

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – UFTM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**MARIANA MARQUEZ DE REZENDE**

**VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO ESTADO DE MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES EM 2009 E 2012**

**UBERABA – MG**

**2013**

**MARIANA MARQUEZ DE REZENDE**

**VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO ESTADO DE MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES EM 2009 E 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para Obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza  
Castro

**UBERABA – MG**

**2013**

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

R357v Rezende, Mariana Marquez de  
Violência contra o idoso no estado de Minas Gerais: análise das  
notificações em 2009 e 2012 / Mariana Marquez de Rezende. -- 2013.  
90 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.  
Orientadora: Profª Drª Sybelle de Souza Castro

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Violência doméstica. 4.  
Vigilância epidemiológica. I. Castro, Sybelle de Souza. II. Universida-  
de Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.89

MARIANA MARQUEZ DE REZENDE

**VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO ESTADO DE MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES EM 2009 E 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Uberaba, 16 de dezembro de 2013.

---

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Orientadora

---

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Membro

---

Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes  
Universidade de São Paulo  
Membro

“Se o tempo envelhecer o seu corpo  
mas não envelhecer sua emoção,  
você será sempre feliz”

(AUGUSTO CURY)

## AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida.

À minha mãe, Eliane Mendonça Marquez de Rezende, meu exemplo de vida. Força e doçura em uma só pessoa. Principal incentivadora dos meus sonhos e companheira em minhas realizações.

Ao meu irmão, Guilherme Marquez de Rezende, a irmandade que nos une me incentiva sempre.

Ao meu pai, Mario Humberto Bittencourt de Rezende, que mesmo ausente, me impulsiona a ser uma pessoa melhor a cada dia.

À minha cunhada Juliana de Castro Lima, suas palavras de motivação foram sempre especiais.

Ao meu amado sobrinho, Augusto Lima Marquez, que mesmo sem saber me deu coragem para prosseguir.

À minha orientadora Profa. Dra Sybelle de Souza Castro, que foi durante estes dois anos meu suporte e incentivo. Partilhou comigo seus conhecimentos e me fortaleceu na construção da minha trajetória em pesquisa. Me senti honrada em ser sua orientanda.

À minha 'dupla de três', Ellen Cristina Vargas e Renata Batista Melo, que desde o primeiro momento me acolheram com carinho e companheirismo. Sem vocês não teria conseguido terminar esta etapa. A nossa amizade será eterna!

À quinta turma do Mestrado em Atenção à Saúde, cada um, em sua maneira, contribuiu na realização desta caminhada. Nossa convivência foi além das salas de aula e isso possibilitou um convívio *fantástico*!

À minha veterana, Aline Evangelista de Almeida, Você foi uma grande incentivadora, serei eternamente grata aos seus conhecimentos e a sua amizade.

À Camila Cristina Athie, que mesmo com pouca convivência, me atendeu quando mais precisei de forma serena e elucidadora. Obrigada!

À Fernanda Carolina Camargo, pela ajuda valiosa e risadas na construção dos mapas.

À Maria Aparecida Bisinoto, Cida, que me acolheu, desde quando eu era aluna especial, de forma tão carinhosa e competente. Sua mudança de setor não diminuiu o carinho que sinto por você.

À Profa.Dra. Helena Hemiko Iwamoto, pela acolhida e contribuições.

À Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares, pelas sugestões valiosas e pela oportunidade de ter me aprofundado no tema do idoso.

Ao Prof. Dr.Vanderlei Jose Hass, pelas horas de discussão nas aulas, dúvidas sobre estatística e esclarecimentos importantes na análise dos dados. Obrigada pela paciência!

Aos professores do Mestrado em Atenção à Saúde, que ao longo desses dois anos de estudo, serviram de modelo de competência e sabedoria.

Ao Prof. Altacílio Aparecido Nunes por ter aceitado avaliar este trabalho, engrandecendo a discussão deste tema.

À Ciníria Ribeiro de Oliveira e Raquel Pereira da Silva Bota, servidores do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HC/UFTM, pelo apoio constante.

À Ana Paula Azevedo, bibliotecária, que tanto me ajudou na organização do meu trabalho.

Aos meus amigos, que entenderam minhas ausências e torceram por mim.

Aos meus alunos, que no exercício da docência me incentivaram a crescer e a buscar o conhecimento.

## RESUMO

REZENDE, Mariana Marquez de. **Violência contra o idoso no Estado de Minas Gerais**: análise das notificações em 2009 e 2012. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

Nos últimos quarenta anos, a população idosa foi a que mais cresceu no Brasil. Pelas suas características de maior fragilidade e vulnerabilidade fisiológica, o idoso se torna vítima em potencial para a violência crescente do dia a dia. A crescente busca por dados sobre a violência contra idosos aparece como ação promissora de transformação de políticas públicas voltadas ao tema e de abertura para o diálogo entre as esferas governamentais e sociedade visando amenizar esta situação. Para um adequado planejamento da assistência à população é fundamental o acesso às informações em saúde, como no caso deste estudo, o acesso ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os objetivos deste estudo foram: descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de violência contra o idoso no Estado de Minas Gerais; descrever a incidência, mortalidade e letalidade dos casos notificados de violência segundo tipos e sexo; verificar a associação entre os tipos de violência e sexo; analisar a completude dos campos preenchidos da ficha de notificação de violência contra o idoso; verificar os municípios do estado de Minas Gerais que realizam a notificação dos casos de violência e mapeá-los. Trata-se de estudo ecológico. Na análise dos dados foram utilizadas estatística descritiva; cálculos dos coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade; cálculo da Razão de sexo e o georreferenciamento. Foram analisados 2.042 casos de notificação de violência contra a pessoa idosa nos anos de 2009 e 2012. Foi possível observar predomínio da cor de pele branca e parda. A zona de maior ocorrência foi a urbana e o local a própria residência da vítima. As mulheres foram as maiores vítimas e o tipo de violência física foi o predominante, como o uso da força física. A caracterização do autor do ato foi maior para o sexo masculino. A ocorrência de óbitos foi pequena, sendo 1,6% em 2012 e nenhum em 2009. A maioria dos casos recebeu alta (>70%). Em relação aos municípios notificantes, foram poucos em 2009, com aumento em 2012, porém com diminuição da qualidade das informações. Conclui-se que a maioria dos casos de violência contra idosos ocorreu no sexo feminino, praticada pela maioria do sexo masculino, residentes na zona urbana, com ocorrência do ato na própria residência da vítima. A maior incidência do caso foi por violência física com uso de força física.

**Palavras-chave:** Violência, Saúde do Idoso, Envelhecimento, Violência doméstica, Vigilância Epidemiológica.

## ABSTRACT

REZENDE, Mariana Marquez. **Violence against the elderly in the state of Minas Gerais**: analysis of notifications in 2009 and 2012. 2013. 90 f. Dissertation (Masters in Health Care) - Graduate Program in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, 2013.

Over the past forty years, the elderly population was the fastest growing in Brazil. Due to its characteristics of greater physiological vulnerability and fragility, the elderly becomes potential victim to the growing violence of everyday life. The increasing search for data on violence against elderly appear as promising action aimed at transforming public policy issue and openness for dialogue between government and society spheres aimed alleviate this situation. For proper planning assistance to the population 's access to critical health information, as in the case of this study, access to database information system Interlocutory Notice (SINAN). The objectives of this study were to describe the epidemiology of reported cases of violence against the elderly in the State of Minas Gerais; describe incidence, mortality and case fatality reported by type of violence and sex; verify the association between types of violence and sex; analyze the completeness of the notification fields filled record of violence against the elderly; verify which municipalities of Minas Gerais who perform the reporting of cases of violence and map them. This ecological study. Calculation of incidence rates, mortality and lethality; calculation of sex ratio and georeferencing in data analysis descriptive statistics were used. 2,042 cases reporting of violence against elderly in the years 2009 and 2012 were analyzed. We observed predominant color white or mulatto The area of highest incidence was the urban site and the actual residence of the victim. The women were the main victims and the type of physical violence was prevalent, as the use of physical force. The characterization of the author of the act was greater for males. The occurrence of deaths was small, being 1.6 % in 2012 and none in 2009. The majority of cases received high (> 70 %). Regarding notifying municipalities, were few in 2009, an increase in 2012, but with decreased quality of information. It is concluded that most cases of violence against the elderly occurred in females, practiced by most of the male resident sex in the urban area, with the occurrence of the act in the victim's own residence. The highest incidence was the case with physical violence by use of physical force.

**Keywords:** Violence, Elderly Care, Aging, Domestic Violence, Epidemiological Surveillance .

## RESUMEN

REZENDE, Mariana Marquez. **La violencia contra las personas mayores en el estado de Minas Gerais**: el análisis de las notificaciones en 2009 y 2012. 2013 . 90f. Tesis (Maestría en Salud) - Programa de Postgrado en Atención de la Salud de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, 2013.

En los últimos cuarenta años, la población de edad avanzada fue la de más rápido crecimiento en Brasil. Debido a sus características de mayor vulnerabilidad y fragilidad fisiológica, las personas mayores se convierte en víctima potencial a la creciente violencia de la vida cotidiana. La búsqueda creciente de datos sobre la violencia contra las personas de edad avanzada parecen acción tan prometedor destinado a transformar cuestión de orden público y la apertura de un diálogo entre las esferas de gobierno y de la sociedad encaminados a aliviar esta situación. Para asistencia adecuada planificación para el acceso de la población a la información crítica de salud, como en el caso de este estudio, el acceso al sistema de información de base de datos Aviso interlocutoria (SINAN). Los objetivos de este estudio fueron describir la epidemiología de los casos de violencia contra las personas de edad en el Estado de Minas Gerais ; incidencia dDescrever , mortalidad y letalidad reportada por tipo de violencia y sexo; verificar la asociación entre los tipos de violencia y el sexo ; analizar la integridad de los campos de notificación de registro de la violencia contra los ancianos llenos ; verificar que los municipios de Minas Gerais que realizan la denuncia de casos de violencia y mapa de ellos. Este estudio ecológico. Se utilizaron cálculo de la proporción de sexos y la georeferenciación en el análisis de datos estadísticos descriptivos; Cálculo de las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad. Se analizaron 2.042 casos de denuncias de violencia contra personas de edad en los años 2009 y 2012. Observamos blanco color predominante o mulatos. La zona de mayor incidencia fue el sitio urbano y la residencia real de la víctima. Las mujeres fueron las principales víctimas y el tipo de violencia física era prevalente, como el uso de la fuerza física. La caracterización del autor del hecho fue mayor para los varones. La ocurrencia de las muertes era pequeña, siendo del 1,6% en 2012 y ninguno en 2009. La mayoría de los casos recibió alta > 70 %). En cuanto a los municipios notificantes, eran pocos en 2009, con un incremento en 2012, pero con una disminución de la calidad de la información. Se concluye que la mayoría de los casos de violencia contra las personas mayores se produjeron en las mujeres, practicado por la mayoría del sexo masculino residentes en el área urbana, con la ocurrencia del acto en la propia residencia de la víctima. La mayor incidencia fue el caso de la violencia física por el uso de la fuerza física.

**Palabras clave:** Violencia, cuidado de personas mayores, el envejecimiento, la violencia doméstica, la Vigilancia Epidemiológica

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Frequência e porcentagem dos casos notificados de violência contra o idoso, segundo SRS de Minas Gerais, 2009 e 2012...	<b>46</b>
<b>Tabela 2</b>	Perfil demográfico dos casos de violência contra idosos segundo sexo e raça, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>51</b>
<b>Tabela 3</b>	Perfil epidemiológico dos casos de violência contra idosos segundo deficiências e transtornos, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>52</b>
<b>Tabela 4</b>	Distribuição da frequência de casos de violência contra idosos, segundo os dados de ocorrência, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>54</b>
<b>Tabela 5</b>	Frequência e porcentagem dos casos de violência contra idosos segundo os tipos de violência, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>56</b>
<b>Tabela 6</b>	Distribuição dos casos de violência contra idosos segundo os tipos de violência e sexo, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>57</b>
<b>Tabela 7</b>	Distribuição da ocorrência da violência em idosos, segundo procedimento indicado, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>58</b>
<b>Tabela 8</b>	Distribuição da ocorrência da violência em idosos, segundo a parte do corpo atingida, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>59</b>
<b>Tabela 9</b>	Distribuição da frequência de casos de violência contra idosos, segundo o número de envolvidos, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>60</b>
<b>Tabela 10</b>	Distribuição da frequência de casos de violência contra idosos, segundo identificação dos envolvidos, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>61</b>
<b>Tabela 11</b>	Distribuição da incidência por 100.000habitantes de violência contra idosos, segundo o sexo, Minas Gerais, 2009 e 2012 ....	<b>62</b>
<b>Tabela 12</b>	Distribuição da incidência e razão de sexo dos casos de violência contra idosos, segundo os tipos de violência e sexo, Minas Gerais, 2009 e 2012.....	<b>63</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Completude dos campos da Ficha Individual de violência doméstica sexual e/ou outras violências (contra idosos), segundo classificação dos campos, Minas Gerais, 2009.....	<b>48</b>
<b>Quadro 2</b>	Completude dos campos da Ficha Individual de violência doméstica sexual e/ou outras violências (contra idosos), segundo classificação dos campos, Minas Gerais, 2012.....	<b>49</b>
<b>Figura 1</b>	Distribuição geográfica das SRS do estado de Minas Gerais que notificaram casos de violência contra o idoso em 2009.....	<b>65</b>
<b>Figura 2</b>	Distribuição geográfica das SRS do estado de Minas Gerais que notificaram casos de violência contra o idoso em 2012.....	<b>66</b>
<b>Figura 3</b>	Distribuição geográfica dos municípios que notificaram casos de violência contra o idoso, Minas Gerais, 2009.....	<b>67</b>
<b>Figura 4</b>	Distribuição geográfica dos municípios que notificaram casos de violência contra o idoso, Minas Gerais, 2012.....	<b>68</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
CEPAL	Centro Nacional de Epidemiologia (comissão econômica da América Latina).
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FIIV	Ficha Individual de Investigação de Violências
Hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SRS	Superintendência Regional de Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	39
2.1 Geral.....	39
2.2 Específicos.....	39
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
3.1 Material e métodos.....	40
3.2 Local do estudo e período.....	40
3.3 Definição da população de estudo.....	40
3.4 Critérios de inclusão.....	41
3.5 Critérios de exclusão.....	41
3.6 Processamento e análise dos dados.....	41
3.7 Considerações éticas.....	44
4 RESULTADOS.....	45
4.1 Perfil epidemiológico dos casos de violência contra idosos.....	45
4.2 Coeficientes de incidência e mortalidade e índice de letalidade de violência contra idosos, segundo tipo e sexo.....	62
4.3 Razão de incidência de violência contra idosos, segundo tipo de violência e sexo, em Minas Gerais, 2009 e 2012.....	63
4.4 Georreferenciamento dos municípios que realizaram a notificação de violência contra idosos.....	64
5 DISCUSSÃO.....	69
6 CONCLUSÃO.....	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS.....	87
Anexo 1 – Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.....	88
Anexo 2 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa .....	90

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contexto da violência

O valor social da violência, com suas construções e reconstruções ao longo do tempo, dificulta o consenso sobre seu conceito, pois tem múltiplas perspectivas de análise e sofre influência de acordo com os contextos sócio-histórico-culturais particulares de cada comunidade (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Ressalta-se que a Organização Mundial de Saúde (2010, p.9), a violência é entendida como

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Já para o Ministério da Saúde (2007, p.12), violência é “[...] o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros”.

A dificuldade de se estudar a violência contra o idoso e sua relação com a terminologia (MINAYO,2008). Enfatiza que, nos estudos epidemiológicos, o termo violência foi incluído na categoria de causas externas, contudo, há de se considerar que violência e causas externas não são sinônimas, porque a primeira expressão constitui processos sociais ou relações sociais nas possíveis práticas, pessoal, grupal, de classe e gênero, ou praticadas em instituições, por atimia ou constrangimento, sendo “maus-tratos” uma expressão equivalente ao termo “abuso”, e a segunda caracterizada por um conjunto de agravos à saúde que provocam algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar ao óbito (BRASIL, 2010).

A violência é um fenômeno social e histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Manifesta-se como problema para a saúde pública, pois afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas diferenciadas e organização de práticas e de serviços específicos a diversos setores (BRASIL, 2005). E baseia-se na ideia de promoção

da saúde, definida como a necessidade de considerar o ambiente e o estilo de vida assim como a participação comunitária para o avanço do processo de construção de uma vida saudável.

Para o setor saúde, o tratamento da violência se dá em cuidar da vítima, do agressor do evento violento, ao mesmo tempo em que busca prevenir sua ocorrência através da identificação das causas, do contexto, das circunstâncias envolvidas, da investigação dos fatores causais, determinantes do risco e de proteção (BRASIL, 2009).

