



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

MARY NADJA ARAGÃO OLIVEIRA

**NEGLIGÊNCIA E ABANDONO CONTRA A PESSOA IDOSA EM
ARACAJU/SE (2018-2021) (DISSERTAÇÃO)**

São Cristóvão – SE
2023

MARY NADJA ARAGÃO OLIVEIRA

**NEGLIGÊNCIA E ABANDONO CONTRA A PESSOA IDOSA EM ARACAJU/SE
(2018-2021)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS), da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Movimento Social e Serviço Social

**São Cristóvão-SE
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

O48n Oliveira, Mary Nadja Aragão.
Negligência e abandono contra a pessoa idosa em Aracaju/SE
(2018-2021) / Mary Nadja Aragão Oliveira ; orientadora Vânia
Carvalho Santos. - São Cristóvão, SE, 2023.
99 f.: il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2023.

1. Assistência social – Aracaju, SE. 2. Idosos – Maus-tratos. 3.
Negligência(Direito). I. Santos, Vânia Carvalho, orient. III. Título.

CDU 364.63-053.9(813.7)

MARY NADJA ARAGÃO OLIVEIRA

**NEGLIGÊNCIA E ABANDONO CONTRA A PESSOA IDOSA EM ARACAJU/SE
(2018-2021)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS), da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Movimento Social e Serviço Social

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos (Orientadora) Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Tavares Leite (Membro Externo ao Programa) Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr.^a Catarina Nascimento de Oliveira (Membro Interno) Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. Paulo Roberto Félix dos Santos (Membro Interno Suplente) Universidade Federal de Sergipe

Dedico esta pesquisa às pessoas idosas,
usuárias dos serviços públicos de saúde.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, que durante toda esta longa caminhada derramou suas bênçãos em minha vida concedendo-me saúde, força e coragem para superar as dificuldades;

Gratidão imensa aos meus pais, pelo esforço, educação e amor;

À minha família, pelo incentivo e apoio incondicional. E, em especial, ao meu esposo Valmir e aos meus filhos, Gabriel e Daniel, pelo companheirismo e por compreenderem as minhas ausências e sempre me apoiarem. Essa vitória é nossa!

À minha orientadora, Profa. Dra. Vânia Carvalho Santos, que de amiga passou à orientadora, e eu não poderia ter escolhido uma parceira melhor. Obrigada pela confiança em mim depositada, pelo dinamismo e competência e, sobretudo, pela compreensão nos momentos mais difíceis desta jornada. Seu conhecimento e generosidade foram valiosos para a construção deste trabalho;

Às “melhores amigas”, Clarissa Carvalho, Marília Linhares, Marta Virgínia Nascimento, Sônia Menezes, Aída Almeida e Luci Mara Bertoni, pela parceria, afeto e encorajamento em meus momentos de aflição e desânimo. Gratidão pela amizade, pela compreensão e amorosidade. Como é bom partilhar a vida com vocês!

Às “pali amigas” Lara Verônica, Rosely Anacleto e Rosana Marques, que compartilham comigo a vivência profissional, pelo estímulo e incentivo para prosseguir nos estudos;

Aos companheiros e companheiras do mestrado turma de 2021.2, especialmente às colegas Antonella e Maria de Lourdes (Malu), pela amizade, cumplicidade, troca de experiências e, sobretudo, pelo desejo comum de ampliação de conhecimentos;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação (PROSS), pela competência e compromisso na transmissão do saber. E, em especial, à Profa. Dra. Catarina Nascimento de Oliveira, à Profa. Dra. Maria Cecília Tavares Leite e ao Prof. Dr. Paulo Roberto Félix dos Santos, por participarem da banca examinadora desta dissertação e pelas contribuições fundamentais para o engrandecimento deste trabalho;

Aos funcionários da PROSS/UFS, em especial ao secretário Wálter, pela atenção, disponibilidade e apoio nas questões administrativas;

Aos amigos/parceiros Víctor Tavares da Silva, Thaís Barreto, Heloysa Acioli, Anderson Dias e Carlos Henrique Filgueiras Prata de Almeida, pela generosidade, amizade e apoio tão preciosos nesse momento;

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste trabalho e que fizeram parte desta valiosa caminhada, o meu MUITO OBRIGADA!

“Com o passar dos anos, as árvores tornam-se mais fortes e os rios, mais largos. De igual modo, com a idade, os seres humanos adquirem uma profundidade e amplitude incomensurável de experiência e sabedoria. É por isso que os idosos deveriam ser não só respeitados e reverenciados, mas também utilizados como o rico recurso que constituem para a sociedade”.

Kofi Annan

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde – OMS define violência contra a pessoa idosa como um ato único ou repetitivo ou mesmo a omissão, o qual pode ser tanto intencional como involuntária, que cause dano, sofrimento ou angústia. Pode ser praticada de forma interna ou externa ao ambiente doméstico, por algum membro da família ou ainda por pessoas que possuam uma relação com ela. Negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. O presente estudo, de natureza descritiva, teve por objetivo analisar os dados de negligência/abandono às pessoas idosas no município de Aracaju (SE), no período de 2018 a 2021. O universo foi composto pelos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN) do Ministério da Saúde (MS). Foram notificados 278 casos de violência em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A negligência/abandono foi o principal tipo de violência no período analisado (48,2%), seguida pela física (26,6%) psicológica/moral (10,4%), financeira (8,1%) e outros tipos de violência (5,7%). Os resultados revelaram a notificação de 125 casos de negligência/abandono à pessoa idosa em Aracaju/SE, evidenciada principalmente contra as mulheres negras (58%) e com ensino fundamental incompleto (14,4%). Os principais agressores foram: filhos (68%), irmãos(ãs) (14,4%), cônjuges (8%), outros (15,2%), cuidadores (2,4%) e desconhecidos (1,6%). Destaca-se a repetição em 61,6% e a lesão autoprovoçada em 1,6%. Os casos ocorreram na própria residência (95,2%) e comércio/serviços (2,4%). É necessário considerar que a violência intrafamiliar e os maus-tratos, precisam ser analisados no contexto da violência social/estrutural ao qual os idosos estão inseridos, enquanto expressão das construções sociais acerca do gênero, da velhice e das relações entre as gerações. É fundamental analisar as mudanças dos arranjos familiares e o papel da mulher, vista como principal e/ou exclusiva pessoa voltada aos cuidados. Nesse sentido, reafirma-se que as mulheres idosas sofrem riscos elevados em virtude do processo de envelhecimento. A violência é um problema de saúde pública e sua notificação permite encaminhar a vítima aos órgãos competentes, para garantir a proteção, o rompimento do ciclo de violência, assegurar seus direitos à vida, saúde e bem-estar, assim como a elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde para essa população. É essencial a revisão dos compromissos com o bem-estar dessa população, tanto em relação ao Estado, como também da sociedade e da família, de maneira que sejam garantidos os cuidados necessários para a preservação da saúde desse contingente populacional.

Palavras-chave: Violência; Negligência; Pessoa Idosa.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines violence against the elderly as a single or repeated act or omission, which may be intentional or unintentional, causing harm, suffering, or distress. It can occur internally or externally within the domestic environment, involving family members or individuals in a relationship with them. Neglect refers to the refusal or omission of due and necessary care by family or institutional caregivers. Therefore, this descriptive study aimed to analyze data on the neglect and abandonment of older adults in the municipality of Aracaju (SE) from 2018 to 2021. The universe consisted of cases reported in the System of Information on Notified Harm (SINAN) of the Ministry of Health (MS). This is a descriptive study. A total of 278 cases of violence were reported among people aged 60 years and older. Neglect/abandonment was the primary type of violence during the analyzed period (48.2%), followed by physical (26.6%), psychological/moral (10.4%), financial (8.1%), and other types of violence (5.7%). The results revealed the notification of 125 cases of neglect or abandonment of the elderly in Aracaju/SE, primarily affecting black women (58%) with incomplete primary education (14.4%). The main aggressors were sons and daughters (68%), siblings (14.4%), spouses (8%), others (15.2%), caregivers (2.4%), and strangers (1.6%). Repetition was observed in 61.6% of the cases, and self-inflicted injury occurred in 1.6%. The cases took place in their own residences (95.2%) and in commerce or services (2.4%). It is necessary to consider that intrafamily violence and ill-treatment need to be analyzed in the context of social and structural violence to which the elderly are exposed as an expression of social constructs regarding gender, old age, and intergenerational relations. It is essential to analyze changes in family arrangements and the role of women, who are often seen as the primary and/or exclusive caregivers. In this regard, it is reaffirmed that older women are at high risk due to the aging process. Violence is a public health problem, and its reporting allows victims to be referred to the appropriate authorities to ensure protection, break the cycle of violence, and secure their rights to life, health, and well-being, as well as to develop public policies for prevention and health promotion for this population. It is essential to reexamine commitments to the well-being of this population, both by the state and by society and the family, to ensure that the necessary care is provided to preserve the health of this population group.

Keywords: Violence; Negligence; Elderly People.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CF - Constituição Federal

CMVI - Comissão de Monitoramento da Violência contra o Idoso

DATASUS - Sistema Público de Informações em Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF - Estratégia da Saúde da Família

IBCCRIM - Instituto Brasileiro de Ciências Criminais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INPEA - International Network for Prevention ou Elderly Abuse

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PEA - População Economicamente Ativa

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa Saúde da Família

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SESC - Serviço Social do Comércio

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UF - Unidades da Federação

VIVA - Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Violência interpessoal/autoprovocada em idosos, segundo o tipo de violência, Aracaju/SE, de 2018 a 2021. **69**
- Tabela 2** – Violência interpessoal/autoprovocada em idosos, segundo tipo de violência e local de residência, Aracaju/SE, de 2018 a 2021. **71**
- Tabela 3** – Notificações de violência contra idosos, segundo classificação da violência, ciclo de vida do autor, autor, local de ocorrência e forma de agressão, Aracaju/SE, 2018 a 2021. **82**

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Projeções para o crescimento da população brasileira para 2000-2050, segundo faixas etárias. **29**
- Figura 2** – Países com maior quantidade de idosos: 2022, 2050 e 2100. **30**
- Figura 3** – Pirâmide populacional **39**
- Figura 4** – População de 60 anos ou mais no Brasil, por sexo, 1950-2100 **40**

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Violência interpessoal/autoprovoçada em idosos, segundo tipo de violência e local de residência, Aracaju/SE, de 2018 a 2021 **72**
- Gráfico 2** – Número de casos notificados de Negligência/Abandono, Aracaju/SE, por ano, de 2018 a 2021 **73**
- Gráfico 3** – Negligência/Abandono de idosos por Gênero, Aracaju/SE, de 2018 a 2021 **73**
- Gráfico 4** – Negligência/Abandono de idosos por Raça/Cor, Aracaju/SE, de 2018 a 2021 **74**
- Gráfico 5** – Negligência/Abandono de idosos por Escolaridade, Aracaju/SE, de 2018 a 2021 **74**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Capítulo I – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	23
1.1 O processo de envelhecimento populacional	25
1.2 Padronização da população senescente	30
1.3 A tendência da inversão da Pirâmide Etária	35
1.4 Relações entre gênero, envelhecimento e violência	39
1.5 Idadismo/Ageísmo/Etarismo	43
1.6 Implicações econômicas e sociais do envelhecimento da população	46
Capítulo II - NEGLIGÊNCIA /ABANDONO CONTRA A PESSOA IDOSA ...	48
2.1 Concepção de violência	48
2.2 Tipologia da Violência	50
2.3 Prevalência de maus-tratos e negligência contra idosos	58
2.4 Fatores de risco e de proteção na violência contra a pessoa idosa	60
Capítulo III – NEGLIGÊNCIA/ABANDONO À PESSOA IDOSA EM ARACAJU: ANALISANDO AS NOTIFICAÇÕES	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	98
ANEXOS	99

INTRODUÇÃO

A principal característica demográfica do mundo atual é o envelhecimento populacional e envolve mudanças nos aspectos demográficos, econômicos, sociais e epidemiológicos representados pelo surgimento e aumento de agravos específicos da população idosa (Alves, 2022). Esse fenômeno é evidente globalmente, com diferenças de tempo e intensidade (Busetta; Bono, 2020). O mundo chegou a 1,1 bilhão de idosos em 2022 e os 12 países com maior quantidade de pessoas de 60 anos ou mais de idade são, por ordem decrescente, China (264,7 milhões), Índia (148,7 milhões), EUA (79,3 milhões), Japão (44,4 milhões), Rússia (32,9 milhões), Brasil em 6º lugar com 31,5 milhões, Indonésia (29,9 milhões), Paquistão (15,9 milhões), Bangladesh (15,8 milhões), México (15,5 milhões), Nigéria (10,4 milhões) e Etiópia (6,1 milhões de idosos), segundo as novas estimativas da ONU (2022).

Esse aumento significativo dos longevos possui implicações para as políticas públicas sociais, que influenciam a Seguridade Social, sobretudo, a Previdência Social, o Sistema de Saúde e a Assistência Social, especialmente pois ocorrem em um cenário histórico de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (Kalache, 2008; OPAS, 2009; Veras, 2009; Veras; Ramos; Kalache, 1987). Esses aspectos são importantes devido à necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída.

O aumento da expectativa de vida decorrente das transformações e avanço tecnológico tem sido acompanhado por importantes demandas a serem estudadas, dentre elas, a violência contra a pessoa idosa, constituindo-se em um grande desafio para a saúde pública principalmente para os países em desenvolvimento, requerendo uma resposta abrangente das políticas públicas devido às sequelas físicas e psicológicas que a violência provoca.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) define a violência contra a pessoa idosa como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause danos ou incômodos, podendo ser classificada em violência física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência e autonegligência.

Os atos de violência praticadas contra a população idosa, ocorrem de diversas formas e em diferentes situações, mediante ações ou omissões realizadas uma vez ou mais, ocasionando prejuízo à condição física, emocional e social desse indivíduo, tanto no ambiente intrafamiliar ou extrafamiliar.

O reconhecimento da violência contra esse segmento populacional é recente no Brasil e no mundo e foi o último a ser contemplado nas agendas das políticas e da saúde. As estatísticas internacionais ressaltam a subestimação dos dados acerca desse fenômeno.

Em que pese o rápido e acelerado envelhecimento populacional brasileiro, a escassez de informação e consequente subdimensionamento do fenômeno reforçam a importância de analisar e divulgar o perfil da violência contra idosos, identificado a partir de denúncias e/ou notificações em diferentes estados e municípios brasileiros.

Nesse sentido, este estudo analisou os dados de negligência/abandono às pessoas idosas a partir das denúncias captadas pelas notificações de violência registradas no SINAN, no município de Aracaju (SE), no período de 2018 a 2021.

O tópico em questão está intimamente relacionado à administração de políticas públicas, em particular aquelas relacionadas à saúde. Essas políticas estão entrelaçadas com outras áreas e são afetadas pelas tendências do neoliberalismo, que têm um impacto direto nas manifestações dos desafios sociais. Evidencia-se que, a partir da década de 1990, há uma forte tendência de enxugamento dos gastos sociais, em detrimento da esfera econômica. Soma-se a isso que esse movimento de reestruturação política e econômica conduz efeitos nefastos sobre as políticas de seguridade social, o que aprofunda a desqualificação dos serviços públicos e compromete sua cobertura frente à demanda cada vez maior de pessoas que utilizam o SUS, conforme trazido por trabalhos como Sales, Santiago e Silva (2013).

Observa-se que embora a temática seja considerada como inerente às políticas públicas e ao Serviço Social, há uma lacuna na bibliografia desenvolvida pelos assistentes sociais. Além disso, o objeto escolhido apresenta relevância social, uma vez que a proteção à pessoa idosa representa uma alternativa legítima através da qual é possível diminuir ou mesmo superar a contradição existente entre garantia e efetivação do direito à saúde.

A escolha do tema foi motivada a partir da inserção da pesquisadora na política de saúde municipal e sua intervenção profissional junto aos usuários, tendo em vista a ocorrência de casos de negligência/abandono às pessoas idosas que chegavam como demandas ao Serviço Social, nas Unidades de Saúde do município de Aracaju. Os idosos são um dos grupos mais vulneráveis ao problema em função de um conjunto de motivos, dentre os quais destaca-se a habitual discriminação social ao envelhecimento, a maior dependência de terceiros para a realização de suas atividades instrumentais e/ou básicas de vida diária, suas fragilidades com relação à saúde e bem-estar, a perda de poder aquisitivo das famílias, o reduzido apoio social formal e informal e a insuficiência de políticas públicas de garantia de seus direitos. Esses fatores tornam este grupo alvo preferencial das diferentes formas de violência.

A temática em pauta insere-se na linha de pesquisa Políticas Sociais, Movimentos Sociais e Serviço Social enquanto abordam a gestão de política social embasada na perspectiva de garantia de direitos, neoliberalismo e suas implicações para o Serviço Social. O problema de pesquisa mostra-se relevante, tendo em vista a necessidade de contribuir na prevenção e enfrentamento desse agravo, na defesa e proteção das pessoas idosas.

O processo de pesquisa envolve etapas primordiais para a sua exequibilidade. Conforme Minayo (2010, p. 19) “[...] fazer pesquisa constitui um processo de trabalho complexo que envolve método, operacionalização e criatividade, os quais possibilitam aproximações sucessivas com o objeto de estudo, e colabora com a produção do conhecimento na referida temática”.

Nessa perspectiva, Gil (2002, p. 17) afirma que “[...] a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados, realizar uma pesquisa requer a utilização de um processo sistemático”.

Para o alcance desses objetivos, o estudo foi desenvolvido com abordagem quanti-qualitativa para conhecer os principais elementos que envolvem o tema pesquisado, uma vez que esse tipo de pesquisa possibilita a compreensão do objeto investigado a partir da análise do contexto em que ocorre e na qual está inserido e deve ser estudado por meio de uma análise da totalidade. Dessa forma, a pesquisa quali-quantitativa possibilita descrever os fenômenos observados pelo pesquisador, assim como fundamentar essas visões por meio de evidências. Foi uma pesquisa do tipo descritiva,

A questão do método é fundamental para definir a abordagem teórico-metodológica que dará sustentação ao projeto de pesquisa. Para a apreensão do objeto de pesquisa em sua dinamicidade, foi utilizada uma abordagem baseada na perspectiva do materialismo histórico dialético, que analisa o objeto em sua contextualidade sócio-histórica.

Tal abordagem levou em consideração os reflexos da lógica capitalista de produção que incidem diretamente nas condições de trabalho e vida do trabalhador, mesmo quando este sai do processo de produção diante da velhice.

O método marxista, busca compreender o objeto na sua totalidade, ou seja, numa realidade estruturada, dialética, considerando suas relações, seus nexos relacionais. Dessa forma, esse método é importante para a execução de uma pesquisa, porque, através dele, consegue-se captar elementos da realidade social que possibilita discutir, inclusive, ações interventivas que respondam às necessidades dos sujeitos. Acerca disso,

[...] o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (Netto, 2009, p.8).

Assim, a partir das categorias da totalidade, da contradição e da mediação, Marx constrói sua análise teórico-metodológica sobre a sociedade capitalista (Idem). Desse modo, a totalidade concreta, a sociedade burguesa, é composta não por partes que se agrupam, mas por um complexo de totalidades autônomas, sendo intrinsecamente relacionadas, “[...] um complexo constituído de complexos.” (Netto, 2009, p. 27).

A pesquisa foi iniciada com o estado da arte realizado através do levantamento bibliográfico nas plataformas de consultas (LILACS, BIREME, BVS, Scielo) utilizando-se como palavras-chave: Estado; Questão Social; Política Social; Neoliberalismo; Envelhecimento; Pessoa Idosa; Violência; Negligência/Abandono; Gênero.

Foi realizada também a pesquisa documental em relação à temática abordada com base na legislação vigente, publicações em revistas e jornais, com vistas a ampliar a discussão sobre o assunto e, conseqüentemente, o entendimento de objetos cuja compreensão necessitava de contextualização histórica e sociocultural.

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (Cellard, 2008, p. 295).

O monitoramento dos casos de violência é instrumentalizado através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada - VIVA, que contém informações referentes ao perfil da vítima e do agressor, características da violência e encaminhamentos realizados.

Esse formulário é preenchido nas diversas fontes notificadoras, incluindo os serviços de saúde, em duas vias, que permanecem uma com o setor notificador e a outra com o setor responsável pela Vigilância Epidemiológica do município, em que os dados são digitados no DATASUS e posteriormente transferidos para as esferas estadual e federal, para composição da base de dados nacional.

Os casos, também, são acompanhados pela Comissão de Monitoramento da Violência contra o Idoso (CMVI) do município de Aracaju, criado por meio da Portaria Municipal nº 031/2013, sendo formado por diferentes órgãos públicos e da sociedade civil para estabelecer ações de cunho preventivo e criar um banco de dados que permita reunir informações sobre os casos de violência ocorridos neste município (Santos *et al.*, 2015).

Dessa forma, possibilita-se um conhecimento mais aprofundado da situação em que se encontram as vítimas idosas, como também permite a elaboração de estratégias de qualificação dos profissionais de saúde, ampliação da rede de cuidados ao idoso e medidas preventivas e protetivas para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

Para a fase da coleta de dados utilizou-se de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pesquisa documental e bibliográfica.

A análise dos dados foi realizada com base nos resultados apresentados em tabelas e gráficos conforme as categorias previamente estabelecidas pela pesquisadora, e, em seguida, esses resultados foram analisados com base no referencial teórico estudado. Após a defesa da dissertação, a pesquisadora fará a devolutiva à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

A pesquisa teve como objetivo principal analisar os dados de negligência/abandono às pessoas idosas no município de Aracaju (SE), no período de 2018 a 2021 e como objetivos específicos: a) Quantificar os casos notificados de negligência/abandono à pessoa idosa nos bancos de dados do SINAN (2018 a 2021); b) Traçar o perfil sociodemográfico dos idosos vítimas de negligência/abandono, no município de Aracaju, notificados no SINAN, no período e local estabelecido; e c) Identificar as características dos agressores.

A população do estudo foi constituída pelos casos de negligência/abandono contra a pessoa idosa no município de Aracaju (SE), registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, no período de 2018 a 2021, na faixa etária de 60 anos e mais.

As variáveis selecionadas para análise foram as já existentes no sistema: região de ocorrência, ano de notificação, sexo, raça/cor, escolaridade, local de ocorrência, tipo de violência e característica do agressor. A pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, utilizou dados secundários de domínio público e, dessa forma, dispensou a autorização do comitê de ética em pesquisa.

A estrutura organizacional da dissertação foi elaborada e disposta em três capítulos. Na introdução, realiza-se uma apresentação geral sobre a temática que será apontada e elucidada nos capítulos seguintes, bem como traz a justificativa pela escolha do tema e a relevância social

de discutir os assuntos que envolvem o processo de envelhecimento populacional e a negligência/abandono contra a pessoa idosa.

