sufrida por la persona de edad avanzada. **Método:** estudio cuantitativo, epidemiológico, transversal, descriptivo. La población del estudio consistió en la totalidad de los datos obtenidos/informados de casos sospechados o confirmados, a partir del Sistema de Información para Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN), por medio de la confirmación en las hojas de notificación de individuos de 60 años o más que han sufrido violencia en el período de 2009 a 2015. **Resultados:** los casos de violencia, en su totalidad (231), en lo que se refiere al local de la ocurrencia, fueron prevalentes: la residencia (80,5%), con las víctimas de lesiones no auto provocadas (83,1%) y la violencia física predominó (93,5%). El ataque más común fue la paliza (44,1%) con dos o más implicados (68,8%). El atacante, en su mayoría, era su hijo (47,6%); sexo ignorado/en blanco prevaleció (79,7%) seguido por el hombre (17,3%) y, como evolución, la mayoría (89,6%) de los pacientes recibió alta hospitalaria. **Conclusión:** porque se trata de un estudio no publicado en la ciudad de Caruaru, los datos presentados podrán servir de base para las intervenciones necesarias en el nivel de promoción y prevención de la salud de este segmento de la población que está creciendo y requiere acciones que garantizan más calidad de vida. **Descriptor:** Ancianos; Notificación Obligatoria; Violencia; Sistema de Información de Salud; Salud pública; Salud de los Ancianos.

¹Mestra, Centro Universitário Maurício de Nassau/UNINASSAU. Caruaru (PE), Brasil. E-mail: lara_grazi@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0709-5378>; ²Pós-Doutora, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: marciacarrera@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3032-7253>; ³Pós-Doutor, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: professoredilson@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8842-4304>; ⁴Mestra, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueiras/IMIP. Recife (PE), Brasil. E-mail: sarahzayanne@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0857-7846>; ⁵Especialista, Centro Universitário Maurício de Nassau/UNINASSAU. Caruaru (PE), Brasil. E-mail: nayguimaraes_7@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-4339-6338>; ⁶Residente, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil. E-mail: liniker_14@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-3710-851X>

INTRODUÇÃO

Revela-se que, segundo a Organização das Nações Unidas, o período de 1975 a 2025 deve ser conhecido como a era do envelhecimento. Tal processo se encontra mais veloz nos países em desenvolvimento e atinge o crescimento de 123%, enquanto, em países desenvolvidos, o valor observado foi de 54%.²

Percebe-se que a população idosa brasileira está acompanhando a tendência mundial e já apresenta considerável crescimento em relação à população jovem, que é decrescente em nível de natalidade. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2000, apontaram uma população de 60 anos ou mais, em torno de 14 milhões e 500 mil pessoas idosas, contra dez milhões 700 mil em 1991. No censo de 2010, estes valores foram em torno de 20 milhões e 600 mil, o que representa 10,8% da população total, contra 8,6% do censo anterior em todo o país.³

Constata-se uma questão muito peculiar e que não se caracteriza por ser um evento novo: a violência contra idosos, temática ainda pouco discutida e pontuada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende o termo violência como a ação da força física, de poder e/ou a ameaça contra si, outros, grupos e comunidade ou como resultado ou possibilidade de gerar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Na sua classificação, a violência pode ser de origem: física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono e autonegligência.⁴

Sabe-se, logo, que é de conhecimento que a violência contra a pessoa idosa se configura hoje como um problema de saúde pública e, mesmo assim, as produções científicas no Brasil sobre a referida temática são escassas. Saber quem são as vítimas, em que meio estão e quais suas peculiaridades, tanto no que se refere ao tipo de violência, como na identificação dos agressores, são informações essenciais para a ação do Estado, a criação de políticas públicas e até mesmo para garantir um atendimento de saúde adequado por parte dos profissionais dessa área.^{5, 6}

Compreende-se que um imbróglcio que acentua a deficiência na geração dessas informações está na fragilidade dos cursos na área de saúde, nos quais as disciplinas não abordam ementas relacionadas à violência, assim como muitos programas de educação continuada para esses profissionais, o que colabora para o não entendimento que esse impacto pode gerar na qualidade de vida das vítimas.⁶

Trata-se de um fenômeno socialmente construído, logo, a violência e os maus-tratos são representados de forma diferente entre as pessoas e entre os grupos de uma mesma sociedade. Essa afirmação conduz ao entendimento de que a abordagem social dessa temática pode trazer importantes desdobramentos na produção do conhecimento e na intervenção em diversos segmentos se for estudada dentro de uma perspectiva psicossociológica distanciando-se, portanto, apenas das abordagens puramente epidemiológicas e demográficas.⁷

Torna-se fundamental a criação de políticas públicas para garantir aportes legais e elas têm sido uma conquista importante para a população idosa, pois essas políticas preconizam, entre outras questões, a promoção do envelhecimento ativo, o direito à interação integral à saúde, por meio do SUS, a capacitação dos recursos humanos e a orientação dos cuidadores familiares ao assegurar a qualidade da atenção oferecida, a obrigação da notificação dos casos suspeitos ou a confirmação de violência aos órgãos públicos e as ações de prevenção desses agravos.⁵⁻⁷

Considera-se que os profissionais de saúde que lidam com esse público nos seus serviços diários têm, por responsabilidade, que atuar, diante de tal realidade ou relato, assim como denunciar, na busca de abranger a cidadania do idoso, não permitindo ou não sendo omissos a tal ato. A tríade saúde/velhice/violência reforça a necessidade e a capacidade de trabalhar tais questões na saúde pública de maneira profícua e menos dispendiosa.⁸

Dificultam-se, por meio da violência presentes em ampliados contextos, muitas vezes, não revelados, muitos processos não só orgânicos, mas sociais e, quando tal questão acomete o idoso, muitas vezes, se torna fatal. Diante disso, o estudo tem como pergunta condutora: <Qual a ocorrência da violência sofrida pelo idoso e os fatores associados no município de Caruaru/PE?>. Haja vista que não se tem conhecimento de pesquisa sobre essa temática na referida região e que Caruaru é a cidade do interior do Estado mais violenta, ficando atrás apenas da capital (Recife), saber como esse fenômeno se comporta é crucial para, então, subsidiar e melhorar ações de prevenção e proteção.