A violência está presente em diversos cenários, o que a torna um problema de ordem global (LABROCINI *et al.*, 2010). A Resolução WHA 49.25 adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1996, declara a violência como o maior e mais crescente problema de saúde pública que atravessa o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Nos meios informativos, as notícias sobre as diversas barbáries vêm se tornando rotineiras, com convívio diário com casos ou histórias de violências no Brasil e no mundo. O Ministério da Saúde vem observando, nos últimos anos, este acréscimo de casos e, desta forma, começa a tratar esta realidade como uma questão mais ampla e complexa que afeta as vítimas, os familiares e a sociedade em vários âmbitos com danos psicológicos, físicos, morais, entre outros.

Na perspectiva da saúde pública, a violência é um problema, porque (BRASIL, 2009):

- (a) Produz uma alta carga de mortalidade e morbidade evitável que afeta especialmente as crianças, as mulheres e os jovens e recrudesce onde se produzem deslocamentos forçados.
- (b) Requer grandes recursos financeiros para a atenção médica dos afetados, distorcendo com frequência a atenção de outros pacientes.
- (c) Afeta não só a vítima, mas também a sua família e entorno, com efeitos negativos imediatos nos planos econômicos, social e psicológico, e também com impactos de médio e longo prazo.
- (d) Afeta também o indivíduo responsável pelo ato de violência, sua família e a sociedade, já que não somente implica custos com encarceramento, como também

com uma pessoa que não está em condições de contribuir para o desenvolvimento social e econômico de sua família, comunidade e país.

(e) Afeta de maneira negativa o desenvolvimento social e econômico das comunidades e países.

(f) Afeta a cotidianidade, a liberdade de movimento e o direito de desfrutar os bens públicos.

Diversos estudos apontam as desigualdades sociais como um dos determinantes da magnitude e gravidade das violências, embora dada a complexidade deste fenômeno questionam a existência de relações de determinação unívocas e lineares. Alguns fatores podem influenciar este quadro de violência, como: falta de moradia, baixa escolaridade, álcool e drogas, baixa condição socioeconômica, cultural, baixo nível de escolaridade, condições mentais e banalização dos sujeitos (ASSIS *et al.* .2005).

A violência é facilmente reconhecida e condenada quando se expressa de forma extrema (física), mas as violências ditas mais simples permanecem na invisibilidade, e quando o agressor é uma pessoa desconhecida ou distante, o ato é mais facilmente reconhecido do que aquele praticado por uma pessoa das relações familiares e/ou afetivas (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

A banalização da violência doméstica levou à invisibilidade o crime de maior incidência no Brasil. Suas sequelas não estão restritas às vítimas, mas comprometem todos os membros da família, especialmente crianças, as quais terão tendência de repetir os mesmos comportamentos vivenciados em casa e perpetuá-los (LABROCINI *et al.* ,2010).

Assim, a violência está associada à ambivalência humana na medida em que todas as pessoas trazem em si o potencial para amar e odiar, construir e destruir, pois dosar sentimentos, ações e limites é um desafio constante nas relações interpessoais (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012). A violência contra o idoso, frequentemente denominada de maus-tratos e abusos, está se tornando rotineira no país. Essa violência pode acontecer de várias formas, desde a moral, que é grave e mais difícil de ser detectada, até a física com consequências como a depressão, a

alienação, a desordem pós-traumática, sentimento de culpa e negação das ocorrências e situações de maus-tratos (ELSNER et al., 2007).

## **1.2 Envelhecimento e violência**

A violência contra a pessoa idosa é um tema incipiente na saúde pública, sobretudo nos estudos acadêmicos da área que sempre favoreceram o conhecimento e a atuação a favor das crianças e dos jovens (MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010).

De acordo com Minayo (2012, p 53), “[...] o conceito de velhice envelheceu”, pois cada vez mais os marcos que a anunciavam estão sendo modificados. A maioria dos idosos brasileiros não pode ser ignorada atualmente, pois estão presentes no desenvolvimento socioeconômico, político e cultural do país: mais de 85% deles, mesmo convivendo com algum tipo de problema de saúde, continuam autônomos e atuantes; 87% dos homens idosos chefiam famílias e mais da metade contribui com seus salários na renda domiciliar.

Porém, pode-se encontrar uma pequena parcela de idosos sem rendimentos próprios e que não é capaz de atender às suas necessidades básicas, vivenciando problemas de saúde e dependências físicas, sociais e mentais. Alguns estudos têm mostrado preocupação com a população acima de 80 anos, quando, geralmente, a incidência de doenças aumenta, e a autonomia diminui (MINAYO, 2012).

O Brasil deixou de ser o mundo de jovens ou o país do futuro para ser um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual alcançará a maturidade. Os indicadores econômicos e demográficos mostram a importância de perceber o novo momento em que se vive (VERAS, 2010).

O aumento da expectativa de vida e o crescimento da população idosa, somados a um contexto de acidentes e violência urbana e à falta de estruturação do sistema de saúde, têm gerado uma demanda por atenção à saúde, sobrecarregando

os serviços hospitalares de atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2006).

As pesquisas epidemiológicas têm produzido evidências que destacam a violência como um dos maiores problemas sociais, com grande impacto na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2005). Os dados referentes à mortalidade são os mais contundentes para mostrar a problemática dos acidentes e violências por meio da categoria 'causas externas'. Porém, a Organização Mundial da Saúde (2004) estima que, para cada óbito por lesões, existam 30 vítimas hospitalizadas, o que desperta a importância de se conhecerem as particularidades da rede de assistência que atende às especificidades dos agravos provocados por esses eventos, em especial a população idosa, por ter geralmente, concomitante uma comorbidade decorrente das doenças crônicas degenerativas.

No Brasil, na década de 1950 havia em aproximadamente dois milhões de pessoas com 60 anos; atualmente há em torno de 20 milhões, e estima-se um crescimento para 32 milhões em 2025 (SOUZA; MINAYO, 2010). Em paralelo, a taxa de fecundidade registrou uma queda de 20,1% na última década, ao passar de 2,4 filhos para cada mulher em 2000 e para 1,9 em 2010, caindo ao nível de reposição da população, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Entretanto, para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Brasil está entre os países que aumentam mais bruscamente o índice de envelhecimento da população (BRASIL, 2009).

A revolução demográfica brasileira constitui uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade. É crucial investir na promoção da autonomia e da vida saudável para os idosos, assim como prover atenção adequada às suas necessidades. Esse novo contexto dos idosos requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que, de agora em diante, a população idosa continuará aumentando até os anos 2050 (SOUZA; MINAYO, 2010).

O envelhecimento da população brasileira e suas consequências passaram a ser objeto de estudos na área da saúde há pouco tempo. Os estudos que abordam os aspectos negativos, ou seja, o ônus que o processo de envelhecimento acarreta

em diversos setores, originaram estes estudos. Porém, a vitimização da pessoa idosa por eventos violentos é um tema específico que sofreu significativo incremento da produção da área entre os anos 2000 e 2008(SOUZA; MINAYO ,2010),

Ressalta-se que o perfil epidemiológico brasileiro vem sofrendo mudanças devido às transformações vivenciadas em decorrência do envelhecimento acelerado da população, com novas formas de arranjos familiares e domiciliares, ocasionando uma reorganização da estrutura familiar. É necessária a criação de um ambiente onde a velhice seja percebida de maneira positiva, possibilitando ao idoso acompanhar o ritmo e estilo de vida dos demais integrantes da família (VERAS ,2009).

Especificamente, no que diz respeito à temática da violência contra o idoso, estudos demonstram que a maior parte das violências sofridas pelos mesmos ocorre nos lares, sendo os principais agressores os filhos homens, noras, genros e cônjuges, havendo forte associação com o uso de álcool e drogas, relação de dependência financeira entre pais e filhos, história de violência na família, sofrimento mental e psiquiátrico, entre outros (COLLINS, 2006; MINAYO, 2007). , Essa situação de agressão por parte dos filhos se caracteriza pelo fato de os mesmos viverem em coabitação com o idoso e serem dependentes financeiramente da família (MENEZES ,2010).

Essa é uma das razões que dificultam a comparação de estudos de prevalência da violência contra a pessoa idosa em função das diferentes definições conceituais adotadas, características das amostras e métodos utilizados nas pesquisas (MORAES, 2008).

Em busca do consenso internacional, envolvendo todos os países participantes da Rede Internacional de Prevenção contra Maus-Tratos em Idosos, elencou sete tipos de violências como as mais praticadas contra os idosos: o abuso físico, ou maus-tratos físicos; o abuso psicológico, ou maus-tratos psicológicos; a negligência; a autonegligência; o abandono; abuso financeiro e o abuso sexual. Além desta nomeação dos atos de violência contra a pessoa idosa, existe também uma classificação desses eventos em violência institucional, ou estrutural, e a doméstica (intrafamiliar/interpessoal). Assim, a identificação da violência exercida

contra o idoso se torna difícil, já que não se trata apenas de agressão física, mas, também, por danos sociais, psicológicos e morais. Independentemente do tipo de abuso, resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e redução na qualidade de vida do idoso (OLIVEIRA et al., 2013).

, as contrariedades vividas pela humanidade contemporânea, na sociedade caótica em que se digladia, tornam o homem como que um “estranho no ninho” (LAFER, 2006). Como efeito, o ser humano hoje não se sente em casa e nem à vontade no mundo que habita. E dentre todas as barbáries que esse ser em situação de extremo desconforto vivencia, a violência contra o idoso erige-se como das mais graves delas, só podendo ser comparada em ignomínia e absurdidade com a violência vivida por crianças em todos os cantos do planeta.

### **1.3 Conceito e tipos de violência**

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso apresenta uma das formas de conceituar a violência contra a pessoa idosa, segundo a qual esta se manifesta como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança e que em alguns estudos o termo violência também aparece como ‘maltrato’ ou ‘abuso’ (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde validou o termo ‘maus-tratos contra idosos’ como “[...] ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia, ou ainda, a ausência de ações que são devidas, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança” (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008, p.4).

Nesse contexto definir os tipos de violência torna-se muito mais amplo e complexo do que se pensa, pois se pode defini-la como:

*Violência física* - se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja.

*Violência psicológica* - são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o idoso do convívio social.

*Violência sexual* - se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas para obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

*Violência financeira e econômica* -consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, e consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso.

*Negligência* - se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários ao idoso, por parte de responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, as negligências apresentam-se associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nos idosos com mais dependências.

*Autonegligência* -diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários.

*Abandono* - consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem auxílio a um idoso que necessite de proteção.

Há diferenças nas estimativas de violência quanto ao local de ocorrência. No ambiente doméstico, as principais vítimas são do sexo feminino. Notou-se que, no que se refere à violência doméstica, as mulheres são mais vitimizadas (68%) do que os homens (25%). Quanto ao tipo de violência, as pesquisas apontam predominância da agressão física, seguida pela financeira e pela psicológica. Já entre os homens, o maior número de denúncias foi de abandono, sendo acompanhado pelos maus-tratos físicos e financeiros (SOUZA, 2007).

A violência doméstica é entendida como a violência que se dá entre pessoas com vinculação afetiva, de convivência ou consanguinidade, mas também a violência que envolve outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, tais como agregados e empregados domésticos. A violência no contexto das famílias ocorre em relações hierárquicas e intergeracionais, usualmente como forma de se relacionar, resolver conflitos ou educar (BRASIL, 2010).

No entanto, o Ministério da Saúde afirma que não há uma causa única para a violência, e são muitos os fatores que podem contribuir para que ela ocorra

(individual, relacional e social), independente do sexo, idade, raça, etnia, educação, cultura, situação socioeconômica, profissão, religião, capacidades físicas ou mentais e personalidade. Isso significa que muitos podem estar vulneráveis a ela em qualquer período de sua vida (BRASIL, 2009).

#### **1.4 Violência contra a pessoa idosa**

O primeiro relato de estudo do fenômeno da violência contra idosos foi descrito em 1975, na Inglaterra, por meio da observação do “espancamento de avós” (KLEINSCHMIDT, 1997 apud ABATH, 2012). No Brasil, apesar da relevância da temática para a saúde pública, o fenômeno começou a ganhar visibilidade apenas na década de 1990; por esse motivo, estudos abordando essa temática ainda são escassos (MINAYO; SOUSA, 2010).

Para, a violência faz parte da condição humana. Mesmo os mais pacifistas, em algum momento se descobrem violentos, se descobrem odiando e fazendo, ou, ao menos, desejando o mal para alguém. Para a autora, todos são passíveis de gerar algum tipo de violência em maior ou menor grau (GOLDFARB, 2010).

No campo da saúde, essa violência é registrada como maus-tratos, e seus impactos são representados no capítulo ‘Causas externas’ da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em que são incluídos eventos não naturais que levam à morte ou provocam lesões e traumas. Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), no ano de 2007, 18.946 idosos morreram por causas externas no Brasil, representando a sétima causa de morte da população acima de 60 anos. Nesse mesmo ano, houve aproximadamente 125.000 hospitalizações de idosos por essa causa.

O envelhecimento populacional no mundo é um dos maiores desafios contemporâneos da Saúde Pública. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, recentemente, os países em desenvolvimento mostram o envelhecimento da população de forma mais acentuada. Estima-se que alcançará 25 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no *ranking* mundial de países

com maior número de pessoas nessa faixa etária (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos, algumas decorrentes da fragilidade e da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de várias mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada nos dias atuais.

Quando se aprofunda no problema social da violência contra os idosos, observam-se duas dimensões muito fortes que convivem entre si. Uma dimensão coletiva e que conforma o imaginário popular, constituindo uma visão negativa do envelhecimento. A sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e, quase sempre, ganhando uma pequena aposentadoria, podem ser descartados ou são considerados inúteis. Numa segunda dimensão, aquela que vem da convivência com as pessoas idosas e do conhecimento de sua história, considera a distinção dos idosos em suas características e em suas necessidades (MINAYO, 2009).

As características da sociedade brasileira atual, tais como as sérias dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude são fatores reconhecidamente favorecedores da disseminação da violência e fazem crer que o problema seja bastante frequente, tornando de grande relevância no país a violência contra os idosos (APRATTO JUNIOR, 2010).

Além dos fenômenos inerentes ao processo de envelhecimento, como as modificações fisiológicas e patologias consideradas típicas da terceira idade, a pessoa idosa também está susceptível ao fenômeno da violência. Trata-se de um problema com consequências devastadoras para os idosos, pois acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade (MASCARENHAS, 2012). A violência contra o idoso é um ato - único ou repetido - ou omissão que lhe cause dano ou aflição e resulta, na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor, omissão ou perda dos direitos humanos e redução da qualidade de vida.

Por ser a idade o principal fator de risco associado aos problemas de saúde do idoso, e a multiplicidade de doenças crônicas é uma característica frequente entre idosos, a estratégia de cuidados deve ser distinta em relação à empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso e identificar os fatores de risco, buscando a estabilização do quadro, afim de manter a capacidade funcional do idoso (VERAS, 2010).

Salienta-se que no âmbito da saúde, os acidentes e violências constam nos capítulos XIX e XX da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª revisão (MINAYO; SOUZA (2010). Os idosos também são afetados, o que implica perdas humanas e atendimentos de maior complexidade nos serviços de saúde, mesmo não sendo o grupo com maior risco de morrer ou sofrer ferimentos por causas externas, principalmente na rede pública e conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS), para onde a maioria dos casos é referenciada.

### **1.5 Legislações nacional e estadual**

As principais políticas públicas e portarias que focam a pessoa idosa, e aquelas que estruturam e organizam a rede de serviços públicos e conveniados do SUS, estão listadas abaixo (BRASIL, 2005):

- . Política Nacional do Idoso (1994);
- . Estatuto do Idoso (2003);
- . Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006);
- . Política Nacional de Atenção às Urgências (2006);
- . Pacto pela Saúde (2006).
- . Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008).

Dois marcos são referenciais: o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV).

No que se refere à pessoa idosa, os caminhos percorridos até então são recentes e passam pelas Assembleias Mundiais sobre Envelhecimento promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). A última delas realizou-se em Madri em 2002, na qual se elaborou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), o Estatuto do Idoso (2003) e as duas Conferências Nacionais dos Direitos do Idoso (2006 e 2009) destacam as especificidades do atendimento que deve ser oferecido, mas não abordam devidamente o tema da violência nem do ponto de vista de suas manifestações, nem quanto à magnitude e intensidade com que ocorrem.

A presente década tem se apresentado como um período de criação, articulação, integração e consolidação de Planos e Redes de proteção e de garantia dos direitos das pessoas idosas, como é o caso da Rede Nacional dos Direitos dos Idosos (RENADI) e da Rede Internacional de Prevenção de Maus-Tratos às Pessoas Idosas (RIPMTPI). Passos concretos são fundamentais, pois a população idosa cresce aceleradamente.

A ampliação da população idosa demanda o desenvolvimento de leis que atendam às necessidades e garantam os direitos dessa parte da população (MINAYO,2009).

