CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

CASSIANA REGINA LEINDECKER

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: ANÁLISE DE PROCESSOS ANTE ÀS POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS

MARINGÁ-PR
2018

CASSIANA REGINA LEINDECKER

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: ANÁLISE DE PROCESSOS ANTE ÀS POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Envelhecimento Ativo

Orientador: Prof[a]. Dr[a]. Regiane da Silva Macuch
Coorientadora: Prof[a]. Dr[a]. Rose Mari Bennemann

MARINGÁ-PR
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L531v Leindecker, Cassiana Regina.

Violência contra o idoso: análise de processos ante às políticas e programas públicos / Cassiana Regina Leindecker. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018.

107 f. ; 30 cm.

Orientadora: Regiane da Silva Machuch.
Coorientadora: Rose Mari Bennemann.
Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CASSIANA REGINA LEINDECKER

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: ANÁLISE DE PROCESSOS ANTE ÀS POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela comissão julgadora composta pelos membros:

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof[a]. Dr[a]. Regiane da Silva Macuch
Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR
Presidente

_____

Prof[a]. Dr[a]. Rute Grossi Milani
Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR
Membro Interno

_____

Prof[a]. Dr[a]. Fabiani Lage Rodrigues Beal
Universidade Católica de Brasília - UCB
Membro Titular Externo

MARINGÁ-PR
2018

DEDICATÓRIA

À Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

À meu pai Lauri Aloisio Leindecker, “In Memorian”, e minha mãe Glaci Leindecker pela minha existência, pois sem eles eu não estaria aqui para concluir mais essa etapa dos meus sonhos.

À você “Ro”, meu esposo, meu amigo, incentivador, que sempre acreditou que sou capaz. Fica registrado todo o amor e gratidão pela dedicação com nossa família, estando ao meu lado todos os dias dessa jornada.

À meus filhos Alice e Miguel, tão pequeninos e sem entender minha ausência, mamãe dedica em especial esse trabalho a vocês.

AGRADECIMENTOS

A orientadora Prof[a]. Dr[a]. Regiane da Silva Macuch, pelo acompanhamento e esclarecimentos durante todo o desenvolvimento do trabalho e principalmente pela cumplicidade e carinho, você esteve mais que presente, você soube não só orientar, mas, apoiar meus dias difíceis, sempre com palavras doces e amigas.

A coorientadora Prof[a]. Dr[a]. Rose Mari Bennemann, pelos esclarecimentos e pelas palavras amigas nos momentos difíceis.

A Prof[a]. Dr[a]. Adriana Yanina Ortiz, pela cooperação e paciência, minha gratidão.

A Prof[a]. Dr[a]. Fabiani Lage Rodrigues Beal, pelo empenho em vir prestigiar minha defesa.

A equipe de docentes do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá.

À Coordenação e equipe de apoio do Mestrado em Promoção da Saúde.

Os dois dias mais
importantes
da sua vida são:
o dia em que você nasceu
e o dia que você
descobre o porquê.

Mark Twain

Violência contra o idoso: análise de processos ante às políticas e programas públicos

RESUMO

Introdução: O crescimento da população idosa não é mais novidade para nenhum país. O processo de envelhecimento naturalmente já traz situações que exigem da família e dos serviços de assistência uma atenção redobrada, o idoso requer cuidados peculiares da velhice e é percebido que nem a família nem esses serviços estão preparados para atender essa demanda. Um dos grandes problemas crescente entre os idosos são as diversas formas de violência que os afetam, sendo o seu principal agressor um familiar. Tem-se como objetivo analisar os registros da Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR sobre maus-tratos, ante às políticas e programas públicos voltados ao idoso. Pretendeu-se conhecer melhor a situação dos maus-tratos contra idosos de Maringá-PR, uma vez que a conscientização da sociedade civil e o trabalho dos gestores se fazem necessários para que cada vez menos os idosos sofram calados e sem proteção. **Metodologia**: Trata-se de um estudo construído em três fases. Na primeira fase e segunda fases realizou-se uma revisão de literatura. A primeira estudou artigos na Base de Dados PubMed referentes às políticas públicas e aos tipos de agressões sofridas pelos idosos. Para essa pesquisa foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2014 e 2018. Já na segunda fase as Bases de dados utilizadas foram duas a PubMed e Scielo, pelas quais artigos completos que discutissem o perfil do agressor da pessoa idosa foi nosso interesse. Na terceira e última fase um estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo-analítico foi aplicado utilizando como instrumento de análise os dados pertencentes aos processos arquivados e em andamento referentes a violências praticadas contra idosos ocorridos entre os anos de 2015 e 2017. **Resultados**: Na primeira fase 17 artigos foram revisados mostrando que o termo violência e o fenômeno do envelhecimento é discutido com muita propriedade, porém as políticas públicas são somente citadas e não se discute o real impacto que causam quando aplicadas atendendo a demanda gerada pela violência contra o idoso. Na segunda fase após a análise dos 23 estudos selecionados por meio da aplicação dos critérios de exclusão pode-se evidenciar que ainda existe a necessidade de mais estudos que refinem o perfil do agressor do idoso, pois só é sabido pela grande maioria dos estudos que é um membro da família. Por fim a terceira fase dos 89 processos analisados 23,6% correspondem ao ano de 2015, 32,6% ao ano de 2016 e 43,8% aos processos apurados do ano de 2017, a idade dos agredidos variou de 60 a 93 anos, com média de 74,59 anos, as agressões de maior ocorrência foram negligência 55,1%, seguido por agressão psicológica 39,3% e agressão física 31,5%. O agressor, geralmente, era um filho da vítima. **Conclusão**: Diante dos resultados dos três estudos, é sensato dizer que mais pesquisas são necessárias para que um mapa mais abrangente consiga mostrar a realidade dos idosos de Maringá-PR no que se refere à violência contra eles. Este trabalho mostrou um caminho que não diferencia este município da grande maioria dos municípios Brasileiros, então, com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos da “melhor idade” aqui residentes as pesquisas devem continuar.

Palavras-chave: pessoa idosa; violência social; políticas públicas.

Violence against elderly people: analyzing abuse cases against the backdrop of public policies and social programs

ABSTRACT

Introduction: The rise in elderly population is commonplace in today's societies. Naturally, ageing brings on situations that require increased attention from both family members and professional caretakers, and it is noticed that neither are fully prepared to meet this demand. A rising issue among the ageing population is domestic violence or abuse, in most cases being the aggressor a close family member. Our goal in this study is to analyze the prosecution records of the municipal office for the elderly in the city of Maringá, in the state of Paraná, Brazil, looking specifically at cases of abuse and focusing on public policies and social programs. Ultimately, we aim to better understand the current domestic violence scenario in the city of Maringá, as raising awareness among the civil society and facilitating the work of decision makers is an important step towards making it so that less and less of the elderly suffer without a voice. **Method:** Our study was conducted in three stages. First, we conducted a literature review focused on public policies and the types of abuse suffered by elderly people, targeting articles published between 2014 and 2018 and available via PubMed. Next, we conducted a second literature review focused on the profiles of both aggressors and victims alike, targeting articles available via PubMed and Scielo. Lastly, we conducted a descriptive quantitative study focused on the data retrieved from the persecution records, pertaining to cases dated between 2015 and 2017.
Results: As a result of the first literature review, which included 17 research articles, we found that the topic of violence against the elderly has been widely discussed in literature. Public policies, however, seem not to be discussed concerning their actual impact in the treatment of violence against the elderly. As a result of the second literature review, which included 23 research articles, we found that further research on the profiling of aggressors is needed, as most current literature provides only coarse-grained profiling information (i.e., that the aggressor is usually a family member). As a result of the corpus study, we found that the victims' age varies between 60 and 93 years old (mean = 74.5), and that the most frequent types of abuse are negligence (55,1%), psychological violence (39.3%), and physical violence (31.5%). The aggressor is usually a child of the victim. **Conclusion:** Given the results of our analyses, we conclude that further, more wide-scoping research is needed in order to arrive at a better perspective on the issue of abuse suffered by elderly people. The research conducted and displayed on this paper shows that the municipality of Maringá is no exception to this problem, which is found in the majority of Brazilian municipalities, therefore, to serve the purpose of improving the quality of life of the elderly population in Maringá, the research must continue.