O primeiro capítulo, denominado “Envelhecimento Populacional”, apresenta as considerações iniciais sobre o envelhecimento humano. No segundo capítulo, “Negligência/Abandono contra a pessoa idosa”, descrevem-se as definições e tipologias da violência contra a pessoa idosa e a epidemiologia da violência contra a pessoa idosa, com ênfase na Negligência/Abandono e os fatores de risco e de proteção para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, e faz um breve histórico das políticas de proteção às pessoas dessa faixa etária, sobretudo no Brasil, com suas variadas implicações.

O terceiro capítulo, “Negligência/Abandono contra a pessoa idosa: analisando as notificações”, traz uma análise dos dados obtidos na pesquisa e a realidade das pessoas idosas em situação de negligência/abandono, no município de Aracaju (SE), no período de 2018 a 2021.

Para finalizar, dispomos das Considerações finais que visam sintetizar as ideias, conceitos e análises apontadas. Os últimos elementos dispostos são as referências, os anexos e apêndices que também integram o corpo do trabalho.

Capítulo I - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Neste capítulo abordam-se definições de alguns autores sobre envelhecimento e uma breve contextualização sobre a atual estrutura econômica no Brasil e suas múltiplas determinações expressas na “questão social”, sendo destacado de quais formas a questão social se materializa na reprodução social da população idosa, dando ênfase em indicadores que possam traçar minimamente o perfil do idoso no país.

O aumento da expectativa de vida é uma das grandes conquistas do século XXI que, juntamente com a queda da natalidade, da mortalidade infantil e também da mortalidade em idades avançadas, vem ocasionando um rápido envelhecimento da população mundial (Chaimowicz, 1998; Lima-Costa, 2003; Ramos, 2002).

A população idosa constitui um grupo enorme e heterogêneo de brasileiros/as que primeiro se distingue do ponto de vista subjetivo: cada um envelhece a seu modo. Mas, socialmente a diversidade também é muito grande: viver nas cidades ou nas regiões rurais, pertencer à determinada classe social, ser do gênero feminino ou masculino, possuir ou não um bom nível educacional, ser autônomo ou depender de outras pessoas financeiramente, por problemas de saúde ou por outras deficiências são algumas das mais importantes diferenças, conforme o Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa (Brasil, 2014).

Entende-se por envelhecimento populacional o crescimento na proporção de idosos e sua participação relativa no total da população, quando comparada à proporção dos demais segmentos etários (Camarano, 2002).

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre em ritmo acelerado, acarretando modificações nas políticas sociais e constituindo-se em um dos grandes desafios da Saúde Pública. Para fins de legislação, considera-se uma pessoa idosa a partir de 60 anos em países desenvolvidos e 65 anos em países em desenvolvimento (OMS, 1995).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025 existirão, em todo mundo, 1,2 bilhões de pessoas idosas. O Brasil, por sua vez, ocupará, segundo projeções estatísticas, a sexta posição mundial, representando 34 milhões de maiores de 60 anos – 15% da população geral (Chaimowicz, 1998; Elsner; Pavan; Guedes, 2007).

No caso brasileiro, o envelhecimento populacional, desde o final dos anos 1960, vem apresentando modificações na sua estrutura etária, com crescimento quantitativo e percentual da população de idosos atingindo 8,6% da população total no ano de 2000 (Teixeira, 2008, p. 21). Crescimento esse, que, segundo Veras (1994), deve-se ao aumento da expectativa de vida e ao declínio da taxa de fecundidade, graças aos avanços da medicina, aos programas

de esterilização em massa nas regiões carentes e às altas taxas de mortalidade da população jovem, dentre outros fatores.

Ainda que o envelhecimento seja um processo contínuo e intrínseco à vida, não é experienciado da mesma forma por todos os indivíduos. Além das diferenciações segundo o gênero, a classe e a raça/etnia, são também várias as idades da velhice, assim como as condições corporais e cognitivas dos idosos, e essa heterogeneidade se intensifica quando analisada a partir da perspectiva de classes.

As características do envelhecimento populacional no Brasil também processam fortes distinções entre as regiões e classes sociais, evidenciando a desigualdade social e vulnerabilidades, que incidem diretamente na forma de envelhecer dos sujeitos.

O homem envelhece sob determinadas condições de vida, fruto do lugar que ocupa nas relações de produção e reprodução social. Não se podem universalizar suas características no processo de construção das bases materiais da existência, porque os homens não vivem e não se reproduzem como iguais, antes, são distintos nas relações que estabelecem na produção da sua sociabilidade, principalmente na sociabilidade fundada pelo capital, em que desigualdades, pobreza e exclusões sociais lhe são eminentes, reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador. (Teixeira, 2008, p. 30).

A Região Nordeste apresenta o segundo maior número de idosos no país e, acompanha as tendências regionais de redução nas taxas de mortalidade e fecundidade e, somado a isso, alguns autores apontam que essa modificação no perfil demográfico da Região Nordeste pode estar relacionada ao fenômeno da migração de pessoas em idade reprodutiva e produtiva para outras regiões do país, levadas sobretudo pelo desemprego. Já em relação ao município de Aracaju, verifica-se que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, aproximadamente 12,29% da população deste município é composta por pessoas da terceira idade (PNAD, 2022; IPEA, 2012; Simões, 2002).

Diante do processo de envelhecimento da população, Oliveira *et al.* (2018) afirmam que os idosos se tornam mais fragilizados e susceptíveis à violência conforme necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física, ou mental. Dessa forma, quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade e, conseqüentemente, maior índice de violência.

A sociedade brasileira é caracterizada por ampla desigualdade socioeconômica (Aguiar et al., 2015). Dentre outras características, os autores destacam, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, enquanto fatores favorecedores da disseminação da

violência, o que se faz crer que o problema em pauta seja bastante frequente e possua, portanto, variadas causas.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequadas para atenderem às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca observado.

1.1 O processo de envelhecimento populacional

O processo de envelhecimento ocorre de forma heterogênea para cada indivíduo; ao envelhecer as pessoas se deparam com mudanças e perdas biopsicossociais que geram fragilidades que se diferenciam por gênero, raça, grupo social, condições materiais, história de vida, suas experiências e as características próprias do contexto social no qual este se insere.

Compreende-se o envelhecimento populacional como um processo heterogêneo, multifacetado e socialmente constituído, destacando a condição de classe enquanto um dos determinantes fundamentais que incidem diretamente na forma como a velhice é vivenciada e significada, afirmam um conjunto de trabalhos, dos quais destacamos Hoppner e Urban, 2018.

Com base nesse pressuposto, a velhice e o processo de envelhecimento estão relacionados ao contexto e às relações sociais existentes em cada momento histórico e, portanto, serão definidos pelas condições de existência engendradas historicamente, pelo modo de produção vigente e pelas relações sociais deles decorrentes.

É, sobretudo, para classe trabalhadora que o envelhecimento se constitui enquanto problema social, que na lógica capitalista é expropriada, inclusive, do seu tempo de vida diante das condições de exploração. É, portanto, na condição do trabalhador que tendo chegado à velhice, após uma vida de exploração, e encontra-se demandando diretamente de respostas do Estado e da sociedade para atender suas necessidades, que a problemática do envelhecimento se configura.

O processo do envelhecimento é bastante complexo e vem, cada vez mais, exigindo estudos multidisciplinares com o intuito de melhor compreendê-lo. (Campos; Ferreira; Vargas, 2015). Desde 1950, a produção acadêmica acerca do envelhecimento vem se destacando. Isso ocorre em virtude da transição demográfica que se originou na Europa e seu primeiro fenômeno

foi a redução da fecundidade, observada após a Revolução Industrial. O aumento da expectativa de vida nesse continente aconteceu de modo insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e campanhas de vacinação.

Países desenvolvidos, como China, Japão e países da Europa e da América do Norte, vivenciaram o envelhecimento populacional desde o século XIX e os países em desenvolvimento, como os que estão na América Latina e no Leste da Ásia, o envelhecimento populacional resultante do processo de transição demográfica iniciou-se gradativamente em meados da década de 1960 e foi bastante influenciado pela queda significativa da taxa de fecundidade, causada principalmente pelas mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres (Almeida, 2002, p. 1; Ribeiro *et al.*, 1996, p. 23).

No Brasil, é a partir de 1980 que a temática da velhice começa a receber maior atenção dos pesquisadores. O aumento da expectativa de vida ocasiona a necessidade de compreensão a respeito das especificidades e necessidades desse grupo etário. (Félix, 2009; Prado; Said, 2006; Bruno, 2005).

Segundo Ribeiro *et al.*, (1996, p. 33) a queda na taxa de fecundidade contribui com a diminuição da proporção de crianças e, conseqüentemente, para a transformação na estrutura etária, aliada ao aumento da esperança de vida ao nascer, favorecendo a ampliação relativa da população idosa.

Verifica-se que a população brasileira está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido se comparado a outros países da América Latina, causado pelo declínio acelerado das taxas de fecundidade associada à diminuição das taxas de mortalidade (Almeida, 2002, p. 2)

A redução das taxas de mortalidade deve-se ao surgimento de terapias e antibióticos, de melhores condições de trabalho, escolaridade e saneamento básico e a erradicação de doenças como poliomielite e a tuberculose, além do controle de doenças como o câncer e dos acidentes cardiovasculares, os quais contribuíram para o aumento da expectativa de vida.

De acordo com Garcia (2003), o início do envelhecimento populacional data do século XIX, iniciando-se em alguns países da Europa Ocidental, atingindo outros países desenvolvidos e, mais recentemente, sendo percebido nos países em desenvolvimento. No entanto, embora o crescente aumento da expectativa de vida da população seja um fenômeno extensivo a ambos os sexos, este não ocorre de modo uniforme, atingindo com maior intensidade a população feminina.

Além disso, a literatura aponta que o processo de envelhecimento ocorre de maneira distinta nos diferentes países. Camarano e Pasinato (2007) fizeram uma análise da população idosa em seis países latino-americanos, incluindo o Brasil, e verificaram que esses países passam por um processo de envelhecimento diferenciado, onde a Bolívia obteve um envelhecimento ‘incipiente’; Costa Rica, Peru e México passaram por um envelhecimento ‘moderado’; o Brasil obteve um envelhecimento considerado ‘moderado-avançado’ e a Argentina apresentou um envelhecimento ‘avançado’. Essas diferenças de tipologias se devem às peculiaridades no processo de envelhecimento de cada país, principalmente no quesito fecundidade e mortalidade.

De acordo com Alves (2008), a transição demográfica brasileira inicia-se com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população brasileira. Camarano (2004) afirma que esse processo de envelhecimento no Brasil passou, primeiramente, por uma elevação na taxa de fecundidade nas décadas de 1950 e 1960, mas, após esse período, ocorreu uma diminuição desse índice, o que tornou mais evidente o crescimento do contingente populacional idoso. Desde 1940, estudos no país apontavam para o aumento da população idosa que, segundo Lima-Costa, Veras (2003), era composta por três milhões de pessoas em 1960, passando para sete milhões em 1975, 14 milhões em 2002 e, com uma projeção de 32 milhões de idosos para o ano de 2020.

Ainda sobre o envelhecimento populacional, Alisson (2016) afirma que no Brasil, a população idosa vem aumentando ao longo do tempo. Em 1950, havia 2 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Esse número passou para 6,2 milhões em 1965, cerca de 14 milhões em 2000 e, em 2025, a projeção é para 31,8 milhões de pessoas. Esse aumento da população idosa entre os anos de 1950 e 2025 será da ordem de 1.600%, o que colocará o Brasil, no ano 2025, com a sexta maior população de idosos do mundo.

Camarano (2004) também destaca que o atual crescimento do número de idosos brasileiros seria fruto da alta taxa de fecundidade ocorrida nas décadas passadas, além da redução da mortalidade da população idosa. No entanto, para esta autora, outros fatores também seriam importantes para o crescimento da população idosa no Brasil, como a melhora dos hábitos saudáveis, a medicina preventiva e curativa, os avanços da tecnologia na área da saúde, as políticas públicas em prol da população idosa, dentre outros. Esses seriam alguns dos fatores que fariam com que esse segmento populacional passasse a ser mais expressivo atualmente dentro da população total brasileira.

A urbanização é um fator relevante para o aumento da expectativa de vida, de acordo com Glaeser (2011). Com a migração do campo para a cidade, foi percebida uma melhoria significativa na organização social, econômica e ambiental. Além disso, o ambiente urbano ofereceu melhores condições para a ascensão socioeconômica desses migrantes, paralelamente a um alto grau de inovação tecnológica. Centros urbanos não estão isentos de problemas, evidentemente. Porém, de modo geral, a pobreza nas áreas urbanas está relacionada à falta de acesso a determinados bens de consumo e serviços públicos, enquanto que a pobreza nas áreas rurais é caracterizada pela extrema carência.

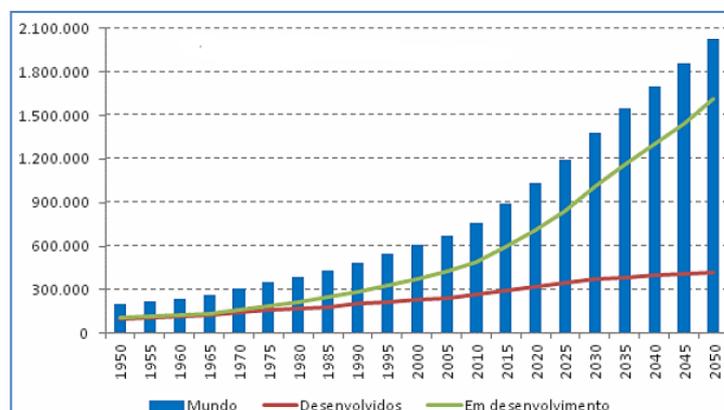
Entretanto, nos países em desenvolvimento e, em especial, no Brasil, o processo de transição demográfica aconteceu de maneira acelerada e descontrolada, gerando implicações distintas. O processo de urbanização brasileiro ocorreu sem alteração da distribuição de renda, diferentemente dos países desenvolvidos, em que a transição demográfica, o desenvolvimento social e o aumento da renda aconteceram de maneira concomitante. Além disso, no Brasil, a redução da mortalidade ocorreu anteriormente à queda da fecundidade, o que gerou uma população jovem de rápido crescimento. O aumento da expectativa de vida dos brasileiros também apresentou aumento inesperado, quase 25 anos em cinco décadas, sem que tenham sido observadas melhoras significativas nas condições de vida e de saúde da população.

Segundo Miranda et al. (2016), a partir de 1970, o Brasil teve seu perfil demográfico transformado, passando de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, para uma sociedade predominantemente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. O Brasil passou também, ao longo do tempo, de uma população predominantemente jovem, em um passado nem tão distante, para um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade atualmente. Glaeser (2011) diz que essa passagem do rural para o urbano no Brasil é explicada pelos movimentos migratórios que houve no passado. Em busca de melhores condições de vida, grandes populações rurais como aquelas da região Nordeste, migraram para os grandes centros urbanos da região Sudeste, especialmente para o Estado de São Paulo.

Desse modo, tem-se como efeito um incremento significativo da população idosa brasileira, que continuará ocorrendo pelos próximos anos, demandando investimentos e desenvolvimento de projetos e políticas públicas direcionadas a esse setor da população. As mudanças mais notáveis ocorrerão nas faixas etárias extremas.

Figura 1 - Projeções para o crescimento da população brasileira para 2000-2050, segundo faixas etárias.

FIGURA 01 - ENVELHECIMENTO MUNDIAL DA POPULAÇÃO IDOSA (1950 E 2050)



Fonte: (ALVES, 2012).

O Brasil, conforme a Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008) está na lista dos dez países com maior população de pessoas idosas em termos absolutos do mundo. O contingente de idosos na faixa etária de 60 anos e mais aumentou 47,8% no período de 1997 a 2007, enquanto a população brasileira cresceu 21,6% nesse mesmo período (IBGE, 2008). Dessa forma, a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, alcançando no ano de 2008 uma população de 20 milhões de pessoas idosas (KALACHE, 2008).

Figura 2 – Projeção de países com maior quantidade de idosos: 2022, 2050 e 2100.

Os 12 países com maior quantidade de idosos (60 anos e mais): 2022, 2050 e 2100								
#	Países	2022	#	Países	2050	#	Países	2100
	Mundo	1.108.584		Mundo	2.132.389		Mundo	3.083.695
1	China	264.707	1	China	509.409	1	Índia	551.956
2	Índia	148.691	2	Índia	347.584	2	China	361.612
3	EUA	79.328	3	EUA	111.063	3	EUA	143.181
4	Japão	44.429	4	Indonésia	64.878	4	Paquistão	112.640
5	Rússia	32.978	5	Brasil	66.496	5	Nigéria	96.707
6	Brasil	31.500	6	Japão	45.305	6	Indonésia	93.927
7	Indonésia	29.919	7	Rússia	43.370	7	Etiópia	78.277
8	Paquistão	15.946	8	Bangladesh	43.362	8	Brasil	73.334
9	Bangladesh	15.854	9	Paquistão	36.572	9	Bangladesh	68.121
10	México	15.535	10	México	35.908	10	México	47.908
11	Nigéria	10.378	11	Nigéria	25.081	11	Rússia	37.821
12	Etiópia	6.098	12	Etiópia	18.749	12	Japão	32.879

Fonte: UN Population Division. World Population Prospects 2022 (divulgadas 11/07/2022)

A Região Nordeste possui a segunda maior população de idosos do país, concentra 5,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2008). Autores como Coelho Filho e Ramos (1999) apontam que essa modificação no perfil demográfico da Região Nordeste pode estar relacionada ao fenômeno da migração de pessoas em idade reprodutiva para outras regiões do país, levadas sobretudo pelo desemprego. Somado a isso, acompanham as tendências regionais de redução nas taxas de mortalidade e fecundidade.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, a população idosa em Sergipe era de mais de 343 mil pessoas, o que representa cerca de 11,1% da população do estado. Em relação ao gênero, há uma predominância de mulheres idosas, que representam mais de 60% do total. Além disso, estima-se que a população idosa em Sergipe deverá continuar crescendo nas próximas décadas, acompanhando a tendência nacional de envelhecimento da população brasileira.

1.2 Padronização da população idosa

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e sucede a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável. No ser humano, esse fenômeno progressivo, além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, que contribuem para que se instale em diferentes idades cronológicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecer como “um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente” e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Já a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2016) aponta que existem dois termos no contexto do envelhecer e é importante distingui-los: a senescência e a senilidade – senescência como processo de envelhecimento comum aos indivíduos, decorrente de questões fisiológicas e; a senilidade com uma definição mais próxima de questões de doenças que comprometem a qualidade de vida, e que não são decorrentes unicamente do aumento da idade (Idem).

A senescência abrange todas as alterações que ocorrem no organismo humano no decorrer o tempo e que não configuram doenças. São, portanto, as alterações decorrentes de processos fisiológicos do envelhecimento.

Historicamente a velhice não era tida como um momento importante do ciclo da vida (SOARES, 2019). Na França, no século XIX, "designava-se velho (*vieux*) ou ‘velhote’ (*vieillard*) àquele indivíduo que não tinha estatuto social, e chamava-se de ‘idosos’ (*personne âgée*) aqueles que possuíam uma condição social e financeira favorável" (Paiva, 2011, p. 25), já no Brasil o termo velho surgiu nos anos 1960 com um caráter ambíguo, podendo ser uma forma afetiva de expressão ou pejorativa.

Diante da dificuldade de um consenso em relação à conceituação do termo idoso, houve ao longo da história uma tentativa de uniformizar esse conceito nos diversos países, legitimando duas idades que pudessem orientar políticas públicas, tanto nos países que possuem um alto nível de desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, elevadas expectativas de vida, quanto naqueles que não tenham essa classificação. Essa ‘padronização’ se tornaria um marco importante para a definição do idoso e, também, para que o indivíduo pudesse usufruir de direitos, de políticas de proteção e de benefícios voltados para este segmento populacional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera como pessoa idosa – para países como o Brasil, caracterizados como periféricos – aquela com 60 anos ou mais. Para os países desenvolvidos, pessoa idosa é aquela com 65 anos ou mais.

É importante chamar atenção ao fato que esta definição da OMS diz respeito basicamente à questão etária, não levando em consideração a complexidade do termo e nem as peculiaridades de cada sociedade para o entendimento e integralização desta definição e nem para as possibilidades de desenvolvimento de políticas públicas para este segmento populacional.

Todavia, deve-se destacar que a idade é apenas um demarcador social, e não um determinante do processo de envelhecimento, como são os elementos biológicos, psicológicos e sociais.

Netto (2002) assinala que, entre o indivíduo adulto e o idoso, o limite de idade é de 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos para nações desenvolvidas, sendo estes parâmetros de medição critérios utilizados pela maioria das instituições que visam a dar aos idosos atenção à saúde psicológica, social e física. A idade psicológica para esse autor é a relação entre a idade cronológica e as capacidades de memória, aprendizagem e percepção. Este tipo de idade relaciona o senso de subjetividade da idade de um sujeito em comparações com outros indivíduos, tendo como parâmetro a presença de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento. Portanto, a idade social é a capacidade que um indivíduo tem de se adequar a certos papéis e comportamentos referentes a um dado contexto histórico da sociedade.

Diamond (2014), ao analisar diversas sociedades, discorda que seja fixada uma idade para que se possa considerar a pessoa como idosa, pois, segundo o autor, o envelhecimento dependerá de diversos fatores, como o local onde a pessoa viveu ao longo da sua existência; os diferentes fatores ambientais e regionais; além da percepção pessoal de como cada habitante enxerga o ser idoso.

Martins (2002) corrobora com o pensamento de Diamond (2014) quando percebe, na categoria 'idoso', um conceito abstrato que serve para demarcar um determinado período na vida das pessoas que envelhecem. Essa percepção do envelhecer será verificada pela própria pessoa, ao relatar que se sente ou não idosa; e isso dependerá da sua condição de ativa ou não na sociedade. Nesse processo, serão percebidas também mudanças na forma de pensar, agir e sentir dos cidadãos, quando atingirem idades mais avançadas.

Beauvoir (1990) eleva o conceito de idoso a um patamar mais abrangente e complexo, pois na conceituação desta autora há o envolvimento da parte biológica, com as peculiaridades do organismo que envelhece; da psicológica, levando em conta os comportamentos e as características da senescência; e a existencial, na qual há uma modificação da relação do ser com o tempo, com o mundo e com a sua história pessoal. Percebe-se, na visão da autora, uma forma mais abrangente de compreender e enxergar o idoso, onde os aspectos multidimensionais auxiliarão nessa compreensão, dando embasamento para a formulação de outros conceitos.