Nesse sentido a criação do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) firmou o intuito de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

À parte toda a complexidade da questão, é colocado no artigo 230 da Constituição Federal que: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1998). Em termos legais, fica claro na Lei nº. 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, em seu capítulo IV, § 3º, o dever, de todo cidadão, de denunciar qualquer forma de negligência e maus-tratos ao idoso (BRASIL, 1996). No artigo 10, inciso IV dessa lei, é apresentado 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 (MINAYO,2009).

Embora as leis existam, ainda há muito que se trabalhar no aspecto da violência contra a pessoa idosa, pois considerando que, na maioria das vezes, os agressores são os familiares, pode ser muito angustiante para o idoso denunciá-los.

A família requer a manutenção de uma relação profunda de reciprocidade entre os diferentes elementos e gerações. Isso, porém, nem sempre está presente. O idoso, muitas vezes, não consegue desempenhar o seu papel na vida familiar (COSTA E CHAVES, 2008).

O artigo 99 do Estatuto do Idoso esclarece as implicações legais a quem praticar violência contra idosos: expor a integridade física ou psíquica do idoso a perigo resulta em pena de reclusão de dois meses a um ano e multa, com benefício da suspensão condicional. Se a violência relacionar-se à lesão corporal de natureza grave, então a pena será de reclusão de um a quatro anos, mas se resultar em morte, a reclusão será de quatro a 12 anos, sendo que, nesse caso, não há benefício da suspensão condicional do processo. Ainda segundo o artigo 57, o profissional da área de saúde pode ser penalizado por não denunciar situação de violência identificada: para a falta de comunicação de crime, há a pena de multa que varia de R\$ 500,00 a R\$ 3.000,00, podendo ser dobrada se existir reincidência (SIQUEIRA, 2004).

A denúncia do agressor familiar ainda continua não sendo abordada em todas as suas dimensões. Verificam-se casos de omissão ou negligência que ocorrem pela exclusiva falta de orientação adequada dos familiares (SANCHES, LEBRÃO; DUARTE, 2008). Nesses casos, a reclusão como punição pode, muitas vezes, significar a ausência do cuidador desse idoso. Por isso alguns autores sugerem que os termos abuso e negligência sejam separados, já que abordam os termos agressores e riscos diferenciados e que merecem tratamentos distintos.

Com a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 10 de outubro de 2003), ficou legitimado o direito à saúde, à educação, à habitação e principalmente à ação do Ministério Público para acelerar processos em defesa do idoso (BRASIL, 2009).

A atual legislação garante: o envelhecimento é um direito personalíssimo (BRASIL, 2009). O *Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa* aprofunda e focaliza as diretrizes para atuação do Poder Público, nos casos de abusos, maus-tratos e negligências, sobre os responsáveis por provocar nas pessoas idosas mortes, lesões, traumas e sofrimento físico e emocional.

## **Estatuto do Idoso**

O Estatuto do Idoso foi sancionado na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e assegura direitos específicos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

O Estatuto afirma, em seu artigo 3º, que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (MINAYO, 2005).

A garantia de prioridade compreende as seguintes situações (MINAYO, 2005):

- . Atendimento preferencial imediato e individualizado pelos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- . Preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- . Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- . Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- . Priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto nos casos em que não tenha familiares ou careça de condições de sobrevivência;
- . Capacitação e reciclagem de profissionais nas áreas de geriatria e de gerontologia e de prestação de serviços;
- . Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; e
- . Garantia de acesso à rede de serviços locais de saúde e de assistência social.

## **Política Nacional do Idoso -**

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi promulgada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Essa lei assegura, no artigo 1º, os direitos sociais do idoso, criando

condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dentre outras regulamentações, cria o Conselho Nacional do Idoso. A PNI não traz qualquer discussão acerca do tema da violência, a justificativa se dá por ser um documento da década de 1990, e o tema de violação dos direitos da pessoa idosa ainda não ser debatido. O que mais se aproxima do tema encontra-se no item que trata do atendimento pré-hospitalar, no qual se destaca uma visão preventivista, e não há referência aos agravos violentos.

Em seu artigo 10º destaca a necessidade de se garantir ao idoso o atendimento nos diversos níveis de serviços do SUS, aponta para a implementação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do idoso, mediante programas e medidas preventivas. Este artigo ressalta, também, a necessidade de criação de serviços alternativos de saúde para o idoso.

### **Política Nacional de Atenção às Urgências**

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) é na verdade um compilado de portarias editadas pelo Gabinete do Ministério da Saúde, publicadas em 2006 pela Secretaria de Atenção à Saúde por via da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência.

Fazem parte dessa Política as Portarias nº 2.048/2002, 1.863/2003, 1.864/2003, 2.072/2003, 1.828/2004 e 2.420/2004. Elas versam sobre a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência, apresentando a formalização da Política Nacional de Atenção às Urgências e a instituição do componente “pré-hospitalar móvel”. Regulamentam, também, o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e o grupo técnico que visa a avaliar e recomendar estratégias para abordagem dos episódios de morte súbita

Por fim, a PNAU dispõe sobre o incentivo financeiro para adequação física das centrais de regulação. Por se tratar de um conjunto de orientações recentes, o texto já faz referência à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, indicando, em vários momentos, a existência de integração

entre essas políticas e a preocupação com os traumas produzidos pela violência social.

No texto introdutório da Política Nacional de Atenção às Urgências, destaca-se a importância da prevenção dos acidentes mais comuns em idosos, convocando os gestores municipais a repensar o traçado urbano e a conservação das calçadas de seus municípios. Tais preocupações são também consoantes com orientações do Estatuto do Idoso.

Na atenção básica, recomenda-se a identificação de idosos com queixas de alterações da audição, vertigem, chiado ou zumbido no ouvido que devem ser referenciados para avaliação especializada e a realização de triagem e monitoramento da audição de idosos. Na atenção de média complexidade, os serviços devem realizar diagnóstico de perdas auditivas. Na de alta complexidade, os serviços são instados a diagnosticar perdas auditivas e contemplar a reabilitação dos idosos.

Em todos os níveis da atenção, destaca-se a necessidade de se respeitarem as especificidades exigidas na avaliação do grupo de idosos. Entretanto, é digno de nota o fato de a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência não se referir aos traumas auditivos em idosos, causados pela violência, o que seria um avanço, tendo em vista que já existe essa preocupação dos odontólogos em diagnosticar traumas bucais provenientes da violência social.

Além disso, há omissão quanto a outros traumas provocados pelas distintas formas de acidentes e violências que podem deixar sequelas e incapacidades temporárias e permanentes em pessoas idosas.

**O Pacto pela Saúde**, publicado na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, já contempla a saúde do idoso e a inclusão das violências na pauta da saúde. Subdivide-se em três partes: **Pacto pela Vida; Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS**. Seu objetivo principal é a consolidação do SUS, a partir de um conjunto de compromissos e reforço à articulação das prioridades dos governos federal, estaduais e municipais. O documento preconiza o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária, atendendo às diretrizes de universalização, descentralização e territorialização da atenção.

Apresentada como uma das prioridades do Pacto, a saúde do idoso é abordada através da construção de diretrizes que orientam tanto a disponibilização de recursos e a garantia da qualidade da atenção como o estímulo à formação e educação permanente dos trabalhadores e gestores e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O caminho proposto para efetivação da atenção à saúde da pessoa idosa é o fortalecimento da atenção básica por meio de ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Alinhando as diretrizes da ESF, o Pacto preconiza o respeito às especificidades locais e o estímulo à adoção de modos de viver não violentos e a promoção da cultura de paz, de forma coincidente com a PNRMAV. A Portaria nº 687, de 3 de março de 2006, complementa as diretrizes do Pacto e aprova a Política de Promoção da Saúde.

Essa portaria apresenta como objetivos a promoção da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde. O texto relaciona promoção da saúde a determinantes e condicionantes vinculados ao modo de viver e às condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Apesar de citar especificamente a atenção à pessoa idosa, essa política preconiza os cuidados com a promoção da saúde de grupos mais vulneráveis. Nela, linhas de ação são estabelecidas para o enfrentamento das violências de forma mais ampliada e direcionada à adoção de uma cultura de paz, à prevenção de acidentes e ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

### **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: amadurecimento**

Esse documento foi aprovado por meio da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Acompanhando os avanços incorporados pelas outras portarias, nesta se amplia o escopo das ações de promoção, atenção integral, provimento de recursos, participação e controle social, formação permanente dos profissionais, cooperação internacional e apoio à realização de estudos e pesquisas.

No que concerne à diretriz de promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, a Política prevê:

- . Desenvolvimento e valorização de uma forma de atendimento acolhedora e resolutiva, baseada em critérios de risco;
- . Informação sobre seus direitos, inclusive o de ser acompanhado por pessoa de sua rede social e sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- . Valorização, respeito e solidariedade para com a pessoa idosa;
- . Facilitação da participação da pessoa idosa em equipamentos sociais;
- . Estímulo à nutrição balanceada, ao sexo seguro, à imunização e a hábitos saudáveis de vida;
- . Realização de ações incentivadoras do abandono do uso de álcool, de tabaco e do sedentarismo, em todos os níveis da atenção.

Em relação ao monitoramento da ocorrência de acidentes e violências, a Política é bastante explícita e aborda os principais agravos que ocorrem com os idosos. Prevê ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos. E aborda claramente a necessidade de ações integradas de superação da violência doméstica e institucional.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa recomenda aos gestores que tenham critérios estabelecidos para organizar a rede de serviços, como insumos e provimento de recursos para adequação da estrutura física, qualificação técnica dos profissionais e implementação de procedimento ambulatorial para avaliação global do idoso.

Recomenda, ainda, que pessoas idosas recebam orientação sobre envelhecimento saudável e autocuidados para reduzir hospitalizações. No entanto, o documento não faz menção explícita à violência doméstica, a que mais ocorre e vitimiza os idosos. Faz parte do mesmo documento de política a preconização da assistência interdisciplinar e multidimensional quanto aos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Nele também se ressalta a importância da rede de suporte social e do ambiente comunitário e familiar no qual o idoso está inserido, embora não fique explícita sua maior vulnerabilidade a ocorrências de violência. O texto se refere

também à necessidade de acompanhamento dos cuidadores. E destaca, ainda, que todas as intervenções devem estimular o autocuidado e se orientar para a promoção da autonomia e da independência, e estar atentas à detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e de comprometimento precoce da funcionalidade.

O foco na autonomia e na independência do idoso encobre um dado da literatura nacional e internacional que mostra como principais vítimas de violência os idosos mais dependentes e demenciados e com menos acesso aos serviços de saúde. Estes requerem maior cuidado e atenção, por isso mesmo estressam e cansam mais os cuidadores.

Outra situação conflitante é a exploração financeira e as perdas materiais. Muitas vezes o idoso é o único mantenedor do lar, e seus recursos advêm de aposentadorias e pensões. Além disso, os seus bens materiais foram conseguidos após anos de trabalho, de modo que sua perda tem um significado fragilizado, pois configura a perda da sua força física e da capacidade para o trabalho.

A condição de fragilidade, nas relações que o idoso mantém com familiares, é reforçada pela situação de dependência que, nos casos de violência, se configura como dependência dos próprios “agressores”. Existe uma inversão dos valores familiares, com perda do controle do orçamento familiar e das decisões importantes. O idoso, nesta nova condição, perde o valor da experiência de vida, passando a ser caracterizado como sujeitos passivos e sem referenciais de vida importantes (SILVA et al., 2012).

### **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PNRMAV**

De acordo com Minayo (2005), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) foi aprovada pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, e estabelece algumas diretrizes gerais que visam à orientação do setor saúde:

- . Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- . Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;

- . Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- . Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- . Estruturação e consolidação do atendimento voltado para recuperação e reabilitação;
- . Capacitação de recursos humanos; e
- . Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

## **1.6 Sistemas de Informação de Agravos de Notificação**

Um dos objetivos da vigilância epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse propósito, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, numa área geográfica, ou população definida (BRASIL,2009).

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e à execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias.

A Organização Mundial da Saúde (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004 apud NEVES; JUNGES, 2011) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e, inclusive, recomendações para a ação.

A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados produzidos no local do evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados são tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a informação – capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2009).

A Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, define

[...] as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar cada vez mais atentos a estes casos, entendendo a relevância da notificação e perdendo o medo de notificar.

Segundo o Ministério da Saúde, a notificação de maus-tratos pode ser definida como uma informação emitida pelo setor saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa com a finalidade de promover cuidados sócios sanitários voltados para a proteção das vítimas de maus-tratos. A notificação permite que os profissionais de saúde disponibilizem para a vítima apoio e orientação, auxiliando deste modo para que a vítima diminua a sensação de revolta e para que medidas controladoras sejam realizadas para o fim destes casos (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) principais e ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) são: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH – SUS) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2011), mas é facultado a Estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (BARBOSA, 2006).

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade.

É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BASTOS, 2009).

Para os serviços de saúde, segundo Luna *et al.* (2010), o registro tem ainda o objetivo de gerar um perfil dos problemas e da demanda e, assim, subsidiar o planejamento adequado de atenção às vítimas nas Unidades Básicas de Saúde e no sistema como um todo. Ainda afirma que a legislação sobre maus-tratos no Brasil tem adotado como parâmetro o modelo americano no que diz respeito à obrigatoriedade de notificar estabelecida para profissionais, à necessidade de encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei e à punição para o profissional que não notifica.

O Sistema de Informação Epidemiológica operacionaliza suas atividades se baseando na descentralização das três esferas governamentais relacionadas à gestão, estruturação e operacionalização. Dessa maneira, União, Estado e Município desempenham suas competências de acordo com o manual de normas e rotinas do SINAN. A sistematização destas nas atribuições permite a efetividade deste sistema (BRASIL, 2007).

Porém, de acordo com Silveira, Iwamoto e Miranzi (2009), alguns entraves acontecem na esfera local que permitem distorção das informações, prejudicando a confiabilidade das mesmas. Dentre estes entraves, as autoras relatam o não preenchimento de todos os campos da ficha de notificação, existindo uma priorização de alguns procedimentos de atenção à saúde em detrimento à pausa para preenchimento da ficha de notificação.

Para a consistência dos dados, se faz necessária, como ferramenta de análise, a completude dos campos que se refere ao grau de preenchimento das camposcampos. Esta análise é que gera produto para reformulação de normas e técnicas bem como de políticas públicas de saúde (CERQUEIRA; MIRANDA; MACIEL, 2010).

É importante destacar que a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, registrando sua magnitude, gravidade, perfil das pessoas em situação de violência, a tipologia, a

localização e outras características dos eventos violentos (BRASIL, 2009). Porém, o desconhecimento da necessidade e a importância da notificação ou até mesmo o receio da denúncia dos casos fazem com que ações e medidas de controle e monitoramento sejam ineficazes.

A Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (FIIV) é composta por um conjunto de campos e categorias que retratam o perfil das violências perpetradas contra os grupos populacionais (BRASIL, 2009), porém é comum a todos os tipos de violência.

O Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), ampliando os campos no monitoramento desses eventos que atingem crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas. Fazem parte deste sistema dois componentes, a Vigilância Contínua que aborda os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde, e a Vigilância Sentinela que é feita através de inquérito, por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletados em Serviços de Urgência e Emergência, realizada inicialmente a cada ano e a partir de 2007 a cada dois anos (BRASIL, 2009). Estes dois componentes possuem seus devidos instrumentos de coleta, a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (interpessoais ou autoprovocadas) e a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, respectivamente.

A vigilância epidemiológica das violências no Estado de Minas Gerais é realizada através do SIM, SIH/SUS, SINAN – NET.

Cavalcanti et al. (2007) mostram que, desde 2005, a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) tem procurado capacitar alguns profissionais em diversas partes do país, responsáveis pelos registros dos dados sobre violência, para que busquem qualificar os registros. Mas têm havido também tentativas de implantar, experimentalmente, fichas de notificação com perguntas adequadas e precisas. A elaboração do Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências pelo MS é mais uma estratégia de implantar de forma efetiva a vigilância epidemiológica dos casos de violência

doméstica, sexual e/ou outras violências, com uma uniformização de conceitos, facilitando o entendimento das categorias e campos que compõem a ferramenta de coleta das informações relativas aos eventos das violências (BRASIL, 2009).

Luna *et al.* (2010) relatam que as vítimas de violência, por apresentarem características bastante peculiares das demais clientela oriundas de notificações compulsórias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal.

Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, abrangente e global. Sendo assim, o profissional de saúde não pode estar alheio a tal situação e deve posicionar-se como mediador e articulador, na rede de apoio de proteção às vítimas, principalmente aqueles que trabalham na atenção básica, lócus que a cada dia se confirma como porta de entrada no Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde preconiza que as atividades educativas sejam desenvolvidas com o objetivo de oferecer conhecimentos à comunidade e, assim, propiciar o questionamento e reflexão sobre os diversos temas relacionados com a saúde (BRASIL, 2006).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o perfil epidemiológico dos casos de violência contra o idoso, notificados no Estado de Minas Gerais, nos anos de 2009 e 2012.