OBJETIVO

- Avaliar a ocorrência da violência sofrida pela pessoa idosa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, de corte transversal¹¹, descritivo. Elegeu-se, como área do estudo, a cidade de Caruaru, localizada no Estado de Pernambuco e situada na região Nordeste do país. Faz parte da mesorregião do agreste pernambucano e da microrregião do Vale do Ipojuca e localiza-se a oeste da capital do Estado. A cidade ocupa uma área de 920,611 km², sendo que 16,65 km² fazem parte do perímetro urbano e os 903,961 km² restantes, da zona rural.⁹

Aponta-se, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, que Caruaru conta com uma população de 314.192 habitantes, sendo a maior do interior do Estado. Destes, 31.626 são idosos, havendo maior predomínio do sexo feminino, com 18.458 idosas, contra 13.168 idosos.¹²

Acrescenta-se que a Secretaria Municipal de Caruaru também fez parte do cenário do estudo, uma vez que as informações foram obtidas por meio de um sistema de informação e notificação fornecido pela referida secretaria.

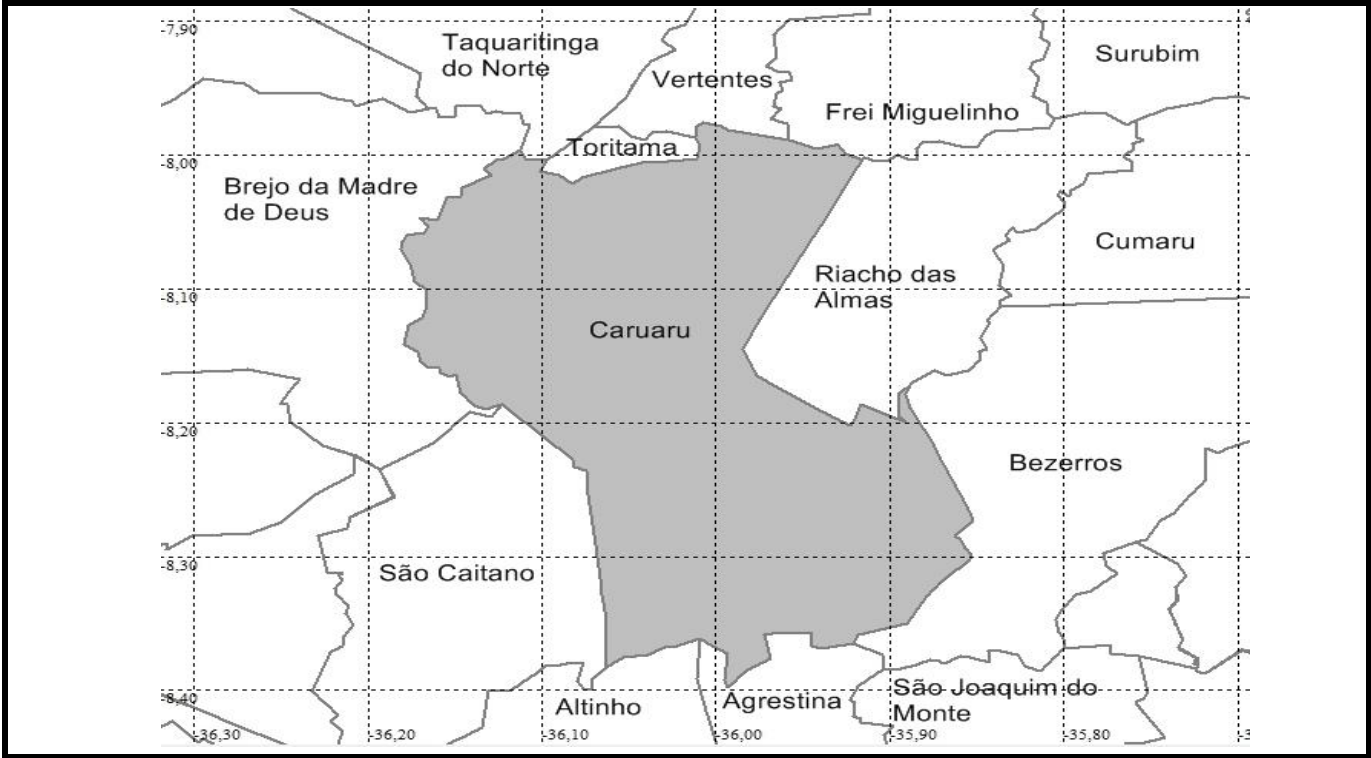


Figura 1. Mapa da cidade de Caruaru e cidades limítrofes. Caruaru (PE), Brasil, 2016.

Destaca-se que a população do estudo consiste na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), por meio do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos ou mais que sofreram violência no período de 2009 a julho de 2015.

Utilizaram-se, quanto aos critérios de inclusão, todas as notificações ou suspeitas, realizadas na cidade de Caruaru, no período de 2009 a julho de 2015. E como exclusão: fichas que não estavam devidamente preenchidas com as informações necessárias para a consolidação no SINAN.

Definiram-se todas as variáveis conforme constam na ficha de notificação de violência, de acordo com o banco de dados do SINAM.

Variável dependente

- Violência: 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 (Estatuto do Idoso, cap. IV, art.19, §1).