Keywords: elderly, social violence, public policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Artigos encontrados por descritores. 33
Tabela 2 Artigos selecionados com o descritor “violência”. 34
Tabela 3 Artigos selecionados: com o descritor “idoso”. 35
Tabela 4 Artigos selecionados com o descritor “maus-tratos”. 36
Tabela 5 Artigos organizados por base de dados, ordem cronológica, título e autoria. ..37
Tabela 6 Distribuição da situação do processo segundo o ano. 70
Tabela 7 Frequência dos tipos de agressão e a idade intervalar das vítimas. 71
Tabela 8 Frequência das vítimas de agressão segundo sexo e ano de denúncia. 71
Tabela 9 Frequência e classificação dos agressores. 72
Tabela 10 Frequência e classificação das formas de agressão. 73
Tabela 11 Distribuição da forma da agressão com relação ao sexo das vítimas. 74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Localização do município de Maringá-PR. 18
Figura 2 Processo da revisão sistemática de literatura. Com base em Sampaio e Mancini (2007). 31
Figura 3 Resultados obtidos da revisão sistemática. Com base em Sampaio e Mancini (2007). 32
Figura 4 Distribuição dos idosos vítimas de agressão segundo a idade. 70
Figura 5 Tipos de denúncias encontradas nos processos. 72
Figura 6 Tipos de condutas adotadas após da denúncia. 73

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 Artigos publicados sobre o agressor do idoso, segundo base de dados, ano de publicação, periódico e tipo de estudo. 53

LISTA DE ABREVIAÇÕES

BOs	Boletins de Ocorrência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICETI	Instituto de Ciência e Tecnologia e Inovação do Cesumar
ILC	Centro Internacional de Longevidade
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PR	Paraná
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SASC	Secretaria de Assistência Social e Cidadania
SPSS	Statistical Package Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICESUMAR	Centro Universitário de Maringá
USA	Estados Unidos da América
VIVA-SINAN	Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VIVA	Instrutivo da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

METODOLOGIA 18

Delineamento e Local do Estudo 18

Caracterização da Cidade 18

Objeto de Pesquisa 19

Aspectos Éticos 19

Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados 19

Instrumentos e Procedimentos para a Análise de Dados 19

ARTIGOS CIENTIFICOS 21

Artigo 1: AGRESSÕES, POLÍTICAS/PROGRAMAS PÚBLICOS E O IDOSO NO BRASIL 21

Artigo 2: IDOSO AGREDIDO: QUEM É O AGRESSOR? 42

Artigo 3: PROMOTORIA PÚBLICA DO IDOSO E OS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA 55

CONCLUSÃO DA PESQUISA 56

REFERÊNCIAS 89

ANEXOS 97

APÊNDICES 99

APRESENTAÇÃO

O Programa de Mestrado em Promoção da Saúde proporcionou muitas visões sobre vários assuntos, sendo a violência contra idosos uma novidade temática em minha vida acadêmica, uma vez que nunca tinha cogitado trabalhar sobre isto anteriormente. Escolher a linha da promoção da saúde no envelhecimento ocorreu pelo fato de permitir envolver a atenção básica, área esta, que já fez parte da minha vida profissional. Por meio dos estudos no mestrado é que fui descobrindo a importância mundial do tema do envelhecimento e seus cuidados e necessidades, assim ampliando meu universo como pessoa e enquanto enfermeira e pesquisadora.

No transcorrer das disciplinas, mais especificamente durante a disciplina de envelhecimento ativo, o tema violência contra o idoso começou a ganhar espaço em mim. Despertou, tanto na profissional como na filha, a necessidade de se fazer algo para promover a saúde a este público etário, de ser cientificamente comprometida com o assunto e de olhar para o papel de filha com mais acuidade.

Foi durante o mestrado que meu pai faleceu, um jovem idoso que me deixou reflexões muito positivas e preocupantes. Isso me fez pensar, como profissional, o quanto o processo de envelhecimento ainda precisa ser estudado em todos os seus aspectos.

Esta dissertação foi organizada em formato de artigos. Assim, para compor este estudo foram construídos 3 artigos, a saber:

Artigo 1: Agressões, Políticas/Programas públicos e o idoso no Brasil.

Artigo 2: Idoso agredido: Quem é o Agressor?

Artigo 3: Promotoria pública do idoso e os casos de violência contra a pessoa idosa.

O primeiro artigo além de contextualizar o envelhecimento global e a violência contra os idosos, discute o papel das políticas e programas públicos no Brasil diante dessa situação.

O segundo artigo, apresenta uma revisão sistemática abordando o que a literatura científica tem descrito a respeito do agressor da pessoa idosa, isto é, buscou-se traçar as características de quem está no papel de principal agressor.

No terceiro artigo são apresentados os resultados obtidos após coleta de dados nos processos em trâmite na Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR sobre denúncias de violência contra o idoso no município.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fato e as responsabilidades em todas as esferas são legalmente claras. Apesar desse fenômeno ser de conhecimento mundial há tempos, ainda carrega mudanças sociais impactantes (LOUREIRO et al., 2014).

À medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar até 2050, alcançando dois bilhões de idosos no mundo (WHO, 2018). Este crescimento dos indivíduos idosos com 60 anos ou mais de idade é contínuo, isso pode ser observado em dados estatísticos, 4,1% em 1940, 7,3% na década de 90 e 8,6% em 2000 (DATASUS, 2007).

No Censo Demográfico Brasileiro referente ao ano de 2010 o número de idosos no país equivalia a 10,79% da população (IBGE, 2010). Estima-se que próximo ao ano de 2060 a população de idosos no Brasil corresponderá a 27,3% da população total (IBGE, 2018).

No estado do Paraná a realidade não é diferente, o número de idosos só vem crescendo no transcorrer dos anos. Para o ano de 2030, segundo o Ipardes (2017), a projeção é que o número de idosos chegará a 1.821.894, e em projeção para o ano de 2060 essa população somará 27,03% da população do Paraná. Na cidade de Maringá, objeto deste estudo, no ano de 1991 a proporção de idosos era de 6,9%, no ano de 2000 estava em 8,7% e 2010 subiu para 11,8% da população, mostrando o crescimento gradativo para a região norte do Paraná (DATASUS, 2011).

Esta estimativa considerável do aumento de idosos, também é explicada em função da queda da fecundidade, mortalidade e do crescimento da expectativa de vida, consequentemente, aumentando o risco de ocorrência de algum tipo de violência contra as pessoas idosas, principalmente para os menos assistidos (MASCARENHAS et al., 2010); (IRIGARAY et al., 2016). O predomínio dos maus-tratos contra o idoso é maior dentro de seus domicílios, em função da dependência financeira, ociosidade e baixo nível de escolaridade (PINTO; BARHAM; ALBUQUERQUE, 2013); (SKIRBEKK, 2014).

Os riscos relacionados à exposição à violência que os idosos estão sofrendo vem sendo colocados em pauta desde a Primeira Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. O princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas foi descrito em 18 direitos, dentre esses, o idoso deveria viver com dignidade e segurança sem ser objeto de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais (WHO, 1999).

Ainda em pauta durante a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento realizada na cidade de Madrid em 2002, a violência contra o idoso foi discutida e adotou-se a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid que teve como objetivos a busca de mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI e suas consequências (WHO, 2002).