### **2.2 Específicos**

- 1- Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de violência contra o idoso no Estado de Minas Gerais;
- 2- Descrever a incidência, mortalidade e letalidade dos casos notificados de violência, segundo tipos e sexo;
- 3- Descrever as incidências dos diferentes tipos de violência, segundo sexo;
- 4- Analisar a completude dos campos preenchidos da ficha de notificação de violência contra o idoso, segundo os tipos de violência;
- 5- Verificar os municípios do Estado de Minas Gerais que realizaram a notificação dos casos de violência e mapeá-los.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Material e métodos**

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, do tipo ecológico e de base territorial, fundamentando-se na definição de Almeida Filho e Rouquayrol (2006) e Medronho (2009) que caracterizam o estudo ecológico como frequentemente utilizado, combinando-se bases de dados referentes a áreas geográficas, grupos de populações delimitados ou grandes populações, em que a análise compara campos globais que podem ser por meio de correlação entre indicadores relacionados a condições de vida e de saúde. Este tipo de estudo de base territorial usa a referência geográfica para definição das suas unidades de informação que abrangem qualquer nível, por exemplo, país, Estado, municípios ou um setor censitário.

#### **3.2 Local do estudo e período**

A pesquisa foi desenvolvida levando-se em consideração a área de abrangência do Estado de Minas Gerais e os anos de 2009 e 2012. Utilizaram-se o ano de 2009, pois a Ficha de Investigação Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências (FIIV) foi implantada no Estado de Minas Gerais no segundo semestre de 2008, e o ano de 2012, por ser o último disponível de janeiro a dezembro, na oportunidade do início da pesquisa.

#### **3.3 Definição da população de estudo**

Esta pesquisa é parte integrante de um estudo de maior abrangência que identificou o perfil epidemiológico das notificações de violência no Estado de Minas Gerais. No presente estudo, a população foi constituída por idosos, sendo, no ano de 2009, 66 casos e, em 2012, 1.979 casos de violência, totalizando 2.045 casos por meio das notificações contidas no banco de dados da Secretaria do Estado de Saúde/Minas Gerais, portanto dados secundários e retrospectivos. Os casos

considerados foram os notificados em Minas Gerais, segundo a FIIV do Sinan (Anexo I).

### **3.4 Critérios de inclusão**

A população foi composta por casos de violência de idosos residentes em Minas Gerais, que tenham sido notificados no Sinan, por meio da FIIV, preconizada pelo Ministério da Saúde, no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro dos anos 2009 e 2012. Foram selecionadas todas as fichas de notificação com data de nascimento inferior ao ano de 1949.

### **3.5 Critérios de exclusão**

Todos os casos notificados de indivíduos não residentes no Estado de Minas Gerais.

### **3.6 Processamento e análise dos dados**

Os dados foram gerenciados no *software* Excel 2007 e analisados no programa estatístico “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 16.0.

Para análise do primeiro objetivo, foram utilizadas os seguintes campos: tipo de notificação, agravo/doença, data e ocorrência da notificação, município e Estado de notificação e de ocorrência, idade, sexo, se gestante, situação conjugal/estado civil, relações sexuais, raça/cor, escolaridade, zona e local de residência e ocorrência, se a vítima possuía alguma deficiência/transtorno o tipo de deficiência/transtorno, se a violência ocorreu outras vezes, se a lesão foi autoprovocada, tipologia da violência, meio de agressão, tipo de violência sexual, tipo de penetração, procedimento realizado, consequência da ocorrência no momento da notificação, natureza da lesão, parte do corpo atingida, número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com agressor, sexo do provável agressor, suspeito de uso de álcool, encaminhamento ao setor saúde e para outros setores,

violência relacionada ao trabalho, emissão de CAT, classificação final e evolução do caso. Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para os campos categóricas. Os dados foram organizados em tabelas.

Na análise do segundo objetivo para o cálculo dos indicadores, foi utilizado o número da população (denominador) proveniente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtido no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS): [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

Os indicadores utilizados para o estudo foram: coeficientes de incidência e mortalidade e índice de letalidade por estratos etários e sexo para o Estado de Minas Gerais. Os coeficientes de incidência e mortalidade foram expressos como número de casos ou óbitos (respectivamente) por 100.000 hab.ano. A letalidade foi expressa como número de óbitos dividido pelo total de casos no ano em porcentagem, conforme as fórmulas:

$$\text{Coeficiente de incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ casos novos de notificação de violência no ano e região}}{\text{População estimada em 1}^\circ \text{ de julho no ano e região}} \times 100.000$$

$$\text{Coeficiente de mortalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por violência notificados no ano e região}}{\text{População estimada em 1}^\circ \text{ de julho no ano e região}} \times 100.000$$

$$\text{Índice de letalidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos por violência notificados no ano e região}}{\text{Número de casos por violência notificados no ano e região}} \times 100$$

Para análise do terceiro objetivo, foi calculada a Razão de Sexo (RR) para a incidência, segundo ano. Constituída pela fórmula:

$$\text{Razão de sexo: } \frac{\text{Incidência de violência no sexo feminino}}{\text{Incidência de violência no sexo masculino}}$$

Para análise do quarto objetivo, a verificação da qualidade do preenchimento dos campos foi feita com base nos critérios propostos pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) que considera a proporção de informação ignorada, os campos em branco e os códigos atribuídos como informação ignorada especificada, caracterizados como incompletude de informação. A CEPAL considera *excelente* quando há menos de 5% de informações incompletas, *bom* de 5% a 10%, *regular* de 10% a 20%, *ruim* de 20% a 50% e *muito ruim* de 50% ou mais (ROMERO; CUNHA, 2006). Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para os campos categóricos. Os dados foram organizados em quadros.

Para análise do quinto objetivo, foi utilizado o geoprocessamento que, segundo Brasil (2006), é um conjunto de técnicas computacionais necessárias para manipular informações espacialmente referidas. Aplicando a questões de Saúde Coletiva, permite o mapeamento de doenças, avaliação de riscos, o planejamento de ações de saúde e avaliação de redes de atenção.

O Sistema de Informação Geográfica – SIG é uma das ferramentas contidas no arcabouço do georreferenciamento de grande utilidade na área da saúde (BARCELLOS et al., 2008) e foi a técnica utilizada para esta pesquisa. O estudo foi desenvolvido em três etapas: na primeira, foi realizado um levantamento das informações referentes aos municípios e Superintendências Regionais de Saúde (SRS) que realizaram notificações através de análise exploratória descritiva dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais. Na segunda fase, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica para relacioná-los aos municípios e SRS, de modo a alimentar o sistema de geoprocessamento. Na terceira, foram gerados mapas temáticos a partir das informações obtidas e de uma base cartográfica digital. Nessa etapa foi utilizado o software *Tabwim 32*.

### **3.7 Considerações éticas**

Trata-se de um estudo com base de dados secundários, cujo banco de dados foi solicitado à SES/MG sem campos de identificação pessoal, como nome e endereço. Os dados das fichas provenientes do banco informatizado foram manuseados apenas pela equipe da pesquisa. Os resultados foram divulgados na forma de consolidado, não contendo campos de identificação pessoal. Contudo, não se fez necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que as fichas já tinham sido coletadas e arquivadas, o sigilo pessoal foi mantido e ainda porque esta prática poderia trazer mais sofrimento para o paciente e familiares, principalmente para os casos que foram a óbito. Ademais, como o estudo refere-se ao Estado como um todo ficaria inviável a coleta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFTM e está aprovado sob protocolo N<sup>o</sup> 1880.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Perfil epidemiológico dos casos de violência contra idosos**

Os casos de violência contra idosos notificados no Estado de Minas Gerais, ao longo de 4 anos, aumentaram substancialmente. Em 2009, foram notificados 66 casos; em 2010, 263 casos; em 2011, 648 casos e, em 2012, foram notificados 1.979 casos.

Como em 2009, a maioria dos campos da FIIV foi classificada entre regular, boa e excelente. Neste estudo, serão analisados os anos de 2009 e 2012. Este último, porém, retrata a realidade com dados mais atuais.

No ano de 2009, a Superintendência Regional de Saúde (SRS) com maior número de notificações foi a de Belo Horizonte com 42,42% dos casos (28), seguida pela de Uberaba com 19,70% dos casos (13). Em 2012, as notificações foram mais frequentes nos municípios da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Manhumirim com 547 casos (27,64%) seguidos pela SRS de Belo Horizonte com 306 casos (15,46%) (Tabela 1).

**Tabela 1 –** Frequência e porcentagem dos casos notificados de violência contra o idoso, segundo SRS de Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	%	N	%
ALFENAS	0	0	44	2,22
BARBACENA	0	0	28	1,41
BELO HORIZONTE	28	42,42	306	15,46
CEL FABRICIANO	0	0	21	1,06
DIAMANTINA	2	3,03	13	0,66
DIVINÓPOLIS	0	0	98	4,95
GOV. VALADARES	0	0	11	0,56
ITABIRA	2	3,03	102	5,15
ITUIUTABA	0	0	1	0,05
JANUÁRIA	0	0	49	2,48
JUIZ DE FORA	2	3,03	43	2,17
LEOPOLDINA	0	0	15	0,76
MANHUMIRIM	0	0	547	27,64
MONTES CLAROS	3	4,55	46	2,32
PASSOS	1	1,51	28	1,41
PATOS DE MINAS	3	4,55	41	2,07
PEDRA AZUL	7	10,61	12	0,61
PIRAPORA	0	0	25	1,26
PONTE NOVA	0	0	82	4,14
POUSO ALEGRE	0	0	110	5,56
SÃO JOÃO DEL REI	0	0	32	1,62
SETE LAGOAS	2	3,03	61	3,08
TEOFILO OTONI	0	0	27	1,36
UBÁ	0	0	23	1,16
UBERABA	13	19,7	80	4,04
UBERLÂNDIA	0	0	47	2,37
UNAÍ	2	3,03	10	0,51
VARGINHA	1	1,51	77	3,89
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100,00</b>	<b>1979</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a autora, 2013.

Os valores utilizados como referência para análise da completude do preenchimento da ficha de notificação de violência contra idosos, em Minas Gerais

de 2009 e 2012, foram de acordo com critérios estabelecidos pela CEPAL (ROMERO; CUNHA, 2006). Procedeu-se à análise dos campos classificadas com incompletude entre 0 e 20%.

Foi observada uma maior falta na qualidade dos dados, sendo que, em 2009, a maioria esteve entre excelente e bom, e, em 2012, houve um aumento dos dados classificados como regulares e ruins (Quadros 1 e 2).

**Quadro 1 – Classificação dos campos da Ficha Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências (contra idosos) segundo a completude, 2009**

Excelente > 5%	Número da notificação. Tipo. Agravo. Código(CID10). Data da notificação. UF da notificação. Cidade da notificação. Unidade de saúde. Data da ocorrência. Data nascimento. Idade. Sexo. UF residência. Cidade de residência. Zona. Transtorno mental. Outros Violência física. Negligência. Emitida CAT. Classificação final. Data do encerramento.
Bom 5% - 10%	Gestante. D. físico. D.mental. D.Visual. D.auditivo. Transtorno comportamental. Violência psicológica. Violência tortura. Violência sexual. Tráfico de seres humanos. Violência financeira. Meio de agressão força. Enforcamento. Objeto contundente. Perfuro-cortante. Substância quente. Envenenamento. Arma de fogo. Assédio sexual Estupro. Atentado ao pudor. Exploração. Outro tipo de violência sexual. Penetração oral. Anal. Profilaxia DST. Profilaxia HIV. Profilaxia Hep B. Coleta de sangue. Coleta de sêmen. Parte do corpo envolvida
Regular 10%-20%	Cidade ocorrência. Intervenção Legal. Outro tipo de violência. Ameaça. Outro meio de agressão. P. Vaginal. Coleta de secreção vaginal. Contracepção. Aborto. Consequência aborto. Gravidez. DST. Suicídio. Transtorno comportamental. Natureza da lesão. Conselho Tutelar. Casa abrigo. Programa sentinela. Ministério público. Centro de referência da mulher. Centro ref. da Assistência social. Delegacia de atendimento a mulher. Outras Delegacias. IML. Outros encaminhamentos. Violência relacionada ao trabalho . Evolução do caso.
Ruim 20%-50%	Raça. Estado Civil. Possui transtorno. UF ocorrência. Zona. Local. Lesão auto-provocada. Transtorno mental. Estresse. Outras consequências. Número de envolvidos. Pai. Mãe. Cônjuge. Ex-cônjuge. Namorado. Ex-namorado. Filho. Irmão. Conhecido. Desconhecido. Cuidador. Patrão. Pessoas com relação institucional. Policial. Própria pessoa. Outros envolvidos. Sexo do provável agressor. Encaminhado no setor saúde.
Muito Ruim >50%	Escolaridade. Ocupação. Relação sexual. Deficiência especial. Hora. Ocorreu outra vez. Violência especial. Meio de agressão especial. Tipo de violência especial. Suspeita uso de álcool. Circunstância da lesão. Óbito por violência.

Fonte: a autora, 2013.

**Quadro 2 – Classificação dos campos da Ficha Individual de Violência Doméstica Sexual e/ou Outras Violências (contra idosos) segundo a completude, 2012.**

Excelente > 5%	Número da notificação. Tipo. Agravo. Código(CID10). Data da notificação. UF da notificação. Cidade da notificação. Unidade de saúde. Data da ocorrência. Idade. Sexo. UF residência. Cidade de residência. Classificação final. Data do encerramento.
Bom 5% - 10%	Zona de residência. D. físico. D.mental. D.Visual. D.auditivo. Transtorno mental. Transtorno comportamental. Outros transtornos. Violência física. Emitida CAT.
Regular 10%-20%	Data nascimento. Gestante. Raça. Escolaridade. Estado Civil. UF ocorrência. Cidade ocorrência. Zona ocorrência. Lesão auto-provocada. Violência psicológica. Violência tortura. Violência sexual. Tráfico de seres humanos. Violência financeira. Negligência. Intervenção Legal. Outros. Meio de agressão força. Enforcamento. Objeto contundente. Perfuro-cortante. Substância quente. Envenenamento. Arma de fogo. Ameaça. Assédio sexual. Estupro. Atentado ao pudor. Exploração. Outros. Penetração oral. Anal. Vaginal. Profilaxia DST. Profilaxia HIV. Profilaxia Hep B. Coleta de sangue. Coleta de sêmen. Coleta de secreção vaginal. Contracepção. Aborto. Consequência aborto. Gravidez. Natureza da lesão. Parte do corpo envolvida. Número de envolvidos. Sexo do provável agressor. Violência relacionada ao trabalho.
Ruim 20%-50%	Ocupação. Possui transtorno. Local. Ocorreu outra vez. Outros. DST. Suicídio. Transtorno mental. Transtorno comportamental. Estresse. Outros. Pai. Mãe. Cônjuge. Ex-cônjuge. Namorado. Ex-namorado. Filho. Irmão. Conhecido. Desconhecido. Cuidador. Patrão. Pessoas com relação institucional. Policial. Própria pessoa. Outros. Suspeita uso de álcool. Encaminhado no setor saúde. Conselho Tutelar. Casa abrigo. Programa sentinela. Delegacia de atendimento a mulher. Outras Delegacias. Ministério público. Centro de referência da mulher. Centro ref. de Assistência social. IML. Outros. Evolução do caso.
Muito Ruim >50%	Relação sexual. Deficiência especial. Hora. Violência especial. Meio de agressão especial. Tipo de violência especial. Circunstância da lesão. Óbito por violência.

Fonte: a autora, 2013.

Foram classificados como excelentes (<5%) os campos referentes à identificação dos casos, identificação do município de residência, data da ocorrência e data do fechamento que são campos de preenchimento obrigatório.

As informações que foram classificadas como boas contemplaram dados quanto ao local da ocorrência e à presença de transtornos. No ano de 2009, houve mais campos classificadas como boas do que no ano de 2012, sendo elas relacionadas aos meios da agressão, às profilaxias, aos tipos de violência e ao objeto/meio utilizado para o ato. Estes campos foram classificados como regulares, no ano de 2012.

As informações sobre os envolvidos na ação de violência, objetos utilizados e encaminhamentos realizados foram classificadas como regulares (10% a 20%) e ruins (20% a 50%).

A análise da variável escolaridade, que é significativa para o estudo epidemiológico, foi classificada como muito ruim, em 2009, e regular, em 2012. Foi observado que, em todos os anos, houve mais registro para a informação ignorada.

A análise da evolução do caso e da raça ficou entre regular e ruim nos anos estudados, sendo evolução do caso regular, em 2009, e ruim, em 2012, e raça, ruim, em 2009, e regular, em 2012.