Variáveis independentes: Sexo - masculino ou feminino; Faixa etária - 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais; Raça - ignorada, branca, preta, parda, indígena; Estado civil - solteiro, casado, união consensual, divorciado/separado, viúvo ou outro; Tipo da violência - física, psicológica, sexual, financeira, negligência; Local de residência - consiste na zona (urbana ou rural) em que a vítima residia quando foi notificada a violência; Local da ocorrência - consiste no local em que a vítima foi submetida à agressão; Números de envolvidos na violência - ignorado, um, dois ou mais; Lesão autoprovocada - sim ou não; Suspeita de uso de álcool - sim ou não; Sexo do agressor - caracterizado como “masculino” ou “feminino”; Vínculo com o agressor - filho (a), neto (a), companheiro (a), irmão (a), genro/nora, outro familiar, vizinho (a), cuidador (a), desconhecido (a) ou outro;

Evolução - evasão, fuga, óbito e Meio de agressão - objeto utilizado.

Obtiveram-se os dados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é um sistema de informação alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória da qual a violência faz parte.⁹

Implantou-se, inicialmente, pelo Ministério da Saúde, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356, de 23 de junho de 2006, com base em dois componentes: Vigilância Contínua e Vigilância por Inquérito (pontual), em que a Vigilância Contínua captava os dados de violência em serviços de saúde, por meio de um questionário padronizado, elaborado pela Área Técnica de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que vigorou até 2008.¹⁴

Modificou-se a partir do segundo semestre de 2008, pelo DATASUS, em parceria com a Área Técnica de Vigilância de Violências e Acidentes e com a Gerência Técnica do SINAN, a padronização da Vigilância Contínua, que passou a notificar os casos de violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net por meio da “Ficha de notificação/investigação individual de violência”.

Fundamentou-se essa mudança na cobertura nacional com uma mesma linguagem em todo o país, ocasionando a expansão do VIVA e a universalização da Vigilância Contínua. Tendo em vista a temática universalização, em 2009, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, que incluiu a violência e sua ampla classificação na relação de doenças e agravos de notificação compulsória assumindo caráter universal.⁹

Salienta-se que essa mesma portaria foi recentemente revogada pela Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, que modificou alguns itens, a começar pelo nome da ficha, que agora denomina-se: Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, sendo liberada sua versão no SINAN a partir de outubro de 2014 e vigorando no SINAN 5.0. Além disso, foram incluídos outros campos na ficha, dos quais se destaca “orientação sexual”, ampliando o objeto da notificação e incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica.⁹

Ressalta-se, em se tratando do fluxo realizado, que o SINAN pode ser operacionalizado nas unidades de saúde, segundo a orientação de descentralização do

SUS, a partir da Ficha Individual de Notificação (FIN) digitada na Secretaria Municipal de Saúde. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços de vigilância epidemiológica das secretarias municipais.

Tabularam-se, para a análise dos dados, as informações acerca da violência contra o idoso na cidade de Caruaru-PE, de 2009 a julho de 2015, na planilha eletrônica *Microsoft Excel*. Para avaliar o perfil pessoal dos idosos, vítimas de agressão, as características da violência sofrida, o perfil do agressor e a evolução do caso, calcularam-se as frequências percentuais e construíram-se as distribuições de frequência dos casos de violência.

Calculou-se, ainda, a prevalência dos casos de violência em idosos residentes em Caruaru dentre os casos notificados de 2009 a 2015 (julho).

Analisou-se o projeto deste estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru e realizou-se a sua autorização por meio da liberação da carta de anuência.

Submeteu-se e aprovou-se este estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o CAAE nº 50813715.0.0000.5208, de acordo com as normas da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CNS). Armazenaram-se os dados em um banco sob a responsabilidade da pesquisadora, que o guardará. A coleta do foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética.

RESULTADOS

Tem-se, na tabela 1, o perfil pessoal dos idosos, vítimas de violência e verifica-se que a maioria dos casos de violência contra a pessoa idosa ocorre com pessoas do sexo masculino (77,5%), na faixa etária de 60 a 69 anos (56,7%), da cor parda (34,6%), residentes na área urbana (63,6%) e casados ou em união estável (32,5%). Ainda se observa que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 para ambos) indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança nos fatores raça, zona de residência e situação conjugal indicando que alguns dos níveis desses fatores possuem prevalência idêntica.

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal da pessoa idosa vítima de violência (N=231). Caruaru (PE), Brasil, 2016.

Fator avaliado	Total	%	IC (95%)	p-valor ¹
Sexo				
Masculino	179	77,5	71,7 - 82,4	<0,001
Feminino	52	22,5	17,6 - 28,3	
Faixa etária				
60 a 69 anos	131	56,7	50,3 - 62,9	<0,001
70 a 79 anos	76	32,9	27,2 - 39,2	
80 anos e mais	24	10,4	7,1 - 15,0	
Raça				
Ignorado/Branco	114	49,4	43,0 - 55,8	<0,001
Parda	80	34,6	28,8 - 40,1	
Branca	33	14,3	10,4 - 19,4	
Preta	3	1,3	0,4 - 3,8	
Indígena	1	0,4	0,1 - 2,4	
Zona de residência				
Ignorado/Branco	7	3,0	1,5 - 6,1	<0,001
Urbana	147	63,6	57,3 - 69,6	
Rural	75	32,5	26,8 - 38,8	
Periurbana	2	0,9	0,2 - 3,1	
Situação conjugal				
Ignorado/Branco	66	28,6	23,1 - 34,7	<0,001
Solteiro	54	23,4	18,4 - 29,2	
Casado/União	75	32,5	26,8 - 38,8	
Consensual				
Viúvo	25	10,8	7,4 - 15,5	
Separado	11	4,7	2,7 - 8,3	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05. ¹Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Elencaram-se, na tabela 2, as características dos casos de violência contra a pessoa idosa. Por meio delas, verifica-se que o local onde mais ocorre a violência é na residência da vítima (80,5%) com lesões que não são autoprovocadas (83,1%). Ainda o tipo de violência mais evidenciada é a violência física (93,5%), por meio de força corporal/espancamento (44,1%), e, normalmente, duas ou mais pessoas são

praticantes dessa violência (68,8%). Observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 para ambos) indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança em todos os fatores avaliados indicando que alguns dos níveis desses fatores possuem prevalência idêntica.