Novos conceitos também conseguiram dar outra dimensão ao conceito de idoso, colocando-o como um ser que possui, além de uma somatória de anos vividos, uma história própria e, no seu corpo, as marcas da sua existência. Nesta perspectiva, Zimmerman (2000) descreve que velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi” (Zimmerman, 2000, p. 19). Percebe-se que esse conceito, por mais simples que pareça, traduz, de uma forma mais completa, a essência do que é o ser idoso.

Camarano e Pasinato (2002) argumentam que é difícil distinguir, na modernidade, quem se enquadra ou não na categoria idoso, pois o fator idade isoladamente já não é suficiente para classificar este segmento. Assim, a questão etária seria um marco no qual os indivíduos apresentem sinais de envelhecimento, de incapacidade física ou mental. Mas os autores dizem que a conceituação deve ser mais abrangente do que uma datação, pois os indivíduos são distintos de vários modos: social, cultural e biologicamente. Compreende-se que, devido à grande riqueza e complexidade que envolve o tema, o segmento populacional de idosos careceria sempre de novos e mais aprofundados estudos que viessem não apenas atualizar a cada contexto o que seja idoso, mas, também, subsidiar futuras ações e políticas específicas para esse segmento populacional.

Estudos confirmam que a conceituação do idoso é importante por ter um caráter social, pois objetiva, por exemplo, implantar políticas específicas para essa população, assim

como “distinguir a situação dos indivíduos no mercado de trabalho, na família ou em outras esferas da vida social” (Camarano *et al.*, 1999a, p. 4).

Debert (2004) coloca que, nas sociedades ocidentais, para definir idoso é estabelecida a idade cronológica por um sistema de datação, e que isso não depende da estrutura biológica e dos estágios de maturidade verificados pela antropologia. Nessas sociedades, a idade cronológica seria fundamental para a execução das leis e para a formatação dos direitos e deveres do cidadão. A autora ainda argumenta que os critérios e normas da idade cronológica para definição da população idosa são impostos nas sociedades ocidentais não porque elas dispõem de um aparato cultural que domina a reflexão sobre os estágios de maturidade, mas, por exigência das leis destas sociedades que determinam os deveres e direitos do cidadão (Idem).

Camarano *et al.* (1999a) acrescentam que, apesar da ciência encontrar dificuldades em determinar um consenso para que uma pessoa seja considerada idosa, o marco etário é de fundamental importância como marcador na formulação de políticas públicas, pois os recursos públicos destinados a estas políticas, em geral, são específicos e distinguem os indivíduos de acordo com as diferentes fases da vida. Quando não há essa distinção, é mais difícil que uma determinada lei ou política pública alcance uma categoria de indivíduos que não possuam uma característica universal. Contudo, os autores argumentam que,

Quando os formuladores de políticas assumem que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso estão admitindo implicitamente que a idade é o parâmetro único e intemporal de distinção e, portanto, correm o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos. Quando estabelecem uma idade específica como fronteira, procedem como se houvesse homogeneidade na definição de um idoso entre grupos sociais diferentes (CAMARANO *et al.*, 1999a, p. 3-4).

Assim, os autores explicam que pode haver um conceito único para idoso, mas, algumas questões devem ser avaliadas como a diferenciação espacial; pois muitas pessoas que estão lotadas em uma mesma zona geográfica compartilham características culturais semelhantes. A outra questão seria a diferenciação de grupos sociais, no qual poderiam ser levados em conta alguns indicadores, como renda, sexo, grau de instrução, qualidade de vida, dentre outros. Dessa forma, poderia se estabelecer uma idade-limite mais condizente para qualificar uma pessoa em idosa ou não idosa, seguindo critérios mais próximos da realidade

dos cidadãos, e para que essas pessoas possam se enquadrar nos critérios de determinadas políticas públicas.

Na legislação brasileira, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI) define que, para ser considerado um idoso, a pessoa deve possuir uma idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 1994), sendo que o Estatuto do Idoso será o responsável por regular os direitos dessas pessoas, como o atendimento preferencial; a preferência na formulação e execução de políticas; a priorização de atendimento; a prioridade dos imóveis nos programas habitacionais públicos, dentre outros (BRASIL, 2003).

Dessa forma, justifica-se o país definir um determinado marco etário, para que um segmento populacional possa usufruir das benesses da lei. Realizada esta discussão sobre os critérios para se definir conceitualmente a população idosa, no próximo quesito será tratado o processo de envelhecimento populacional, destacando alguns aspectos desse processo da população no mundo e no Brasil.

1.3 A tendência da inversão da Pirâmide Etária

Depois da Segunda Guerra Mundial, avanços na medicina, melhorias do saneamento básico e na saúde pública melhoraram as condições de vida da população e, como consequência, as taxas de mortalidade foram diminuindo, principalmente em relação às crianças, ocasionando um aumento da expectativa de vida (Bloom, Canning, & Sevilla, 2003). Dar-se então o início da primeira fase da transição demográfica, onde as taxas de mortalidade decrescem e a de fecundidade permanece em alta, provocando assim, um aumento expressivo da população.

De acordo com Carvalho e Wong (2008), este decréscimo na mortalidade foi observado no Brasil de forma mais intensa entre os anos 1940 e 1960, o que gerou um aumento da população jovem brasileira (0-14 anos). No entanto, por volta de 1970, a taxa de fecundidade começou a decrescer, acarretando um aumento proporcional da população em idade ativa (15-64 anos). Em outro estudo, os autores (Wong; Carvalho, 2006) demonstraram que o declínio no nível de fecundidade foi de 60% no período de 1970 a 2000. O envelhecimento da população brasileira é consequência da redução da fecundidade iniciada no final da década de 60 (Júnior *et al.*, 2006). Os autores salientam que, se comparado a experiência de nações desenvolvidas, a magnitude dessa redução é surpreendente, uma vez que a maioria dos países europeus precisou de quase um século para completar a transição da fecundidade, enquanto o Brasil apresentou

declínio similar em um quarto de século. Com uma queda veloz nos níveis de fecundidade, o envelhecimento da população brasileira será ainda mais acelerado (Wong;Moreira, 2000).

Para Alves, Vasconcelos e Carvalho (2010), a estrutura etária de um país muda ao longo do tempo, acompanhando as mudanças decorrentes da transição demográfica, e no caso do Brasil, que já enfrenta uma fase mais acentuada da transição, deve-se apresentar ainda significativas mudanças na estrutura etária da sua população nas próximas décadas, afirmam outros trabalhos como Myrrha *et al.* (2014).

A transição demográfica é um dos fenômenos estruturais mais importantes que compõe o quadro econômico e social do Brasil desde a segunda metade do século XX (Brito, 2008). O envelhecimento da população brasileira foi prenunciado em meados do século XX através da queda da mortalidade (Nasri, 2008). Entretanto, foi somente entre 1960 e 1970 que este fenômeno se consolidou, por meio do declínio brutal nas taxas de fecundidade (Lebrão, 2007).

Brito (2008) afirma que a transição demográfica não é autônoma, uma vez que está imersa nas mudanças sociais e econômicas pelas quais o país tem passado. O autor também propõe que ela não pode ser considerada neutra, visto que suas consequências trazem oportunidades e desafios sociais e econômicos. Se a transição não é neutra, ela depende de políticas públicas estruturadas especificamente para o novo quadro demográfico do Brasil (Brito, 2008) de modo que as oportunidades sejam aproveitadas a tempo e que os desafios não se tornem graves problemas sociais (Wong; Carvalho, 2006).

Para Alves (2004), do ponto de vista demográfico, a situação brasileira é favorável, uma vez que existe um bônus demográfico no país. Segundo esse autor, este bônus é caracterizado por uma diminuição nas taxas de dependência, o que significa que existem mais pessoas trabalhando e contribuindo do que pessoas dependentes. Uma menor carga de dependência implica em maior capacidade de poupança, que é condição indispensável para a elevação de investimentos, necessários ao desenvolvimento econômico (ALVES, 2008). Outra característica do bônus demográfico apresentada por Alves (2008) é que ele não é eterno e em qualquer país ele acontece somente uma vez, portanto ele deve ser bem aproveitado para poder alavancar a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

Mundialmente, cabe salientar que o envelhecimento populacional demanda cuidados especiais e estrutura socioeconômica capaz de assistir às necessidades dos idosos. Segundo a OMS (2015), em países desenvolvidos cerca de 6% dos idosos já sofreram alguma forma de maus tratos e, no longo prazo, essas formas de agressões podem levar a lesões físicas graves e desencadear consequências psicológicas. Para os países em desenvolvimento estima-

se que em 2050 o número de pessoas idosas que já não serão capazes de cuidar de si próprias quadruplicará (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). E, quanto aos países pobres, a OMS (2015) salienta que a maioria dos idosos morrem de doenças não transmissíveis, como diabetes, câncer e doenças cardíacas e não de doenças parasitárias. Além disso, as pessoas mais velhas, frequentemente, apresentam mais de uma doença ao mesmo tempo (OMS, 2015). Então, a partir dos apontamentos da OMS (2015) acerca das consequências do envelhecimento, pode-se perceber a importância de os países se estruturarem para criar um contexto social voltado a atender, com qualidade, as necessidades específicas desta fase do ciclo da vida humana.

No Brasil o aumento da população idosa ocorre de forma bastante acelerada, em 1960 o número de idosos no Brasil era 3 milhões, em 1975 passou para 7 milhões e em 2008 para 20 milhões, o que representa um aumento de quase 700% em menos de cinquenta anos (Veras, 2009). O autor aponta que, consoante as projeções mais conservadoras, em 2020 o Brasil será, em proporção, o sexto país do mundo com maior número de idosos. E envelhecer em um país em desenvolvimento é tarefa árdua (Garrido; Menezes, 2002) uma vez que o envelhecimento humano, mesmo tratando de um grupo etário específico, possui influências das peculiaridades socioeconômicas, culturais, ambientais, individuais ou coletivas, de acordo com épocas e lugares (Alencar; Carvalho, 2009).

O envelhecimento populacional tem sido motivo de preocupação para governos e para a comunidade científica e um dos motivos desta preocupação é o efeito do envelhecimento sobre o crescimento econômico dos países. De acordo com Bös e Von Weizsacker (1989) o envelhecimento da população está relacionado a um menor crescimento econômico e, com menores taxas de crescimento, torna-se mais difícil garantir postos de trabalho, que é uma das principais formas de financiar o sistema de seguridade social. O grande impasse é que os idosos exigem mais cuidados e, portanto, gastam mais, principalmente com a saúde e na maioria dos países a renda para financiar estas necessidades vem das aposentadorias, que são garantidas através das contribuições da população economicamente ativa (Bloom; Canning; Fink, 2010). Isto significa que é primordial manter um bom nível de postos de trabalho para que a fonte de financiamento da seguridade social não seja exaurida.

Para Nagarajan, Teixeira e Silva (2013) o envelhecimento populacional influencia o crescimento econômico mediante três fatores principais: o consumo e a poupança, as despesas públicas e o capital humano. No que tange os fatores consumo e poupança pessoas com mais de 60 anos, normalmente, tem diferentes necessidades e comportamentos dos indivíduos mais jovens, os idosos tendem a trabalhar menos, assim como poupar menos, o que implica que oferecem menos capital e menos trabalho para as economias (Bloom; Canning; Fink, 2010).

Com relação às despesas públicas, espera-se que haja um aumento do déficit orçamental, uma vez que uma população com mais idosos do que jovens denuncia um aumento das despesas públicas e um declínio das receitas fiscais em detrimento de um maior número de pensionistas e menor número de contribuintes (Nagarajan; Teixeira; Silva, 2013).

A associação destes fatores permite afirmar que o envelhecimento populacional tem causado mudanças drásticas no quadro político e econômico da sociedade (BÖS; VON WEIZSACKER, 1989). No entanto, uma das principais dificuldades ao se analisar o envelhecimento populacional é o fato de sua natureza não apresentar precedentes. Isto significa que não há como estabelecer orientações a partir de acontecimentos passados, o que dificulta saber quais serão os desdobramentos futuros da transição etária e qual o melhor modo de gerenciá-los (Bloom; Canning; Fink, 2010).

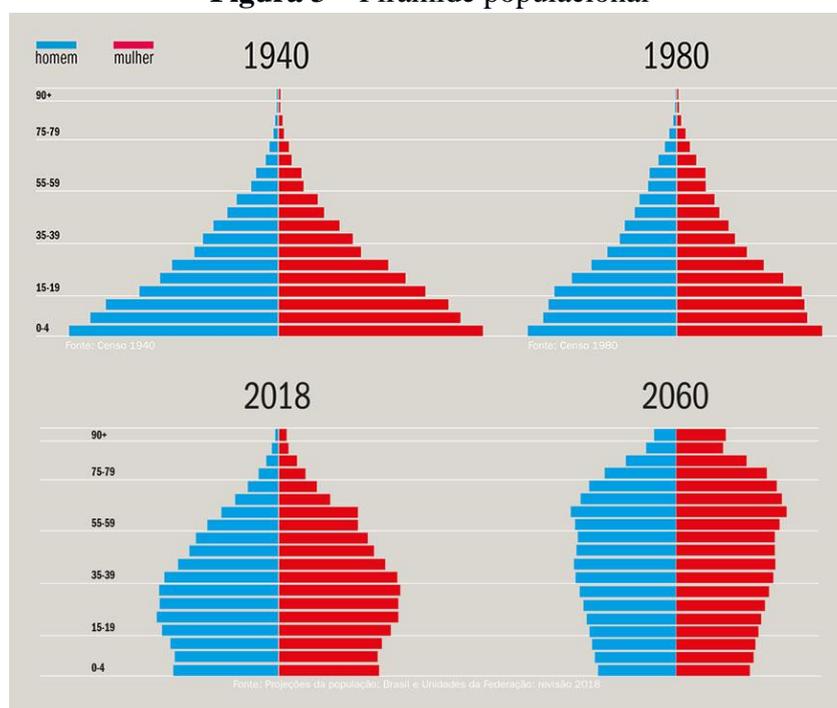
Com a relação ao processo de transição na estrutura etária do Brasil, Wong e Carvalho (2006) explicam que a efetivação da transição trará novas necessidades e pressões, por exemplo, os gastos com idosos poderão ser tão grandes que será necessário realocar recursos de outros programas para este segmento da população brasileira. Posto isto torna-se relevante tecer análises com relação ao financiamento dos gastos públicos, pois de acordo com Turra e Rios-Neto (2001) a origem dos recursos que os financiam vem da população economicamente ativa. O quadro de transição demográfica, verificado no Brasil provoca sérios efeitos no sistema de previdência social, uma vez que este comportamento demográfico tende a elevar a despesa previdenciária em função do aumento da população idosa e a concomitante redução nas taxas de crescimento da população economicamente ativa, que é a principal fonte de arrecadação da previdência social (SCHAWARZER, 2009).

O envelhecimento populacional é muito mais amplo do que uma modificação na estrutura etária do país, visto que altera a demanda das políticas públicas, afeta a distribuição de recursos na sociedade, além de outras mudanças na vida dos indivíduos, como alterações na estrutura das famílias (CAMARANO E KANSO, 2007). Projeções de Wong e Carvalho (2006) apontam que o Brasil no ano de 2050 se encontrará em uma difícil situação econômica, uma vez que precisará atender a uma sociedade com maior número de idosos do que a da Europa, por exemplo. Para os autores, um dos principais desafios trazidos pela transição etária é a necessidade de geração de recursos e de construção de infraestrutura que permitam um envelhecimento ativo, uma vez que isto significa uma vida saudável, participativa e com seguridade social.

A população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção da População, do IBGE, atualizada em 2018. Segundo essa pesquisa, em 2043, um

quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. Segundo a demógrafa do IBGE (2019), Izabel Marri, a partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional – quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparados aos grupos mais jovens da população. A relação entre a porcentagem de idosos e de jovens é chamada de “índice de envelhecimento”, que deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060. Esse processo pode ser observado graficamente pelas mudanças no formato da pirâmide etária ao longo dos anos, que segue a tendência mundial de estreitamento da base (menos crianças e jovens) e alargamento do corpo (adultos) e topo (idosos).

Figura 3 – Pirâmide populacional



Fonte: Retratos a revista do IBGE - Fev, 2019.

A pirâmide etária do Brasil hoje é uma pirâmide transitória, chamada de pirâmide adulta, pois a maior concentração da população está entre as faixas de 20 a 59 anos. O encurtamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional compõem um fenômeno que seguirá seu curso até que, por volta de 2050, o número de brasileiros com mais de 60 anos terá saltado dos atuais 24 milhões para 66 milhões.

Esse terremoto populacional tem força para abalar profundamente as estruturas do mercado de trabalho e dos sistemas de saúde, previdência e assistência social e, certamente, produzirá ondas de choque cultural e econômico entre as gerações.

1.4 Relações entre gênero, envelhecimento e violência

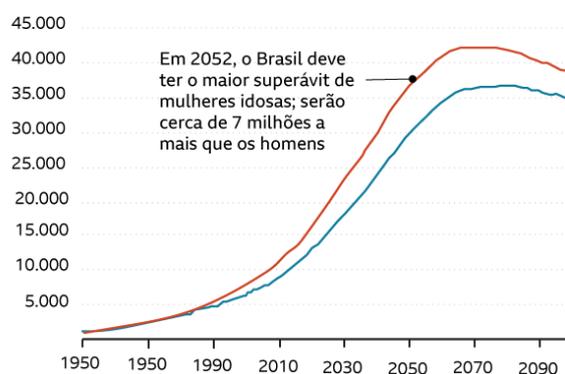
O envelhecimento da população é um fenômeno mundial em que o Brasil está inserido, resultante de vários fatores, dentre eles a queda das taxas de fecundidade e a redução da mortalidade nas pessoas idosas. Ao se observar esse processo de transição demográfica sob a ótica de gênero, constata-se o que a literatura denomina de feminização da velhice, ou seja, à medida que a população envelhece, mais feminina ela se torna (KÜCHEMANN, 2012). Esta condição também foi constatada por Nicodemo e Godoi (2010), que afirmam que as mulheres constituem a maioria entre os idosos em âmbito global.

No Brasil, seguindo a mesma tendência, o número de mulheres idosas vem crescendo ao longo dos anos devido às transformações das relações de gênero que vem ocorrendo em nosso país, resultante do declínio da taxa de natalidade, ocorrendo assim um aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e no nível educacional. Segundo dados recenseados do Brasil, o percentual de mulheres com mais de 60 anos passou de 2,2% em 1940 para 4,7% em 2000, chegando a 6% no ano de 2010.

Figura 4 –População de 60 anos ou mais no Brasil, por sexo, 1950-2100

População de 60 anos ou mais no Brasil, por sexo, 1950-2100

Dados observados até 2021 e cenário mais provável a partir de 2022



Fonte: World Population Prospects 2022, UN Population Division

BBC

Nesse conjunto de trabalhos, para além das questões relacionadas ao envelhecimento feminino, ressalta-se também a dupla vulnerabilidade das mulheres idosas.

Conforme Salgado (2002), as mulheres vivem uma média de sete anos a mais do que os homens, essa superioridade estatística feminina é resultado da maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens e, dentre os fatores que concorrem para esse fenômeno, especialistas destacam as mortes violentas (assassinatos e acidentes), cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos e o acompanhamento médico contínuo que as mulheres costumam fazer mais do que os homens desde a idade reprodutiva (Bandeira; Melo; Pinheiro, 2010).

Para Neri (2001), esse processo de feminização da velhice pode estar associada a um maior risco social e reconfigura as relações existentes, por ser a mulher idosa um importante elo para a rede de apoio familiar. Com efeito, Caldas (2009) ressalta que a mulher idosa está exposta à violação de direitos no contexto social e acredita ser este um dos motivos pelos quais as idosas têm maiores riscos de sofrerem violência nos seus variados tipos: física, psicológica, negligência, entre outros, além da violência estrutural.

A violência contra as mulheres, se refere a qualquer ato de violência que tenha por base o gênero, ou seja, no fato da vítima ser mulher e está estreitamente ligada ao poder que permeia as relações de gênero sob a égide do patriarcado (Nader, 2009). O gênero é aqui entendido, no sentido de Saffioti (2004), enquanto construção social do feminino e masculino, e, o patriarcado como o “regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens”. Conforme a autora, o gênero naturaliza certas atribuições sociais, baseando-se nas diferenças sexuais.

Para Saffioti (2004, p.85) o patriarcado institucionaliza e legitima a violência de gênero contra mulheres, e apesar de enfraquecido pelas lutas e conquistas feministas, o patriarcado continua a atravessar a família e a sociedade.

A contribuição de Motta (2005) se dá no sentido de ver/analisar a violência contra as mulheres idosas considerando a categoria gênero em conjunto com a de geração, entendendo as relações entre gerações também como relações de poder, assim como as de raça e de classe social. A geração, segundo essa autora, “representa a posição e atuação do indivíduo em seu grupo de idade e/ou de socialização no tempo”. Sendo que muitos conflitos de gerações são conflitos entre sistemas de aspirações constituídos em épocas diferentes. Tendo em vista a violência contra mulheres idosas como um fenômeno complexo, que envolve múltiplas motivações.

Entende-se a violência familiar contra a mulher idosa, especialmente a praticada pelos filhos(as) e netos(as), enquanto expressão das construções sociais acerca do gênero e da velhice e das relações entre as gerações.

As mulheres idosas são vítimas, em primeiro lugar, das desigualdades construídas e perpetradas pelo patriarcado, que tendem a colocar o homem numa posição de poder em relação à mulher. E é importante destacar uma relação de poder não só do cônjuge em relação à esposa ou do pai em relação às filhas, mas também do filho e neto em relação à mãe ou avó. Tendo em vista a manutenção dos papéis sociais de dominação-submissão, o patriarcado legitima a violência contra mulheres. Além disso, as mulheres idosas são vítimas das desigualdades geracionais, que produzem uma hierarquia semelhante a presente nas relações de gênero no que diz respeito à idade. Por fim, assiste-se à construção de uma imagem negativa da velhice, que a associa à improdutividade, decadência, dependência e fragilidade. Tal imagem potencializa a vulnerabilidade à violência experimentada pela mulher durante toda a sua vida.

A discussão de gênero está atrelada à construção social e à representatividade de mulheres num processo histórico, buscando autonomia e protagonismo. Assim, o envelhecimento da mulher continua sendo um fator de resistência, visto que vivemos em uma sociedade patriarcal, que faz diferenciações entre homens e mulheres.

Portanto, parte-se da perspectiva feminista de que a violência de gênero nas sociedades contemporâneas é motivada pela cultura patriarcal, que estabelece uma oposição entre natureza e cultura e uma visão dicotômica que define comportamentos, atribuindo à mulher papéis secundários e de menor valor.