Foram classificados como ruins e muito ruins os registros quanto à ocupação, à hora da ocorrência, ao meio de agressão especial e à deficiência especial. Foram especificados como abandono e agressão verbal no caso de agressão especial e alcoolismo e depressão como deficiência especial.

Em relação às notificações por sexo, a distribuição foi maior para o sexo feminino em todos os anos, sendo de 51,5% (34 casos), em 2009, e 60,2% (1.192 casos), em 2012.

Nos dois anos da análise, as raças branca e parda foram as mais notificadas, sendo a branca com 27 casos (40,9%) e a parda com 16 casos (24,2%), em 2009. Salienta-se que, para esse ano, houve 27,2% de registro ignorado/branco. Já em 2012, houve uma inversão, sendo a raça parda a mais notificada com 914 casos (46,2%) seguida da raça branca com 541 casos (27,3%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Perfil demográfico dos casos de violência contra idosos, segundo sexo e raça, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	34	51,5	1192	60,2
Masculino	32	48,5	787	39,8
<b>Raça</b>				
Branca	27	40,9	541	27,3
Preta	5	7,6	188	9,5
Amarela	0	0	13	0,7
Parda	16	24,3	914	46,2
Indígena	0	0	6	0,3
Ignorado/branco	18	27,2	317	11,1

**Fonte:** a autora, 2013

Em relação a deficiências e aos transtornos foi de 24,2%, em 2009, e 7,7%, em 2012. Em 2009, a presença de transtorno mental<sup>1</sup> foi a mais significativa, indicando 10,6% dos casos. E em 2012, a deficiência mental<sup>2</sup> foi a que mais apresentou casos, com 2,2% do total (Tabela 3)

---

<sup>1</sup> Transtorno mental – série de condições que alteram o humor, vontades, concentração, bom senso. Exemplos são depressão, humor abalado e transtorno bipolar.

<sup>2</sup> Deficiência mental – funcionamento mental inferior à média, acompanhado de limitações significativas do funcionamento adaptativo. Há uma limitação no desenvolvimento das funções necessárias para compreender e interagir com o meio.

**Tabela 3 – Perfil epidemiológico dos casos de violência contra idosos, segundo deficiências e transtornos, Minas Gerais, 2009 e 2012.**

Deficiência/transtorno	2009		2012	
	N	%	N	%
<b>Deficiência/transtorno</b>				
<b>Física</b>				
Sim	4	6,1	39	2,0
Não	9	13,6	79	4,0
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	4	6,0	167	8,5
<b>Mental</b>				
Sim	6	9,1	44	2,2
Não	7	10,6	77	3,9
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	4	6,0	164	8,3
<b>Visual</b>				
Sim	2	3,0	12	0,6
Não	11	16,7	99	5,0
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	4	6,0	174	8,8
<b>Auditiva</b>				
Sim	1	1,5	17	0,9
Não	11	16,7	97	4,9
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	5	7,5	171	8,7
<b>Transtorno Mental</b>				
Sim	7	10,6	36	1,8
Não	7	10,6	81	4,1
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	3	4,5	168	8,5
<b>Transtorno de comportamento</b>				
Sim	1	1,5	23	1,2
Não	10	15,2	89	4,5
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	6	9,1	173	8,8
<b>Outras deficiências</b>				
Sim	5	7,6	18	0,9
Não	9	13,6	93	4,7
Não se aplica	49	74,2	1694	85,6
Ignorado/branco	3	4,5	174	8,8

Em relação à zona de habitação, a maioria das notificações referia-se à zona urbana, com 89,4%, em 2009, e 88%, em 2012. Este dado também foi observado quanto à zona de ocorrência, sendo, em 2009, 45 casos na zona urbana (68,2%) e, em 2012, foram 1.562 casos (78,9%) (Tabela 4).

Ao analisar a variável local de ocorrência, em todos os anos a maior frequência foi relacionada à residência, com 37 casos (56,1%), em 2009, e 931 casos (47%), em 2012 (Tabela 4).

Dentre os casos de repetição de violência, no ano de 2009 as notificações revelaram que era a primeira vez que os idosos sofreram violência, já, em 2012, a maioria dos casos foi recidiva, com 984 casos (49,7%).

Na variável lesão autoprovocada, a opção **não** predominou para a maioria das notificações, com 45 casos (68,2%), em 2009, e 1.507 casos (76,1%), em 2012 (Tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição da frequência de casos de violência contra idosos, segundo os dados de ocorrência, Minas Gerais, 2009 e 2012.**

	2009		2012	
	N	%	N	%
<b>UF de ocorrência - MG</b>				
Sim	51	77,3	1763	89,1
Não	----	---	2	0,1
Ignorado/branco	15	22,7	214	10,8
<b>Zona de ocorrência</b>				
Urbana	45	68,2	1562	78,9
Rural	6	9,1	131	6,6
Ignorado/branco	15	22,2	286	14,5
<b>Local da ocorrência</b>				
Residência	37	56,1	931	47,0
Habitação coletiva	---	---	10	0,5
Escola	---	---	12	0,6
Local de prática esportiva	---	---	4	0,2
Bar ou similar	1	1,5	23	1,2
Via pública	4	6,1	185	9,3
Comércio/serviços	---	---	9	0,5
Indústrias/construção	---	---	1	0,1
Outro	3	4,5	31	1,6
Ignorado/branco	21	31,8	773	39,1
<b>Ocorreu outras vezes</b>				
Sim	14	21,2	984	49,7
Não	18	27,3	504	25,5
Ignorado/branco	34	51,5	491	24,9
<b>Lesão autoprovocada</b>				
Sim	4	6,1	223	11,3
Não	45	68,2	1507	76,1
Ignorado/branco	17	25,8	249	12,6
<b>Total de casos</b>	<b>66</b>	<b>100,00</b>	<b>1979</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a autora, 2013

Quanto ao tipo de violência, no ano de 2009, a violência física atingiu 86,4% (57 casos) das notificações. Em 2012, a violência física também atingiu a maior frequência – 1.031 casos (52,1%), seguida pela violência por negligência com 625 casos (31,6%), pela violência financeira com 555 casos (28%) e a psicológica com 430 casos (21,7%) (Tabela 5).

**Tabela 5 –** Frequência e porcentagem dos casos de violência contra idosos, segundo os tipos de violência, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	%	N	%
<b>Violência física</b>				
Sim	57	86,4	1031	52,1
Não	6	9,1	781	39,5
Ignorado/branco	3	4,5	167	8,5
<b>Violência psicológica</b>				
Sim	19	28,8	430	21,7
Não	43	65,2	1247	63,0
Ignorado/branco	4	6,0	302	15,2
<b>Violência tortura</b>				
Sim	1	1,5	46	2,3
Não	60	90,9	1591	80,4
Ignorado/branco	5	7,5	342	17,3
<b>Violência sexual</b>				
Sim	8	12,1	115	5,8
Não	54	81,8	1541	77,9
Ignorado/branco	4	6,0	323	16,3
<b>Violência tráfico</b>				
Sim	0	0	0	0
Não	62	93,9	1637	82,7
Ignorado/branco	4	6,0	342	17,3
<b>Violência financeira</b>				
Sim	6	9,1	555	28,0
Não	54	81,8	1083	54,7
Ignorado/branco	6	9,0	341	17,2
<b>Violência negligência</b>				
Sim	9	13,6	625	31,6
Não	55	83,3	1025	51,8
Ignorado/branco	2	3,0	329	16,6
<b>Violência legal</b>				
Sim	1	1,5	5	,3
Não	58	87,9	1628	82,3
Ignorado/branco	7	10,6	346	17,5
<b>Outras Violências</b>				
Sim	0	0	102	5,2
Não	59	89,4	1524	77,0
Ignorado/branco	7	10,6	353	17,8

**Fonte:** a autora, 2013

**Tabela 6** - Distribuição dos casos de violência contra idosos, segundo os tipos de violência e sexo, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009				2012			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Física	28	42	29	44	831	42	200	10
Psicológica	11	17	8	12	391	20	39	2,0
Tortura	1	1,5	0	0	40	2,0	6	0,3
Sexual	8	12	0	0	104	5,2	11	0,5
Tráfico	0	0	0	0	0	0	0	0
Financeira	3	4,5	3	4,5	45	2,3	510	26
Negligência	6	9	3	4,5	105	5,3	520	26,2
Legal	0	0	1	1,5	3	0,1	2	0,1
Outros	0	0	0	0	76	3,8	26	1,3
Ignorado/branco	9	14	22	33,5	384	19,3	665	33,6

Fonte: a autora, 2013

Em relação ao meio de agressão, o uso da força física foi o mais registrado, sendo 39 casos (59,1%), em 2009, e 725 casos (36,6%), em 2012. Houve predomínio de uso de objeto em nove casos (13,6%), em 2009, e ameaça em 251 casos (12,7%), em 2012.

Os procedimentos com maior frequência realizados nos serviços de saúde foram, em 2009, coleta de sangue, sendo cinco casos (7,6%) e 40 casos (2,9%), em 2012 (Tabela 7).

**Tabela 7 –** Distribuição da ocorrência da violência em idosos, segundo procedimento indicado, Minas Gerais, 2009 e 2012.

Procedimento	2009		2012	
	N	%	N	%
<b>Profilaxia DST</b>				
Sim	4	6,1	39	2,0
Não	2	3,0	45	2,3
Não se aplica	55	83,3	1582	79,9
Branco/ignorado	5	7,6	313	15,8
<b>Profilaxia HIV</b>				
Sim	3	4,5	36	1,8
Não	3	4,5	47	2,4
Não se aplica	55	83,3	1582	79,9
Branco/ignorado	5	7,6	314	15,9
<b>Profilaxia H Hepatite B</b>				
Sim	4	6,1	31	1,6
Não	2	3,0	51	2,6
Não se aplica	55	83,3	1582	79,9
Branco/ignorado	5	7,6	315	15,9
<b>Coleta de sangue</b>				
Sim	5	7,6	40	2,0
Não	0	0	44	2,2
Não se aplica	55	83,3	1582	79,9
Branco/ignorado	6	9,1	313	15,9
<b>Coleta de sêmen</b>				
Sim	0	0	2	0,1
Não	6	9,1	70	3,5
Não se aplica	55	83,3	1582	79,9
Branco/ignorado	5	7,6	325	16,4
<b>Coleta de secreção vaginal</b>				
Sim	1	1,5	5	0,3
Não	3	4,5	62	3,1
Não se aplica	55	83,3	1652	83,5
Branco/ignorado	7	10,6	260	13,1
<b>Contracepção de emergência</b>				
Sim	0	0	17	0,9
Não	4	6,1	54	2,7
Não se aplica	55	83,3	1652	83,5
Branco/ignorado	7	10,6	256	20,9
<b>Aborto previsto em lei</b>				
Sim	0	0	1	0,1
Não	3	4,5	60	3,0
Não se aplica	55	83,3	1667	84,2
Branco/ignorado	8	12,1	251	12,7

**Fonte:** a autora, 2013

As consequências mais frequentes foram o estresse, em 2009, com cinco casos (7,6%). No ano de 2012, foi referente à tentativa de suicídio com 94 casos (4,7%).

No ano de 2009, as notificações referentes à natureza da lesão que se destacaram foram: contusão, com 15 casos (22,7%), seguida de corte/perfuração/laceração, com 14 casos (21,2%). Já em 2012, a maior prevalência foi para contusão com 323 casos (36,4%), seguida por corte com 218 casos (11%).

Em relação à lesão corporal, as partes mais atingidas foram cabeça/face e membros superiores, sendo 14 casos (21,2%) atingindo cabeça /face e 13 casos (19,7%), membros superiores, em 2009, e, em 2012, foram 311 casos (15,7%) de cabeça/face e 200 casos (10,1%) de membros superiores, porém nesse ano houve 833 casos (42,1%) relatando a alternativa “não se aplica” (Tabela 8).

**Tabela 8** – Distribuição da ocorrência da violência em idosos, segundo a parte do corpo atingida, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	%	N	%
Cabeça/face	14	21,2	311	15,7
Pescoço	4	6,1	28	1,4
Boca/dentes	0	0	12	0,6
Coluna/medula	2	3,0	6	0,3
Tórax/dorso	6	9,1	69	3,5
Abdome	0	0	10	0,5
Quadril/pelve	2	3,0	10	0,5
Membros superiores	13	19,7	200	10,1
Membros inferiores	1	1,5	56	2,8
Órgãos genitais/ ânus	3	4,5	31	1,6
Múltiplos órgãos	3	4,5	158	8,0
Não se aplica	12	18,2	833	42,1
Branco/ignorado	6	9,0	255	12,9

Fonte: a autora, 2013

Nos anos de 2009 e 2012, na maioria dos casos, somente uma pessoa esteve envolvida na violência, sendo 30 casos (45,5%), em 2009, e 1.387 casos (70,1%), em 2012. A caracterização da pessoa envolvida foi diversificada ao longo dos anos

do estudo, com diminuição dos dados apontados como ignorado, salienta-se que os registros ignorados/brancos superaram o limite de análise (36,3%). Em 2009, a maior frequência se referiu a ignorado com 20 casos (30,3%), seguida por pessoa desconhecida com 11 casos (16,7%) e relacionada ao filho com 10 casos (15,2%). Em 2012, o pai foi a pessoa mais envolvida com 532 casos (26,9%), seguido pelo cônjuge com 203 casos (10,3%) e ignorado por 164 casos (8,3%) (Tabelas 9 e 10).

**Tabela 9** – Distribuição da frequência de casos de violência contra idosos, segundo o número de envolvidos, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	%	N	%
Um	30	45,5	1.387	70,1
Dois ou mais	12	18,2	291	14,7
Ignorado/branco	24	36,3	301	15,2
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>1.979</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2013

**Tabela 10** – Distribuição da frequência de casos de violência contra idosos, segundo identificação dos envolvidos, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	%	N	%
Pai	---	---	532	26,9
Mãe	---	---	45	2,3
Cônjuge	1	1,5	203	10,3
Ex-cônjuge	---	---	41	2,1
Namorado	---	---	34	1,7
Ex-namorado	---	---	22	1,1
Filho	10	15,2	181	9,1
Desconhecido	11	16,7	124	6,3
Irmão	---	---	34	1,7
Conhecido	8	12,1	153	7,7
Cuidador	---	---	9	0,5
Patrão	---	---	4	0,2
Rel. institucional	---	---	7	0,4
Policial	---	---	8	0,4
Própria pessoa	3	4,5	148	7,5
Outros	9	13,7	133	6,7
Ignorados/Branco	24	36,3	301	15,1
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>1.979</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2013

No período do estudo, houve aumento do número de autores da violência que eram do sexo masculino. Em 2009, foram 32 casos (48,5%) e, em 2012, 1.276 casos (64,5%).

Na análise em relação à suspeita de uso de álcool, não se pode definir como positiva, já que as frequências relacionadas a ignorado/branco são as maiores encontradas em todos os anos. Em 2009, foram 36 casos ignorados (54,5%), e, em 2012, 504 casos (25,5%). Os casos positivos foram: 16 casos (24,2%), em 2009, e 389 casos (19,7%), em 2012.

Em relação à variável encaminhamento dos casos, em ambos os anos, a variável foi considerada com completude ruim, sendo que a maioria foi encaminhada para a atenção básica, sendo 33 casos (50%), em 2009, e 645 casos (32,6%), em 2012. Foram encaminhados para internação hospitalar, 10 casos (15,2%), em 2009, e 119 casos (6%), em 2012. Outros encaminhamentos foram realizados, sendo 19 casos (28,8%), em 2009, e 128 casos (6,5%), em 2012.

A variável classificação final teve a maior frequência relacionada à confirmação dos casos, sendo de 78,8% (52 casos), em 2009, e de 81,5% (1.612 casos), em 2012.

Em relação à evolução dos casos, a maioria teve alta, com 55 casos (83,3%), em 2009, e 1.142 casos (57,7%), em 2012. No ano de 2009, não houve nenhum registro de óbito por violência e, em 2012, foram 32 casos (1,6%) de óbitos por violência.

#### 4.2 Coeficientes de incidência e mortalidade e índice de letalidade de violência contra idosos, segundo tipo e sexo

Nos dois anos da análise, a maior incidência de violência ocorreu no sexo feminino. Sendo 0,17 casos/100.000hab. em 2009 e 6 casos/100.000hab. em 2012 (Tabela 11).

**Tabela 11** – Distribuição da incidência por 100.000 habitantes de violência contra idosos, segundo o sexo, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009		2012	
	N	Incidência	N	Incidência
Masculino	32	0,16	787	4,01
Feminino	34	0,17	1.192	6,08
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>0,33</b>	<b>1.979</b>	<b>10,09</b>

Fonte: a autora, 2013

Nas mulheres, a violência física foi a de maior incidência com 0,14 caso/100.000hab. em 2009 e 2,26 casos/100.000hab. em 2012. Já no sexo masculino, no ano de 2009, a violência física também foi a de maior incidência com 0,14 caso/100.000hab. No ano de 2012, a maior incidência foi para o tipo de violência financeira com 2,59 casos/100.000hab. para o sexo masculino (Tabela 12).