Diante deste panorama ainda em evolução, os gestores públicos em saúde também no Brasil, deparam-se com um grande desafio, que é definir como priorizar o atendimento de idosos vítimas de algum tipo de violência. A função do Ministério da Saúde não deve limitar-se à assistência e reabilitação, mas como agente Promotor de Saúde. A Política de Promoção da Saúde é um dos mecanismos de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que articula diversos setores inclusive os não-governamentais somando forças com a sociedade, em prol da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

A dignidade humana é um dos princípios constitucionais do direito de família e com relação aos idosos, a mesma prevê em seus artigos 227, 229 e 230 que, “[...] colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão", “[...] e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na sua velhice, carência ou enfermidade [...]", "a família, a sociedade, e o estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida” (BRASIL, 1988).

No artigo 2º da Lei Orgânica da Assistência Social, está descrito que um dos objetivos da assistência social é a proteção a família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, atendendo esses grupos na ocorrência de vulnerabilidades, ameaças, vitimizações e danos. A Política Nacional do Idoso (PNI), o Código Civil e o Estatuto do Idoso também asseguram o direito dos idosos.

Numa revisão prévia de literatura, assuntos relacionados à violência contra o idoso tomam espaço nas políticas de atenção no Brasil. Porém, essas políticas sobressaltam as formas de abordagem que devem ser oferecidas, mas, sem destaque para o tema da violência propriamente dita, nem em suas manifestações e nem na sua magnitude e intensidade de ocorrência (SOUZA; MINAYO, 2010).

Pesquisas realizadas junto às promotorias públicas do idoso são ainda mais escassas. Até o momento não foi encontrado estudo semelhante ao propósito desta pesquisa. No entanto, um estudo desenvolvido por Irigaray et al. (2016) verificou a prevalência e os tipos de maus-tratos sofridos por idosos, registrados na delegacia de proteção ao idoso do

município de Porto Alegre/RS. Eles analisaram os Boletins de Ocorrência (BOs) da delegacia e, num total de 224 BOs, 78,1% denunciavam situações de maus-tratos.

Encontrou-se em vários outros estudos, alta prevalência de violência contra idosos. Idosos com queixa de agressão física ou abuso, foram admitidos no departamento de emergência no *Sanlıurfa Mehmet Akif Inan Training* e seus prontuários foram analisados por Öztürk et al. (2017). Os mesmos chegaram à conclusão que esse tipo de trauma ainda é um problema com muitos pontos a serem discutidos.

O estudo de Oliveira et al., (2012) que fez uma análise secundária em bancos de dados oriundos de delegacia de polícia e verificou um aumento gradativo de denúncias de maus-tratos em idosos.

Conforme Melchiorre et al. (2016) diz que a violência contra pessoas idosas é consequência de influências comportamentais resultado da interação de fatores pessoais, relacionais, culturais e ambientais, assim sendo, uma situação de difícil resolução. Desse modo, torna-se necessária a compreensão da atual situação de violência contra o idoso e sua dimensão em relação às políticas e programas públicos.

Nesse mesmo sentido, o objetivo geral deste estudo configurou-se na análise dos registros da Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR ante às políticas e programas públicos voltados ao idoso. Como objetivos específicos tem-se: 1) Descrever políticas e programas públicos voltados aos idosos no Brasil; 2) Caracterizar denúncias na promotoria pública do idoso referentes aos maus–tratos contra idosos (idade, sexo, tipo de agressão, agressor, forma da denúncia e condutas adotadas); 3) Analisar os dados obtidos frente às políticas e programas públicos.

METODOLOGIA

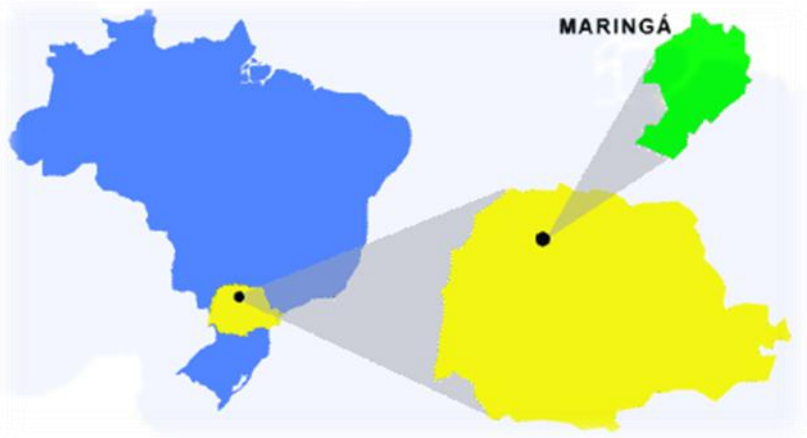
Delineamento e Local do Estudo

Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo-analítico por meio de análise documental de dados secundários de processos registrados na Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR relativos à violência contra idosos e de políticas e programas públicos sobre maus-tratos contra idosos.

Caracterização da Cidade

O município de Maringá é a terceira maior cidade do estado do Paraná, estando localizada ao norte do estado e há 423,60 km de Curitiba sua capital (Figura 1). A população estimada para 2018 é de 417.010 pessoas, com uma projeção de que o número de idosos para o ano de 2030 chegará a 1.821.894. A densidade demográfica em 2018 é de 733,14 hab/km², possuindo o maior crescimento populacional em um ano no estado do Paraná (IBGE, 2018); (IPARDES, 2017).

Figura 1 – Localização do município de Maringá-PR.



Dentre os 100 maiores municípios brasileiros Maringá está em 1º lugar no índice dos desafios da gestão municipal, no indicador saúde em 3º lugar, porém no aspecto segurança cai para 30º lugar (DGM, 2018).

Objeto de Pesquisa

Processos em andamento e/ou arquivados denunciados à Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR, compreendidos entre os anos 2015 e 2017, referentes às denúncias de maus-tratos contra a pessoa idosa.

Políticas e programas públicos voltados aos idosos no Brasil. Tais publicações foram consultadas em bases de dados como PubMed e Scielo, documentos oficiais do Brasil, Órgãos Internacionais e livros.

Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido e recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR) sob parecer nº 2.588.033/2018 na data de 09/04/2018 (ANEXO B).

Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada na promotoria do idoso por meio de uma ficha dee registro previamente construída pelas pesquisadoras especificamente para a coleta dos dados contidos nos processos (APÊNDICE A). O referido instrumento serviu para coletar os dados que caracterizavam a vítima, o agressor e a conduta da promotoria, como idade, sexo, estado civil e agressão sofrida pela vítima, a forma da denúncia, quem foi o agressor e a primeira conduta adotada pela promotora. Para garantir a confidencialidade dos dados recolhidos, não foram inclusas nos processos as partes que comprometiam o anonimato dos registros durante a coleta.

Para a realização da pesquisa, entrou-se em contato com a Promotoria Pública do Idoso de Maringá, por meio da responsável pela instituição, que foi consultada sobre o estudo, e após sua anuência, foi autorizada a realização do estudo neste local (ANEXO A). Em seguida foram agendados dias e horários para a coleta de dados com a assistente social de acordo com a disponibilidade que a equipe de profissionais tinha para separar os processos. A coleta ocorreu na sede da promotoria. O acesso aos dados dos processos pela pesquisadora ocorreu com base nos documentos previamente triados pela assistente social. A coleta ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2018.

Procedimentos para a Análise de Dados

Após a coleta e organização prévia dos dados, inicialmente em Planilha Excel, os mesmos sofreram tratamento estatístico mediante utilização dos recursos do pacote

computadorizado *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0, *for Windows.*

Procedeu-se à observação geral dos dados constantes na ficha de registro matriz, com a finalidade de detectar erros, não só em relação à digitação dos dados, mas também na busca de informação que poderiam estar faltando, incoerente ou inconsistente. Como resultado desta coleta foi excluído 1 caso de um total de 90 coletados inicialmente em função de não caracterizar as vítimas. Em síntese, uma vez corroborados todos os dados minuciosamente e excluídos aqueles inconsistentes, iniciou-se a análise estatística.