Segundo Saffioti (2004), a violência de gênero consiste em um problema social cuja análise encontra-se nos seus estudos sobre gênero, raça/etnia, classes sociais e patriarcado. Para a autora, é sob a ordem patriarcal de gênero que devem ser feitas as análises sobre a violência contra as mulheres. O patriarcado pressupõe a subordinação das mulheres em todas as esferas, tanto da violência, divisão sexual do trabalho, espaços de poder e tantas outras esferas sociais em que as mulheres estão em desvantagem devido a um sistema que as coloca em condições de desigualdade. Evidentemente, essa relação de dominação não se esgota no sexo, mas requer conjuntamente consubstancialidade das relações raça e classe. Contudo, há que se enfatizar a idade, em meio a estes conceitos que se considera estruturantes, para compreender a totalidades das opressões.

No estudo “Violência Contra a Mulher Idosa”, Caldas (2009) apresentou dados estatísticos sobre a feminização da velhice, e, segundo a autora, em 2000, dos 14 milhões de idosos, 55% eram do sexo feminino. A pesquisa atribui esse crescimento do percentual feminino em relação ao masculino à redução da mortalidade das mulheres na composição por sexo. Com isso, o aumento da população idosa revela também uma maior proporção de

mulheres. “[...] mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui forte componente de gênero [...]” (Caldas *et al.*; 2009, p. 169).

Sobre a questão da violência contra a mulher, a autora destaca que a mulher é exposta à violação de direitos desde a mais tênue idade e contexto social e acredita ser este um dos motivos pelos quais as idosas têm maiores riscos de serem agredidas.

Outra explicação é a omissão por parte dos idosos de não revelarem as situações de violência a que são submetidos no cotidiano e, no caso das mulheres, devido à condição de subalternização em relação ao homem, estabelecendo papéis que foram naturalizados e aceitos como comuns nas sociedades contemporâneas.

A naturalização da violência contra mulher é exercida pelo homem historicamente, sendo socialmente legitimada, sobretudo na esfera privada, onde o “chefe da família” exerce seu poder sobre a mulher e filhos, há obediência e submissão da mulher, tudo é permitido e se justifica inclusive a violência (Arendt, 2007).

Deste modo, é mister o enfrentamento e a desconstrução de uma cultura de violência de gênero e da violência contra a mulher idosa para auxiliar na discussão acerca de abordagens do problema e contribuir para a transformação de novas conformações societárias.

Nesse sentido, reafirma-se que as mulheres idosas sofrem riscos elevados em virtude do processo de envelhecimento. Essa condição torna-as mais vulneráveis à incapacidade, advinda das condições físicas, sociais e afetivas, o que clama por políticas sociais efetivas e voltadas à garantia de renda mínima para a subsistência econômica das mulheres que vivem a velhice. É pertinente salientar que a dependência, seja ela qual for, torna as mulheres mais vulneráveis ao risco social (Almeida *et al.*, 2015).

Motta (2009), no artigo “Violência contra mulheres idosas: questão feminista ou de gênero?”, critica o feminismo, tão eloquente no tocante à denúncia da violência doméstica contra as mulheres jovens, mas que ignora as manifestações de violência quando a mulher atinge idade avançada, terminando por contribuir para a opressão e o desempoderamento das mulheres mais velhas. A autora prossegue afirmando que a violência contra mulheres idosas, apesar de guardar similaridades com a violência de gênero sofrida pela mulher em outras etapas da vida, apresenta contornos próprios, pois está intimamente ligada não só às relações e desigualdades de gênero, como também às relações e desigualdades entre as gerações.

1.5 Idadismo/Ageísmo /Etarismo

A idade é uma das primeiras características que observamos em outras pessoas. O idadismo surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas por atributos que causam danos, desvantagens ou injustiças e minam a solidariedade intergeracional. Essa prática prejudica a nossa saúde e o bem-estar e constitui um grande obstáculo à formulação de políticas e ações eficazes em envelhecimento saudável, como foi reconhecido pelos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Estratégia Global e no Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde e também na Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030).

A discriminação por idade, também chamada como ageísmo, ou idadismo, desde 1969, se refere à discriminação sofrida por uma pessoa devido à sua idade avançada. O termo foi batizado por Robert Neil Butler, médico, gerontologista e psiquiatra norte-americano. Seus estudos observam que o estereótipo desencadeia práticas discriminatórias e favorece o isolamento das pessoas idosas. Palavras que podem ser entendidas de maneira geral como ações diretas ou indiretas em que alguém é excluído, considerado diferente, restrito, ignorado ou tratado como se não existisse, devido à sua idade. “A discriminação aos velhos é o resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e de mercantilização das relações sociais. O exagerado enaltecimento do jovem, do novo e do descartável, além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida, são as inevitáveis consequências desses valores”, escreve o psicólogo José Carlos Ferrigno, já em 2002, no artigo “O estigma da velhice: uma Análise do Preconceito aos Velhos à Luz das Ideias de Erving Goffman”.

O etarismo, também conhecido como ageísmo ou idadismo, envolve estereótipos e uma visão preconceituosa em relação às pessoas. Ele se refere a discriminação e preconceito às pessoas com base em sua idade. O etarismo contribui para a segregação da população e está vinculado a padrões sociais estabelecidos na sociedade, como a valorização da produtividade e da juventude, bem como o acesso desigual às novas tecnologias. É uma forma de discriminação que se baseia na ideia de que a idade avançada é um fator negativo ou inferior, levando a estereótipos negativos, tratamento injusto e exclusão social.

O etarismo se manifesta de vários modos, e abrange níveis individuais e também estruturais. No âmbito individual, por meio de comentários depreciativos, ridicularização, marginalização ou desrespeito em relação às pessoas mais velhas. Essas situações podem ocorrer em contextos pessoais, sociais ou profissionais (Verifact, 2023).

Em níveis estruturais, o etarismo se reflete em políticas e normas que impedem o acesso a oportunidades e direitos às pessoas idosas. Dentre esses, citamos a falta de

acessibilidade em espaços públicos, a discriminação no mercado de trabalho, bem como a perpetuação de estereótipos negativos na esfera cultural.

É importante ressaltar que o etarismo é prejudicial não apenas para as pessoas idosas, mas para toda a sociedade, bem como limita o acesso a valiosas contribuições e experiências que as pessoas idosas podem oferecer em diversas áreas da vida.

Trata-se de um preconceito que afeta mais de 60% da população mundial e que está associado ao desrespeito, ao tratamento injusto, às suposições falsas sobre alguém, e ao sentimento de invisibilidade, afetando negativamente a confiança, a situação financeira, a saúde e a qualidade de vida de uma pessoa. Nos Estados Unidos, o termo é discutido desde a década de 60 e, na Europa, recentemente novas leis foram criadas contra a discriminação etária na esfera profissional.

Diante do processo de envelhecimento da população, Oliveira *et al.* (2018) afirmam que os idosos se tornam mais fragilizados e susceptíveis à violência enquanto necessitam de maiores cuidados físicos, ou apresentam dependência física/mental. Dessa forma, quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade e conseqüentemente maior índice de violência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1999, já chamava a atenção quando do Ano Internacional das Pessoas Idosas sobre o preconceito em relação à idade. Em 2016, apontou que esse preconceito com a pessoa idosa, ao nível mundial, era um dos maiores problemas em termos de discriminação. Estudos associam o ageísmo com uma maior presença de ansiedade e ideias suicidas, além de baixa autoestima e sensação de vazio existencial na população mais velha que é discriminada.

O neoliberalismo tirou de cena os mais velhos como narradores de saberes e em seus lugares colocou a tecnologia, campo de saber das gerações mais novas, além de responsabilizar o indivíduo por seu envelhecer, como uma empreitada de si. José María Manzano Callejo, em sua reportagem sobre o ageísmo na Espanha, corrobora a desvalorização da maturidade na sociedade ocidental por conta da tecnologia, a qual consiste em menor capacidade produtiva pelos mais velhos devido à maior dificuldade em aprender novas tecnologias, sendo necessária uma reciclagem mais cara para a empresa, mais salário em suplementos e outros conceitos, maior possibilidade de afastamento por doença, mais dificuldade nas relações de trabalho intergeracionais com os jovens da sua empresa e uma tendência maior a perder o tempo na espera da aposentadoria; tida como um tempo de decadência.

Esse fenômeno sociológico do preconceito de idade tem repercussões na psique da pessoa afetada, criando uma série de estereótipos negativos ligados à idade madura, como

identificar a idade cronológica com grande comprometimento cognitivo, inúmeras doenças físicas, maior comprometimento mental, etc. Estudo recente revela que pessoas maduras que sentiram o efeito da discriminação tinham duas vezes mais chances de sofrer de depressão do que aquelas que não tinham, uma porcentagem que aumenta dependendo da identidade sexual, dobrando no número de pessoas gays mais velhas que sofreram de preconceito de idade.

Segundo José María Manzano Callejo, na mesma reportagem, foram encontrados altos níveis de sofrimento psíquico, entendidos como um conjunto de variáveis: baixa autoestima, moderados níveis de ansiedade e sensação de vazio existencial nesta população madura com elevados níveis de discriminação etária.

Para Rodrigues (2006), cujo trabalho aponta para a sobrevivência de uma representação negativa da velhice na atualidade, associada à decadência, dependência, doença e morte, parte da explicação está no processo de globalização, marcado pela instantaneidade e descartabilidade, favorecendo o culto da juventude, da beleza, da virilidade e da força física, propagando até mesmo o surgimento de uma “ideologia da juventude”.

Por outro lado, a autora também assinala que tal imaginário social sobre o idoso foi construído com o respaldo das representações forjadas pelo grupo dos não idosos, que “se encarregou de criar e difundir uma autoimagem enaltecida paralelamente a uma imagem pejorativa e negativa, ou seja, a dos idosos”. O resultado dessa imagem que a sociedade constrói acerca do idoso é, segundo Rodrigues, primeiramente, a dificuldade de autoaceitação e mesmo a rejeição, por parte do próprio sujeito envelhecido, de seu envelhecimento. Essa representação da velhice também determina o tipo de relação que a sociedade e a família estabelece com seus idosos.

1.6 Implicações econômicas e sociais de um país com mais pessoas idosas

No Brasil, a distribuição populacional por idade e sexo segue a tendência de envelhecimento da estrutura etária. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade é acentuado o aumento na participação relativa, passando de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060. Esse grupo etário será maior que o grupo de crianças com até 14 anos após 2030 e, em 2055, a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade (IBGE, 2013).

Entre as principais consequências econômicas do envelhecimento populacional, têm-se as mudanças no mercado de trabalho (redução do crescimento ou até declínio da oferta

de trabalhadores e aumento da participação de idosos no mercado de trabalho), seu impacto no crescimento econômico, as alterações nos padrões de consumo (pessoas mais velhas tendem a gastar uma parte maior de suas rendas em moradia, saúde e energia) e no comportamento de poupança dos indivíduos (como as pessoas deixam de poupar ao se aposentar, as economias com alta participação da população idosa podem experimentar alteração na taxa de poupança) (WORLD ECONOMIC AND SOCIAL SURVEY, 2007).

Segundo Guimarães (2006), além de seu tamanho crescente, a população idosa possui outras características que levam a novas oportunidades de negócios ainda não supridas. Entre estas características é possível observar que a renda do idoso tem caráter mais permanente do que a de outros grupos etários, seja pela sua composição (na maior parte aposentadorias e pensões), seja pela poupança efetuada durante sua vida.

O elevado número de idosos chefes de família mostra que eles assumem, cada vez mais, o papel de colaborar com a renda familiar, de forma que as transferências entre gerações tornam-se bidirecionais. Isto porque diversos eventos, como as crises econômicas ocorridas recentemente, o desemprego (principalmente entre os jovens) e a instabilidade das uniões, têm tornado muitos filhos adultos dependentes de seus pais (GUIMARÃES, 2006).

A menor dependência dos idosos em relação às suas famílias pode ser explicada, também, pelo fato de que, no Brasil, assim como nos países desenvolvidos, as transferências públicas para o grupo etário idoso correspondem à maior parte das suas necessidades de consumo, enquanto o consumo dos grupos mais jovens fica a cargo, principalmente, das transferências privadas (transferências familiares), fato que surpreende em razão da estrutura ainda jovem da população (TURRA et al., 2011).

CAPÍTULO II – NEGLIGÊNCIA/ABANDONO CONTRA A PESSOA IDOSA

O aumento da expectativa de vida decorrente das transformações e avanço tecnológico e, conseqüentemente, da população idosa tem sido acompanhado por importantes demandas a serem estudadas, dentre elas, a violência contra a pessoa idosa, constituindo-se em um grande desafio para a saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento, demandando uma resposta abrangente das políticas públicas, devido às sequelas físicas e psicológicas que a violência desenvolve nessa população.

A negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em aportar-lhe os cuidados de que necessita, é uma das formas de violência mais presentes tanto em nível doméstico quanto institucional em nosso país. Dela advêm, frequentemente, lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa idosa e, em particular, para aquelas que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade (Minayo, 2003).

A negligência e o abandono são as formas mais comuns dentre as violências identificadas por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inclui omissões e privações de cuidados básicos para sua saúde e bem-estar físico. Entram ainda neste grupo a falta de proteção social e emocional, bem como negligências com higiene, vestuário, alimentação e administração correta de medicamentos.

2.1 Conceção de violência contra a pessoa idosa

Violência é um fenômeno universal, extremamente complexo, subjetivo, controverso, multifacetado e multidimensional, mas que traduz e representa relações sociais definidas pela opressão, intimidação, medo e terror, fazendo com que o outro aja conforme a vontade do agressor.

A violência acompanha o homem desde tempos imemoriais, mas, a cada tempo, ao longo da história, ela se manifesta de formas e em circunstâncias diferentes. Entretanto, apenas nos últimos anos que a temática se tem evidenciado em âmbito político e social, na maior parte dos países, em função da alta incidência, decorrente das mudanças do perfil epidemiológico (MINAYO, 2005; PORTAL SINAN, 2016).

Para Schraiber *et al.* (2009), a compreensão histórica da violência e o conhecimento sobre a magnitude social, número de casos e regularidades desta em uma população tem a finalidade de gerar políticas públicas mais efetivas.

Embora não seja um problema específico da área da saúde, a violência causa grande preocupação ao setor por produzir risco ao processo vital humano e ameaça à vida, alterando a saúde, produzindo doenças e até morte.

Portanto, considerada um fenômeno multicausal e polissêmico, ou seja, um problema complexo, que afeta gravemente a saúde das populações, reduzindo a qualidade de vida, causando mortes, lesões, traumas físicos e mentais, emocionais e espirituais, passando a exigir uma reestruturação de todos os setores envolvidos com a temática e em especial os serviços de saúde, na tentativa de melhor lidar com o problema (Minayo, 2005).

Diversos estudos sobre o envelhecimento, nacionais e estrangeiros, constataam o idoso como vulnerável à violência (Sanches *et al.*, 2008). Antes, os atos de violência eram tidos como problemas particulares de família, sendo, portanto, obscurecidos por contextos culturais. Não havia relevância em termos de saúde e de sociedade, não cabendo, por consequência, alguma intervenção do Estado (Florêncio *et al.*, 2007). Essa conotação mudou, tornando esse tipo de violência uma importante questão de saúde pública, bem como uma preocupação relacionada à violação dos direitos humanos (Minayo, 2005b).

A violência contra a pessoa idosa começou a manifestar-se por meio da comunidade científica a partir de 1975, na Grã-Bretanha, sob o título de Espancamentos de Avós. Foi a partir da 49ª Assembleia Mundial de Saúde (1996), que a questão ganhou visibilidade mundial como um importante problema de saúde pública, não só pelas sérias consequências individuais e familiares, mas também pelos prejuízos no desenvolvimento social e econômico dos países (Pasinato *et al.*, 2006).

Para Minayo e Souza (1998), é uma questão determinada pelas transformações das estruturas sociais, políticas e culturais de uma sociedade e precisa ser analisada a partir dessa lógica, buscando nesta mesma sociedade uma mudança de paradigma. Uma das causas estruturais da violência é a desigualdade social, em especial nas relações de poder e de produção, contribuindo com a violência física e moral e consolidando hábitos, costumes e tradição (SOUZA; MEIRA; MENEZES, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência contra a pessoa idosa como “ação única ou repetida, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento onde exista uma expectativa de confiança, que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”. Dados do relatório da OMS indicam que pelo menos 15,7% da população idosa está passando por algum tipo de violência. Isso significa que uma em cada seis pessoas com 60 anos ou mais sofre violência em todo o mundo.

No Brasil, o Estatuto do Idoso, promulgado pela lei no 10.741 de 2003, descreve a violência contra o idoso como “qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”. A violência pode ocorrer de várias formas, como física, psicológica ou emocional, financeira, além da negligência. As mulheres idosas são maioria entre as vítimas.

A violência contra a pessoa idosa manifesta-se de forma visíveis (mortes e lesões) e invisíveis, neste caso, sem deixar marcas no corpo, mas provocando sofrimento, desesperança, depressão e medo, e a natureza dessas violências pode-se manifestar de várias formas: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, abuso financeiro e econômico, negligência e autonegligência. A negligência é uma das formas de violência mais comum no Brasil e está geralmente associada a outros tipos de violência, como a física e psicológica.

Estas definições também são utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para fins de notificação no Brasil (BRASIL, 2016). Contudo, ainda são observados elevados índices de subnotificação, resultado da invisibilidade do problema, especialmente dos casos ocorridos em âmbito familiar, onde se apresentam os maiores conflitos intergeracionais (OLIVEIRA et al., 2013).

A violência não pode ser vista de forma parcial, unidimensional, mas deve ser levado em consideração suas diversas dimensões e entender que há uma interdependência entre os tipos e fatores associados. Nesse sentido, entende-se que a violência é um problema de saúde pública e, portanto, merece um tratamento especial, bem como a elaboração de mecanismos que permitam a prevenção e controle.

Por isso, entender como a violência vem sendo perpetrada no contexto da humanidade e como está intimamente relacionada com a saúde individual e coletiva das pessoas pode ajudar a desenvolver estratégias que visem o esclarecimento do fenômeno para a sociedade, assim como os tipos e natureza das agressões contra a pessoa idosa.

2.2 Tipologias de Violência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

a) Violência Autoprovocada/Auto Infligida: compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.

b) Violência Interpessoal - Violência doméstica/intrafamiliar: a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também, às relações em que se constrói e efetua. Este tipo de violência também inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados.

c) Violência Interpessoal - Violência extrafamiliar/comunitária: aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça.

Além dessas classificações, a violência pode ser definida considerando a qual grupo ou pessoa ela é direcionada: mulheres, crianças, idosos, indígenas, deficientes, população LGBT, etc.

A OMS estabelece também distinções sobre a natureza da violência, sendo elas: física, psicológica, sexual, financeira ou negligência e, pode ainda ser entendida como visível, quando causa mortes ou lesões físicas, ou invisível, por não provocar lesões aparentes.

Minayo (2003) aponta que a violência contra o idoso se manifesta sob três dimensões: violência estrutural, institucional e interpessoal. A estrutural ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões de pobreza, de miséria e de discriminação. A violência interpessoal se refere às formas de comunicação e de interação nas relações cotidianas. E a institucional se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência (BRASIL, 2007).

Os tipos de violência foram padronizadas nacional e internacionalmente. Utilizadas também no Brasil pelos autores Minayo (2003) e Faleiros (2007), foram oficializadas no documento denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (2001). Segundo diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), são passíveis de notificação de violência contra a pessoa idosa casos suspeitos ou confirmados de violência:

Física (sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, visando ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.

Psicológica: toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.

Tortura: ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental para obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa, provocar ação ou omissão de natureza criminosa, em razão de discriminação racial ou religiosa.

Sexual: qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso, ou não, de armas ou drogas, obriga outra pessoa - de qualquer sexo - a ter, presenciar, ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.

Tráfico de seres humanos: inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou a outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para remoção e comercialização de órgãos, com emprego ou não de força física.

Financeira (econômica): ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores de outrem.

Negligência (abandono): omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social de outrem.

Intervenção legal: ato violento praticado durante intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no uso da sua função.

A violência física é registrada com maior frequência para com os idosos. Utiliza-se também de agressões verbais ou gestuais, com atitudes de desprezo, objetivando amedrontar, humilhar e, restringir-lhes a liberdade, isolando-os do convívio social, explorando-os financeiramente, usufruindo dos bens materiais e recursos financeiros sem consentimento do idoso, abuso sexual (relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças) (Minayo, 2004).

Machado e Queiroz (2002) definem maus-tratos como atos ou omissões que produzem dano ou perigo para a saúde ou bem-estar do indivíduo, incluindo dano físico ou

mental, abuso sexual, negação de alimentos, de vestuário e de assistência médica. A negligência e omissão também são formas de violência e se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver (BRASIL, 2005).

Minayo (2004) retrata os maus tratos e a violência contra os idosos em vários aspectos: com o uso da força física, obrigando-os a fazerem o que não desejam, provocando desde ferimentos mais leves como: puxões de cabelo, beliscões, tapas ou causando lesões e traumas graves que levam à internação hospitalar, ocasionando à incapacidade ou morte.

Outro tipo de violência frequente contra as pessoas idosas são os abusos financeiros e econômicos. Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de São Paulo, comprova que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia, se referem a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com a sua manutenção (IBCCRIM, 2004).

Segundo a OMS, a maioria destas pessoas idosas são vítimas de abusos psicológicos, seguida por violência financeira, negligência, agressões físicas e/ou sexuais, que ocorrem principalmente no ambiente doméstico ou em instituições, sem que grandes partes dos governos tomem ações efetivas com relação a estes fatos. O Brasil, inserido em uma das regiões consideradas dentre as mais violentas do mundo - América Latina e Caribe - tem visto, com o passar dos anos, crescer o número de denúncias de abusos contra a pessoa idosa.

A violência é responsável pela baixa qualidade de vida, distúrbios emocionais, estresse psicológico, isolamento, lesões e traumas físicos, além de aumentar o risco para internações hospitalares ou em casas de repouso, podendo resultar em óbito.

De acordo com Minayo (2003), a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em aportar-lhe os cuidados de que necessita, é uma das formas de violência mais presentes, tanto domesticamente quanto institucionalmente, em nosso país. Dela advêm, frequentemente, lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa. A negligência e o abandono são as formas mais comuns dentre as violências identificadas por meio da Estratégia Saúde da Família em Aracaju/SE.

A violência contra idosos é um problema de importância crescente no País, mas de notificação compulsória recente. Desde 2003, o Estatuto do Idoso determina que os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra idosos sejam obrigatoriamente comunicados.

De acordo com o Estatuto do Idoso:

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – Autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso. (Brasil, 2003)

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas (VIVA), foi criado em 2006, a partir da Portaria MS/GM n. 1.356, visando analisar a tendência das violências e descrever o perfil das vítimas. Desde então, o Ministério da Saúde vem trabalhando para implementá-lo, de modo a garantir a visibilidade desses eventos violentos. A partir desse Sistema de Informações, é possível estabelecer indicadores, permitindo qualificar os dados e informações recebidas sobre cada caso, de modo a fortalecer a rede de proteção ao idoso. Assim, será possível pactuar com os Estados e municípios ações de enfrentamento a problemática

A notificação da violência nessa faixa etária é algo recente, inclusive no Brasil (Minayo, 2005), porém os maus-tratos ao idoso é um problema de base cultural que perpassa várias gerações, fazendo-se necessárias a ampliação das ações e informações sobre o assunto, priorizando as questões sociais e de saúde (Barcelos; Madureira, 2013).