Tabela 2. Características dos casos de violência contra a pessoa idosa (N=231). Caruaru (PE), Brasil, 2016.

Fator avaliado	Total	%	IC (95%)	p-valor ¹
Local da ocorrência				
Residência	33	80,5	65,9 - 89,8	<0,001
Via pública	7	17,1	8,5 - 31,2	
Comércio/Serviços	1	2,4	0,4 - 12,6	
Lesão autoprovocada				
Ignorado/Branco	15	6,5	4,0 - 10,4	<0,001
Sim	24	10,4	7,1 - 15,0	
Não	192	83,1	77,8 - 87,4	
Tipo de violência				
Física	217	93,5	89,6 - 96,0	<0,001
Sexual	6	2,6	1,2 - 5,5	
Negligência e abandono	5	2,2	1,2 - 5,5	
Psicológica/moral	4	1,7	0,6 - 4,3	
Meio de agressão				
Força corporal/espancamento	98	44,1	37,8 - 50,7	<0,001
Arma de fogo	52	23,4	18,3 - 29,4	
Objeto perfurocortante	49	22,1	17,1 - 28,0	
Envenenamento	16	7,2	4,5 - 11,4	
Objeto contundente	4	1,8	0,7 - 4,5	
Substância ou objeto quente	2	0,9	0,2 - 3,2	
Ameaça	1	0,5	0,1 - 2,6	
Número de envolvidos na agressão				
Ignorado/Branco	34	14,7	10,7 - 19,9	<0,001
Um	38	16,5	12,2 - 21,8	
Dois ou mais	159	68,8	62,6 - 74,5	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05. ¹Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Perfilaram-se, na tabela 3, os praticantes da violência contra a pessoa idosa. Por meio dela, verifica-se que as informações sobre o agressor são bastante falhas. Na variável vínculo do agressor, houve informação de apenas 42 casos, dos 231 notificados (apenas 18,2%), e, dos que continham informações, a maioria apresentava o filho como agressor (47,6%). Quanto ao sexo do autor, estavam sem informação ou ignorados 78,4% dos casos notificados e 17,3% foram cometidos por pessoa do sexo masculino. Acerca da possibilidade de o agressor ter ingerido álcool momento antes da agressão, a maioria não tinha ingerido qualquer bebida alcoólica

(52,8%). É importante salientar que, neste fator, houve também uma grande perda de informação (42,0% de ignorados ou em branco) indicando uma alta subnotificação das informações acerca do agressor.

Observou-se, ainda, que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 para ambos) indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança nos fatores vínculo do agressor e suspeita de uso de álcool indicando que alguns dos níveis destes fatores possuem prevalência idêntica.

Tabela 3. Perfil do praticante de violência contra a pessoa idosa. Caruaru (PE), Brasil, 2016. (N=231).

Fator avaliado	Total	%	IC (95%)	p-valor ¹
Vínculo do agressor				
Cônjuge	7	167	8,3 - 30,6	<0,001
Filho (a)	20	476	33,4 - 62,3	
			27,8	
Amigos(as)	3	7,1	2,5 - 19,0	<0,001
Desconhecido (a)	6	143	6,7 - 2,8	
Própria pessoa	6	143	6,7 - 27,8	
Sexo do autor				
Ignorado/Branco	184	797	74,0 - 84,3	<0,001
Masculino	40	173	13,0 - 22,7	
Feminino	7	3,0	1,5 - 6,1	
Suspeita de uso de álcool				
Ignorado/Branco	97	42,0	35,8 - 48,4	<0,001
Sim	12	5,2	3,0 - 8,9	
Não	122	52,8	46,4 - 59,2	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05. ¹Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

Determinou-se, na tabela 4, a evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa. Por meio dela, verificou-se que a maioria dos idosos, vítimas de agressão recebeu alta hospitalar (89,6%). Ainda é importante salientar que 3,9% dos idosos não resistiram à violência sofrida e chegaram a óbito.

para o fator evolução (p-valor < 0,001) indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança indicando que alguns níveis desse fator possuem prevalência idêntica.

Notou-se, ainda, que o teste de comparação de proporção foi significativo

Tabela 4. Evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa (N=231). Caruaru (PE), Brasil, 2016.

Evolução	Total	%	IC (95%)	p-valor ¹
Ignorado/Branco	14	6,1	3,6 - 9,9	<0,001
Alta	207	89,6	85,0 - 92,9	
Evasão/fuga	1	0,4	0,1 - 2,4	
Óbito por violência	9	3,9	0,1 - 2,5	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05. ¹Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

DISCUSSÃO

Apresentam-se os dados por tópicos no intuito de elaborar uma discussão mais objetiva e concisa dos resultados encontrados.

- Casos de violência, segundo a ocorrência e perfil demográfico da pessoa idosa vítima de violência, notificados na cidade de Caruaru-PE.

Infere-se que, no Brasil, o envelhecimento vem tendo uma maior importância devido ao aumento da expectativa de vida da população, que já é realidade, muito embora os investimentos em políticas públicas, que garantam qualidade a essa faixa etária, ainda sejam incipientes. Um ponto que gera vítimas diárias, nessa população, é a violência, que, em muitos casos, é omitida, muitas vezes

devido à relação agressor-idoso ou até mesmo ao medo, por parte das vítimas, em informar ou ter alguma atitude direcionada ao agressor.¹⁰

Necessita-se, por meio de informações epidemiológicas, refletir não apenas sobre os números, mas, sobretudo, sobre as consequências de tais achados, principalmente, na população idosa, que estão em ascensão. Com base em dados de notificação compulsória, a partir do SINAN, todos os casos notificados ocorreram na cidade de Caruaru, sendo que a residência das vítimas não necessariamente. As notificações são representadas desde 2009 até o primeiro semestre de 2015, tendo, como total, todas as violências sofridas por idosos em 231 notificações compulsórias. É importante enfatizar que este estudo é inédito e poderá servir de base para futuras intervenções.