Foi realizada análise descritiva de frequência dos resultados que foram organizados em tabelas simples e cruzadas. Analisou-se a associação entre o sexo da vítima e ano da denúncia, tipo de agressão e sujeito agressor e tipo da agressão com relação ao sexo das vítimas, utilizando-se o Teste *Qui-Quadrado*. Consideraram-se como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. As correlações relevantes foram investigadas empregando-se os coeficientes de correlação de Pearson.

Posteriormente os resultados foram analisados com base na literatura científica.

ARTIGOS CIENTIFICOS

Artigo 1: AGRESSÕES, POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS AO IDOSO NO BRASIL

[1]Cassiana Regina Leindecker, [2]Rose Mari Bennemann, [3]Regiane de Souza Macuch.

Artigo submetido à publicação na Revista Aletheia – Revista Interdisciplinar de Psicologia e Promoção da Saúde – ISSN: 1981-1330 Versão eletrônica, ISSN 1413-0394 Versão impressa.

AGRESSÕES, POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS AO IDOSO NO BRASIL

[1]Cassiana Regina Leindecker, [2]Rose Mari Bennemann, [3]Regiane de Souza Macuch.

RESUMO

Objetivo: Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a temática violência contra o idoso. Métodos: Foram pesquisadas nas bases de dados PubMed e Scielo, artigos completos que abordassem a temática entre os anos 2014 e 2018, nas línguas português e inglês com os descritores "violência", "idoso" e "maus-tratos", no título e/ou resumo dos artigos. Resultados: Dos 138 artigos encontrados, 17 atenderam os critérios de inclusão e foram analisados. Ficando evidente após a leitura dos artigos que o principal agressor é um membro da família do idoso e que os tipos de violências são variados, dificultando a identificação dos casos. A pesquisa também mostrou que um aliado de fundamental importância é o profissional de saúde. Conclusões. O envelhecimento da população está ocorrendo tanto no Brasil como mundialmente. Envelhecer com qualidade de vida tem sido um desafio para o indivíduo, devido também aos altos índices de violências contra o idoso.

Palavras-chave: políticas públicas; violência; idoso.

[1]Discente do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. cassianarl@gmail.com

[2]Co-orientadora - Docente no Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI rose.bennemann@gmail.com

[3]Orientadora - Docente no Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI rmacuch@gmail.com

[1]Endereço: Avenida Guedner, 1610 Cep.: 87050-900, Bairro: Jardim Aclimação, Maringá UF: Paraná, Fones: (44) 3027-6360.

PUBLIC POLICIES AND ABUSE AGAINST THE ELDERLY IN BRAZIL

Cassiana Regina Leindecker, Rose Mari Bennemann, Regiane da Silva Macuch

ABSTRACT

Aim: This study consists of a literature review on the topic of abuse against elderly people. Research articles in English and Portuguese, published between 2014 and 2018, were collected via the academic search engines PubMed and Scielo on the basis of the tags ‘violence’, ‘elderly’, and ‘mistreatment’, which were to be found in the title and/or abstract. From the 138 articles initially found, 17 met further screening criteria and were selected for analysis. Our analysis shows that the main aggressor in cases of abuse against elderly people is a close family member and that the most frequent types of abuse are varied in nature, which translates in difficulties in detecting abuse cases in the first place. The results of the analysis also highlight the fact that health professionals are a key agent in the detection of abuse.

Keywords: public policies, violence, elderly

Introdução

Envelhecer não é uma doença e deveria ocorrer com qualidade de vida. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, marcado por mudanças biológicas, sociais e psicológicas, sendo considerado idoso aquele com 60 anos de idade ou mais. Estas alterações fisiológicas, afetivas, cognitivas e sociais que ocorrem no envelhecer, deixam o organismo suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas, podendo propiciar adoecimento (ASSIS, 2015).

A população mundial de idosos, entre os anos 2000 e 2050, subirá de 600 milhões para 2 bilhões e, com isto, diversas mudanças e preocupações sociais, econômicas e políticas também aumentarão. No Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, Europa e Ásia Central concentram o maior número de pessoas idosas entre a população total (11,4 %). Em projeções realizadas para 2050, o número de idosos passará para 15,5%, sendo que os maiores aumentos acontecerão na Ásia Oriental e Pacífico (de 7,4% em 2010, para 22,2%, em 2050) e calcula-se que a África Subsaariana terá um número de idosos abaixo de 5% PNUD (2014).

Em 2015, havia 810 milhões de idosos no mundo e, a cada segundo, duas pessoas completam 60 anos, e isso pode ser considerado uma revolução da longevidade. Estima-se que no ano de 2050 uma grande parte dos países desenvolvidos estarão com 30% da população com 60 anos, com exceção do Japão que já atingiu esse percentual em 2015 ILC-Brasil (2015).

Esse crescimento a nível mundial é explicado em função da diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida. No Brasil, a expectativa de vida, para o ano de 2014, era de 75,2 anos, ou seja, um aumento de 29,7 anos, para ambos os sexos, comparado aos indicadores observados em 1940, que eram de 28,7 anos para homens e 30,5 anos para mulheres (IBGE, 2015).

Silva (2016) discorre que o prolongamento da expectativa de vida da população mundial também está relacionado aos avanços tecnológicos, médicos e descobertas de novos métodos diagnósticos e terapêuticos, medidas preventivas, melhor condição de vida, que podem estar relacionados com o envelhecimento. Em outras palavras, “quando a mortalidade inicial é alta, seu declínio torna a população mais jovem e, quando a mortalidade já é baixa, declínios adicionais tornam a população mais velha” (Mesquita, 2014).

Além disso, as taxas de fecundidade estão despencando a cada ano. Em 2010, 75 países, inclusive alguns de baixa renda, tinham taxas abaixo do nível de reposição, ou seja,

mais pessoas morrendo do que nascendo, colocando em questão também os padrões familiares e sociais de sustento e cuidado ao idoso (ILC-Brasil, 2015).

De acordo com IBGE (2017), em projeção atualizada para 2030, o público idoso no Brasil somará 13,44% da população total, o que é um percentual significativo. Quando se olha para o estado do Paraná, este número equivale a 15,13% da população, isto é, o Paraná envelhecerá mais rápido que o Brasil, em sua totalidade. O IPARDES (2017) descreve que essa porcentagem de idosos será de 1.821.894, no estado, no ano de 2030.

Acompanhar o progressivo aumento dos idosos no Brasil e ainda suprir as necessidades sociais que esse aumento está trazendo, é um desafio para as políticas públicas, programas e serviços que acolhem essas particularidades (Silva, 2016).

Políticas e programas públicos voltados ao idoso no Brasil

Envelhecer de forma saudável, em todos os aspectos, é uma questão de direitos humanos. Neste sentido, foi promulgada a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a PNI. A partir dela, foi criado o Conselho Nacional do Idoso que, entre outras providências, há o esboço do plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, sendo essa lei regulamentada pelo decreto Federal nº 1.948 (Brasil, 1994).

A PNI busca promover formas de colocar em prática os direitos de envelhecer com segurança, por meio de ações conjuntas entre governo e sociedade, para a construção de uma rede de proteção a esse segmento populacional. A finalidade da Lei, em seu artigo 1º, assim está descrita: "A PNI tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade" (Brasil, 2010, p. 5).

Pouco depois, em 1997, no Paraná, surge a Lei Estadual nº 11.863. Ela dispõe sobre a Política Estadual dos Direitos do Idoso e em seu capítulo II – Dos princípios e diretrizes, estão descritos todos os aspectos que garantem o cuidado integral ao idoso (Paraná, 1997).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada pela Portaria MS/GM nº 737, estabelece diretrizes gerais que visam à orientação do setor saúde, para fazer frente aos agravos acidentais e violentos. "Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local" (Brasil, 2001, p. 15).