No ano de 2011, outros dispositivos legais vieram contribuir para o incremento da notificação no Brasil: a inclusão da violência na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em todos os serviços de saúde do território nacional; a notificação compulsória para os serviços de saúde públicos e privados acerca da violência praticada contra idosos e a exigência da comunicação à vigilância epidemiológica.

Os registros das fichas de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências que alimentam o SINAN são feitos, principalmente, pelos serviços de saúde, instituições de longa permanência para idosos, centros de referências para vítimas de violências, centros de convivências.

Apesar disso, a violência contra a pessoa idosa tem sido pouco informada, permanecendo velada no contexto de segredo ou conluio familiar (Faleiros, 2009). A multiplicidade e a falta de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registro são alguns desafios a serem superados, visando à obtenção de estimativas da ocorrência que

auxiliem na vigilância e assistência para essa população.

É importante destacar que, em nosso país, o abandono ou a falta de assistência tem como causa primordial a pobreza e a miséria em que vive a família, sem condições de propiciar o apoio do qual os idosos necessitam (BRASIL, 2005; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007; MINAYO, 2003; QUEIROZ, 2009).

A violência familiar é considerada um problema nacional e internacional. São particularmente acentuados os abusos e negligências que se repetem por embate de gerações, por problemas de espaço físico, ou seja, várias gerações dividindo o mesmo espaço, por dificuldades financeiras que costumam se somar a um imaginário social que analisa a velhice como ‘decadência’, ‘dependência’ e os idosos como ‘passado’ e ‘descartável’.

Anualmente, a estimativa é de que um em cada seis idosos é vítima de violência. Na medida em que a prevalência global de violência contra idosos é de 15,7%, o crescimento da população idosa culminará num aumento expressivo de vítimas, com previsão de 330 milhões de vítimas em 2050. A prevalência da violência pode variar de 3,2 a 27,5%, entretanto, os números da violência continuam longe do real, pois em muitas situações o idoso é relutante ou incapaz de reportar o abuso.

O entendimento da violência familiar como um problema social é muito recente. Os primeiros estudos sobre violência doméstica contra idosos datam de meados da década de 1970, com a publicação do artigo “*Granny battered*” (spancamento de avós) em 1975 (Baker, 1975, Burston, 1977 *apud* Krug *et alii*, 2002).

Pesquisas acadêmicas sobre o assunto se difundiram principalmente a partir da década de 1980 (Barnett *et al.*, 1997). Outro momento importante para o estudo dos maus-tratos foi a criação de uma revista dedicada exclusivamente ao tema, em 1989 – *Journal of Elder Abuse & Neglect* (Barnett *et alii*, 1997). De acordo com Machado e Queiroz (2002), o interesse da área de saúde pela violência cresceu devido a dois fatores: a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos de cidadania e as mudanças no perfil de morbimortalidade.

Em 1996, a questão da violência foi reconhecida mundialmente como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo pela 49a. Assembleia Mundial de Saúde (resolução WHA 49.25). Ressaltaram-se suas importantes consequências para indivíduos, famílias, comunidades e países, tanto no curto como no longo prazo e seus prejuízos para o desenvolvimento social e econômico.

No que se refere especificamente aos idosos, convencionou-se identificar os maus-tratos cometidos tanto por ações quanto por omissões, quer intencionais ou não. Dessa forma, a definição mais utilizada para os maus-tratos cometidos contra idosos é a adotada pela Rede Internacional de Prevenção aos Maus-tratos de Idosos (International Network for Prevention ou Elderly Abuse – INPEA), qual seja:

“uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança” (INPEA, 1998; OMS, 2001 apud Machado e Queiroz, 2002 e Krug et alii, 2002).

É importante ressaltar, no entanto, que a violência doméstica e os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades. Em um passado, não tão distante, muitas sociedades tradicionais consideravam a harmonia familiar como um importante elemento das relações familiares. Esse papel da família era legitimado e reforçado tanto por tradições filosóficas quanto por políticas públicas, não se reconhecendo a existência de maus-tratos contra idosos e, muito menos, a sua denúncia (Krug *et al.*, 2002).

Uma série de pesquisas sobre a “a percepção sobre o que é maus-tratos na velhice” foi realizada na América Latina. Inicialmente, a aplicação dos questionários na Argentina incluía perguntas abertas e semi-abertas a serem respondidas por idosos saudáveis na comunidade. A pesquisa foi replicada em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná) em 1997 e no Chile em 2000. Os resultados para a Argentina e Chile indicaram uma prevalência de percepção de maus-tratos na esfera micro / intrafamiliar, como agressividade, desrespeito, negligência e abandono e apenas uma minoria identificou a violência contra os idosos com questões sociais e econômicas.

A negligência, na maioria dos estudos, é o tipo de violência que mais se destaca, junto com a psicológica. Entretanto, é muito comum que dois ou mais tipos de violência estejam associadas. Quando ocorrem abusos psicológicos, aumenta a possibilidade de as demais ocorrerem, pois colocam o idoso em situação de humilhação e medo, permitindo que o agressor mantenha ou cometa outros tipos de violência (Faustino, 2014; Laroque, 2014; Mallet, 2015; Rodrigues, 2015; Bolsoni, *et.al.*, 2016).

A violência doméstica ou intrafamiliar caracteriza-se por toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família (Morgado, 2005).

Os atos violentos praticados contra a população idosa, ocorrem de diversas formas e em diferentes situações, mediante ações ou omissões realizadas uma única vez (ou muitas vezes), ocasionando prejuízo a condição física, emocional e social desse indivíduo, tanto no ambiente intrafamiliar ou extrafamiliar (PEREIRA *et al.*, 2019).

O reconhecimento da violência depende da frequência com que ocorre, sua duração, gravidade ou as consequências e, acima de tudo, do contexto social, variando entre os diferentes grupos sociais de acordo com seus valores éticos e morais.

A violência que se desenvolve no espaço intrafamiliar é bastante complexa e delicada, sendo extremamente difícil ser percebida devido o silêncio das famílias dos idosos violentados. A insegurança, o medo de represálias oriundos do conflito da consanguinidade, da proximidade, do afeto, do amor, do instinto de proteção em defesa do agressor, são alguns exemplos de justificativas para a omissão dos idosos, quando violentados por seus familiares.

Minayo (2004) afirma que:

[...] estudos parciais feitos no país apontam que a maior das queixas dos velhos é contra filhos, netos ou cônjuges e outros 7% se referem a outros parentes. As denúncias enfatizam em primeiro lugar abusos econômicos (tentativas de apropriação dos bens do idoso ou a abandono material cometido contra ele), em segundo lugar, agressões físicas e em terceiro, recusa dos familiares em dar-lhes proteção.

A violência doméstica e os maus-tratos a idosos devem ser analisados dentro do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e comunidades estão inseridos, considerando as mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher, dita como “cuidadora” de seu lar.

Atualmente, o Brasil contabiliza 9,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos e deve alcançar a sexta colocação no mundo em número de idosos até 2025. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2025 haverá cerca de 1,2 bilhão de pessoas acima dos 60 anos e, em 2050, serão por volta de 2 bilhões de pessoas, sendo que 80% delas viverão em países em desenvolvimento, nos quais as medidas para manter as pessoas idosas saudáveis e ativas serão uma necessidade e não uma opção dos governos.

Tendo em vista que a Política Nacional do Idoso preconiza a promoção da saúde das pessoas idosas; a diminuição da incidência do declínio funcional através da prevenção de

doença, sequelas e complicações e, fundamentalmente, a manutenção da capacidade funcional do idoso para preservar a sua independência e autonomia, é também da competência dos profissionais da área da saúde a identificação da ocorrência de maus tratos e a elaboração de estratégias e intervenção adequadas para manter a pessoa idosa protegida, comunicando a ocorrência aos órgãos públicos. (BRASIL, 2007).

Para que as ações das equipes de saúde da família sejam adequadas às reais necessidades dos idosos, é preciso conhecê-los melhor, traçando o seu perfil e englobando aspectos biopsicossociais, visando tornar o modelo assistencial mais eficiente, humano e resolutivo.

2.3 Prevalência de maus-tratos e negligência contra idosos

No Brasil, os maus tratos e abusos contra os idosos são os mais variados. Os familiares são apontados como os principais agressores; estas situações são agravadas pelo desemprego, levando a família a se apoderar das aposentadorias, relegando o idoso numa vida de pobreza e miséria, de dependência ou de internamento e abandono em asilos sem condições de dar uma vida digna aos seus moradores (BRASIL, 2005, p.144). Eles então padecem de isolamento social, ausência de assistência médica e de enfermagem, agravando seus problemas de saúde e de desnutrição que muitas vezes ocasionam o aparecimento de doenças e consequentemente levam ao óbito.

Minayo (2004) citado por Born (2008, p.42) relata que, no ano de 2005, as estatísticas mostraram que cerca de 15.000 pessoas idosas morreram por essas causas ao ano. Isso significa que 41 pessoas desse grupo etário morreram por dia por violências e acidentes, sendo hoje a 6ª causa de morte da população acima de 60 anos.

A violência constitui-se uma das principais causas de adoecimento e morte (Apratto Jr., 2010), acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas entre outros, afetando a saúde do indivíduo de forma crônica (Garbin *et al.*, 2016). Além disso, a chance do idoso morrer nos primeiros três anos à agressão é três vezes maior comparado àquele que não vivenciou o problema.

Dentre os tipos de violência cometida contra a pessoa idosa, a doméstica é a mais prevalente. Geralmente está relacionada ao uso de álcool e drogas, relação de dependência financeira entre agressor e a vítima, história de violência familiar, sofrimento mental e psiquiátrico, entre outros (WANDERBROOKE; GARBIN *et al.*, 2016).

No sul do Brasil, a violência contra idosos foi mais prevalente no sexo feminino e, entre idosos solteiros ou divorciados (66%), bem como aqueles que moram com filhos ou netos, a chance duplicou (Bolsoni *et al.*, 2016). No Nordeste, os maus tratos ocorreram principalmente no ambiente doméstico, e entre aqueles que coabitavam com seis ou mais moradores (33,3%). As mulheres (23,9%), e idosos analfabetos (26,1%) foram os que mais sofreram violência, assim como os que não tinham companhia marital (solteiro/separado/viúvo) (21,7%) (DUQUE *et al.*, 2012). Outro estudo aponta uma prevalência de 21% de maus-tratos contra idosos, e 62,1% especificamente para a violência doméstica (MELO *et al.*, 2006).

Outros autores (AGUIAR *et al.*, 2015), apontam resultados semelhantes para a violência contra os idosos: no domicílio (96,4%), contra mulheres (65,2%), aposentada (73,2%), com ensino fundamental (66,1%) e os filhos como os principais agressores (54,4%), sendo a maioria do sexo masculino (74,1%) com mais de 40 anos de idade (50%), desempregados (61,6%), ensino fundamental (62,5%) e com suspeita de uso de álcool ou outras drogas (18,8%), indiciados na maioria dos casos (83,9%).

Em geral, o perfil da pessoa idosa em situação de violência são mulheres com mais de 75 anos que apresentam algum grau de dependência (física ou mental) e coabitam com familiares (Araujo *et al.*, 2009). Pesquisa realizada no interior de São Paulo (Pinto; Barham; Albuquerque, 2013), objetivando descrever o perfil dos idosos que sofreram violência doméstica, demonstraram idosos não escolarizados, cor de pele branca, viúvos e do sexo feminino, sendo os principais agressores os filhos (92,5%). Porém, os tipos de agressões e maus-tratos nesse grupo etário sofrem diferenciações de acordo com aspectos de localidade e culturais (Silva; Dias, 2016).

Diante da vulnerabilidade dessas pessoas, alguns fatores são considerados de risco, como a qualidade dos relacionamentos familiares no passado, situações de estresse do cuidador e psicopatologias nos agressores, deficiência mental ou física no idoso, dependência entre pessoa agredida e agressora, isolamento social do idoso e cuidador, assim como abuso de álcool e /outras drogas por ambas as partes e histórico de violência intergeracional (PINTO; BARHAM; ALBUQUERQUE, 2013, SILVA; DIAS, 2016).

Alguns sinais que podem sugerir maus tratos são: hematomas, lesões, escoriações, fraturas, luxações, cicatrizes, queimaduras, negligência com uso de óculos, próteses dentárias, bengalas, andador, higiene corporal descuidada, desnutrição, desidratação, entre outros. Mesmo assim ainda há dificuldades na identificação de idosos que sofrem violência (SES/RS, 2016). Na maioria dos casos, eles evitam relatar situações vivenciadas de maus tratos e violência porque, geralmente, os familiares são os principais agressores, dificultando ainda mais a

exposição da situação (Bolsoni *et al.*, 2016; Barcellos; Madureira, 2013). Para os autores (as), emerge a necessidade de famílias orientadas para cuidar de seus idosos com o intuito de modificar esse panorama.

2.4 Fatores de risco e de proteção na violência contra a pessoa idosa

A violência contra a pessoa idosa pode acontecer em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança, quando um ato ou omissão causa danos, ou aflição à pessoa idosa. Em geral, as agressões ao idoso partem de familiares, de pessoas próximas ou de cuidadores.

A literatura especializada resalta alguns aspectos tidos como fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade dos idosos à violência. São eles: o agressor viver na mesma casa que a vítima; relação de dependência financeira; ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e vínculos frouxos; isolamento social da família e da pessoa idosa; antecedentes de violência familiar; cuidador vítima de violência doméstica prévia; cuidador usuário de drogas; e presença de sofrimento mental ou psiquiátrico (Machado; Queiroz, 2006; Melo; Cunha; Falbo Neto, 2006; Souza, 2010).

De maneira geral, as várias formas de violência contra o idoso decorrem do conflito de interesses entre as gerações jovens e idosas. O idoso acaba sendo colocado à margem da sociedade por ser considerado improdutivo e obsoleto, além de dependente (Minayo, 2003).

Associado a isso, existem as morbidades que comumente acometem o idoso e sua consequente diminuição da capacidade funcional e cognitiva, antecedentes de relação de violência entre o idoso e o cuidador ou a família, moradia conjunta, conflitos familiares como falta de privacidade e aglomeração e o empobrecimento da população. Também a relação de dependência financeira do idoso para com o cuidador, ou o contrário, ou até mesmo a interdependência, além de histórico de abuso de álcool e drogas e distúrbio psicopatológico do cuidador. Tudo isso contribui para ocorrência da violência (MELO, CUNHA E FALBO, 2006; DUQUE *et al.*, 2012).

Outro fator que pode facilitar a ocorrência de maus-tratos ao idoso são os problemas de cunho familiar. Esses são decorrentes das mudanças observadas na conjuntura da família brasileira contemporânea, como menor número de filhos, inserção da mulher no mercado de trabalho, divórcios, menor poder aquisitivo, residências fisicamente menores, entre outros (Florêncio *et al.*, 2007).

De maneira mais detalhada, em relação à vítima, as principais situações de risco são: dependência que a torne impossibilitada de desenvolver suas atividades básicas de vida

diária (AVDs), alterações das funções cognitivas, dependência emocional relacionada a transtornos emocionais e isolamento social.

Dentre os fatores de risco associados ao agressor pode-se elencar o estresse e seu isolamento social, problemas econômicos e/ou dependência econômica do idoso, abuso do uso de álcool e/ou drogas, transtorno mental e também o papel de cuidador único (SÃO PAULO, 2007).

A presença de estresse entre os cuidadores também pode ser fator de risco para a ocorrência de episódios de violência contra a pessoa idosa. Se há apenas um cuidador disponível para esta atividade, a carga sobre ele pode ser muito intensa, favorecendo também seu próprio adoecimento (BRASIL, 2007; MICHELETTI et al., 2011).

O estresse do cuidador em virtude da sobrecarga de trabalho é tido como uma das principais causas da violência contra o idoso. O cuidador se sente sobrecarregado devido ao exercício de diversas tarefas durante um período prolongado de tempo, além do fato de ser, por vezes, o único a executar essas tarefas (Micheletti *et al.*, 2011).

Dificuldades relacionadas a questões estruturais, como pobreza absoluta, discriminação etária, estereótipos da velhice, relações intergeracionais desrespeitosas e descumprimento das leis que protegem os idosos também podem favorecer situação de violência.

Com relação à violência institucional, seus fatores de risco são trabalhadores sem formação profissional, baixa remuneração, sobrecarga de trabalho ou número insuficiente de profissionais, escassez de recursos materiais, normas de funcionamento inadequadas e falta de controle e fiscalização (SÃO PAULO, 2007).

Outro fator que pode ser facilitador para a ocorrência de maus-tratos ao idoso são as mudanças pelas quais a família brasileira vem passando ao longo do tempo nos seus valores e tradições (BRASIL, 2007). Observa-se menos filhos, o que significa menor quantidade de pessoas para serem cuidadores dos pais durante a idade tardia. Há também a ascensão da mulher no mercado de trabalho, divórcios, problemas financeiros e a migração dos jovens para outras regiões em busca de trabalho. (Florêncio *et al.*, 2007)

No que diz respeito às principais maneiras de prevenir atos de violência contra a pessoa idosa, sejam elas de qualquer natureza, destaca-se o acompanhamento constante da família, ou seja, um idoso abandonado ou incapaz de realizar o autocuidado tem chances aumentadas de ser vítima de algum tipo de violência.

A violência contra esse segmento populacional é recente no Brasil e no mundo e foi a última a ser contemplada nas agendas das políticas e da saúde. As estatísticas internacionais ressaltam a subestimação dos dados acerca desse fenômeno.

No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade na década de 1990 (Machado et al 1997; 2001; Machado, 2002; Souza et al, 1998; Menezes, 1999; Souza et al, 2002; Minayo & Souza, 2003; Faleiros, 2007) bem depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira (Veras, 1994). Isso se deve principalmente ao protagonismo dos movimentos realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas, como associações de aposentados, conselhos específicos e movimentos políticos, sociais e de direitos humanos.

As políticas públicas têm um papel primordial dentro dessa abordagem de maus tratos contra o idoso, com o diz, Malagutti (2000) atenta para o artigo 10, inciso IV, que esclarece o papel da Justiça no trato com o idoso: promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinar ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira a inserir o idoso nos pressupostos da proteção, da justiça social e dos direitos humanos. Apesar disso, uma política nacional para os idosos só viria a se concretizar com a Lei 8.842, de 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI, estabelecida em 1994, teve por objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e instituiu a obrigatoriedade da denúncia de “qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso” e instituiu o Conselho Nacional do Idoso.

Além de manter a concessão do Benefício de Prestação Continuada, a PNI representou alguns avanços na área da saúde, ao propor a readequação da rede para o atendimento integral do idoso, do turismo e lazer, ao instituir a redução dos preços dos ingressos aos eventos e bens culturais. Ademais, demonstrava uma preocupação com a representação social da velhice na sociedade ao sugerir a inserção de questões relativas ao processo de envelhecimento nos currículos, tendo como objetivo a eliminação do preconceito.

No ano de 1998, foi assinado o Pacto Comunitário contra a Violência Intrafamiliar e, no ano seguinte, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a função de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos e, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que apesar de não tratarem especificamente dos idosos, abrangiam também essa parcela da população.

Uma das maiores conquistas dos idosos no Brasil, foi a promulgação da Lei 10.741, em 1º de outubro de 2003, identificada como Estatuto do Idoso. Esse dispositivo trata dos principais direitos dos idosos, dos crimes contra a pessoa idosa, dos deveres da sociedade, da família e do Poder Público, acrescenta novos dispositivos e cria mecanismos para coibir a discriminação contra os sujeitos idosos, prevê penas para crimes de maus tratos de idosos, garante a concessão de vários benefícios e consolida os direitos.

O Estatuto do idoso reafirmou os princípios constitucionais e os da Política Nacional do Idoso com o propósito de assegurar os direitos consagrados pelas políticas públicas, reunindo muitas leis e políticas já aprovadas, proporcionando tratamento integral, com visão de longo prazo e estabelecendo medidas para proporcionar bem-estar dos idosos.

No que diz respeito ao quesito violência, traz como avanço a previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais. O Estatuto do Idoso alterou o termo “maus-tratos” por “violência”, mais abrangente, ampliando os tipos de situações a serem notificadas. E, estabeleceu que nenhum idoso deveria ser objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e de atentados aos seus direitos por ações ou omissões, elencando os tipos de crimes contra o idoso, e as respectivas penas.

Em 2005, foi criado o “Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa” com o intuito de fortalecer o cumprimento do Estatuto do Idoso para as diversas formas de violência. Este plano apresenta os principais tipos de violência que o idoso está submetido e estabelece estratégias de ação para superação destas a partir de quatro eixos:

- I) Espaço cultural coletivo, reforçando a importância de políticas voltadas para qualidade de vida, proteção e cuidado;
- II) Espaço público, promovendo ambientes como ruas e calçadas, além do transporte público e trânsito, adequados aos idosos;
- III) Espaço familiar, que deve ser um local de cuidado e proteção, mas ainda é onde acontece a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais; e
- IV) Espaço institucional, que deve se adequar tanto em relação ao espaço físico como no aspecto cultural para o atendimento prioritário, evitando situações de negligência da assistência.

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006, tem como finalidade recuperar, manter e

promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para o atendimento de suas diretrizes, que visam promover o envelhecimento ativo e saudável, uma das estratégias é a realização de ações integradas para o combate à violência doméstica e institucional.

Além da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006, que visa garantir uma atenção à saúde adequada e digna àqueles com 60 anos ou mais, existem diversos marcos legais que asseguram outros direitos sociais a esse grupo populacional.

É importante destacar que a violência contra a pessoa idosa permeia a vida de forma oculta e silenciosa e os profissionais de saúde podem quebrar este silêncio, de modo a auxiliar na minimização dos danos gerados em cada família e interromper a continuidade desse ciclo. Portanto, os serviços de saúde são uma das principais portas de reconhecimento das vítimas de violência intrafamiliar. (Lopes; Paixão, 2007).

A Atenção Primária funciona como porta de entrada do sistema de saúde, pois oferta serviços próximos à moradia do usuário, que podem facilitar, dessa forma, o acesso, o vínculo e a atenção continuada focalizada na pessoa e não na doença. Também é o espaço no qual cerca de 85% dos problemas de saúde podem ser solucionados, além de proporcionar a aproximação da equipe com as questões que envolvem a violência. No Brasil, a expansão da atenção primária vem ocorrendo, prioritariamente, com a implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que exercem ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. Tudo isso torna a atenção primária, nesta em especial a ESF, estratégica no enfrentamento da problemática dos abusos contra idosos (CAMPOS et al., 2014; SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011; BRASIL, 2008).