Realizou-se, no Brasil, uma pesquisa com o banco de dados do SINAN sobre a análise das notificações de violência contra a pessoa idosa, no ano de 2010, totalizando um achado de 3.593 notificações. Como afirmado na mesma, são poucos os estudos que estimam a prevalência de violência contra o idoso, sobretudo baseados em dados epidemiológicos.¹¹

Registraram-se, em Aracaju, 120 notificações, no período de 2011 a 2013, ressaltando, inclusive, que a cidade tem dado início a um trabalho de monitoramento da violência contra o idoso por meio do Núcleo de Prevenção de Acidentes que alimenta o SINAN.¹⁰ Em Recife, não foi analisado o perfil de violência contra a pessoa idosa nos anos de 2009 a 2012, também por meio de dados epidemiológicos presentes no SINAN, onde foram registrados, nesse período, 242 casos.¹¹ Em todo caso, é importante ressaltar que o processo de notificação compulsória é passível de lacunas e, certamente, não abrange uma totalidade absoluta, sendo a subnotificação um imbróglio enraizado havendo, então, a necessidade de ações educativas e informativas no que concerne ao processo de notificação e à sua finalidade,¹² o que permite inferir que, apesar de altos os números, provavelmente ainda são bem maiores em sua totalidade.

Reforça-se o supracitado na importância de enfatizar que, quando a vítima é de idade mais avançada, ou seja, idosa, a subnotificação progride, sobretudo, no ambiente familiar, devido, muitas vezes, ao próprio processo de transição demográfica e social, assim como o convívio de gerações diferentes onde viver em família não

necessariamente seja uma suposta vida em paz.⁷

Apresenta-se uma feminização da população idosa, na cidade de Caruaru, de acordo com dados nacionais, contando, inclusive, segundo projeções do IBGE, com uma população de idosos de 31.626 pessoas, sendo 58,36% do sexo feminino e 41,64% do sexo oposto. No que se refere ao perfil da vítima, verificou-se que há um predomínio do idoso do sexo masculino (77,5%).¹²

Permanece-se nessa horizontalidade o estudo realizado na cidade do Recife, no Instituto de Medicina Legal, que corrobora tais achados, apresentando um valor de 75%.¹³ Outra pesquisa, onde há predomínio de violência contra idosos do sexo masculino, foi realizada no Distrito Federal,⁷ assim como uma análise sobre violência em domicílio revela que a frequência acomete, em maior proporção, o sexo masculino, com 58,6% dos casos mensurados.¹³

Sintoniza-se com os achados disscorridos acima um estudo realizado no Rio de Janeiro, sobre a violência contra o idoso, que também infere que os idosos do sexo masculino estão mais vulneráveis a sofrer atitudes de violência do que as idosas de idade mais avançada.¹²

Destaca-se, no entanto, que um grande número de análises atuais, realizadas no Brasil, em que se mensura a violência contra o idoso, não corrobora os achados desta pesquisa, pois traz que as idosas são demasiadamente mais vítimas da violência, sobretudo a violência doméstica.^{6, 12-14}

Realizaram-se pesquisas no Canadá, países baixos e Estados Unidos que reforçam tais pesquisas quanto ao sexo, prevalecendo o masculino. Já na Finlândia e no Brasil, como dito anteriormente, predomina-se a violência contra o sexo feminino.^{8, 11}

Compreende-se que a feminização da velhice é uma realidade mundial, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida, onde as idosas vivem cerca de cinco a sete anos a mais que os homens. Porém, esse aumento de anos da mulher idosa vem atrelado a desigualdades, seja por condições estruturais ou socioeconômicas, o que não garante qualidade a esses anos de vida a mais.¹⁵

Destaca-se como outro ponto importante, e que pode interferir em tais dados supracitados da pesquisa, no que se refere ao sexo prevalente, a questão da subnotificação da violência contra a mulher que, muitas vezes, é tida como algo comum, resultando em um processo de banalização justificado por alguns profissionais de saúde pelo fato de a vítima se

recusar a falar sobre o assunto não permitindo, dessa forma, que os profissionais interfiram e invisibilizando tal ato.¹²

Elucida-se como importante, por outro lado, diante de análises diversas, no que se refere ao gênero do idoso, que ambos os sexos estão sujeitos a esse imbróglio social havendo, assim, uma equivalência.¹³ Ou seja, a fase de vida em que estão inseridos por si só, aliada a estágios fisiológicos inerentes ao processo natural do envelhecimento, gera vulnerabilidade e, conseqüentemente, a falência de defesa e reação para a extinção de tais atos.

Levantou-se, no que concerne à faixa etária, que os idosos com 60 a 69 anos foram mais vítimas de violência. Quanto à etnia, houve grande parte da amostra ignorada/em branco (não respondido), o que dificulta a clareza e a precisão de tais dados, totalizando 49,4%, seguida da cor parda (34,6%), que apresenta um quantitativo alto, visto que é predominante na região Nordeste, em virtude do processo de miscigenação como, também, é fortalecida por outros estudos citados abaixo. Entretanto, a etnia não é um ponto crucial devido ao grande quantitativo de dados em branco. Referente à zona de residência e estado civil, a maioria das vítimas pertence à zona urbana (63,6%) e é casada (32,5%).¹³

Aponta-se, em estudo realizado em 2010, a partir do (SINAN NET), que a faixa etária de 60 a 69 anos é predominante (50,2%).¹⁴ Corroborando, Abath et al. (2010) inferem dados muito semelhantes, onde a faixa etária predominante é de 60-69 anos (71,6%), cor parda (83,5%), com os idosos casados propensos a maior grau de violência (44,2%) e onde a zona urbana também é destaque de prevalência (95,7%). Ainda em caminho horizontal e complementar, a descrição de casos de violência contra idosos, no município de Aracaju, Sergipe, também infere que a faixa etária mais atingida é a mesma supracitada (50,9%) e a cor da pele, por autodeclaração, é predominantemente parda (51,8%).¹⁵

Percebe-se, quando a capacidade funcional do idoso não está prejudicada pelo processo de envelhecimento, fato este comum entre as idades de 60-69 anos, que os mesmos são capazes de interagir mais com as pessoas, geralmente de forma igualitária, e seu poder de desígnio sobre sua vida é proporcional à sua adaptação aos limites impostos por problemas cotidianos diminuindo, assim, as possibilidades de serem alvos de maus-tratos,¹⁶ o que justifica a alta notificação referente a essa faixa etária.