Em 1º de Outubro de 2003, a Lei nº 10.741 cria o Estatuto do Idoso, regulamentando os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre estes

direitos, também se estabelecem orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil, no sentido de coibir as diferentes formas de violência contra a pessoa idosa, atos que causem morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Brasil, 2003).

O Estatuto do Idoso é direcionado às linhas de ações da política de atendimento ao idoso, no qual destacamos os serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, e coloca obrigatoriedade à família, como responsável pelos cuidados dos membros idosos (Pinto, Barham, Albuquerque, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira (em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS), e direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006). Esta somou forças com a Portaria nº 687 MS/GM, na qual estão descritas ações específicas de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz (Brasil, 2006).

A atenção ao idoso se enquadra nos itens da PNSPI:

> I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual; IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal; V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência; VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências (Brasil, 2010, p. 37).

A Portaria MS/GM nº 528 define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, no âmbito do SUS e, nos artigos 3º e 8º, orienta quanto à organização do serviço de atenção integral para pessoas idosas em situação de violência sexual, mesmo porque, nos casos de violência sexual com idosos, grande parcela é desconhecida (Brasil, 2013) e (Lueger-Schuster, Gluck, Tran, Zeilinger, 2012).

De acordo com o descrito no estatuto do idoso, sobre a violência contra o idoso, atos violentos são de notificação compulsória no âmbito da Portaria GM/MS nº 1.271. E devem ser comunicados aos órgãos responsáveis, a saber, Autoridade Policial, MP, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso (Brasil, 2013) e (Brasil, 2015).

A notificação é um dos meios de se registrar ou denunciar a violência contra o idoso. Em um estudo referente ao ano de 2010, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação

recebeu 3.593 notificações de 524 municípios, mas São Paulo liderou com 1.073 registros feitos pela saúde (Mascarenhas e Andrade, 2011).

Essa notificação é de fundamental importância no combate à violência contra o idoso, conforme pode ser lido na Lei 12.461, em seu artigo 19. Dessa forma, “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objetos de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles” (Brasil, 2011, p. 1).

Apesar disso, existe uma carência de informações referentes aos estudos sobre a violência contra o idoso. Isso pode levar à percepção de que a importância que se coloca para os casos de violência contra a mulher, criança e adolescente, não é semelhante à terceira idade. Os mesmos autores, diante da alarmante situação da violência contra o idoso no Brasil, sugerem o investimento em instrumentos que auxiliem os serviços de saúde na identificação dos casos (Reichenheim, Paixão Jr e Moraes, 2008).

O Brasil começou a tratar do assunto há pouco mais de duas décadas e isso se deve, principalmente, ao protagonismo dos movimentos realizados pela própria população idosa ou por instituições aliadas, como associações de aposentados, conselhos específicos e movimentos políticos, sociais e de direitos humanos. Essas ações repercutiram no sentido da promulgação da PNI, em 1994, bem como no Estatuto do Idoso, em 2003. Em ambos os documentos estão declarados que os maus-tratos contra esse grupo de brasileiros constituem violações de direitos (Brasil, 2013).

Pensando em evitar a violência contra o idoso, verificou-se que 88% da população mundial usa como estratégia a sensibilização do promotor de saúde, ou seja, daquele profissional de saúde que está sempre em contato com a população. Outra forma implantada é informar a população sobre as violências, para que saibam como identificá-las e como conseguir ajuda. Buscar melhorias nas políticas para implantações concretas também são alternativas, mas há pouca pesquisa sobre a eficácia de tais programas na prevenção desse crime, sendo esta uma lacuna crítica que precisa ser preenchida (WHO, 2014).

Promotoria pública do idoso

As promotorias especializadas que defendem as pessoas idosas tornaram-se necessárias, como outras que já existiam, por exemplo, para a defesa de pessoas portadoras de deficiência, de pessoas acometidas por acidentes do trabalho, crianças e jovens (Mazzilli, 1994). Com a função de defender, o que é peculiar ao direito de todos os cidadãos, de acordo

com o Estatuto do Idoso, artigo 19, o órgão deve ser comunicado por quem identificar a violência contra o idoso. A Promotoria Pública do Idoso representa avanço importante na luta pela afirmação da dignidade da pessoa idosa (Barroso, 2016).

As Promotorias Públicas do Idoso são órgãos de administração do Ministério Público (MP), nas quais o promotor de justiça atua de acordo com a proposta fixada pelo Procurador Geral de Justiça. A partir da atuação de um promotor de justiça, o MP coloca em prática a garantia dos direitos da pessoa idosa, defendendo, amparando e protegendo os idosos quando há omissão de responsáveis (Paraná, 2018).

Como parte dos recursos humanos do MP, os Promotores de Justiça possuem importante papel nas questões que envolvem a sociedade em prol dos direitos constitucionais e humanos do idoso (Paraná, 2009).

As atribuições dos Promotores de Justiça do Idoso estão previstas no Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741 de 2003), no que remete à violência contra o idoso.

Art. 74. Compete ao MP:

> I Instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso; II promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco; III atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei; IV promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar; X instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo (Brasil, 2003, p. 16).

O MP passa a ser parte legítima para instaurar o processo, independentemente da existência de uma representação da vítima. Desta forma, conclui-se com o artigo do Estatuto do Idoso que, qualquer violência contra o idoso, qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico, será tratado como crime (Boas, 2005).

Metodologia

Esse trabalho tem revisão sistemática de literatura, a partir da busca por artigos científicos registrados nas Bases de Dados *PubMed* e *Scielo*. A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2018. Os descritores utilizados foram “violência”, “idoso” e “maus-tratos”.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram artigos completos que abordassem a violência contra o idoso, disponíveis nas Bases de Dados *Scielo* e *PubMed*, compreendidos no período de 2014 a 2018, nos idiomas Português e Inglês, que estivessem com os descritores no título e/ou resumo dos artigos.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram as produções anteriores a 2014, aqueles que não possuíam os descritores escolhidos no título e não eram dos idiomas selecionados. Artigos repetidos entre as bases de dados, ou na mesma base, também foram excluídos.

Procedimentos

Inicialmente, selecionamos 160 artigos científicos de ambas as bases, os quais respondiam aos descritores utilizados. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas bases de dados, e outros, apesar de terem sido listados, os descritores não apareciam no título, subtraindo, então, 69 artigos. Então, lemos os resumos dos artigos e excluímos os que não condiziam ao propósito deste estudo. Desse modo, selecionamos 18 artigos (3 artigos da Base de Dados *PubMed* e 15 da Base de Dados *Scielo*) definidos para análise, os quais preenchiam os critérios e que, posteriormente, foram lidos na íntegra.