Ao analisar o coeficiente de mortalidade, observou-se que, em 2009, não houve óbitos por violência e, em 2012, foi de 0,18 caso/100.000hab. Em relação ao sexo, em 2012, as maiores taxas foram para o feminino com 0,11 caso/100.000hab.

Em 2009, não houve casos de óbitos, portanto não houve letalidade para esse ano. A letalidade foi de 1,61%, em 2012, e foi predominante no sexo feminino, sendo de 0,96% dos casos.

O tipo de violência com maior índice de letalidade foi a física, com 1,3%, em 2012.

### 4.3 Razão de incidência de violência contra idosos, segundo tipo de violência e sexo, em Minas Gerais, 2009 e 2012

A razão de incidência de violência contra idosos, foi um pouco maior no sexo feminino, sendo de 1,06, em 2009, e de 1,5, em 2012.

Porém ao analisar cada tipo de violência separadamente, a maior incidência foi para o sexo masculino pela violência física no ano de 2009, sendo a razão de sexo de 0,93. Já em 2012, o risco foi maior para o sexo feminino para as violências física, psicológica, tortura, sexual e legal (Tabela 12).

**Tabela 12**– Distribuição da incidência e razão de sexo dos casos de violência contra idosos, segundo os tipos de violência e sexo, Minas Gerais, 2009 e 2012.

	2009			2012		
	Inc.fem	Inc. masc.	Razão inc.	Inc.fem	Inc. masc	Razão inc.
Física	0,14	0,15	0,93	4,2	1,02	4,11
Psicológica	0,05	0,04	1,25	1,99	0,19	10,47
Tortura	0,005	0	0	0,20	0,03	6,66
Sexual	0,04	0	0	0,53	0,05	10,6
Tráfico	0	0	0	0	0	0
Financeira	0,015	0,015	1	0,22	2,60	0,084
Negligência	0,030	0,015	2	0,53	2,65	0,2
Legal	0	0,005	0	0,015	0,010	1,5
Outros	0	0	0	0,38	0,13	2,92

Fonte: a autora, 2013

#### **4.4 Georreferenciamento dos municípios que realizaram a notificação de violência contra idosos**

O Estado de Minas Gerais é composto por 853 municípios que são divididos em macrorregiões de saúde: Sul, Centro-Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte (Minas Gerais, 2008). Essas macrorregiões compõem 28 Superintendências Regionais de Saúde – SRS.

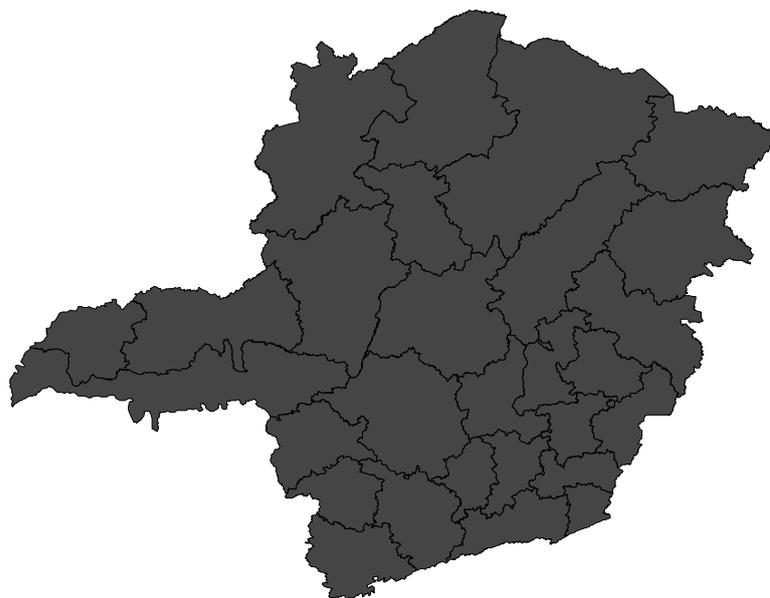
A análise das notificações de violência contra o idoso obedeceu a esta categorização das SRS e seus municípios como Marcas Identificadoras Geográficas (Figuras 1 e 2).



**Figura 2**– Distribuição geográfica das SRS do Estado de Minas Gerais que notificaram casos de violência contra o idoso, em 2012.

2012

■ PRESENÇA DE NOTIFICAÇÃO

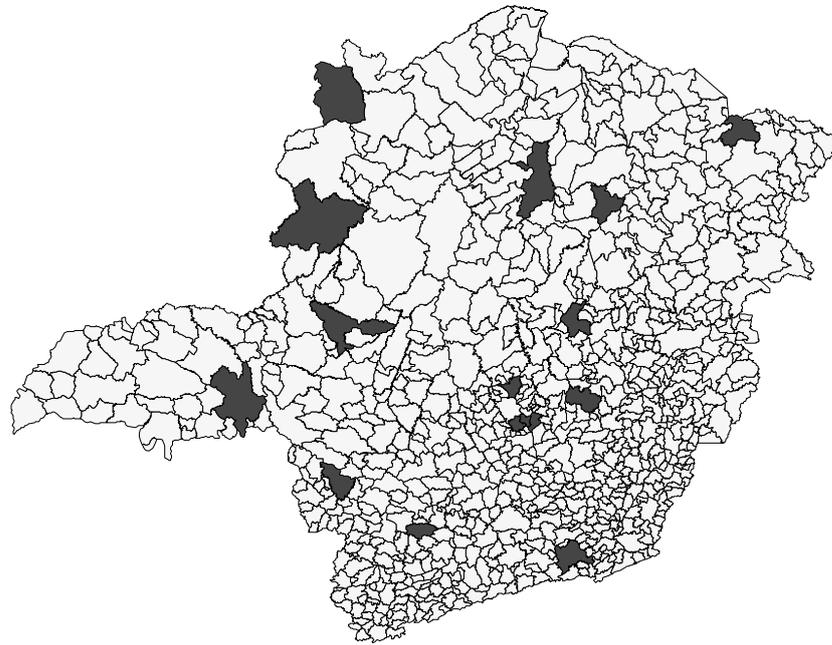


No ano de 2009, as SRS que notificaram foram as de Belo Horizonte, Diamantina, Itabira, Juiz de Fora, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Pedra Azul, Sete Lagoas, Uberaba e Unaí, somando 11 regionais e correspondendo a 39% do total de SRS do Estado de Minas Gerais.

No ano de 2012, com o aumento das notificações, também houve aumento do número de SRS notificantes, com todas as 28 SRS apresentando pelo menos uma notificação.

Em relação aos municípios, pode-se perceber aumento da quantidade de notificantes de 2009 para 2012, sendo 16 municípios notificantes em 2009 correspondendo a 1,87% dos municípios do Estado de Minas Gerais para 300 municípios notificantes em 2012, com 35% no Estado. (Figuras 3 e 4).

**Figura 3** – Distribuição geográfica dos municípios que notificaram casos de violência contra o idoso, Minas Gerais, 2009.

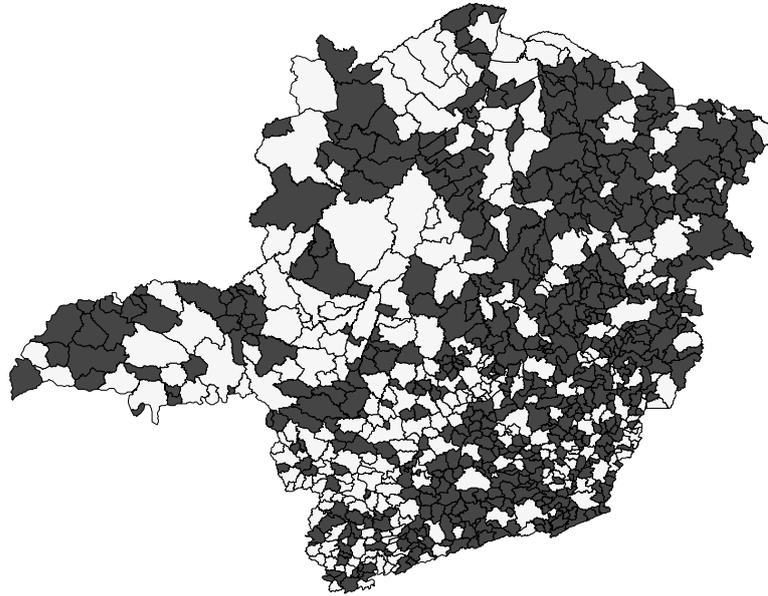


2009

□ AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO

■ PRESENÇA DE NOTIFICAÇÃO

**Figura 4** – Distribuição geográfica dos municípios que notificaram casos de violência contra o idoso, Minas Gerais, 2012.



2012

□ AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO

■ PRESENÇA DE NOTIFICAÇÃO

## 5 DISCUSSÃO

Nos últimos quarenta anos, a população idosa foi a que mais cresceu no Brasil como consequência da queda da fecundidade e da mortalidade. Este fenômeno é mundial e desperta atenção à esta faixa da população.

De acordo com Minayo (2012), a revolução demográfica brasileira é uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade. É de suma importância investir na promoção da autonomia e da vida saudável dos idosos, como também dar atenção adequada às suas necessidades.

Pelas suas características de maior fragilidade e vulnerabilidade fisiológica, o idoso se torna vítima em potencial para a violência crescente do dia a dia (MINAYO, 2003).

Para o setor de saúde, a violência contra o idoso é um grande desafio, antigamente era vista como um problema familiar e nos dias atuais representa um dos maiores problemas sociais com impacto na saúde dos brasileiros. Os danos causados pela violência nos idosos, óbitos, traumas físicos e emocionais, demandam serviços preparados para receber estes usuários e programas de saúde efetivos para o seu enfrentamento (MORAES *et al.*, 2008).

Segundo Minayo e Souza (2003) alguns fatores contribuem para a maior vulnerabilidade: o agressor viver na mesma casa que a vítima; existirem relações de dependência financeira entre pais e filhos; o ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e vínculos frágeis na família; o isolamento social da família e da pessoa idosa; haver história de violência na família; o cuidador ter sido vítima de violência doméstica; e a presença de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico.

Apesar de ainda se ter poucos estudos nesta área, a crescente busca por dados sobre a violência contra idosos aparece como ação promissora de transformação de políticas públicas voltadas ao tema e de abertura para o diálogo entre as esferas governamentais e da sociedade visando amenizar esta situação.

Para um adequado planejamento da assistência à população é fundamental o acesso às informações em saúde, como no caso deste estudo, o acesso ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), com a

pesquisa e análise da Ficha de Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (FIIV), que é de preenchimento obrigatório e que aponta o perfil das pessoas em situação de violência, revelando sua magnitude, gravidade, a tipologia, a localização e outras características dos eventos violentos (BRASIL,2009).

A ficha é composta por um conjunto de campos e categorias, que retratam o perfil das violências executada contra os grupos populacionais e neste estudo retratou a violência contra a pessoa idosa no estado de Minas Gerais nos anos de 2009 e 2012.

Apesar de ser um instrumento amplo para todos os tipos de violência, a utilização da FIIV possibilitou a descrição do perfil epidemiológico das notificações de violência contra a pessoa idosa nos anos propostos, considerando-se as limitações dos bancos de dados secundários, entre elas a incompletude dos registros nos formulários e a subnotificação.

Na análise da incompletude, as informações se concentraram entre excelente e regular e foi fator prejudicial da análise, mesmo sendo a investigação e a notificação epidemiológica implantadas há quatro anos e de caráter obrigatório no sistema de vigilância epidemiológica. A qualidade da informação é importante para se traçar o perfil da violência como também para mudanças de ações nos setores de saúde e de políticas públicas no enfrentamento desse agravo que envolve questões multisetoriais.

O Estado de Minas Gerais apresentou 2042 casos de notificação de violência contra a pessoa idosa nos anos de 2009 e 2012, com aumento significativo das notificações de um ano para o outro com presença de notificação em todas as SRS no ano de 2012, porém o Relatório de Situação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – Minas Gerais, aponta que somente 24,4% dos municípios mineiros estão notificando (SES/MG, 2012). A baixa adesão à notificação foi verificada também em nosso estudo.

As SRS com maior número de notificações foram as dos maiores municípios do estado corroborando os estudos de Minayo (2003) que apontam as diferenças sociais das grandes cidades como fator desencadeador da violência. Há que se

considerar o fato do porte populacional destes municípios, que influenciam conseqüentemente no maior número absoluto de casos.

Quanto ao perfil epidemiológico das notificações de violência contra o idoso, a maioria acometeu o sexo feminino e houve predomínio da cor da pele branca em 2009 e parda em 2012, semelhante aos estudos de Mascarenhas et al. (2012) e Moraes et al. (2008). Entretanto, salienta-se que em 2009 esta análise ficou prejudicada, devido ao excesso de registros com informação em branco e ignorada. Pesquisas (FALEIROS, 2007 e SOUZA *et al.*, 2004) justificam a maior vítima de violência ser a mulher, devido dinâmica de dominação de gênero, expressa nas relações de poder tanto no espaço intra como extrafamiliar. Outros estudos (ABATH *et al.*, 2012) justificam a maioria ser do sexo feminino devido à gravidade das agressões fazendo com que a mulher procure atendimento e refira ter sido violentada com maior frequência que os homens. Ademais, há também a questão cultural das mulheres procurarem mais os serviços de saúde que os homens.

Os dados referentes à escolaridade apresentaram para 2009 incompletude considerada ruim e em 2012 regular, sendo muitos registros apresentados como “ignorado”. Perdas ocorridas nesta variável, segundo Cruz et al. (2003), envolvem problemas referentes à própria abordagem da investigação feita, no momento de preenchimento da ficha de notificação. Considerando-se a incompletude, a formação mais apontada nos dois anos foi ensino fundamental incompleto corroborando com o estudo de Moraes (2008). É importante observar que, quanto menor o grau de escolaridade, menor é o acesso a informações e isso influencia diminuindo a realização de denúncias (SOUZA *et al.*, 2008).

Em relação à deficiência/ transtorno, as notificações apontaram que a maioria dos idosos não apresentava nenhum tipo de deficiência ou transtorno, sendo de 45,5% em 2009 e 67,6% em 2012, superando as informações em branco ou ignoradas e indicando boa qualidade da informação.

As notificações apontaram que o local de ocorrência da lesão foi em maior frequência na própria residência da vítima e na zona urbana. O predomínio de violência contra a pessoa idosa no ambiente doméstico é consensual na literatura, como apontam Valadares e Souza (2010) e Abath *et al.*(2012). Este dado pode ser

devido à desvalorização do idoso e à mudança das relações familiares conforme aponta Alencar (2005) e devido ao fenômeno da coresidência, onde vários membros da família habitam a mesma casa gerando conflitos de gerações e de valores, agravando-se com o estado de fragilidade do idoso, relatam Abath et al.(2012). Em relação à característica da violência ser primária em 2009 e ser recidiva em 2012, pode ser atribuída a alguns fatores como, por exemplo, maior disseminação e treinamento para o preenchimento de notificação pelos profissionais de saúde, que ao ter o hábito e incorporar a rotina de notificação desse agravo após o 2º semestre de 2008 consegue identificar casos de recidiva.

Outro fator poderia estar correlacionado à banalização da violência doméstica entre as pessoas ou maior conscientização dos profissionais em relação à notificação e diminuição do receio de notificar casos de violência e maus tratos em idosos.

De modo geral, a natureza das lesões apresentou dados de violência sofrida como característica e não auto-provocada (em 2009 foi de completude ruim). A utilização da força corporal foi o meio de agressão mais utilizado tendo como consequência a contusão nos dois anos do estudo. Em relação à lesão corporal, as partes mais atingidas foram, em todos os anos, cabeça/face e membros superiores corroborando com os estudos de Mascarenhas *et al.* (2012) e Abath *et al.* (2012). De acordo com Croce (2004) lesões em membros superiores sugerem tentativa de defesa por parte da vítima.

Em relação à prevalência das diferentes formas de violência, a violência física apresentou maior número de casos, seguida pela violência psicológica em 2009 e pela negligência em 2012, conforme resultados encontrados em outras pesquisas (MASCARENHAS *et al.*, 2012). Com exceção do abuso físico, mais frequente entre os homens, os casos de violência psicológica, negligência, financeira, sexual e tortura apresentaram frequência maior entre as mulheres.

O número de casos em que somente um agressor agiu foi de 45,5% em 2009 e de 70,1% em 2012. Este fato pode ser explicado devido à fragilidade dos idosos, e seus aspectos fisiológicos, psicológicos e socioeconômicos, conforme estudo de Abath *et al.* (2010). Ademais, geralmente o agressor da pessoa idosa é alguém de

seu convívio familiar ou cuidador, que pratica o ato de forma não declarada por ter consciência de que não é um ato socialmente, moralmente e juridicamente aceitável.