Enuncia-se por meio da literatura, em congruência, que pessoas com idades entre 60 a 69 anos, apontadas como as mais acometidas, podem estar diretamente ligadas ao fato de, nessa fase, o idoso ainda manter a capacidade de realização de atividade de vida diária, autonomia na procura por serviços de saúde, quando são vítimas de violência, permitindo, assim, que a notificação seja mais detectada e investigada, o que vem a justificar os achados.¹³

Opõem-se, em relação à afirmação supracitada, os idosos de idade mais avançada, por diversos motivos, desde as barreiras físicas, que geram a sua própria perpetuação e restrição ao ambiente doméstico, até as complicações de saúde, que ocasionam a impossibilidade de procurar ajuda nos serviços de saúde dificultando, dessa forma, a detecção e o diagnóstico de práticas violentas e, conseqüentemente, as notificações são mais escassas.¹⁵

Revela-se, no que consiste à zona de residência, que grande parte dos casos de violência ocorreu na zona urbana (63,6%) seguida da zona rural (32,5%). De modo muito recorrente, muitos estudos se baseiam na perspectiva de violência na capital ou no interior, porém, nem sempre, fazem distinção das zonas de habitação, se rurais ou urbanas.^{6, 17}

Dificulta-se, logo, a formação de parâmetros devido à falência de notificações nas zonas rurais e de estudos que apresentem tais achados. Sabe-se que o próprio processo de notificação é vulnerável em grandes centros urbanos e que os imbróglis para a não notificação/subnotificação envolvem desde fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais de saúde até a total omissão das vítimas, sendo mais difícil ser mensurado esse processo em zonas rurais, sobretudo, quando a violência é doméstica.

Verifica-se, quanto à situação conjugal, que 32,5% dos idosos que sofreram violência eram casados/união consensual, representando a maioria. Logo em seguida, porém, os dados ignorados/em branco correspondem a 28,6%, o que não permite ter um parâmetro fidedigno. Em consonância, pesquisa realizada no Rio de Janeiro, sobre violência doméstica entre idosos, aponta que os mais acometidos também são casados (49,8%).¹⁸ Pode-se inferir, a partir da literatura, que esse aspecto vem de relações conjugais já conturbadas desde o início da união, pois, quando esta é estável e harmoniosa, há o que se chama de fator de proteção conjugal, que elimina diretamente esse tipo de violência favorecendo ações de

proteção pelo casal e família que estão inseridas neste núcleo.¹³

Tem-se, por outro lado, que uma pesquisa realizada em Fortaleza, sobre o perfil dos idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, pontua que os homens idosos, quando perdem suas esposas ou se separam, tendem a ter outra parceira, geralmente, mais nova,¹⁷ o que diretamente pode proporcionar situações conflituosas e ações violentas.

- Características dos casos de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru-PE.

Verifica-se que a violência ocorreu com maior frequência na residência (80,5%). Nesse mesmo caminho, um estudo realizado em Fortaleza (CE) afirma que a violência ocorre predominantemente no ambiente doméstico.¹⁰ O Relatório Mundial sobre violência e saúde aponta que 4% a 6% dos idosos são vítimas de violência doméstica, sendo que estudos que pautem essa temática ainda são poucos, o que gera déficit sobre a concreta realidade de tal problema.¹⁸

Acredita-se, em consonância com o supracitado, que a violência doméstica é bastante presente e, também, difícil de ser diagnosticada, por diversos motivos, dentre eles, pela ocultação da própria vítima. Por ter sido agredida por um membro da família, muitas vezes, esta fica apática ou se cala diante de tal situação e até justifica a agressão sofrida, o que pode ser motivo de poucos dados para a realização de pesquisas mais profundas.¹⁹

Acrescenta-se, no que tange ao tipo de violência, que a violência física foi a que mais acometeu os idosos no período estudado, correspondendo a 93,5%. No que concerne à natureza da lesão (83,1%), são lesões não autoprovocadas e o meio de agressão mais comum foi a força corporal/espancamento (44,1%), seguido de arma de fogo (23,4%) e objeto perfurocortante (22,1%), com mais de um envolvido na agressão (68,8%). Esses achados corroboram estudo realizado em 2010, a partir do SINAN NET, onde foram semelhantes: quanto ao tipo de violência, prevaleceu a física (67,7%); lesões não autoprovocadas (89,2%); em domicílio (78,8%); com ação da força corporal (47,8%).²⁰ Os maus-tratos físicos em idosos são mais comuns e presentes dentre vários estudos *on-line* analisados seguidos, geralmente, pela agressão psicológica, que tem como fator dificultador a capacidade de mensuração,²¹ fato este que pactua com os dados mencionados.

Sabe-se, em virtude do tipo de violência mais prevalente, que o meio de agressão se justifica, haja vista que a violência física é sumariamente mais caracterizada pela ação a partir da força corporal/espancamento tendo, como exemplo, ações de empurrar, esbofetear, bater,²² o que caracteriza que as lesões não são autoprovocadas e, sim, sofridas, por mais de um agressor, sendo estes majoritariamente filhos e cônjuges.