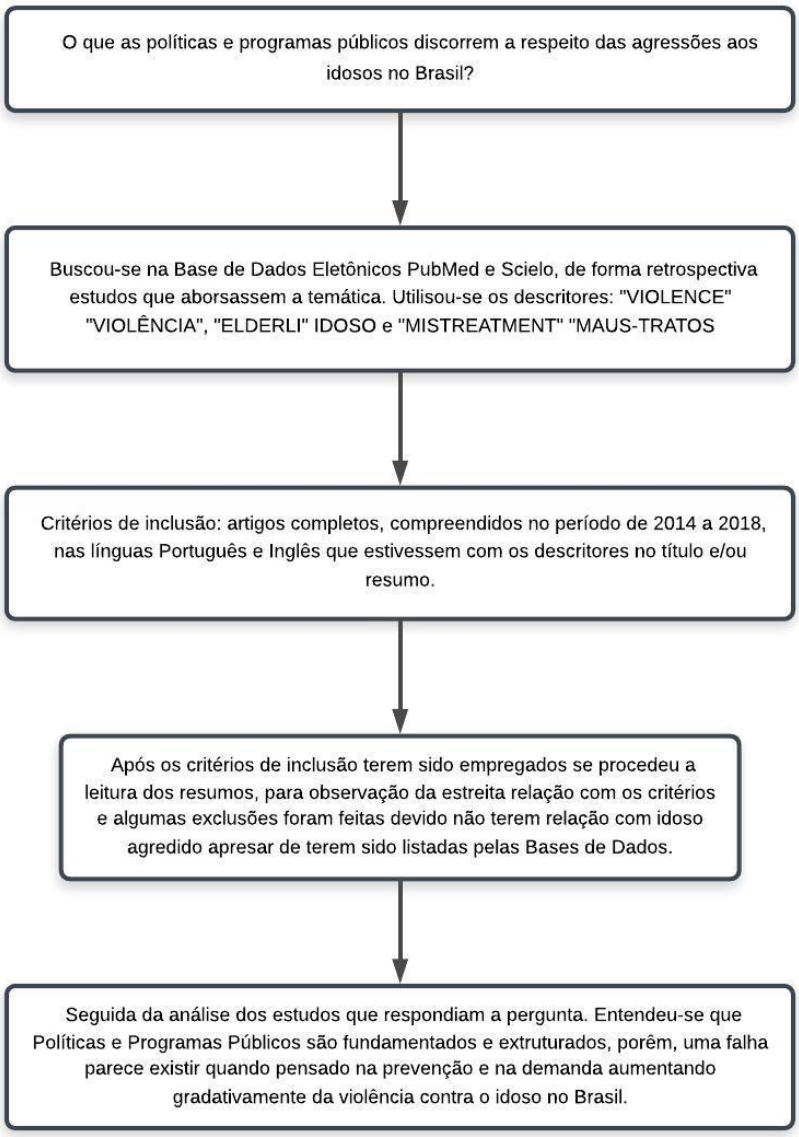


Figura 2: Processo da revisão sistemática de literatura.
Com base em Sampaio e Mancini (2007)

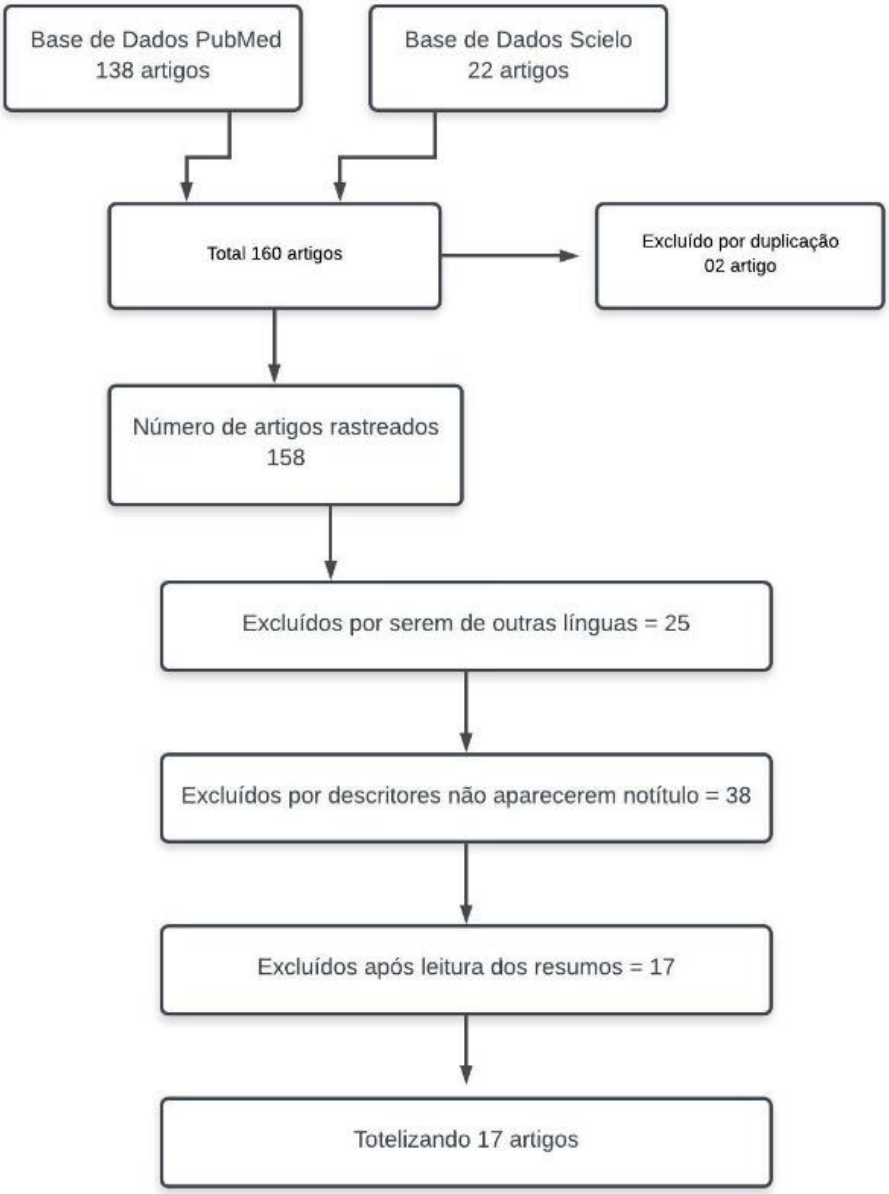


Figura 3: Resultados obtidos da revisão sistemática
Com base em Sampaio e Mancini (2007)

Os artigos selecionados foram numerados conforme a língua de publicação e Base de Dados, para uma leitura aprofundada e a seguir estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Artigos encontrados por descritores.

DESCRITORES	BASE DE DADOS/IDIOMA						Total de artigos selecionados	Total de artigos pós leitura resumos
	PUBMED			SCIELO				
	PT	ING	PT/ING	PT	ING	PT/ING		
Violência/ Violence	-	20	8	8	2	-	37	10
Idoso/Elderly	2	4	40	3	-	-	49	5
Maus-tratos /Mistreatment	-	-	-	2	-	-	2	2
TOTAL	**2**	**25**	**48**	**6**	**9**	-	**90**	**17**

Resultados

O primeiro passo para o caminho da prevenção do abuso de idosos é entender a problemática de forma abrangente. Também é importante destacar que estudar a literatura científica disponível proporciona maior conhecimento do fenômeno.

Os artigos selecionados como relevantes e que atenderam aos critérios específicos do descritor "violência", "idoso" e "maus-tratos" em seus resumos, totalizaram dezessete (17) artigos que, para melhor apresentação, visualização e discussão dos resultados, foram dispostos de acordo com os descritores (Tabelas 2, 3 e 4). Observa-se, também, os artigos organizados por base de dados, ordem cronológica, título e autoria na Tabela 5.

Os artigos selecionados como relevantes e que atenderam aos critérios específicos do descritor "Violência", totalizaram dez (10) artigos, conforme descritos na Tabela 2.

Tabela 2: Artigos selecionados com o descritor "violência".

Bases de Dados	Artigos encontrados	Artigos em L . Estrangeira	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Artigos analisados
SCIELO	22	01 (Inglês) 09 (Português) 0 (Inglês/Português)	07	15	10
PUBMED	138	20 (Inglês) 0 (Espanhol) 08 (Inglês/Português)	135	03	0
				Total de Artigos Analisados	**10**

Os artigos relevantes para a pesquisa sobre “Violência” demonstraram que a temática tem sido um campo de pesquisa abundante. Porém, encontramos poucos estudos relacionando à violência com o idoso, mesmo sendo de interesse social a necessidade de melhor se discutir esse fenômeno que acontece em grandes proporções com a pessoa idosa.