De acordo com Debert (2001), estudos demonstram que a maioria das queixas de violência contra idosos refere-se à violência praticada por parentes. Para Oliveira *et al.* (2012) a co-dependência causada pelo processo de envelhecimento pode ocasionar conflitos no âmbito familiar, institucional e no convívio social. Ressalta-se ainda que a desvalorização gradual do idoso, conforme a transição demográfica avança no Brasil, e devido as mudanças culturais e de valores na sociedade, contribui para a difusão das práticas violentas e banalização do ato pela sociedade.

A caracterização da pessoa envolvida foi diversificada ao longo dos anos do estudo e coincidiu com os estudos comparados neste trabalho, porém com frequências inversas. Nos relatos de Mascarenhas *et al.* (2012) os agressores eram, em sua maioria, filhos (32,2%), pessoas desconhecidas (15,6%), parceiros conjugais (13,9%) e outras pessoas conhecidas pela vítima (11,8%) e neste estudo em 2009, foram: pessoa desconhecida com 11 casos (16,7%) e relacionado ao filho com 10 casos (15,2%). Em 2012, o pai foi a pessoa mais envolvida com 532 casos (26,9%) seguido pelo cônjuge com 203 casos (10,3%) e ignorado por 164 casos (8,3%). Em relação à informação do pai ter sido o agressor com maior frequência desperta a atenção para um possível erro de interpretação da informação. Na FIIV a variável é 'relação com a pessoa atendida', com a seguinte descrição: Informar se o provável autor da agressão era o pai. Acredita-se que esta variável foi marcada como positiva levando-se em consideração a vítima e não o agressor, justificando assim a frequência obtida. Esta observação se faz pertinente já que supõe-se que seria difícil a agressão partir do pai do idoso.

Para Moraes *et al.* (2010), o declínio cognitivo e físico do idoso, que a gera maior dependência, também é considerado como um fator de risco para a violência, pois demanda cuidados específicos por parte de seus cuidadores, que por sua vez, se sentem sobrecarregados.

De acordo com Silva *et al.* (2012), estudos apontam que a violência contra idosos no Brasil é muito mais séria e de proporções muito maiores do que se possa

imaginar. Muitas formas de violências, como os maus tratos sob a forma de negligência passiva e ativa, omissões, descuidos, isolamento ou o castigo do silêncio, entre outros, não são percebidos como violências e estão presentes na vida dos idosos.

A identificação do sexo do agressor, nos dois anos do estudo, foi o sexo masculino. Para Goldfarb (2010), quando há uma situação de violência familiar contra um idoso deve-se pensar que por trás há um conflito familiar antigo, se há violência, especialmente entre pais e filhos, é porque existe um conflito profundo, este fato demonstra o pensamento de que a violência é uma questão privada, que só pode ser resolvida pelos envolvidos (MORAES, 2008). Porém destaca-se que ações de promoção e proteção da saúde podem ser desenvolvidas neste aspecto, contribuindo para a valorização da pessoa idosa e defesa dos seus direitos.

O consumo abusivo de álcool pelos agressores é apontado como fator de risco para a violência (Abath *et al.* 2012), porém na análise desta variável não se pode indicar o uso de bebidas alcoólicas como fator incitador da violência pois os dados com maior frequência são de respostas ignoradas ou em branco.

Como consequências da violência, houve diferença de apontamentos nos anos do estudo, sendo o estresse pós-traumático em 2009 e a tentativa de suicídio em 2012.

A maioria dos casos, nos dois anos do estudo, foram encaminhados para serviços de atenção básica, recebendo alta após os procedimentos de atendimento. Contudo, nos dois anos do estudo a completude dessa variável foi ruim. Poucos casos evoluíram a óbito, sendo somente 32 casos em 2012. Conforme estudo de Minayo e Souza (2005), o número de óbitos por violência vem sofrendo queda de ocorrência nos últimos anos.

De acordo com Gaioli e Rodrigues (2008), quando se trata de cuidados oferecidos aos idosos que sofreram agressão, é de suma importância a presença de profissionais qualificados, para que o cuidado e a proteção sejam realmente eficazes.

Como limitação do estudo, aponta-se o grande número de informações ignoradas e em branco, comprometendo a análise detalhada e fidedigna do perfil

epidemiológico das notificações de violência contra o idoso em Minas Gerais nos anos de 2009 e 2012. Estudo de Silveira, Iwamoto e Miranzi (2009) aponta grande número de campos ignorados ou em branco na análise dos registros da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, envolvendo crianças e adolescentes também realizado no estado de Minas Gerais.

Salienta-se ainda a limitação da FIIV ser comum a todos os tipos de violência, o qual pode ser fator desestimulante da adesão à notificação pelos profissionais de saúde pela demora no preenchimento. Especificamente para a violência contra o idoso campos como: gestante, gravidez, conselho tutelar são desnecessárias.

Embora exista o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde sobre a notificação ser uma ferramenta de intervenção contra a violência se faz necessário maior comprometimento do Estado e da sociedade civil na sua automatização e preenchimento adequados visando garantir atendimento integral aos idosos.

## 6 CONCLUSÃO

Foi observado a prevalência de vítimas do sexo feminino nos dois anos do estudo, representando 51,5% dos casos em 2009 e 60,2% dos casos em 2012. As raças branca e parda foram as mais atingidas pela violência contra o idoso, sendo no total dos anos, 568 (28%) casos para a raça branca e 930 (45%) casos para a raça parda.

A maioria dos casos de violência contra o idoso aconteceu na zona urbana (73,5%) e na própria residência da vítima (51,5%). Sendo a maioria apontando ser vítima da violência pela primeira vez no ano de 2009 e já em 2012, as informações demonstraram que as vítimas já tinham sofrido violência anteriormente.

O tipo de violência mais identificado na população do estudo foi a violência física, em ambos os anos. Com uso de agressão física como o de maior frequência.

A caracterização do agressor foi diversificada, sendo pessoa desconhecida com maior frequência em 2009 e o pai em 2012. Ressalta-se que esta informação apresenta-se conflitante, visto que acredita-se em erro de interpretação da informação, levando-se em consideração a relação da vítima com o agressor e não o contrário.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade observou-se que em 2009 não houve óbitos por violência e em 2012 foi de 0,18 casos/100.000hab. Em relação ao sexo, em 2012 as maiores taxas foram para o feminino com 0,11 casos/100.000hab. Em 2009 não ocorreram óbitos. A letalidade foi de 1,61% em 2012 e foi predominante no sexo feminino, sendo de 0,96% dos casos. O tipo de violência com maior índice de letalidade foi a física, com 1,3% em 2012.

A razão de incidência de violência contra idosos segundo sexo em todos os anos foi maior no sexo feminino, sendo de 1,06 em 2009 e de 1,5 em 2012. Na análise de cada tipo de violência, a maior incidência foi para o sexo masculino pela violência física no ano de 2009, sendo a razão de sexo de 0,93. Já em 2012 o risco foi maior para o sexo feminino para as violências: física, psicológica, tortura, sexual e legal.

Referente à distribuição espacial das notificações, em 2009 foram poucos os municípios que notificaram e já em 2012 houve aumento considerável das notificações, porém com diminuição da qualidade e completude.

Os dados analisados revelaram um grande número de campos sem o registro adequado (campo em branco ou registrado como informação ignorada) de características importantes das vítimas e dos agressores.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência acometida contra o idoso é considerada uma violação aos direitos humanos, sendo uma das causas mais relevantes de lesões, doenças, perda da produtividade, isolamento e desesperança. Entretanto, as informações sobre doenças, lesões e traumas provocadas por ações violentas contra os idosos ainda são incipientes no Brasil.

A implementação da Ficha de Investigação Individual de Violência Doméstica surge como tentativa de registro destas informações e como instrumento de alteração e criação de políticas mais consistentes a favor da condição de integralidade da pessoa idosa.

Porém, a análise de banco de dados secundários e do perfil epidemiológico dos casos se torna incompleta conforme a proporção de informações em branco ou ignoradas. Fato que foi verificado nesta pesquisa e que pode ser justificado pela rotatividade de profissionais de saúde na atenção básica e pela extensa carga de trabalho dos mesmos, favorecendo a quantidade de atendimentos em detrimento à qualidade e empenho no preenchimento das informações adequadamente.

Diante da qualidade da completude dos dados, foram selecionados os campos com melhor nível de registro (<20% de informação ignorada e/ou em branco) para estabelecer as características identificadoras da violência contra o idoso.

A violência é um problema de saúde pública mundial, tendo em vista suas graves consequências a curto e longo prazo para indivíduos, famílias, comunidades e países, além do aumento da demanda por serviços de saúde em todo mundo.

Ao se abordar o tema violência se faz necessário a implementação de medidas educativas e da mobilização social que visem esclarecer aos idosos os seus direitos, a orientar quanto à atitude adequada à adotar diante da agressão, facilitar a denúncia e a obtenção de apoio ou ajuda, buscar junto à sociedade uma sensibilização para o problema e sua participação na construção de uma rede de proteção ao idoso.

Na realização deste estudo pode-se verificar que embora recente, a implantação da obrigatoriedade do preenchimento das Fichas Individuais de Investigação de Violência ainda está incipiente nos serviços de saúde do estado de Minas Gerais. Pois pressupõe que haja a ocorrência de casos em todos os municípios, e isso não foi encontrado no georreferenciamento.

As políticas nacionais existentes, como o Estatuto do Idoso, proporcionam às unidades de saúde, sociedade e familiares, uma maior consciência e informação em relação à violência contra o idoso. Porém, a legislação ainda é recente e desconhecida por parte da população, profissionais de saúde, familiares e do próprio idoso.

Neste estudo foi possível identificar dados que corresponderam à outras pesquisas no Brasil. O perfil e o sexo do agressor, o tipo de lesão e violência, são algumas das características comuns aos estudos pesquisados e comparados.

Apesar de ter sido observado um aumento no número das notificações no intervalo da pesquisa, a qualidade das informações e o número de municípios que registraram a notificação no Sinan ainda é distante do desejável.

Na análise dos dados verificou-se um grande número de campos sem informação, sem o registro adequado de características importantes das vítimas e dos agressores para se traçar o perfil epidemiológico das notificações. Essas limitações desencadeiam sérios prejuízos, pois os casos deixam de ser notificados em sua completude impossibilitando a criação de ações mais estruturadas à realidade.

Embora os profissionais da saúde tenham a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de abuso do paciente para as autoridades competentes, notificando os casos, esta ação ainda é praticada por poucas categorias profissionais, fato que sobrecarrega determinadas funções no serviço e favorece o subregistro.

Com os resultados desta pesquisa e das demais na área de violência contra o idoso espera-se despertar nos poderes públicos e instituições não governamentais ações voltadas à criação de uma rede sólida de proteção ao idoso.

Pois, com o aumento da população idosa em nosso país e no mundo deve-se haver investimento político e social na pessoa do idoso, visto que a maioria das culturas tende a separar esses indivíduos, a segregá-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte.

A inserção do idoso na comunidade deve ser o objetivo de toda a sociedade, respeitando os seus direitos, suas particularidades e dignidade. É preciso possibilitar que os indivíduos envelheçam com autonomia e independência, com permanência ativa na perspectiva de qualidade de vida. A humanização deve ser o princípio básico nos ambientes onde essa população se encontra, sensibilizando a família e os profissionais que atuam diretamente com esta população, ajudando-os a viver com dignidade e contribuir para que eles tenham um envelhecimento saudável e digno.

## REFERÊNCIAS

ABATH M B; LEAL M C C; FILHO DA M. **Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(2):305-314

AGUDELO, S. F., 1990. **La Violencia: unproblema de salud pública que se agrava en la región.** Boletín Epidemiológico de la OPS, 11: 01-07.

APRATTO JUNIOR, P C. **A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil).** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600037>.

ALENCAR RS. **Punidos por envelhecer.** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento 2005; 8: 67-81.

ALMEIDA FILHO, Naomar de ; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ASSIS, S.G. et al. **Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual.** In: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, (Org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 79-115.

CERQUEIRA A C B ; MIRANDA A E B; MACIEL ELN. **Completeness do banco de dados de gestante HIV positivo e de AIDS em menores de treze anos do sistema de informação de agravos de notificação: Vitória, 2000 a 2006.** CAD. SAÚDE COLET., RIO DE JANEIRO, 18 (1): 191 - 194, 2010

BASTOS, M. P. **Sistemas de Informação em Saúde: o seu uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos: um estudo de caso do Sistema Remédio em Casa utilizado no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: s.n., 2009. 107 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Informe de situação e tendências: demografia e saúde.** Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3a. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional(...). Diário Oficial da União 2011; 26 jan.

BRASIL. **Estatuto do Idoso** (2003)..4. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.816 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2010) **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde.** Brasília, 2010.

BRASIL. **Mortalidade por acidentes e violências no Brasil: situação em 2012 e tendências de 2001 a 2010.** Brasília, 2010.

CAVALCANTI, M.L.T. **Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes.** In: Minayo M.C.S., Deslandes S.F., (Org.). *Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Collins, K. A. **Elder maltreatment: A review.** Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 130, 1290- 1296,2006.

CROCE D, CROCE JD. **Manual de medicina legal.**São Paulo: Saraiva; 2004.

CRUZ, M. M.; TOLEDO, L. M.; SANTOS, E. M. **O sistema de informação de Aids do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 81-89, jan-fev. 2003.

DEBERT GG. **A família e as novas políticas sociais no contexto brasileiro. Dossiê Comportamentos Familiares – Interseções** 2001; 2:71-92.

ELSNER, V R; PAVAN, F; GUEDES, J M. **Violência contra o idoso: ignorar ou atuar?** Revista RBCEH, Passo Fundo, v.4, n. 2, p, 46-54, jul.-dez. 2007.

FALEIROS VP. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília: Universa; 2007.

GAIOLI, CCLO, RODRIGUES RAP. **A ocorrência de maus tratos doméstico em idoso.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 2008;16(3):465-70.

GOLDFARB, D. C. **Pensando nas origens da violência.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600005&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600005>

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** Rev Saúde Pública, 2002; 18(1):315-319

KRUG EG, et al.. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization; 2002.

LAFER, C..**A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt.** São Paulo, Companhia das Letras, 2006.

LUNA, G.L.M. et al. **Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe de Saúde da Família.** Ciênc Saúde Coletiva 2010; vol.15, nº.2.

MACEDO, A.C. et al. **Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil.** Rev Saúde Pública, 2001; 35:515-22.

MASCARENHAS, M D M et al. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2331-2341. ISSN 1413-8123.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENEZES MR. **Violência contra idosos: é preciso se importar!** In: Berzins MV, Malagutti W. (org.). *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari; 2010.

MINAYO MCS, SOUZA ER. **Violência contra idosos: é possível prevenir**. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 141-65

MINAYO, M.C.S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 23-48.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra a pessoa idosa: o direito pelo avesso**. In M. Papaléu Netto (Ed.), *Tratado de gerontologia* (2ª. ed., pp. 199-210). São Paulo: Atheneu, 2007.

MINAYO MCS. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:783-91.

MINAYO MCS, SOUZA ER. **As múltiplas mensagens da violência contra idosos**. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

MINAYO, M. C.S.. **O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, Feb. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200001&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. **Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violências**. Brasília; 2001. Extraído de [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>], acesso em [13 de junho de 2013].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **SINAN NET**. Secretaria de Vigilância em Saúde DASIS/CGDANT – versão de 27 de novembro 2009

MORAES CL, JÚNIOR PC, AREICHENHEIM ME. **Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2008;24(10):2289-2300.

OLIVEIRA, S.C et al. **Violência em idosos após a aprovação do Estatuto do Idoso: revisão integrativa.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):974-82. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a27.htm>

OLIVEIRA, Annelissa Andrade Virgínio et al. **Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura.** Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2013; jan-fev;66(1):128-33.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Violence heal thtopic.** Extraído de [http://www.who.int/topics/violence/en/], acesso em [13 de junho de 2013].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de vigilância das lesões. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2004.

PAIM, J. S; COSTA. H. O. G; VILASBOAS, A L Q. **Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009

ROMERO, D. E. e CUNHA, C. B. **Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001).** Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.3, pp. 673-681. ISSN 0102-311X.

SANCHES, A. P; R. A.; LEBRAO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.. **Violência contra idosos: uma questão nova?.** Saude soc., São Paulo, v. 17, n. 3, Sept. 2008 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300010>

SOUZA AS, MEIRA EC, NERI IG. **Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar.** Textos Envelhecimento 2004; 7(2): 63-84.

SOUZA JAV, FREITAS MC, QUEIROZ TA. **Violência contra idosos: análise documental.** Rev. bras. enferm.2007; 60(3):268-272.

SOUZA, ER et al. **Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado.** Ciência & Saúde Coletiva, n. 004, p. 1153-1163, 2008.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva,

Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>

VALADARES, F C; SOUZA, E. R. **Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras.** Cien Saude Colet, v. 15, n. 6, p. 2763-2774, 2010.

VERAS, R. **Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600004&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600004>.