Salienta-se, com relação ao meio de agressão, que o espancamento/força corporal prevaleceu. No que se refere à natureza da lesão, este estudo mostra, também, que as lesões resultantes de violência contra o idoso possuem mais caráter de gravidade leve atingindo mais determinadas regiões corporais, como braços e ombros, e que assolam ambos os sexos.²²

- Perfil dos agressores

Mostra-se, por meio deste estudo, quanto ao perfil do agressor, que os filhos são os que mais agredem os idosos (47,6%) seguidos dos cônjuges (16,7%). Isso demonstra que as famílias não estão preparadas para dar suporte aos idosos e não possuem estruturas necessárias para cuidar e se relacionar com os mesmos, ainda reforçando o sentimento de superioridade dos mais jovens sobre os mais velhos que, muitas vezes, ganha sustento pelo silêncio da própria família.^{23, 24}

Alia-se ao primeiro dado que, no Brasil, de 626 notificações de violência contra idosos analisadas em um serviço de saúde de referência, cerca de 338 foram realizadas pelos filhos e o cenário de tal ato era a residência.²⁵

Inferre-se que dentro de casa é onde ocorre, em grande número, a violência contra o idoso. Algumas pesquisas afirmam que o agressor substancial é o próprio filho do sexo masculino seguido das filhas e, em quantitativo pouco menor, do cônjuge, o que vem a pactuar diretamente com a realidade desta pesquisa.^{26,27} Com relação ao sexo do agressor, 79,7% foram ignorados/em branco, dificultando a real caracterização, seguidos do sexo masculino (17,3%), sendo este, então, mais notificado que o feminino (3,0%), o que vem convergir com o supracitado.

Realizou-se, em Recife, um estudo sobre violência doméstica contra idosos trazendo que o grau de parentesco dos agressores foi, predominantemente, de filhos (46,15%). Um fato diferente é que a maioria dos agressores fazia uso de bebidas alcóolicas.¹⁸ Sabe-se que o uso de álcool e drogas atua diretamente em tal temática, sendo um fator potencializador de agressividade e maus-tratos, o que vem a

diferir deste estudo, onde a maioria dos agressores não fazia uso de álcool (52,8%). Em contrapartida a tal afirmação, 42% das notificações, no que se refere ao consumo do agressor, foram respondidas como ignorado/em branco.

Seguem-se, logo após a maior notificação dos filhos como agressores, os cônjuges (16,7%) como responsáveis por gerar violências contra os idosos. Contudo, é primordial entender a diferença entre um conflito conjugal, que é algo comum a toda relação, e pode ter como produto transformações na vida dos envolvidos, e a violência, que seria a maneira de resposta ao conflito sendo ou não adotada pelo casal.²⁶

Visibiliza-se, de forma mais sólida e holística desde a década de 90, a violência conjugal, quando se percebeu ser utopia inferir apenas o homem como sendo o agressor e a mulher sempre no papel de vítima. Ainda hoje, dialogar sobre vínculo de violência conjugal, sendo o homem vítima, é algo incomum, principalmente por se tratar de um assunto subjetivo e que, atrelados a ele, perpassam questões de diversas gêneses como, por exemplo, humor, traços de personalidades, crenças e, ainda, diferenças na configuração familiar atual.²⁷ Quando se trata de idosos, a temática torna-se mais escassa ainda.

- Evolução dos casos de violência contra a pessoa idosa segundo o ano de ocorrência.

Liga-se intimamente a gravidade da violência ao encaminhamento do idoso aos hospitais e à definição do caso, no que concerne à alta ou óbito. Em Niterói, Rio de Janeiro, um inquérito instaurado apresentou prevalência de violência física em 10,1% dos idosos, o que vem a convergir com esta pesquisa, havendo variações quanto ao tipo: grave (6,3%) e não grave (7,9%) referentes ao ano anterior da pesquisa.²⁸

Encontram-se os seguintes achados como resultados no que consiste às consequências e à evolução dos casos: das ações de violência, 89,6% dos idosos que foram internados receberam alta hospitalar, o que infere ligar tal ato de violência física ao tipo não grave e 3,9% evoluem para o óbito, resultante de maior gravidade, além de todo o sofrimento por parte da vítima. Uma questão macro se perpetua no sistema de saúde: a alta taxa de internação hospitalar de idosos, vítimas de violência.

Apresentaram-se no Brasil, em 2012, 169.673 internações de pessoas idosas decorrentes de violência e acidentes. Dessas, 6,5% foram provenientes de agressões,

realidade nesta pesquisa. Os gastos com internação de idosos são três vezes maiores do que com a população em geral, e a taxa média de óbitos da população que é internada por causas externas, dentre elas, a violência, é de 2,48 por 100 mil habitantes. Já nas pessoas idosas, esse valor é quase que o dobro, 5,5/100 mil, o que demonstra que a violência nesse grupo gera altos gastos para o setor de saúde e atua de maneira negativa na qualidade de vida dessa população, sendo necessárias medidas de mensuração e, sobretudo, de promoção e prevenção na busca de diminuir tais atos que hoje são tidos como problema de saúde pública.²⁹

CONCLUSÃO

Revelaram-se, neste estudo, dados extremamente importantes, desde o sexo que mais foi acometido, o masculino, com idade entre 60-69 anos, com a maioria formada por idosos casados, até o tipo de violência mais presente, que foi a física, geralmente por lesões não autoprovocadas, onde os agressores eram majoritariamente filhos seguidos de cônjuges e o uso de bebidas alcóolicas não fez ligação direta ao perfil do agressor.

Elucidou-se que grande parte dos idosos, vítimas de atos violentos (89,6%), quando internados, evolui para a alta hospitalar e uma pequena parcela, porém grandemente considerada, chega a óbito (3,9%). Esses números chamam a refletir sobre diversos pontos, dentre eles, a queda na qualidade de vida dessa população, assim como a situação de vulnerabilidade a que fica exposta, principalmente em ambiente domiciliar, local este que pressupõe segurança e aconchego. Outro ponto característico são os gastos com internações e tempo de internamento, haja vista que, fisiologicamente, o processo de recuperação tende a ser lento.