Entre os artigos selecionados, os nove dispuseram de forma genérica a magnitude do crescimento da população idosa a nível mundial e relacionaram concepções sobre a Violência contra esses indivíduos, se um problema está acontecendo nacionalmente e internacionalmente não. Somente dois (02) artigos destacam que o problema não deve ser tratado somente a nível nacional, ou seja, está acontecendo no mundo todo e que as soluções devem ser discutidas para que todos trabalhem com o mesmo propósito.

Dois (02) artigos destacam a importância dos profissionais de saúde, no que se refere à identificação de idosos em sofrimento, seja qual for o tipo da violência que estejam sofrendo. Constatou-se que, devido à proximidade que esses profissionais têm com a comunidade, a denúncia é facilitada.

Outro ponto discutido, em todos os artigos, é o fato do idoso não denunciar, dificultando ainda mais o rastreio. No entanto, um (01) dos estudos destacou um mecanismo de identificação de possíveis vítimas, argumentando que esses tipos de instrumentos têm contribuído na temática. Formulação e reformulação de políticas públicas foi o assunto para três (03) dos estudos e discutiu-se quanto à eficácia das políticas e programas públicos, mas que ainda não existem prevenções eficazes contra a violência ao idoso.

O problema colocado pelos autores de dois (02) artigos foi o fato dos termos utilizados para definição dos tipos de violência e conceitos diferente de violência serem muitos, também dificultando a investigação dos casos.

Relacionados ao descritor “Idoso” e respondendo aos demais critérios de inclusão, cinco (05) artigos foram analisados de ambas as bases de dados, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Artigos selecionados: com o descritor “idoso”.

Bases de Dados	Artigos encontrados	Artigos em L . Estrangeira	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Artigos analisados
SCIELO	22	0 (Inglês) 03 (Português) 0 (Inglês/Português)	07	15	03
PUBMED	138	01 (Inglês) 01 (Português) 40 (Inglês/Português)	135	02	02
			Total de Artigos Analisados		**05**

Dois artigos repetiram-se nas bases de dados: “Propriedades psicométricas da *Vulnerability to Abuse Screening Scale* rastreio de abuso contra idosos”, e *“Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults”*, sendo somado duplicadamente na tabela (2 e 3), porém referenciados no texto somente nos resultados e discussão da tabela 3. O artigo, além de explanar definições de violência, cita que são eventos que ocorrem quase que exclusivamente no ambiente familiar, mas seu foco foi contextualizar sobre a importância de instrumentos/testes como o *Hewalek-Sengstock* (Teste de Rastreio do Abuso dos Idosos (H-S / EAST) e o Teste de Abuso do Cuidador (CASE), que coletam informações sobre possíveis abusos por parte dos cuidadores. Contudo, destacam a Escala de Triagem de Vulnerabilidade ao Abuso (VASS) que, apesar de ser considerada elegível no Brasil, por ser simples e autoadministrável, os autores concluíram que o instrumento mostrou-se válido e com boa capacidade psicométrica para triagem de violência doméstica contra idosos no Brasil.

Os demais artigos (03) possuem uma padronização de envelhecimento da população a nível mundial, explanação sobre a violência contra o idoso e tipos de violência, e que o ambiente familiar é o de maior ocorrência da violência, sendo frisado por um (01) deles que cuidar do idoso é responsabilidade da familia, todavia,estão sendo agredidos por quem deveria zelar por eles. E o idoso, principal interessado, não se sente confortável em denuciar, ficando em comum acordo nos artigos que a denúncia seria a peça chave para um grande passo no contexto.

Somente dois (02) artigos responderam aos critérios de inclusão no que se refere ao descritor maus-tratos, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4: Artigos selecionados com o descritor “maus-tratos”.

Bases de Dados	Artigos encontrados	Artigos em L . Estrangeira	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Artigos analisados
SCIELO	22	0 (Inglês) 02 (Português) 0 (Inglês/Português)	07	15	02
PUBMED	138	0 (Inglês) 0 (Português) 0 (Inglês/Português)	135	03	0
			Total de Artigos Analisados		**02**

Um dos artigos não se difere dos demais quanto à explanação sobre o atual envelhecimento da população, mas frisa que, além de mudanças naturais do idoso, os maus-tratos têm feito parte desse processo. Definindo os tipos mais comuns de maus-tratos, os

autores também falam que as políticas e programas públicos que já possuímos no Brasil, apesar de ainda com fragilidades, foram um grande avanço nesse contexto.

Fica claro que os autores se preocupam com a necessidade da responsabilização dos profissionais de saúde, no que se refere à denúncia e notificação dos maus-tratos identificados e, também, a necessidade de conscientização da vítima sobre a denúncia, atribuindo o fato dos casos serem subnotificados a isso e aos diferentes tipos de termos que são utilizados para denominar os tipos de maus-tratos.

No mesmo artigo, destaca-se que as diferentes formas de maus-tratos trazem consequências diversas para o idoso e que, geralmente, o agressor é um familiar da vítima, um filho com algum tipo de problema financeiro ou dependente da vítima, ou até mesmo com problemas mentais e/ou dependente de álcool e drogas, sendo que esse agressor, de alguma forma, dificulta com que o idoso formalize a denúncia, devido ao vínculo afetivo.

O outro artigo define os maus-tratos e mantém seu discurso, contextualizando a dificuldade de detecção, pelo mesmo motivo identificado no artigo anterior: a vítima mantém o agressor oculto por ser ele um membro próximo ou familiar. Mas, frisa que há, também, o medo de sofrer represália por parte do agressor, culpa, vergonha e que não acreditem no seu relato.

É discutido ainda que o profissional de saúde não conhece sua função diante dos maus-tratos contra o idoso, ou que a vítima tem os mesmos medos no momento de fazer a denúncia, por possivelmente não se sentir seguro para tal ato.

Tabela 5: Artigos organizados por base de dados, ordem cronológica, título e autoria.

Base de Dados: SCIELO			
	Ano	**Título do artigo**	**Autores**
1	2014	Capacidade funcional e situações de violência em idosos.	FAUSTINO;GANDOLF; MOURA
2	2015	Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo.	RODRIGUES; ARMOND; GORIOS
3	2015	Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados.	PAIVA; TAVARES
4	2016	Violência intrafamiliar contra idosos: revisão sistemática Intrafamily violence against the elderly: systematic review.	CACHINA; PAIVA; TORRES
5	2016	Evidências psicométricas da adaptação transcultural do *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS) para detecção de violência contra idosos.	MAIA; MAIA
6	2016	Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental.	GARBIN; JOAQUIM; ROVIDA; GARBIN
7	2016	Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental.	IRIGARAY; ESTEVES; PACHECO; GRASSI-OLIVEIRA; ARGIMON
8	2016	Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis	BOLSONI; COELHO; GIEHL; D´ORSI

9	2017	Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas Ilhas dos Açores.	CARMONA-TORRES; SILVA-CARVALHAL; VIERA-MENDES; RECIO-ANDRADE; GOERGEN; RODRÍGUEZ-BORREGO
10	2017	Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática.	WARMLING; LINDNER; COELHO
11	2017	Propriedades psicométricas da *Vulnerability to Abuse Screening Scale* para rastreio de abuso contra idosos.	DANTAS; OLIVEIRA; SILVEIRA
12	2017	Violência contra idosos em três municípios brasileiros.	RODRIGUES; MONTEIRO; SANTOS; PONTES; FHON; BOLINA; SEREDYNSKYJ; ALMEIDA; ACOMINI;DEFINA; SILVA
13	2017	Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares.	CASTRO; RISSARDO; CARREIRA
14	2018	Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo	GUIMARÃES; GÓRIOS; RODRIGUES; ARMOND
15	2018	Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas	ALENCAR JÚNIOR; MORAES
		Base de Dados: PUBMED	
16	2014	Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa.	ANDRADE; SENA; PINHEIRO; MEIRA; LIRA
18	2017	Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for Screening abuse of older adults.	DANTAS; OLIVEIRA; SILVEIRAI

Conclusão

No contexto geral dos artigos, analisados por esta revisão sistemática de literatura, a temática da violência contra os idosos se mostra bem explanada e definida. Quando agregadas, as informações de um artigo complementam o outro, ou seja, discute-se sobre o envelhecimento da população, define-se a violência, os maus-tratos, os tipos de agressões, quem deve denunciar, as falhas no rastreio dos casos, quando a vítima principal interessada não denúncia por diversos motivos e discute-se, também, que políticas e programas públicos são de fundamental importância no norteamento do fenômeno.