Dessa forma, esse modelo pode facilitar a identificação da violência contra os idosos e seu enfrentamento no lócus intrafamiliar, uma vez que este é considerado o local privilegiado para a sua expressão (SANTOS et al., 2007). Neste sentido, a incorporação do atendimento à família aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço domiciliar e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas (Silvestre; Costa, 2003).

Nesse contexto, os integrantes da ESF desempenham papel significativo no combate à violência intrafamiliar, que representa uma das causas de afastamento do idoso no processo produtivo das famílias e seu isolamento social por sua incapacidade física ou mental, e, conseqüentemente, a perda da sua autonomia e funcionalidade dentro do seu próprio lar. (GAIOLI, 2004).

A Unidade de Saúde da Família oportuniza à equipe uma maior aproximação às questões que envolvem a violência, pois respondem como porta de entrada do sistema, constituindo-se como referência para o primeiro contato do usuário, espaço no qual cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade podem ser solucionados. (BRASIL, 2004).

As equipes da ESF orientam a participação comunitária e o controle social para o alcance dos princípios do SUS, criam condições e estimulam a participação dos usuários nos processos educativos, assim como no planejamento e na avaliação da assistência ao idoso (OLIVEIRA; MARCON, 2007). Desta forma, as equipes possuem condição para identificação de possíveis vítimas de violência no âmbito familiar, em especial ao idoso, já que, podem ter acesso à estrutura, à dinâmica e à organização das famílias, assim como a identificação de riscos, intervenção preventiva e confirmação de um diagnóstico (LOPES; PAIXÃO, 2007).

Os integrantes da equipe da ESF têm a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de maus-tratos às autoridades competentes, permitindo, assim, a investigação e ação dos serviços de proteção ao idoso onde estiver inserido (Elsner, Pavão; Guedes, 2007; Saliba, 2007); têm a oportunidade da ação como a primeira forma de ajuda, de adentrar no domicílio, incluir-se no contexto, refletir, detectar os agredidos e agressores, sua origem, os agravos decorrentes e intervir nas famílias de riscos, por meio de atividades em grupo ou em visitas domiciliares (Lopes; Paixão, 2007).

No entanto, apesar da necessidade evidente de novos estudos que abordem a violência contra o idoso na perspectiva da atenção básica, alguns já demonstram sua importância frente a essa temática. Apratto Junior (2010), em seu estudo, por exemplo, destaca que a Estratégia Saúde da Família, deve ocupar lugar de destaque na detecção precoce e no manejo da violência.

Duque e colaboradores (2012) conseguiram identificar a prevalência de violência doméstica contra idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) de uma microrregião do município de Recife/PE. Os autores destacaram a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento das vítimas.

Em estudo semelhante, Melo e colaboradores (2006) descreveram a situação de maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe/PE por meio da investigação de violência com uma amostra representativa de idosos cadastrados em uma USF. Segundo os autores, é relevante a tentativa de descrever a situação de maus-tratos contra idosos a fim de possibilitar o oferecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas direcionadas a esse grupo de risco.

A partir de um diferente desenho metodológico, mas, ainda nessa perspectiva, Wanderbroocke e Moré (2013) descreveram a abordagem profissional da violência familiar contra idosos em uma unidade básica de saúde em uma capital da Região Sul do Brasil. As autoras pretendiam evidenciar as situações de violência familiar contra os idosos com o intuito de gerar bases para melhor qualificação dos profissionais na escuta dessa temática. Os achados deste estudo oportunizam a possibilidade de se pensar a abordagem da violência familiar contra o idoso no contexto da atenção básica, evidenciando, mais uma vez, a importância desse contexto no enfrentamento da violência contra o idoso.

Nesse cenário, observa-se que a Estratégia Saúde da Família representa uma importante aliada no manejo da violência doméstica contra o idoso, com um enorme potencial para efetivar ações de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência, tendo em vista que suas atividades possibilitam o estreitamento da relação entre o serviço de saúde e a comunidade (Moraes; Apratto Junior; Reichenheim, 2008).

Os resultados da PNS 2019 ratificam que a ESF é a modalidade predominante da APS no SUS, chegando a 62,6% dos brasileiros em 2019. Os percentuais de cobertura observados nas regiões Nordeste e Sul, são maiores, mantendo o padrão da PNS de 2013, porém a direcionalidade da política nacional recente vem promovendo expressiva ruptura em relação à prioridade do incentivo para a ESF.

Em Aracaju, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, essa cobertura da Estratégia Saúde da Família não acompanhou o crescimento populacional. O município que já foi referência entre as capitais com maior cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), superior a 90%, atualmente corresponde a 69% da população. Além do crescimento urbano, o financiamento insuficiente, a formação profissional em desarmonia com o modelo de atenção centrado na APS, a precarização do vínculo profissional, entre outros fatores, têm comprometido a atenção à saúde na capital.

No contexto da Vigilância à Saúde, a notificação compulsória da violência tem como princípio a utilização imediata da informação no local onde é gerada, além da alimentação dos bancos de dados nacionais. O objetivo é permitir análises mais gerais que orientem o planejamento e o estabelecimento de ações necessárias ao conjunto ou grupos específicos da população brasileira, em situações correntes ou emergenciais (Lima; Deslandes, 2011). Porém, quando essas análises evidenciam-se pouco ou mal conhecidas, podem contribuir para a invisibilidade do problema.

Portanto, o setor saúde tem papel fundamental na atenção à saúde dos idosos em situação de violência, e o profissional de saúde tem a obrigação legal de notificar os casos

suspeitos ou confirmados de qualquer tipo de violência contra o idoso, assim como a realização de encaminhamentos necessários (BRASIL, 2003).

Diante desta breve contextualização sobre a violência contra idosos, entende-se que políticas públicas que visem melhorias e acesso às necessidades básicas e fundamentais das pessoas idosas devam ser prioridades nas agendas governamentais, estimulando mudanças conceituais na sociedade em relação ao envelhecimento, contribuindo para a erradicação da violência contra a pessoa idosa e principalmente entre as mulheres, principais vítimas (SOUZA, 2010).

A melhor maneira de tornar uma sociedade consciente sobre o problema da violência contra a pessoa idosa é conhecendo as ocorrências dos casos e fatores associados ao fenômeno.

CAPITULO III – NEGLIGÊNCIA/ABANDONO À PESSOA IDOSA EM ARACAJU: ANALISANDO AS NOTIFICAÇÕES

Este capítulo pretende apresentar os resultados da pesquisa, que versou sobre a negligência/abandono à pessoa idosa em Aracaju, a partir do estudo dos aspectos do envelhecimento da população, de algumas características sociodemográficas da população idosa e das informações coletadas no Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN).

Com o propósito de investigar e compreender a negligência/abandono à pessoa idosa em Aracaju, inicialmente, fez-se necessário analisar as informações em relação às características sociodemográficas das pessoas idosas no Brasil e no referido município.

Os dados do Censo 2022 revelam que a população do Brasil é de 203.062.512, um aumento de 6,45% em relação ao Censo de 2010. Desse total, estima-se que 20 milhões (20.590.599) têm 60 anos ou mais, o que corresponde a 10,8% da população.

Consoante a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2018), entre 2012 e 2017 houve um crescimento de 18% da população idosa no Brasil (acréscimo de 4,8 milhões), sendo a maioria representada por mulheres. Essa tendência crescente tornará o Brasil, em 2025, o 6º país com o maior número absoluto de idosos no mundo, representando aproximadamente 32 milhões de pessoas (OMS, 2005).

Localizado na costa atlântica da região nordeste do Brasil, Sergipe é o menor estado da federação brasileira com uma área de 21.910 km² e uma população de 2.209.558 habitantes. Conforme o Censo Demográfico 2022, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sergipe apresentou a maior taxa de crescimento populacional (6,85%) entre os estados do Nordeste. No Estado, a população de pessoas com 60 anos ou mais corresponde a 11,33%, sendo 6,48% composto por mulheres e 4,88% composto por homens.

Aracaju é a cidade mais populosa de Sergipe, com 602.757 pessoas. A cidade apresentou um aumento de 5,53%, em relação ao ano de 2010, quando havia registrado 571.549 pessoas, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa apontou, ainda, que a cidade tem uma densidade demográfica de 3.308,89 habitantes por km² e uma média de 2,75 moradores por residência.

O município de Aracaju alcançou, em 2020, a população de 664.908 pessoas (IBGE, 2020), apresentou um crescimento populacional de pessoas maiores de 60 anos correspondente a 10,3% da população geral.

Dados do último censo demográfico apontaram um total de 51.887 pessoas idosas no município de Aracaju, aqui considerando a população com mais de 60 anos, destas 45% são

do sexo masculino e 55% do sexo feminino. Seguindo a transição demográfica que a sociedade sergipana vem passando nesses últimos anos, em termos de estrutura etária, também há um processo de envelhecimento, tendo em vista que em 2000 os idosos representavam cerca de 7% da população local.

O estudo analisou os dados de violência às pessoas idosas no município de Aracaju/SE, no período de 2018 a 2021. Nesse período, foram notificados 278 casos de violência interpessoal contra a pessoa idosa em Aracaju/SE. Quanto à caracterização dos casos de violência, os tipos mais predominantes no período estudado foram a negligência e abandono, seguida da violência física, psicológica ou moral e financeira, conforme tabela 1. Esses dados referem-se às notificações em Aracaju/SE, independentemente do município de residência do/a idoso/a que sofreu a violência.

A negligência individual, familiar, social ou institucional em relação às necessidades da pessoa idosa representa uma forma cruel de violência. Muitas vezes, estes tipos de violência são velados, mas estão presentes na família que abandona o seu idoso, nas instituições e serviços públicos por meio de inadequação de instalações, do isolamento das pessoas idosas em seus aposentos, da falta ou precariedade de assistência à sua saúde.

É importante ressaltar que o total de registros de violência segundo o tipo (306), apresentado na tabela 1, difere do total de casos notificados (278), pois em alguns casos foi identificada a associação de diferentes tipos de violência, por exemplo, violência sexual associada à física e à psicológica.

Tabela 1 – Violência interpessoal/autoprovocada em idosos, segundo o tipo de violência, Aracaju/SE, de 2018 a 2021.

NOTIFICADOS EM ARACAJU/SE						
TIPO DE VIOLÊNCIA	ANO DE NOTIFICAÇÃO				TOTAL	%
	2018	2019	2020	2021		
Negligência/Abandono	59	27	21	20	127	41,5
Física	31	25	28	24	108	35,2
Psicológica/Moral	14	08	06	02	30	9,8
Financeira/Econômica	07	06	02	06	21	6,8
Sexual	02	-	01	-	03	0,9
Outra	03	04	06	04	17	5,5
TOTAL	116	70	64	56	306	99,7

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN), 19/12/2022

Os resultados revelaram a notificação de 127 casos de negligência/abandono (41,5%) à pessoa idosa em Aracaju/SE, extraídas das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, registradas no Sistema de Informação de Agravos Notificados

(SINAN), no referido período. Das 127 vítimas, 125 residem na capital aracajuana e as demais são provenientes de outros municípios do estado. Do total de residentes no município de Aracaju, foram notificados 57 casos em 2018, 27 em 2019, 21 em 2020 e 20 em 2021.

Observa-se que as notificações dos anos de 2019 a 2021 apresentaram redução importante quando comparado ao ano de 2018. Esses dados contradizem vários estudos que mostram um aumento dos casos de violência contra o idoso no referido período devido à pandemia COVID-19.

Souza e colaboradores (2021) fizeram uma análise sobre as ocorrências de violências em todas as unidades federativas do Brasil e identificaram que ocorreu aumento da violência contra idosos em todas as regiões do país, sendo a região Nordeste com maior número de notícias relacionadas e o estado de Pernambuco com o maior percentual de aumento informado. Os principais tipos de violência relatados foram: negligência, violência psicológica e verbal.

Verificou-se ainda que existe grande possibilidade de subnotificação e que os números obtidos neste estudo podem não refletir inteiramente a realidade, mas destacam a importância do tema para a sociedade e a necessidade de pesquisas mais aprofundadas, bem como ações de prevenção e combate à violência mais constantes e efetivas. A população idosa sempre esteve em uma condição de vulnerabilidade em condições normais, entretanto, a pandemia aumentou o risco iminente.

Medidas de restrição social foram adotadas na maioria dos países visando controlar o avanço e a transmissão da infecção causada pela COVID-19, bem como evitar o colapso dos sistemas de saúde público e privado. Contudo, essa estratégia caracterizou-se como um fator de risco para a ocorrência da violência contra a pessoa idosa e da subnotificação dos casos aos órgãos competentes.

O isolamento social no combate a pandemia da COVID-19 aumentou de forma exponencial os casos de violência doméstica e, apesar de ser necessário para controle do contágio da doença, apresentou-se como principal fator de risco, que tornou complexas as medidas necessárias para prevenção, identificação e responsabilização da violência agravada diante da crise sanitária.

Dessa forma, Makaroun *et al.* (2020) destacaram em seus estudos que o isolamento social estabelecido pela pandemia do novo coronavírus aumentou os problemas pessoais, econômicas, sociais e sanitários, elevando o estresse dos cuidadores familiares perante a crise financeira e o desemprego ascendente, logo, a baixa frequência dos idosos nas unidades de

saúde e o distanciamento interpessoal dificultou a identificação das possíveis marcas de violência em curso fossem detectadas por outros.

Nota-se, assim, que a dificuldade de identificação dos casos de violência contra idosos exige mobilização sistêmica de diferentes setores da sociedade e parcerias institucionais que incentivem as denúncias. Ainda que mecanismos tecnológicos tenham sido desenvolvidos ou aprimorados na pandemia, tais como boletim de ocorrência *online*, acesso virtual a cultos e a representantes religiosos, permanece o desafio da limitação do acesso a esses instrumentos.

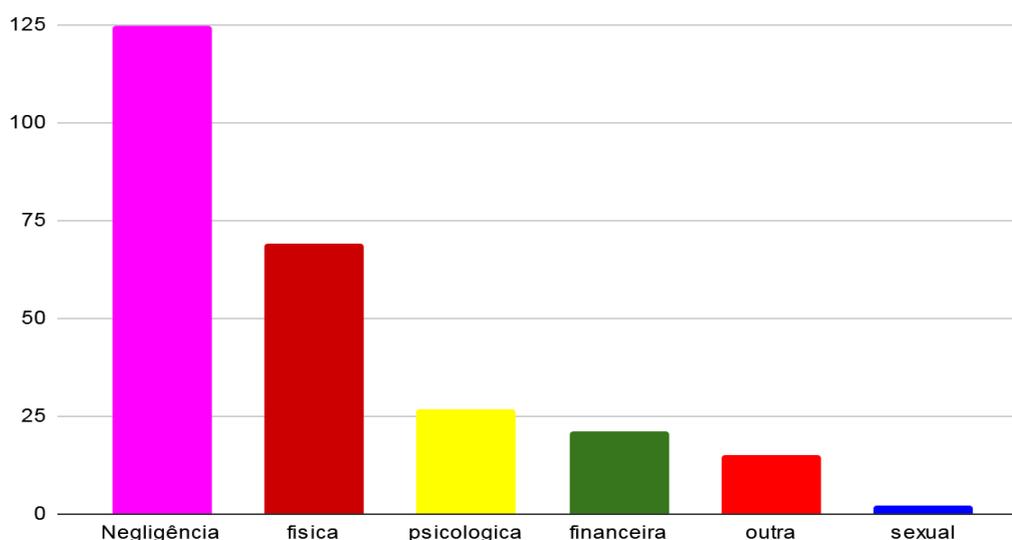
Para prevenção das violências deve-se considerar o envolvimento de políticas públicas de saúde, assistência social, comunidade, família, economia, segurança e da justiça em ações de proteção de direitos e notificação, além de cuidados aos idosos violentados. Entretanto, a escassez de políticas públicas e sociais, voltadas para ações de enfrentamento às vulnerabilidades desse público na pandemia, sustenta o cenário complexo frente a necessidade de prevenção, identificação e responsabilização da violência contra a pessoa idosa.

Tabela 2 – Violência interpessoal/autoprovoçada em idosos, segundo tipo de violência e local de residência, Aracaju/SE, de 2018 a 2021.

TIPO DE VIOLÊNCIA	NOTIFICADOS E RESIDENTES EM ARACAJU				TOTAL	%
	ANO DE NOTIFICAÇÃO					
	2018	2019	2020	2021		
Negligência/Abandono	57	27	21	20	125	48,2
Física	19	16	21	13	69	26,6
Psicológica/Moral	14	06	05	02	27	10,4
Financeira/Econômica	07	06	02	06	21	8,1
Sexual	01	-	01	-	02	0,7
Outra	03	04	05	03	15	5,7
TOTAL	101	59	55	44	259	99,7

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN), 19/12/2022

Gráfico 1 – Violência interpessoal/autoprovoçada em idosos, segundo tipo de violência e local de residência, Aracaju/SE, de 2018 a 2021.



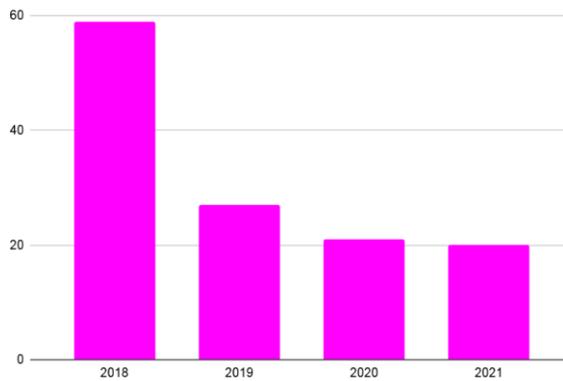
Fonte: Elaborado pela autora.

Importante observar que, como posto pela literatura, tanto a violência psicológica quanto a negligência são agravos difíceis de detectar, e conseqüentemente de notificar, principalmente por acontecerem muito intrinsecamente ao convívio familiar, necessitando de um olhar muito atento dos serviços para poderem ser identificadas e notificadas.

Paraíba e Silva (2015) em um estudo que traçou o perfil da violência contra o idoso na cidade de Recife, demonstraram que a negligência foi o segundo tipo mais prevalente (29,64%), atrás apenas do tipo de violência física.

No que se refere ao ano de notificação, pode-se observar que, no período analisado, o ano de 2018 foi o que notificou mais casos de negligência contra a pessoa idosa no município, indicando um aumento importante nas ocorrências sistematizadas, quando comparados aos demais anos. As imposições sanitárias de isolamento social com a decretação de restrições de circulação, funcionamento de comércio e serviços, decorrentes do avanço da pandemia de Covid-19 trouxeram impacto no quantitativo de notificações nos anos de 2020 e 2021.

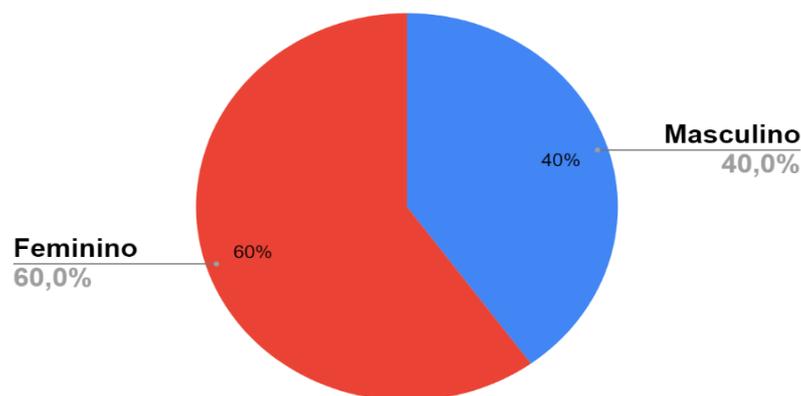
Gráfico 2 – Número de casos notificados de negligência/abandono em Aracaju/SE, por ano, de 2018 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

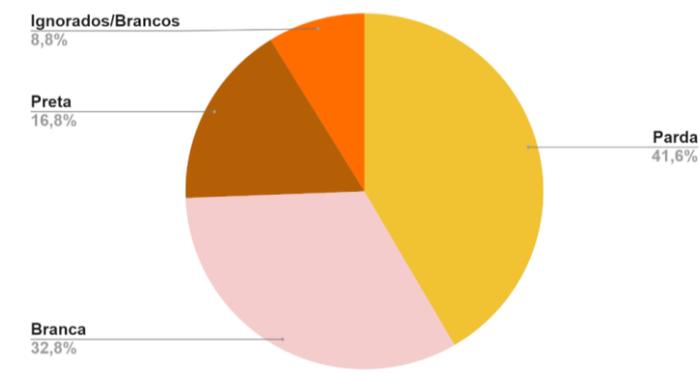
Em relação a ocorrência de negligência segundo às características sociodemográficas, observou-se que a análise do perfil sociodemográfico da população é semelhante em vários aspectos à de outros estudos realizados com idosos, com predominância do sexo feminino (60%), cor parda (41,6%), com baixa escolaridade (14,4%, com ensino fundamental incompleto), proporção essa que se mostrou semelhante no período analisado (Gráficos 3, 4 e 5).

Gráfico 3 – Negligência/Abandono à pessoa idosa em Aracaju/SE, por gênero, de 2018 a 2021.



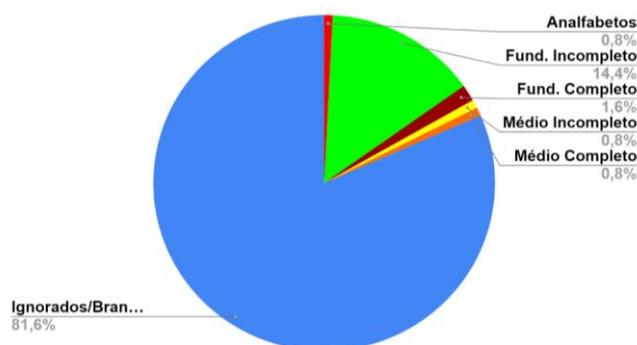
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 4 – Negligência/Abandono à pessoa idosa em Aracaju/SE, por raça/cor, de 2018 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora. (18/08/2023)

Gráfico 5 – Negligência/Abandono à pessoa idosa em Aracaju/SE, por escolaridade, de 2018 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora. (18/08/2023)

Os achados do estudo relativos ao sexo da vítima de negligência/abandono são semelhantes aos obtidos na maioria das pesquisas sobre o tema. A literatura aponta a existência de uma relação de gênero com a violência, na qual a mulher é a principal vítima (PAIVA, & TAVARES, 2015). Tal fato é consequência de uma sociedade machista e violenta onde, historicamente, a mulher apresentava dependência ao homem.