Necessita-se de ações que visem à garantia não só de qualidade de vida, mas, sobretudo, de dignidade à população idosa. Ressalta-se a importância de novas pesquisas com essa temática haja vista certa escassez, sobretudo com as pessoas de idade mais avançada, a partir dos 60 anos.

Conclui-se que a cidade de Caruaru conta com uma população considerável de idosos e está no patamar de segunda cidade mais violenta de Pernambuco perdendo apenas para a capital, Recife, sendo este estudo de natureza inédita e que pretende atuar de maneira sólida e auxiliar à gestão da cidade, a partir de todos os achados, na busca de que intervenções sejam realizadas a fim de minimizar os casos no município.

REFERÊNCIAS

- Oliveira B. Psicologia do envelhecimento e do idoso. Porto: Livpsic; 2010.
- Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento - Madrid 8 a 12 de abril de 2002 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2002 [cited 2018 May 15]. Available from: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [cited 2015 June 12]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>
- World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2018 May 28]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/.
- Oliveira AAV, Trigueiro DRSG, Fernandes MGM, Silva AO. Elderly maltreatment: integrative review of the literature. Rev Bras Enferm. 2013 Feb; 66(1): 128-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100020>
- Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LB. Characteristics of elderly people victim of domestic violence in the Federal District, Brazil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012 July/Sept; 15(3): 555-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300016>
- Saraiva ERA, Coutinho MPL. Diffusion of violence against the elderly: a psychosocial look. Psicol Soc. 2012 Jan/Apr; 24 (1):112-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000100013>
- Ribeiro AP, Souza ER, Valadares FC. Health care for elderly victims of violence in Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 May; 17(5):1167-77. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500011>
- Castro AP, Guilam MCR, Sousa ESS, Marcondes WB. Violence in old age: the issue addressed in indexed national journals. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 May; 18(5): 1283-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500013>
- Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violence against the elderly: analysis of the reports made in the health sector - Brazil, 2010. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 Sept; 17(9): 2331-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>
- Soares ACG, Fonseca V, Santos EM, Oliveira LGF. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju. Interfaces Cient Hum Soc. 2015 Feb; 3(2):109-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3801.2015v3n2p109-120>
- Paraíba PMF, Silva MCM. Profile of violence against the elderly in the city of Recife-PE, Brazil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015 June; 18(2):295-306. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14047>.
- Conceição JC, Gusmão MEN, Souza SS, Gomes NP. Elements that hinder the notification of violence: perception of health professionals. Rev Baiana Saúde Pública. 2012 May/Aug; 26(2):468-77. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v26i2.6287>
- Faleiros VP, Brito DO. Representations of Family violence against elderly people. Ser social. Ser social [Internet]. 2007 July/Dec [cited 2015 June 12];(21):105-42. Available from: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9094/1/ARTIGO_RepresentacoesViolenciaIntrafamiliar.pdf
- Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA, Marques APO. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2010 Sept; 26(9):1797-806. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900013>
- Rodrigues IS, Feitosa CDA, Guimarães DBO, Mendes PN, Figueiredo MLF. Violence against the Elderly in health Research: An Integrative Review. J Nurs UFPE on line. 2015 Mar;9(3):7126-32. Doi: 10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201515
- Silva EA, França LHFP. Violence against the elderly in the city of Rio de Janeiro. Estud pesq psicol [Internet]. 2015 [cited 2018 May 18];15(1):155-77. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/16067/12088>
- Apratto Júnior PC. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010 Sept; 15(6): 2983-95. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600037>
- Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violence against the

Lopes LGF, Leal MCC, Souza EF de et al.

Violência contra a pessoa idosa.

elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 Aug; 17(8): 2199-2208. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030>

20. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglío DD, Cabral IR, Gomes MM. Notification of violence as a strategy for health surveillance: profile of a metropolis in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 May; 18(5): 1263-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>.

21. Faustino AM, Gandolfi L, Moura LBA. Functional capability and violence situations against the elderly. *Acta Paul Enferm*. 2014 Oct;27(5):392-98. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400066>

22. Souto RQ, Merighi MAB, Jesus MCP. Violence against older Adult Women: an integrative review. *J Nurs UFPE on line*. 2015 Oct;9(10):9567-75. Doi: 10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201520

23. Nicodemo D, Godoi MP. Youth in the 1960's-70's and elderly: case study on feminization and rights of elderly women. *Rev Ciênc Ext [Internet]*. 2010 [cited 2015 Dec 12];6(1):40-53. Available from:

http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341

24. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. *Cad Saúde Pública*. 2013 Sept; 29(9):1805-15. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>.

25. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. Violence against the elderly: case description in the city of Aracaju, Sergipe, Brazil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015 Apr/June;19(2):343-9. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150047>

26. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. Violence against elderly in Fortaleza, Ceará State: a documental analysis. *Rev Bras Geriatr Geronto*. 2011;14(3):543-54. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000300014>

27. Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP. The prevalence of violence towards the elderly: a critical review of the literature. *Soc Probl Prát*. 2013;(72) :53-77. Doi :

<http://dx.doi.org/10.7458/SPP2013722618>

28. Silva CFS, Dias CMSB. Domestic violence against the elderly in Recife city who are the offenders? *Invest Qualit Saúde [Internet]*. 2015

[cited 2015 Dec 28];1:104-7. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq/2015/article/view/24/23>

29. Cezario ACF, Lourenço LM. Marital violence against man: a bibliometric analysis. *Gerais Rev Interinst Psicol [Internet]*. 2013 June [cited 2015 Dec 28];6(1):144-56. Available from:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n1/v6n1a11.pdf>

Submissão: 21/05/2018

Aceito: 13/07/2018

Publicado: 01/09/2018

Correspondência

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva
Rua Santa Terezinha, 70
Bairro Cavaleiro
CEP: 54250-580 – Jaboatão dos Guararapes (PE), Brasil