Veras R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** *RevSaude Publica*2009; 43(3):548-554.

WANDERBROOKE, A. C.; MORE, C. **Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária.** *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 28, n. 4, Dec. 2012 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722012000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000400010&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Oct. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000400010>

WHO. **Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health.** World Health Organization, 2004.

ANEXOS

## Anexo 1 - Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica Sexual e/ou outras Violências

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências	3 Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (BGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outro fonte notificador)	7 Código (CHES)	7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Saúde Única	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Não 2 - Não 3 - Não	11 Sexo (M = Masculino F = Feminino I = Ignorado)	12 Gestante 1 - Não 2 - Não 3 - Não	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Ignorado
	14 Escolaridade Substituição: 10 <sup>a</sup> e 11 <sup>a</sup> até incompleta do EF (pré-jr g) ou 1 <sup>a</sup> grau 20 <sup>a</sup> até completa do EF (pré-jr g) ou 1 <sup>a</sup> grau 20 <sup>a</sup> a 24 <sup>a</sup> até incompleta do EF (pré-jr g) ou 1 <sup>a</sup> grau 24 <sup>a</sup> até fundamental completa (pré-jr g) ou 1 <sup>a</sup> grau 24 <sup>a</sup> até completa (pré-jr g) ou 2 <sup>a</sup> grau 24 <sup>a</sup> até superior incompleta 24 <sup>a</sup> até superior completa	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (BGE)	20 Distrito
21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
Dados Complementares	23 Número	24 Complemento (apto, casa,...)	25 Geo campo 1	
	26 Geo campo 2	27 Ponto de Referência	28 CEP	
	29 (DDD) Telefone	30 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	31 País (se residente fora do Brasil)	
	32 Ocupação			
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
Dados da Pessoa Agravada	34 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? 1 - Física 2 - Visual 3 - Auditiva 4 - Transorno mental 5 - Transorno de comportamento 6 - Outras deficiências/Síndromes	
	36 UF		37 Município de ocorrência	38 Código (BGE)
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	41 Código
Dados da Ocorrência	42 Número	43 Complemento (apto, casa,...)	44 Geo campo 3	45 Geo campo 4
	46 Ponto de Referência	47 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	48 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	49 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústria/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		50 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	51 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008

Tipologia de violência	<b>60</b> 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			<b>61</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfurocortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Emboscamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>62</b> 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"/> Ateamento violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			<b>63</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Violência no caso	<b>64</b> 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					
Consequência da violência	<b>65</b> Consequência da ocorrência detectada no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____					
Lesão	<b>66</b> Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão    04 - Fratura    07 - Traumatismo crânio-encefálico    10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração    05 - Amputação    08 - Politraumatismo    11 - Outros _____ 03 - Entorse/luxação    06 - Traumatismo dentário    09 - Intoxicação    88 - Não se aplica 89 - Ignorado			<b>67</b> Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face    04 - Coluna/medula    07 - Quadril/pelve    10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pele/corpo    05 - Tórax/dono    08 - Membros superiores    11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes    06 - Abdome    09 - Membros inferiores    88 - Não se aplica 89 - Ignorado		
Baixos de provável agressor	<b>68</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			<b>69</b> 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"/> Amigo(a)/conhecido(a) <input type="checkbox"/> Policial/agente <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) da lei <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____		
Encaminhamento	<b>70</b> Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial    2 - Internação hospitalar    8 - Não se aplica    9 - Ignorado			<input type="checkbox"/>		
	<b>71</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____					
Evolução do caso	<b>72</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			<b>73</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<b>74</b> Classificação final 1- Confirmado <input type="checkbox"/> 2- Desmentido <input type="checkbox"/> 3- Provável <input type="checkbox"/> 8- Inconclusivo <input type="checkbox"/>			<b>75</b> Evolução do caso 1- Alta <input type="checkbox"/> 2- Evaseio / Fuga <input type="checkbox"/> 3- Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 4- Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
<b>76</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____						
<b>77</b> Se óbito por violência, data _____						
<b>78</b> Data de encerramento _____						
<b>Informações complementares e observações</b>						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Diaque-Saúde 6800 61 1997		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 188		Diaque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unit. de Saúde/CNES		
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		SINAN NET		SVS 10/07/2008		

## Anexo 2 – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

1/5



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Perfil epidemiológico das notificações de violência no estado de Minas Gerais  
**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Sybelle de Souza Castro Miranzi  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 14/03/2011  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 1880

**SUMÁRIO DO PROJETO**

**1. OBJETIVOS**

1. Descrever o perfil sócio-demográfico dos casos de notificações de violência no Estado de Minas Gerais;
2. Verificar a associação entre os tipos de violência com sexo, faixa etária, escolaridade e cor da pele.
3. Descrever a incidência, mortalidade e letalidade das notificações de violência segundo tipos, sexo e faixa etária;
4. Analisar a completude dos campos preenchidos da ficha de notificação de violência segundo os tipos de violência (contra a criança e adolescente, mulher, idoso e homem maior de 18 anos);
5. Verificar quais municípios do estado já instituíram a notificação dos casos de violência e mapeá-los

**2. JUSTIFICATIVA**

Desde 2008 o Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação dos casos de violência, através da portaria nº 244. No entanto, neste ano ainda houve a incompletude dos dados o que torna as variáveis referentes há este ano pouco significativas para o estudo. A partir de 2009 houve uma maior conscientização da equipe de saúde quanto à relevância deste tipo de notificação o que auxilia, e muito, no planejamento de ações e medidas de políticas de saúde. A notificação viabiliza um sistema de registro com informações mais fidedignas, permite construir formas de promoção e prevenção, possibilita certificar se o atendimento à vítima de maus tratos está incorporado às rotinas institucionais. É um instrumento de controle epidemiológico que determina a necessidade de investimento em núcleo de vigilância e assistência. A incompletude dos campos de preenchimento da ficha individual de investigação dos casos de violência, o medo de denunciar e, mesmo, a banalização da vida dos indivíduos comprometem essas medidas. Minayo (2005) relata que isso não ocorre só no Brasil, é universal e alguns estudiosos da área afirmam que os casos de violência que chegam ao conhecimento da sociedade representam apenas a "ponta do iceberg". Mesmo os países que há muitos anos valorizam a prevenção e a notificação de casos de violência ainda encontram dificuldades para a ampla incorporação dessas práticas no setor saúde. Luna *et al.* (2010) almejam que se efetive a mudança de práticas de saúde em relação ao acolhimento e resolubilidade de casos de violência, no entanto, é importante considerar a necessidade dos profissionais, as carências de saberes, para dessa forma possam atuar nas lacunas existentes. Completam, ainda, que não adianta fazer cursos com "fórmulas prontas", é necessário construir o saber em parceria com os profissionais, dentro do contexto que cada um se encontra. Um estudo realizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento mostrou que mundialmente a violência contra a mulher é responsável por 25% das faltas no trabalho, reduzindo seus ganhos financeiros entre 3% e 20%, além de aumentar as chances de adoecimento da vítima e de seus filhos (BRASIL, 2002).

Pesquisa realizada em São Paulo no ano de 2003 mostra que 30,4% e 36,3% das violências acontecem, respectivamente, nas residências e nas ruas. Segundo Caetano *et al.* (2010) as condições que representam significativa carga de doença (doenças não transmissíveis, saúde mental, violência, acidentes e traumas) receberam volumes relativamente pequenos de financiamentos. Para Global (2005) os gastos mundiais em pesquisa e desenvolvimento em saúde (P&D/S) têm elevado custo econômico e social e é agravado pelo fato de que mesmo os 10% disponíveis não estão sendo utilizados em áreas nas quais poderiam assegurar maior impacto na saúde.

---

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia – Cep: 38025-180  
 Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
 E-mail: [cep@prodepe.uftm.edu.br](mailto:cep@prodepe.uftm.edu.br)





2/6

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Perfil epidemiológico das notificações de violência no estado de Minas Gerais  
**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Sybelle de Souza Castro Miranzi  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 14/03/2011  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 1880

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre violência alerta sobre a importância da violência na saúde da população mundial. Esse relatório afirma que a violência é passível de ser prevenida e que governos devem criar, otimizar e organizar projetos para prevenção da violência. Para tanto se faz necessária a notificação compulsória da violência, o que demonstra as dimensões, tipos, vítimas e agentes da violência permitindo o desenvolvimento de ações preventivas e de assistência adequadas e ainda a avaliação de dados para o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Diante disso faz-se necessária a análise do perfil epidemiológico desse agravo nas diferentes regiões e estados brasileiros.

No Estado de Minas Gerais, um estudo sobre violência que caracterizou casos de violência contra a mulher baseado em dados de três serviços de saúde do município de Uberlândia relata que os dados utilizados foram provenientes da demanda apenas dos três serviços de saúde e não de toda cidade e portanto, seus resultados não podem ser utilizados para generalizações em relação as características das mulheres que sofreram com a violência no município (GARCIA, 2008). Tendo em vista o pequeno porte de grande parte dos 853 municípios do estado de Minas Gerais e as dificuldades de implementação da vigilância epidemiológica das violências nos mesmos este Projeto de Pesquisa, ao traçar o perfil epidemiológico deste agravo no Estado de Minas Gerais a partir do banco de dados do SINAN possibilitará a compilação de dados relacionados à violência em todo estado, bem como poderá ser usado como ferramenta no desenvolvimento de políticas públicas estatais para prevenção deste agravo. (CASTRO, 2004)

**3. DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Será estudado as fichas de notificação de violência no estado de Minas Gerais, no período compreendido entre 2009 e 2010.

**4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Como critério de inclusão definiu-se que a notificação deve ter ocorrido no estado de MG e a vítima/paciente ser residente neste estado. Exclui-se todas as notificações por ocorrência que não residam no estado referido.

**5. ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA**

Estudo descritivo, retrospectivo do tipo ecológico. Será utilizada a bases de dados provenientes do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) a ser solicitado à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) relativo ao período compreendido entre 2009 e 2010. Os dados populacionais necessários para os cálculos dos coeficientes serão provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidos no site do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS).

Variáveis: tipo de notificação, agravo/doença, data da notificação, município e estado de notificação, código do município segundo o IBGE, código no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, data a ocorrência da violência; data de nascimento do paciente, idade, sexo, raça/cor, se gestante, escolaridade; município e estado de residência, código segundo o IBGE, CEP, zona de habitação, país; ocupação, situação conjugal/estado civil, relações sexuais, se possui algum tipo de deficiência/transtorno; município e estado de ocorrência, código segundo IBGE, zona de habitação, hora da ocorrência, local da ocorrência, se ocorreu outras vezes, se lesão autoprovocada; tipo de violência e meio de agressão; qual o tipo de violência sexual, se ocorreu penetração e de qual tipo, qual o procedimento indicado; conseqüências da ocorrência detectadas no momento da notificação; natureza da lesão, parte do corpo atingida; número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atingida, sexo do provável agressor, suspeita de uso de álcool; encaminhamento no



3/5

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Perfil epidemiológico das notificações de violência no estado de Minas Gerais  
**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Sybelle de Souza Castro Miranzi  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 14/03/2011  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 1880

setor saúde, local de encaminhamento da pessoa atendida, violência relacionada ao trabalho, se sim foi emitida a Comunicação de acidente de trabalho, circunstância da lesão, classificação final do caso, evolução do caso, se óbito por violência qual a data, data de encerramento do caso; nome do acompanhante, vínculo/grau de parentesco, telefone, informações adicionais; município/ unidade de saúde, código da unidade de saúde segundo o cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES).

Análise dos dados: frequências simples absolutas e percentuais; medidas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo). Para verificação de diferenças entre proporções será empregado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para verificação de distribuição de variáveis não paramétricas será empregado o teste de Kruskal-Wallis, enquanto que, para análise de diferenças entre médias será empregado o teste t de Student para amostras independentes ou a análise de variância (ANOVA). Na verificação de associações entre variáveis será empregado como estimador a razão de Prevalência. Para todas as análises será considerado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Os indicadores utilizados para o estudo serão: coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade por estratos etários, sexo e tipo de violência. Os coeficientes de incidência e mortalidade serão expressos como número de casos ou óbitos por 100.000 hab.ano.

**6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES**

O departamento de Medicina Social possui infra estrutura necessária como sala para reuniões e análise da pesquisa.

**7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS**

O único risco é o de perda da confidencialidade dos dados, que será minimizado pela obtenção do banco informatizado sem variáveis de identificação pessoal dos casos como nome e endereço.

**8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE**

O benefício será o de contribuir para o perfil epidemiológico dos casos de violência notificados no estado de Minas Gerais, e de identificar os locais que aderiram a notificação e vigilância epidemiológica dos casos.

**9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.**

**10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.**

**11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA**

Esta pesquisa será submetida ao Edital Universal da FAPEMIG/2011.

► **Orçamento Previsto**

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Valor Total (R\$)
<b>Material de Consumo</b>			
- Pen drive 16 GB	6	80,00	480,00
- cartucho de tinta para impressora preto	10	100,00	1.000,00
- Cartucho de tinta para impressora colorido	10	125,00	1.250,00
- CD-ROM regravável	30	2,00	20,00
- Papel chamex	20	12,00	240,00
- Toner	8	350,00	2800,00

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar, Sala H – Abadia – Cep: 38025-180  
 Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
 E-mail: [cep@prodepe.uftm.edu.br](mailto:cep@prodepe.uftm.edu.br)



4/5

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Perfil epidemiológico das notificações de violência no estado de Minas Gerais  
**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Sybelle de Souza Castro Miranzi  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 14/03/2011  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 1880

	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Valor Total (R\$)
<b>Diárias</b>			
- Participação de pesquisadores no Seminário FAPEMIG (2 diárias para cada pesquisador)	20	120,00	2.400,00
<b>Passagens aéreas</b>			
- Participação de pesquisadores no Seminário SES e FAPEMIG (Uberaba/BeloHorizonte/Uberaba)	8	380,00	3.040,00
<b>Consultoria</b>			
- Análise do georeferenciamento	1	2.000,00	2.000,00
<b>Software</b>			
- SPSS versão 19.0 (versão completa)	1	5.000,00	5.000,00
- Antivirus profissional (5 licenças)	1	1239,00	1239,00
- Pacote Office 2010 (versão completa)	1	1.700,00	1.700,00
<b>Material Bibliográfico</b>			
- Livros	5	180,00	900,00
<b>Sub-Total:</b>		<b>(R\$) 11.288,00</b>	<b>(R\$) 22.069,00</b>
<b>Despesas de Capital</b>			
<b>Equipamentos e Material Permanente</b>			
- Notebook	1	4.000,00	4.000,00
- HD Externo 2 TB	04	470,00	1.880,00
- Computador	2	4.000,00	8.000,00
- Impressora multifuncional laser (impressão frente e verso)	1	1.650,00	1.650,00
- Filtro de linha	2	30,00	60,00
- Estabilizador 1000va/w	2	230,00	460,00
<b>Sub-Total:</b>		<b>(R\$) 10.380,00</b>	<b>(R\$) 12.450,00</b>
<b>Bolsas de Pesquisa</b>			
<b>Mensalidades de Bolsas</b>			
- bolsa de iniciação científica	24	360,00	8.640,00
<b>Sub-Total:</b>		<b>(R\$) 360,00</b>	<b>(R\$) 8.640,00</b>
<b>Total:</b>		<b>(R\$) 22.028,00</b>	<b>(R\$) 43.159,00</b>

**Justificativa da proposta orçamentária:**

Material de Consumo: material de escritório necessário para impressão das análises dos dados. Diárias e Passagens: participação de pesquisadores no seminário anual, promovido pela FAPEMIG. Consultoria: para a análise georeferenciada. Software: para a realização do gerenciamento e análise de dados. Equipamentos e Material Permanente (computador/ notebook): equipamento adequado para a realização de gerenciamento,



5/5

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** Perfil epidemiológico das notificações de violência no estado de Minas Gerais  
**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Sybelle de Souza Castro Miranzi  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 14/03/2011  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 1880

análise de dados e backup. Livros: suporte teórico para o desenvolvimento da pesquisa. Bolsa de iniciação científica: contribuição na execução e publicação dos resultados da pesquisa.

**12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR**

A pesquisadora recebe salário de Professor Adjunto UFTM.

**13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO**

Não será obtido visto que as fichas já terão sido coletadas e arquivadas e o sigilo pessoal será mantido. Outra justificativa para a não obtenção do Termo reside no fato de que as fichas já foram concluídas/encerradas evitando-se assim desconfortos morais e preocupações adicionais aos pacientes. Ademais, o banco de dados a ser fornecido, não irá conter variáveis de identificação pessoal e também ser relativo ao estado de Minas Geras como um todo, o que dificultaria o contato com as pessoas.

**14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo está adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.**

**15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES**

**PARECER DO CEP: APROVADO**

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

**DATA DA REUNIÃO:** 18/03/2011

Prof.<sup>a</sup> Ana Palmira Soares dos Santos  
 Coordenadora