Outros autores (Santana, Vasconcelos, & Coutinho, 2016) relatam que, ainda hoje, vive-se o pensamento hierárquico entre homens e mulheres, em que as mulheres são discriminadas e inferiorizadas, o que justificaria a alta prevalência de violência contra o sexo feminino.

O predomínio de pessoas idosas do sexo feminino, observado na grande maioria dos estudos acerca da violência, tem sido descrito na literatura científica como feminização da velhice, sendo caracterizado pelo aumento do número de mulheres em relação ao quantitativo de homens nesse grupo etário.

Com relação aos aspectos relativos ao gênero no envelhecimento, Camarano (2002) e Faleiros (2014) afirmam que ela se baseia nas mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos ligados ao ciclo de vida. A maior longevidade feminina implica transformações nas várias esferas da vida social, uma vez que o significado social da idade está profundamente vinculado ao gênero.

Nesse sentido, as implicações da feminização da velhice em termos sociais são notórias, dado que grande parte das mulheres é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal e são menos educadas e mais pauperizadas.

Alguns fatores que contribuem para essa discrepância podem ser relacionados à desigualdade de gênero em relação à expectativa de vida, apesar da maior longevidade, as mulheres apresentam mais limitações funcionais, aspectos biológicos, diferença de exposição a condições de risco de mortalidade e ocupacionais e ao uso de drogas lícitas. Além disso, as mulheres costumam cuidar mais de sua saúde, dedicando mais tempo e atenção ao autocuidado e procurando com maior frequência os serviços especializados. A tendência mundial de feminização da velhice foi constatada no último censo demográfico, realizado pelo IBGE em 2010, ao demonstrar que o sexo feminino representava (55,5%) da população idosa do Brasil.

Em Sergipe, 55,96% dos idosos ou 104.063 são mulheres, contra 44,03% de idosos homens 81.894, o que podemos chamar de feminização da velhice, isso se deve a menor mortalidade feminina, ocasionando uma maior esperança de vida para as mulheres. A expectativa de vida média do sergipano é de 71,6 anos (2009), porém para os homens é de 68,3 anos, já para as mulheres é 75,1 anos. Assim, enquanto apenas 39% das mulheres passam pela velhice casadas, 60,8% dos homens passam a velhice nesse estado conjugal. Isto revela a importância do viés de gênero na adoção de políticas públicas para idosos. Outro dado que chama atenção é que 27,1% dos idosos sergipanos têm mais de 75 anos, são idosos que apresentam maior fragilidade e invisibilidade na comunidade, necessitando assim de maior atenção social e de saúde. Obviamente o crescimento dessa parcela de idosos deve aumentar a pressão nos gastos com saúde, previdência e assistência social, por outro lado, é interessante pensar em assegurar condições adequadas para fortalecer autonomia desses idosos. (Menezes, 2013)

Sobre a raça/cor da vítima, esse agravo foi mais prevalente em pessoas idosas de cor parda (41,6%), dados semelhantes são descritos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), onde a maioria das pessoas com 60 anos ou mais se autodeclararam pardos (66,89%), seguido de brancos (29,44%) e negros (9,53%) (IBGE, 2010). É possível encontrar resultado similar em outras partes do País, como na região Centro-Oeste (Soares & Barbosa, 2020) e no estado da Paraíba (Souza, 2017).

Os idosos negros representam apenas 7,9% das pessoas com mais de 60 anos do País – pardos representam 35,3% e brancos 55,1%, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Eles vivem menos: segundo o mesmo IBGE, a expectativa

de vida da população negra é de 67,5 anos, enquanto da branca é de 73. A maioria dos óbitos neonatais, no Brasil, é de crianças negras (pretas e pardas) e essa população também sofre mais com a violência durante a juventude, somando 70% das vítimas de homicídio. Ou seja, conseguir envelhecer nesse cenário é uma vitória.

Por outro lado, se considerarmos os grupos pardos e pretos, teremos 58,4% desses idosos vítimas de negligência/abandono. Para Berquó (1999) e Silva (2012), o fato de a grande maioria da população negra no país pertencer aos estratos mais pobres da população e apresentarem uma sobre-mortalidade maior em relação à população branca, explica a sua menor participação dentre os idosos na população total. Apenas 5,1% da população negra chegou a atingir 65 anos e mais, na última década, em comparação com os 6% correspondentes aos idosos brancos. A falta de informações oficiais atualizadas e com recorte de raça dificulta o cálculo exato de expectativa de vida com diferenciação por cor da pele.

A pesquisa “Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)” desenvolvida por Silva *et al.* (2018) teve como objetivo comparar o envelhecimento de idosos em uma perspectiva racial. Ao considerar indicadores sociodemográficos, de condições de saúde e de uso e acesso a serviços de saúde, os resultados indicaram um cenário mais favorável para o envelhecimento de idosos de cor branca, quando comparado a idosos de cor parda ou preta. Desse modo, o acúmulo de desigualdades e condições de iniquidade racial distanciam o idoso negro de vivenciar um envelhecimento ativo.

No tocante à escolaridade, houve predomínio de baixo nível de instrução, corroborando com achados de outros estudos (Rodrigues et al., 2017) em que os sujeitos com mais anos de educação são menos propensos a sofrerem agressões quando comparados aos que tem menor grau de instrução (Maia et al., 2019). Do total de casos desse estudo, 14,4% foram registrados como Ensino fundamental incompleto e não foi registrado nenhum caso com o nível superior completo. O número elevado no item ignorado/em branco (81,6%) pode estar relacionado a não obrigatoriedade desse dado no preenchimento da ficha de notificação.

Segundo Baptista (2007), a falta de escolaridade considerada isoladamente não se constitui um fator de risco, mas sim as consequências que a sua ausência ocasiona, a exemplo da dificuldade de ler para ter acesso às informações acerca de formas de prevenção ou resolução de problemas.

Dessa forma, o grau de escolaridade do indivíduo, como outro aspecto abordado no estudo, pode influenciar na ocorrência da violência, uma vez que, quanto menor o grau de escolaridade, menor tende a ser o acesso a informações, que podem resultar em respostas

adequadas perante as dificuldades e limitações do processo de envelhecimento. Além disso, essa população costuma conhecer menos os serviços sociais, o que pode levar a uma taxa menor de denúncias (Pinto; Barham; Albuquerque, 2013).

Segundo os dados do IBGE (2010), a média nacional de anos de estudo era de 3,4 anos (a média da população adulta é de 5,7 anos), um índice muito baixo e que se diferencia nas diversas regiões do Brasil. Por exemplo, no Distrito Federal, a média é de 6 anos de estudo e, no Maranhão, apenas 1,5 anos. Esta diferença se manifesta também nas capitais onde o índice é superior ao do país. Em Florianópolis, a média chega 7,2 anos e, no Rio Branco, a 2,7 anos. Apenas 10,5% dos idosos responsáveis pelo domicílio têm, pelo menos, o ensino médio e um índice menor, 4%, têm curso superior.

Acrescente-se que o achado de maior frequência de violência contra o idoso com menos anos de estudo justifica-se pelo fato de a baixa escolaridade estar ligada as condições sociais precárias e de pobreza. Uma pessoa idosa que vive num contexto de pobreza pessoal e familiar tem muito menos possibilidade de escapar dessa situação do que idosos, com melhores condições financeiras. Estes dados também revelam importantes desigualdades sociais na ocorrência da violência contra os idosos.

Outro ponto importante é que devido à baixa escolaridade da vítima, frequentemente cria-se a necessidade da administração financeira dos seus bens por outrem, tornando-o mais dependente do familiar ou cuidador (Maia; Ferreira, 2016).

Pesquisa realizada em Teresina/PI evidenciou que 30,7% dos idosos violentados eram analfabetos e 15,6% possuíam apenas o ensino fundamental, o que mostra a baixa escolaridade como um fator importante na caracterização dos casos de violência contra a pessoa idosa (Guimarães *et al.*, 2016).

A relação da baixa escolaridade e o risco aumentado de violência na saúde da pessoa idosa é justificada pela maior necessidade, por parte do idoso, de assistência financeira, dependência da família para ajudar nas atividades de vida diária, além da dificuldade de acesso às redes de cuidado disponíveis (Irigaray, Esteves, Pacheco, Grassi-Oliveira & Argimon, 2016). Estudos realizados em Florianópolis por Bolsoni *et al.*, (2016) e no Rio Grande do Sul por Hohendorff *et al.* (2018) tiveram resultado similar.

Quanto às características da violência, identificamos que 94,4% foram interpessoais (118) corroborando com estudos realizados em outras localidades do país, como em Recife (Paraíba & Silva, 2015), Paraíba (Souza, 2017) e Caruaru-PE (Lopes *et al.*, 2018). Podemos inferir a importância de uma eficiente rede de apoio, com enfoque interdisciplinar e

multidisciplinar, agregando profissionais qualificados para reconhecer e conduzir esses casos de violência da melhor forma. (tabela 3)

As notificações de violência do Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN) apontam a residência da vítima como o local mais prevalente, em todos os anos analisados no estudo, com um total de 95,2% das ocorrências se assemelhando com resultados encontrados na literatura. Os trabalhos de Paraíba & Silva, 2015 e Irigaray *et al.*, 2016 também apontaram a residência da vítima como principal local de escolha para a prática da violência. A análise dos dados demonstra que a recorrência de situações de violência é frequente no ciclo de vida das pessoas idosas.

Conforme os dados coletados pelo estudo das vítimas notificadas, 61,6% referiram já terem sido violentadas anteriormente. Segundo a literatura, quando a denúncia da violência doméstica é feita, já ocorreram diversos episódios anteriores e tendem a ser repetitivos até que haja mudança no ambiente doméstico.

Observa-se que os principais autores da negligência/abandono contra a pessoa idosa são adultos (13,6%) e pessoas próximas às vítimas, responsáveis por 90% da violência notificada. Segundo Minayo (2003), dentre os estudos internacionais, a maioria demonstra que nesses países 90% dos casos de vitimização em pessoas com 60 anos ou mais de idade acontecem nos lares. A literatura nacional aponta a prevalência da violência contra idosos na esfera doméstica como maior quando comparada com outros contextos (SANCHES *et al.*, 2008). Faleiros (2007), em ampla pesquisa nas 27 capitais brasileiras, constatou que a violência tem uma incidência diferenciada, atingindo mais as mulheres (60% das vítimas) tendo como agressores filhos e filhas (54%). Nessa tendência, Paraíba e Silva (2015), em seu estudo realizado em Recife, relataram que 47,52% dos casos de violência contra idosos ocorreram na própria residência da vítima. Em um levantamento feito por Micheletti *et al.*, 2011, é no espaço doméstico que ocorre a grande maioria de casos de violência contra os idosos, perpetrada pelos próprios familiares e cuidadores, sendo altos os índices de maus-tratos praticados por parentes.

Acerca das características do agressor, observa-se que a negligência foi cometida principalmente pelos filhos da vítima, corroborando estudos encontrados na literatura internacional e nacional. Dentre os motivos apontados para essa relação está o contexto familiar, apontado muitas vezes pela literatura como um ambiente estressante, com os filhos exercendo o papel de cuidadores, mas sem o devido preparo para tal, culminando em sobrecarga e conseqüente negligência do idoso.

O sujeito da agressão é, na realidade, bem diversificado. Raramente é o companheiro, que em boa parte – pela morte ou pela separação – já não está presente.

Demonstram as pesquisas (Faleiros, 2009; Britto da Motta, 2009): os agressores são, em maioria, os filhos, também as filhas, netos e outras pessoas mais jovens da família. Mais raramente, cuidadoras; também vizinhos. Trata-se, portanto, não tanto de efeitos das relações de gênero, mas sobretudo de resultados das relações entre as gerações. Nas quais os mais velhos têm o maior prejuízo. Poderia concluir discutindo como a própria posição marginal do idoso no fluxo das relações sociais definidas como importantes torna-se uma condição de perene submissão à violência. Também que essas discussões teóricas ainda são inconclusivas, apesar da transformação da velhice em questão social e não apenas em problema. A violência contra o segmento social idoso é expressão direta das relações de poder entre as gerações, imersas em um contexto forte de relações de gênero.

Os conceitos de violência intrafamiliar e violência doméstica são próximos. A violência intrafamiliar implica a existência de parentesco entre a vítima e o agressor, dentro ou fora do domicílio da vítima. Por outro lado, a violência doméstica implica em proximidade do agressor para com a vítima, podendo ou não ter parentesco, sendo exercida por pessoas que compartilhem o espaço doméstico do idoso, como empregados, agregados, visitantes (SANTOS et al., 2007). Essas definições servem para destacar que o agressor do idoso é, quase sempre, alguém próximo do mesmo, sendo a violência praticada por um inimigo íntimo, conhecedor de minúcias em relação à vida e as fraquezas do idoso (FLORÊNCIO et al., 2007).

A violência intrafamiliar figura como a maioria dos dados encontrados e revela outro aspecto amedrontador sobre a violência contra idosos. Muitas vezes a situação de violência está arraigada a sentimentos de dependência para com o agressor, propiciando um ciclo vicioso de agressões em que o idoso devido suas fragilidades, intrínsecas a sua condição, não é capaz de reagir ou mesmo fugir de tais atos, perpetuando uma situação de violência deletéria que pode acarretar danos psicológicos e relacionais a esse sujeito idoso (GUIMARÃES et al, 2018).

Todavia, segundo Pasinato et al. (2006) esse fato é resultante da ausência ou ineficiência de políticas públicas que possibilitem suporte às famílias no cuidado ao idoso, com o intuito de minimizar danos causados por conflitos e despreparo e interromper o ciclo da violência.

Importante ressaltar que, como posto pela literatura, tanto a violência psicológica quanto a negligência são agravos difíceis de detectar e, conseqüentemente, de notificar, principalmente por acontecerem muito intrinsecamente ao convívio familiar, necessitando de um olhar muito atento dos serviços para poderem ser identificadas e notificadas.

Geralmente, a violência contra a pessoa idosa é silenciosa e se encontra escondida dos holofotes na sociedade, ocorrendo de maneira contínua e recorrente no interior das casas das próprias vítimas. Tais dados são preocupantes quando analisados frente a outras estatísticas e revelam a dificuldade em agir preventivamente em situações de violência contra a pessoa idosa, sendo fundamental o papel dos profissionais em reconhecer, notificar e intervir nestas situações (Lima *et al.*, 2018).

Quanto ao meio de agressão, força corporal/espancamento e ameaça foram os mais frequentes. Vale destacar que, durante o registro de violência, a agressão pode ocorrer por mais de uma forma, justificando a desproporção nesses dados em relação ao número total de notificações. Resultados semelhantes foram encontrados por outro estudo (Sampaio, Ferreira, Sampaio, Souza, Prado, & Reis, 2017).

O aumento do número de notificações dessas formas de agressão em idosos pode estar relacionada à violência física e psicológica ocorridas, pois o indivíduo sofre ameaças antes de ser agredido fisicamente (Paiva, & Tavares, 2015).

Além disso, idosos mais frágeis, que possuem déficits cognitivos, incontinência urinária e dependência para locomoção também são mais propensos a agressões devido à sobrecarga física e psicológica imposta ao cuidador ou familiar (Grilo, & Lombardi Júnior, 2015).

Tabela 3 – Notificações de violência contra idosos, segundo classificação da violência, ciclo de vida do autor, autor, local de ocorrência e forma de agressão, Aracaju/SE, 2018 a 2021.

VARIÁVEIS		Nº DE NOTIFICAÇÕES	PORCENTAGEM (%)	TOTAL NOTIFICAÇÕES
Classificação da violência	Interpessoal	118	94,4	125
	Autoprovocada	02	1,6	
	Ignorados/Branco	05	4,0	
Autor	Filhos	85	68,0	125
	Irmãos	18	14,4	
	Cônjuge	10	8,0	
	Outros vínculos	19	15,2	
	Desconhecidos	02	1,6	
	Cuidador/a	03	2,4	
	Ignorados/Branco	14	11,2	
Ciclo de vida do autor	Suposto uso de álcool	10	8,0	125
	Pessoa adulta	17	13,6	125
	Pessoa idosa	10	8,0	
	Jovem	0	-	
Ignorados/Branco	98	78,4		
Local onde ocorreu	Residência	119	95,2	125
	Comércio/serviços	3	2,4	
	Via pública	0	-	
	Outros	0	-	
	Ignorados/Branco	3	2,4	
Meio de agressão	Força corporal/ espancamento	02	1,6	125
	Ameaça	04	3,2	
	Outra	0	-	
	Ignorados/Branco	119	95,2	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN), 19/12/2022

A violência contra a pessoa idosa é uma ocorrência de baixa notificação no Brasil, com isso, são necessários mais estudos que trabalhem com esta temática, para aumentar a visibilidade do problema e elaborar estratégias efetivas de prevenção e assistência.

Entendemos que a notificação é compulsória no âmbito da saúde e não configura denúncia, mas sim um instrumento de garantia de direitos, dessa forma necessita ser realizada, e de forma completa.

É necessário considerar que a violência intrafamiliar e os maus-tratos não podem ser analisados fora do contexto da violência social/estrutural aos quais os idosos estão inseridos.

Também é de fundamental importância analisar as mudanças dos arranjos familiares e o papel da mulher vista anteriormente como 'cuidadora'.

Portanto, é importante que os profissionais de saúde sejam capacitados para reconhecer e denunciar as situações de violência. A violência é um problema de saúde pública e sua notificação permite encaminhar a vítima aos órgãos competentes, para garantir a proteção, o rompimento do ciclo de violência, assegurando seus direitos à vida, saúde e bem-estar assim como a elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde para essa população.

Os resultados demonstram a importância do conhecimento do perfil das violências para intervenção e elaboração de políticas públicas intersetoriais que promovam a saúde e a qualidade de vida nesta região do Brasil.

Destacamos que o número de dados ignorados e brancos, nesse estudo, foi muito elevado em quase todas as variáveis pesquisadas, esse resultado pode estar relacionado a ausência de algumas informações da ficha de notificação, não realizadas durante o preenchimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar os dados de negligência/abandono às pessoas idosas no município de Aracaju (SE), no período de 2018 a 2021. Verificou-se que a negligência/abandono foi o principal tipo de violência notificado e observou-se uma redução das notificações de violência contra a pessoa idosa no município, no período analisado.

Entende-se que a violência é um fator resultante das mudanças ocorridas na sociedade nos seus aspectos demográficos, econômicos, culturais e sociais, que repercutem em transformações no âmbito da família.

A negligência/abandono contra a pessoa idosa é expressão da questão social que, nas últimas décadas, vem assumindo proporções maiores por conta, sobretudo, das crises e mudanças que as sociedades modernas vêm passando tanto na esfera da produção e reprodução das relações sociais, econômicas e políticas quanto no que respeita ao mundo dos valores, da ética e da cultura.

Ela é, em síntese, o modo como o capitalismo global se espalha e se reproduz sobre as sociedades, produzindo e reproduzindo antagonismos e desigualdades que se expressam em diversas problemáticas sociais que se traduzem em injustiças sociais, preconceitos, discriminações, desemprego, moradias indignas, saúde precária, violências de toda ordem e, entre elas, a violência contra os idosos e, particularmente, os idosos pobres. Nesta perspectiva, confirma-se que a maioria dos agressores são as pessoas de confiança, ou seja, pessoas do seu convívio familiar.

É necessário considerar que a violência intrafamiliar e os maus-tratos, precisam ser analisados no contexto da violência social/estrutural aos quais os idosos estão inseridos. Além disso, é fundamental analisar as mudanças dos arranjos familiares e o papel da mulher, vista como principal e/ou exclusiva pessoa voltada aos cuidados.

É importante ampliar a discussão e subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da igualdade racial, bem como fortalecer as já existentes. Esses são os caminhos para que a população negra envelheça nas mesmas condições de igualdade.

A violência contra a pessoa idosa é uma ocorrência de baixa notificação no Brasil, com isso, são necessários estudos que trabalhem com esta temática, para aumentar a visibilidade do problema e elaborar estratégias efetivas de prevenção e assistência.

Os profissionais de saúde precisam ter capacitação permanente para reconhecer e denunciar as situações de violência. É essencial a revisão dos compromissos com o bem-estar dessa população, tanto em relação ao Estado, como também da sociedade e da família de

maneira que sejam garantidos os cuidados necessários para a preservação da saúde desse contingente populacional.

A violência é um problema de saúde pública e sua notificação permite encaminhar a vítima aos órgãos competentes, para garantir a proteção, o rompimento do ciclo de violência, assegurar seus direitos à vida, saúde e bem-estar assim como a elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde para essa população.

Portanto, faz-se necessário e urgente qualificar e investir nos programas sociais, projetos e serviços que já existem e que proporcionam a defesa e a garantia dos direitos dos idosos. E, ainda, é preciso investir na redução da violência intrafamiliar e, em especial, no que se refere à negligência/abandono das pessoas idosas.

Como parte integrante dessa reflexão, cabe enfatizar neste trabalho, que no ano de 2023 o Estatuto do Idoso completará duas décadas. Muitas questões poderiam incidir sobre o significado deste aniversário e provocar uma reflexão sobre o papel do Estado e da sociedade perante as lacunas que ainda persistem na agenda de políticas públicas para a população idosa. É essencial discutir/refletir também se as políticas destinadas aos idosos, como parte da estrutura das políticas de Seguridade, satisfazem as necessidades de fato dessa população.

Prevenir a violação dos direitos dos idosos é um dever não apenas do Estado, mas de toda a sociedade brasileira, sendo, portanto, necessário construir uma rede de proteção social para idosos.

A violência contra a pessoa idosa apresenta grande complexidade em sua gênese; dessa forma, conhecer sua distribuição e fatores associados torna-se útil nos processos de promoção e prevenção da sua ocorrência. O aspecto que deveria ser considerado crucial para enfrentar o problema é a efetivação de uma política consistente e concreta de apoio ao idoso em situação de dependência, marcada pela ação combinada da família e do poder público. Para que isso ocorra, é necessário fortalecer a rede de cuidados e os processos de captação de denúncias e notificações; harmonizar as informações e garantir agilidade na divulgação das informações, visando à proteção das vítimas.

Os resultados da pesquisa sugerem:

- ◆ A queda no número de notificações, no período analisado, pode estar relacionado, entre outras variáveis, às imposições sanitárias de isolamento social com a decretação de restrições de circulação, decorrentes do avanço da pandemia de Covid-19;
- ◆ A baixa frequência dos idosos nas unidades de saúde e o distanciamento interpessoal dificultou a identificação das possíveis marcas de violência por outros;

- ◆ A queda na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do crescimento urbano, financiamento insuficiente, formação profissional em desarmonia com o modelo de atenção centrado na APS, a precarização do vínculo profissional, entre outros fatores, têm comprometido a atenção à saúde do idoso na capital;
- ◆ A necessidade de ampliação das discussões acerca das questões de gênero e raça que envolvem a negligência/abandono em relação à pessoa idosa;
- ◆ A importância do conhecimento do perfil das violências para intervenção e elaboração de políticas públicas intersetoriais que promovam a saúde e a qualidade de vida dessa população;
- ◆ A necessidade de fortalecimento da rede de cuidados ao idoso e dos processos de captação de denúncias e notificações;
- ◆ A importância da capacitação permanente dos profissionais de saúde para reconhecer e denunciar as situações de violência;

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P. C. et al. **Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 343-349, 2015.
- ALENCAR, M.S.S; DE CARVALHO, C.N.R.G. **O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 29, 2009.
- ALISSON, E. **Brasil terá sexta maior população de idosos no mundo até 2025.** Agência FAPESP. 6 jul. 2016.
- ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. **A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115-131, 30 jun. 2015.
- ALMEIDA, A. N. **Determinantes do consumo de famílias com idosos e sem idosos com base na pesquisa de orçamentos familiares 1995/96.** 2002-94p. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Piracicaba, 2002.
- ALVES, J.E.D. **O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil.** APARTE-Inclusão Social em Debate, Rio de Janeiro, v. 6, 2004.
- _____. **A transição demográfica e a janela de oportunidade.** São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.
- _____. **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho /** José Eustáquio Diniz Alves, Daniel de Santana Vasconcelos, Angelita Alves de Carvalho. Brasília, DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2010. (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 10).
- _____, CAVENAGHI, S. **Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil.** Cadernos de Estudos Sociais, Vol.27, No 2, Recife, 2012.
- _____. **Demografia e Economia nos 200 anos da Independência do Brasil e cenários para o século XXI** (com a colaboração de GALIZA, F), ENS, maio de 2022.
- APRATTO JÚNIOR, P. C. **A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil).** Ciência & saúde coletiva, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.
- ARAÚJO, L. F. et al. **Análise Psicossocial da Violência contra idosos.** Psicologia: reflexão e Crítica, v. 22, n. 1, 2009.
- ARENDRT, H. **A condição humana.** 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- BANDEIRA, L; MELO, H. P; PINHEIRO, L. S. **Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE,** 2008. In: OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO, Brasília, 2010, 128p.
- BAPTISTA, M. N. **Suporte familiar e violência.** In: Romaro, R. A.; Capitão, C. G. (Org.). As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Vetor, 2007, p. 11-31.
- BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. **Violência contra o idoso.** In F. Chaimowicz (Ed.), Saúde do idoso, Belo Horizonte: UFMG, p.132-141, 2013.

BARNETT, O *et al.* **History and definitions.** In: Family violence across the lifespan: an introduction (O. Barnett, C. Miller-Perrin, & R. D. Perrin, ed.), London: SAGE Publications, 1997 (pp. 3-17)

BEAUVOIR, S. **A velhice** (Martins, M. H. S., Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970/1990. BEAUVOIR, 1990.

BERQUÓ, E. **Considerações sobre o envelhecimento da População no Brasil**, in: Velhice e Sociedade. Anita Liberasco Néri e Guita Grin Debert (orgs). 2 ed. Campinas, SP: Papirus, 1999. 232 p. 11-40.

BLOOM, D.E.; CANNING, D.; FINK, G.; et al. **The Cost of Low Fertility in Europe.** European Journal of Population / Revue européenne de Démographie, v. 26, n. 2, p. 141–158, 2010.

BOLSONI, C.C; COELHO, E.B.S; GIEHL, M.W.C; D'ORSI, E. **Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.19, n.4, 2016.

BORN, T. **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa: cuidar melhor evitar a violência.** Tomiko Born (org.) - Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção dos Direitos Humanos, 2008. 330p.

BÖS, D.; VON WEIZSÄCKER, R.K. **Economic consequences of an aging population.** European Economic Review, v. 33, n. 2–3, p. 345–354, 1989

BRASIL. Congresso. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, DF, 2003.

_____. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Brasília, DF, Ministério da Educação, 1966.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências.** Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 96, seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Temático: prevenção de violência e cultura de paz.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 60p. (Série painel de indicadores do SUS, v.3, n.5).

_____. Presidência da República. **Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa.** Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, nº19, Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.** Brasília, DF, 2014.

BRITO, F. **O deslocamento da população brasileira para as metrópoles.** Estudos Avançados, v. 20, n. 57, p. 221–236, 2006.

_____. **Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25, n. 01, p. 5–26, 2008.

BRITO DA MOTTA, A. **Violência contra as mulheres idosas: questão feminista ou de gênero?** In: LASA, Rio de Janeiro, 2009.

BRUNO, L.M.S.M. **Considerações sobre o abuso financeiro das pessoas idosas e a dinâmica das relações familiares.** Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2005.

BUSETTA, A.; BONO, F. **Demographic aspects of aging.** In: Human Aging - From Cellular Mechanisms to Therapeutic Strategies, pp. 13-34. Org.: Calogero Caruso e Giuseppina Candore. Academic Press: Amsterdã, 2021.

CALDAS, L. S.; FORTALEZA, K. R.; SILVA, P. V. C.; BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C.; VASCONCELOS, C. B. **Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas.** Geriatria & Gerontologia. 2009;2(4):167-175

CAMARANO, A. A.; BELTRÃO, K. I.; PASCUM, A. R. P.; MEDEIROS, M.; GOLDANI, A. M. **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, A. A. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999(a).

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Texto para discussão, Rio de Janeiro: IPEA, n.858, jan, 2002. 26p

_____; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**, v. 60, n. 1, p. 253–292, 2004.

_____; KANSO, S. **Dinâmica da população brasileira e implicações para a previdência social.** Previdência no Brasil: Debates, Dilemas e Escolhas. Rio de Janeiro. IPEA, 2007.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. **Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, jul. 2015.

CARDOSO, T., ALARCÃO, I; CELORICO, J. **Revisão da literatura e sistematização do conhecimento.** Porto: Porto Editora, 2010.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. **A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI.** Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-60, mar. 2008.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A.. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 725-733, maio-junho, 2003.

CELLARD, A. **A análise documental.** In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade.** Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. 92p

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS Nº 273 de 13 março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências, conforme Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre, RS: Penso, 2014.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.

DESLANDES, SF; ASSIS, SG; SANTOS, NC. **Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante**. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), organizador. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* Brasília: MS; 2005. p. 43-78.

DIAMOND, J. **O mundo até ontem: o que podemos aprender com as sociedades tradicionais?** Tradução de Maria Lúcia de Oliveira. 1.ed. Rio de Janeiro: Record, 2014.

DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. **Abordagem familiar na atenção domiciliar**. Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

DUQUE, A. M. *et al.* **Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012.

ELSNER, V. R., PAVAN, F., & GUEDES, J. M. (2007). **Violência contra o idoso: ignorar ou atuar?** *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2), 46-54.

FALEIROS, V.P. **A Política Nacional do idoso em questão: passo e impasses na efetivação da cidadania**. In: ALCÂNTARA, A. O; CAMARANO, A. A; GIACOMIN, K. C. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

_____. **Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios**. (2014). *Argumentum*, 6(1), 6–21. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v6i1.7952> .

_____. **Violência contra a pessoa idosa - ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília, DF: Universa, 2007.

_____. **Violência contra a pessoa idosa no Brasil**. In: LIMA, Fausto Rodrigues; SANTOS, Claudiene (Orgs.). *Violência doméstica (vulnerabilidade e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar)*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2009. p. 231-242.

FALEIROS, V.P., LOUREIRO A.M.L.; PENSO, M.A. **O conluio do Silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa**. São Paulo: Roca; 2009.

FAUSTINO, A.M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L.B.A. **Capacidade funcional e situações de violência em idoso**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.27, n.5, 2014.

FÉLIX, J. S. **Economia da longevidade. O envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos**. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Economia Política) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2009.

FLICK, U. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2004.

FLORÊNCIO, M. V. L.; FERREIRA FILHA, M. O.; SÁ, L. D. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 847-857, set./dez. 2007.

FERRIGNO, J.C. **O estigma da Velhice: Uma análise do preconceito aos velhos à luz das ideias de Erving Goffman**. *A Terceiridade*, v.13, n.24, 2002.

- GAIOLI, C. C. L. O. **Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio**. 2004. Dissertação - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- GARBIN, C. A. S et al. **Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.19, n. 1, p. 87-94, 2016.
- GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, p. 3–6, 2002.
- GATTI, B. A. **Estudos quantitativos em educação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, SP, v. 30, n. 1, p. 11-30, jan, 2004.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002
- _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GLAESER, E. L. **Os centros urbanos: a maior invenção da humanidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- GRILO, P. M. S., & LOMBARDI JÚNIOR, I. (2015). **Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais**. Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, 20(2), 611-624.
- GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social: 10ª Edição**. São Paulo. Cortez 2014. p. 77-205.
- GUIMARÃES, A. P. S *et al.*, **Notificação de violência intrafamiliar contra mulheres idosas na cidade de São Paulo**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol.21.no.1. Rio de Janeiro/ feb 2018.
- GUIMARÃES, J. R. S. **Envelhecimento populacional e oportunidade de negócios: o potencial de mercado da população idosa**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15. Anais.. Campinas: Abep, 2006.
- HOHENDORFF, J. V. *et al.* **Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde**. Rev. SPAGESP [online]. 2018, vol.19, n.2, pp. 64-80. ISSN 1677-2970.
- HOPPNER, G.; URBAN, M. **Where and How do Aging processes take place in everyday life? Answers from a new Materialist perspective**. Frontiers in Sociology, v.3, 2018.
- IBCCRIM. **O Idoso em Risco**. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2000 (mimeo).
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Ipea, 2019.

IRIGARAY, T. Q., ESTEVES, C. S., PACHECO, J. T. B., GRASSI-OLIVEIRA, R., & ARGIMON, I. I. de L. (2023). **Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental**. *Estudos De Psicologia*, 33(3). Recuperado de <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estudos/article/view/7989>

JÚNIOR, Cláudio Santiago Dias; COSTA, S. C.; LACERDA, M. A. **O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP**. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 9, n. 2, 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L.R. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v.21, n.3, jun, 1987.

KALACHE, A. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, Ago, 2008.

KRUG, E. G *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: WHO. 2002.

KÜCHEMANN, B. A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. *Soc. Estado, Brasília*, v. 27, n. 1, p. 165-180, jan./abr. 2012.

LAROQUE, M.F. **Análise da violência contra idosos no município de Pelotas – RS no ano de 2012**. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade Católica de Pelotas- RS. 2014

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica**. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 135–40, 2007.

LEVY, M.S.F. **O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972)**. *Revista de Saúde Pública*, v. 8, n. supl., p. 49–90, 1974.

LIMA-COSTA, M.F. **Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil**. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, cap. 16, p. 499-513.

LIMA, J. P *et al.* **Violência doméstica contra idosos: percepção e conduta de agentes comunitários de saúde**. *Rev enferm UFPE*, v. 12, n. 7, p. 1970-7. 2018.

LOPES, M.J.M; PAIXÃO, DY. **Saúde da família: história, práticas e caminhos**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. **Negligência e maus-tratos**. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.1152-1159.

MAIA, R. da S., FERREIRA, C. L., & MAIA, E. M. C. (2016). **Violência contra o idoso: uma análise documental preliminar de denúncias no município de Natal, Rio Grande do Norte**. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 13(2). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v13i2.5763>

MAKAROUN, L. K.; BACHRACH, R. L.; & ROSLAND, A. M. (2020). **Abuso de idosos na época do aumento dos riscos de Covid-19 para idosos e seus cuidadores**. *Am J Geriatr Psiquiatria*, 28(8):876-880.

MALAGUTTI, A. Segurança e Defesa Nacional. **O Delegacia do idoso no âmbito da segurança pública**. Brasília, 2000. 20p. (Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, Consultor Legislativo da Área XVII, nota técnica).

MALLET, S.M. **Denúncias e ações de enfrentamento à violência intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011-2013.** [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

MARRI, I. **Longevidade.** In: Revista Retratos do Brasil, n 16, IBGE, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf>. Acesso em set. 2023.

MARTINS, C. R. M. **O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais.** 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 6, Suplemento 1, p. S43-S48, 2006.

MENEZES, N. Um perfil do idoso sergipano, 2013. Disponível em: <<https://www.ufs.br/conteudo/10222-um-perfil-do-idoso-sergipano>>. Acesso em set. 2022.

MICHELETTI, A. L. N.; GARCIA, D.; MELICCHIO, F. A.; VAGOSTELLO, L. (2011). **Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs.** Psicólogo InFormação, 15(15), 51-68.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec. 2010.

_____. **O desafio da pesquisa social.** In: Minayo, M. C. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2009.

_____. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

_____. **Violência contra Idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

_____. **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde.** 2004.

_____. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Cad. Saude Publica, v.19, n.3, p.783-91, 2003.

MINAYO, M. C.; COIMBRA JR, C.E. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. C. G., SILVA, A. L. A. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016.

MYRRHA, L.J.D.; SIVIERO, P.C.L.; WAJNMAN, S.; *et al.* **O uso das taxas de crescimento por idade para identificação das principais etapas da transição demográfica no Brasil.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 31, n. 2, p. 259–275, 2014.

MORAES, C.L. APRATTO JÚNIOR, P.C.; REICHENHEIM, M.E. **Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico da Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.10, 2008. p.2289-2300.

MORGADO, R. **Mulheres em situação de violência doméstica: limites e possibilidades de enfrentamento.** In: Brandão, E. P., Gonçalves, H. S. Psicologia Jurídica no Brasil. Rio de Janeiro: NAU Ed, p. 309- 339, 2005.

MOTTA, A.B.. **Viúvas: o mistério da ausência.** Estud. Interdiscip. Envelhec., Porto Alegre, v. 7, 2005, p. 7-24.

NADER, M.B.. **Cidades, aumento demográfico e violência contra a mulher: o ilustrativo caso de Vitória-ES.** Revista Dimensões, vol. 23. Programa de Pós-Graduação em História – UFES. 2009, p. 163.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional.** In: Demografia e epidemiologia do envelhecimento. Einstein, s-4 – s-6, 2008.

NERI, A. L. **Envelhecimento e qualidade de vida na mulher.** Anais do Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. v. 2. 2001, São Paulo: GERP, 2001.

NETTO, J. P. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/APEPSS, 2009.

NETTO, M.P. **História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos.** In E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds.), Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2002.

NICODEMO D., GODOI M.P. **Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas.** Rev. Ciênc. em Ext. 2010; v. 6, n. 1. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/rev_ista_proex/article/view/324/341

NOGUEIRA, L.U. **Caracterização da violência notificada contra mulheres idosas, de 2008 a 2014, em Santa Catarina – Brasil.** 104p. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

OLIVEIRA, A.T.R. **Dos movimentos populacionais à pendularidade: uma revisão do fenômeno migratório no Brasil.** Actas del XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006.

OLIVEIRA, A. A. V. *et al.* **Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-133, jan./fev. 2013.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná.** REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM. São Paulo, v. 41, n.1, p.65-72, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde.** Brasília: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Relatórios diversos,** 1998.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Informe de situação e tendências: demografia e saúde.** Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: OPAS, 2009. 36p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World Population Prospects: the 2010 revision.** New York: Unites Nations, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Informe de situação e tendências: demografia e saúde.** Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: OPAS, 2009. 36p.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S.. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 727-733, 2015.

PAIVA, P.T.A; WAJNMAN, S. **Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil**. *Revista brasileira de estudos populacionais*, v. 22, n. 2, p. 13–15, 2005.

PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. **Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, jun. 2015.

PASINATO M.T.; CAMARANO, A.A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia**. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.

PINTO, F. N. F. R; BARHAM, E. J; ALBUQUERQUE, P. P. **Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções**. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2013, v. 13, n. 3, pp.1159-1181.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. **A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político**. *Ciên. e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 491-501, jun. 2006.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira**. *Revista Saúde Pública*, São Paulo: 21:211-24, 1987.

RAMOS, L. R.; MACEDO FILHO, J. M. C. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar**. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.5, p.445-53, 1999.

RAMOS, L.R. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.72-78.

_____. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. *Cad. saúde pública*, v. 19, n. 3, p. 793–798, 2003.

RIBEIRO, O. **O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição**. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, n. 2, 2012, p. 33-52.

RIBEIRO, R. C. L. *et al.* **Envelhecimento da população: breve análise da microrregião de Viçosa-MG**. *Oikos*, Viçosa, v. 9, n.2 p.31-43,1996.

RODRIGUES, I.S. **Violência contra a pessoa idosa: realidades e desafios**. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. 2015.

_____. **A Política Nacional do Idoso: o caso de Vitória (1994-2004)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas. Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo. 2006.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALES, S.R.M.; SANTIAGO, E.M.; SILVA, A.M.B. **A regressão de direitos no neoliberalismo e a condicionalidade do não trabalho: rebatimentos para o serviço social**. IV Seminário CETROS. Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. Disponível em: <https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/69-12731-08072013-161306.pdf>. Acesso em set. 2023.

- SALGADO, C.D.S. **Mulher idosa: a feminização da velhice**. Estudos interdisciplinares do envelhecimento, Porto Alegre, 2002. v.4, p. 7-19.
- SAMPAIO, L. S., FERREIRA, M. J. S., SAMPAIO, T. S. O., SOUZA, W. P., Prado, A. P. S., & REIS, L. A. (2017). **Violência física em idosos**. C&D-Revista Eletrônica da FAINOR, 10(2), 188-200.
- SANCHES, A. P. R.A., LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Violência contra idosos: uma questão nova?**. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 3, o. 90-100, jul./set. 2008.
- SANTANA, I. O., VASCONCELOS, D. C., & COUTINHO, M. P. L. **Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 68(1), 126-139, 2016.
- SANTOS, E. M.; SOARES, A. C. M.; FONSECA, V.; OLIVEIRA, L. G. F. **Perfil Epidemiológico da Violência contra o idoso no município de Aracaju**. Interfaces Científicas - Humanas e Sociais, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 109–120, 2015. DOI: 10.17564/2316-3801.2015v3n2p109-120.
- SANTOS, L.E.S.; FERRIANI, M.G.C. **A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 60(5), 524-9, 2007.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. São Paulo, 2007.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Departamento de Ações em Saúde. Enfrentamento da violência contra a pessoa idosa na saúde**. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Porto Alegre- RS, 2016.
- SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. **Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n.3, p. 637-652, jul./set. 2016.
- SILVESTRE, J.A.; COSTA, M. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. Cad Saude Publica. 2003; 19(3): 839-47.
- SIMÕES, C.C.S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022.
- SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M.T. **Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher**. Cadernos de Saúde Pública, 25 (1), pp.205-216, 2009.
- SCHWARZER, H. **Estudos e Pesquisas da Secretaria de Políticas de Previdência Social 2003-2009**. Brasília: MPS, 2009
- SBGG. **Senescência e senilidade: qual a diferença?** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/>>. Acesso em ago. 2023.
- SHIMBO, A.Y., LABRONICI, L.M., & MANTOVANI, M.F. **Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família**. Esc Anna Nery, 15(3), 506-510, 2011.
- SILVA, A. *et al.* **Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 21, supl. 2, e180004, 2018.
- SILVA, A, *et al.* **Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia**. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 8, p. 2181-2190, 2012.
- SOARES, M. C.; BARBOSA, A. M. **Perfil de idosos vítimas de violência atendidos em um hospital de urgências**. Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”. 6(1):18-34, 2020.

SOARES, N.; PAIVA, S.O.C.; TEIXEIRA, M.S.. **A Velhice do/a Trabalhador/a e sua relação com a Política de Saúde em Tempos de Crise e Contrarreforma**. In: TEIXEIRA, Maria Solange PAIVA, Salvea de Oliveira Campelo; SOARES, Nanci. Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas. Curitiba: CRV, 2019.

SOUZA, A. S.; MEIRA, E. C; MENEZES, M. R. **Violência contra pessoas idosas promovida em instituição de saúde**. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, v. 17, n. 2, p. 57-72, 2012

SOUZA, C. S. (2017). **Violência contra os idosos: perfil epidemiológico das notificações no estado da Paraíba** (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba.

SOUZA, E. R. MINAYO, M. C. S. **Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil**. Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, E.A.B. *et al.* **Violência contra idosos relatada em notícias durante a pandemia do novo coronavírus**. *Research, Society and Development*, 10(14): e57101420046, 2021.

SOUZA, J.A.V.; FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A. **Violência contra idosos: análise documental**. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(3):268-272.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital. Implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. (2018). **O Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo** / Aging and Reforms in the Social Security System in Contemporary Brazil. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 17(1), 126–137. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.27635>

_____. **Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado**. *Serviço Social e sociedade*, São Paulo, n. 137, p. 135-154, jan./ abr., 2020.

TURRA, C.M. e RIOS-NETO, E.L.G. **Intergenerational accounting and economic consequences of aging in Brazil**. Artigo apresentado na Conferência Geral de População, IUSSP, Salvador, Brasil, 2001.

TURRA, C. M. *et al.* **Idiosyncrasies of intergenerational transfers in Brazil**. In: LEE, R.; MASON, A. (Orgs.). *Population aging and the generational economy: a global perspective*. Edward Elgar Publishing, 2011, p. 394-407.

VERAS, R. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

VERAS, R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. *Cad Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705–15, 2003.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548–54, 2009.

VERIFACT. **Etarismo: preconceito além da idade, 2023**. Disponível em: <https://www.verifact.com.br/etarismo-e-crime/>. Acesso em set. 2023.

WANDERBROOKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O.O. **Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária à saúde**. *Revista Psicologia Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 28, n. 4, p. 25-32, o u t./d ez. 2012

WONG, L.R.; MOREIRA, M.M. **Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050)**. IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica em México: Balance y Perspectivas de La Demografía Nacional Ante El Nuevo Milênio, 2000.

WONG, L.L.R; CARVALHO, J.A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. Rev Bras Estudos Populacionais, v. 23, n. 1, p. 5–26, 2006

ZIMERMAN, GI. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

As variáveis selecionadas para análise foram as já existentes no sistema:

Região de ocorrência,

Ano de notificação,

Município,

Faixa Etária,

Sexo,

Raça/cor,

Escolaridade,

Local de ocorrência,

Tipo de violência e

Características do agressor

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL- SINAN/VIVA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação
	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde		Código (CNEs)	
Notificação Individual	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP	
30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência	
	50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>		
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque-Saúde 0800 61 1997	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovoçada Sinan SVS 03.06.2015			

ANEXO B – PÁGINA TABNET/DATASUS

Ministério da Saúde

DATASUS
Tecnologia da Informação e serviço do SUS

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Sinan

Linha: Ano 1º Sintoma(s), Mês 1º Sintoma(s), UF Notificação, UF Residência

Coluna: Não ativa, Ano 1º Sintoma(s), Mês 1º Sintoma(s), UF Notificação

Conteúdo: Frequência

Períodos Disponíveis

2021, 2020, 2019, 2018

Seleções Disponíveis

Mês 1º Sintoma(s): Todas as categorias, Ign/Branco, Janeiro, Fevereiro

UF Notificação: Todas as categorias, 11 Rondônia

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>