Toda essa arguição é muito fundamentada e científica, obviamente, mas percebe-se que não foi discutido em nenhum dos artigos como os serviços vão conseguir assistir toda a demanda (que já é sabido que existe) de idosos sendo violentados no Brasil. A denúncia é colocada como um ponto chave para que se revolva o problema.

Referências

Assis, F., Parra, C. (2015) Envelhecimento bem sucedido e a participação nos serviços de convivência para idosos. *Psicologia*, 1-8., .

Barroso, A. J. B. (2016) O papel do Ministério Público em defesa da pessoa idosa**.** Disponível: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-papel-do-ministerio-publico-em-defesa-da-pessoa-idosa,56145.html> Acessado: 18/2017.

Boas, M. A. V. (org.) (2005). Estatuto do idoso comentado. Rio de Janeiro: Forense, pp. 216., 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015) Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília.

Centro internacional de longevidade Brasil (ILC-BRASIL*). (2015)*Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2017) Censo 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015) Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2017) Projeção da população do Brasil e das unidades da federação. .

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). (2017) . Projeções Populacionais dos Municípios do Paraná.

Lei n. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994 (1994). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Brasília, 4 de janeiro, 1994.

Lei n. 11.863, de 23 de Outubro de 1997. (1997). Dispõe sobre a política estadual dos direitos do idoso e adota outras providências. Curitiba, 23 de outubro, 1997.

Lei n. 10.741, de 1º de Outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1º de mao, 2003.

Lei n. 12.461, de 26 de Julho de 2011. (2011). Estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, 26 de junho, 2011.

Lei Complementar Estadual n. 85, de 27 de Dezembro de 1999. (1999). Estabelece a Lei Orgânica e Estatuto do Ministério Público do Estado do Paraná. Curitiba, 27 de dezembro, 1999.

Lueger-Schuster, B., Gluck, T. M., Tran, U. S., Zeilinger, E. L. Sexual violence by occupational forces during and after World War II: influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians. *International Psychogeriatrics, 24(08),* 1354-1358, 2012.

Mascarenhas, M. D. M., Andrade, S. C. A. (2012). Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. *Cien Saude Colet, 9(17),* 2331-2341.

Mazzilli, H. N. (1994). A Pessoa Idosa e o Ministério Público.

Mesquita, R. A. (2014). Envelhecimento e longevidade. Em: P. Papp (Org.) *Tecnologia e Saúde: Debates Interdisciplinares.* (pp. 123-156). Maringá: Unicesumar.

Pinto, F. N. F. R., Barham, E. J., Albuquerque, P. P. (2013). Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 3(13),* 1159-1981.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. Washington: 2014.

Portaria n. 737, de 16 de Maio de 2001. (2001). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 16 maio, 2001.

Portaria n. 2.528, de 19 de Outubro de 2006. (2006). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 19 de outubro, 2006.

Portaria n. 687, de 30 de Março de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 30 de março, 2006.

Portaria n. 528, de 01 de Abril de 2013. (2013). Define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 01 de abril, 013.

Portaria n. 1.271, de 6 de Junho de 2014. (2014). Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 6 de junho, 2014.

Reichenheim, M. E., Carlos, M. P. J., Moraes, C. L. (2008). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. Cadernos de Saúde Pública, 24(8), 801-1813.

Silva, M. R. F. (2016). Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Serviço Social & Sociedade, 126,* 215-234.

Sampaio, R. F., Mancine, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia, 1(11), 83-89.

World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014.

NORMAS REVISTA ARTIGO 1

REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PSICOLOGIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
ISSN: 1981-1330 versão eletrônica.
ISSN: 1413-0394 versão impressa.

Política Editorial

A Aletheia é uma revista semestral editada em parceria pelo curso de Psicologia e pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Luterana do Brasil destinada à publicação de trabalhos de pesquisadores envolvidos em estudos produzidos na área da Psicologia, Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano, Políticas Públicas, Ambiente, Sociedade ou ciências afins. Serão aceitos somente trabalhos não publicados que se enquadrem nas categorias de relato de pesquisa, artigos de revisão ou atualização, relatos de experiência profissional, comunicações breves e resenhas.

Relatos de pesquisa: investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia e análise científica.

Artigos de revisão/atualização: revisões sistemáticas e atuais sobre temas relevantes para a linha editorial da revista.

Relatos de experiência profissional: estudos de caso contendo discussão de implicações conceituais ou terapêuticas; descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção de interesse para a atuação profissional dos psicólogos.

Comunicações breves: relatos breves de experiências profissionais ou comunicações preliminares de resultados de pesquisa.

Resenhas: revisão crítica de livros recém-publicados, orientando o leitor quanto a suas características e seus usos potenciais.

Aspectos éticos: todos os artigos envolvendo pesquisa com seres humanos devem declarar que os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de pesquisa. No caso de pesquisa com animais, os autores devem atestar que o estudo foi realizado de acordo com as recomendações éticas para esse tipo de pesquisa. Os autores também são solicitados a declarar, na seção "Método", que o protocolo da pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do local de origem do projeto.

Conflitos de interesse: os autores devem declarar todos os possíveis conflitos de interesse (profissionais, financeiros, benefícios diretos ou indiretos), se for o caso.

A falha em declarar conflitos de interesse pode levar à recusa ou cancelamento da publicação.

Normas Editoriais

1. Serão aceitos somente trabalhos inéditos.
2. Artigo passará pela apreciação dos Editores.
3. Após a avaliação inicial, os Editores encaminharão os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores ad hoc de reconhecida competência na área de conhecimento. A Comissão Editorial e os consultores ad hoc analisam o manuscrito, sugerem modificações e recomendam ou não a sua publicação.
4. Os artigos poderão receber:
    a) aceitação integral.
    b) aceitação com reformulações.
    c) recusa integral. Em qualquer dessas situações, o autor será devidamente comunicado.
    d) os originais, em nenhuma das possibilidades, serão devolvidos.
5. O (s) autor (es) do artigo receberá (ão) cópia dos pareceres dos consultores e será (ão) informado (s) sobre as modificações a serem realizadas.
6. Os Editores reservam-se o direito de fazer pequenas alterações no texto dos artigos.
7. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito sempre será do Editor Responsável e Conselho Editorial que fará uma avaliação do texto original, das sugestões indicadas pelos consultores e as modificações encaminhadas pelo autor.
8. Os artigos poderão ser escritos em outra língua além do português (espanhol e inglês).
9. As opiniões emitidas nos artigos são de inteira responsabilidade do (s) autor (es), e sua aceitação não significa que a revista Aletheia ou o curso de Psicologia da ULBRA lhe dão apoio.

10. A matéria editada pela Aletheia poderá ser impressa total ou parcialmente, desde que obtida a permissão do Editor Responsável. Os direitos autorais obtidos pela publicação do artigo não serão repassados para o autor do artigo.

Apresentação dos Manuscritos

1) Os artigos inéditos deverão ser encaminhados pelo site da revista, www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/index, digitados em espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12 e paginados desde a folha de rosto personalizada. A folha deverá ser A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm). A revista adota as normas do Manual de Publicação da American Psychological Association - APA (4ª edição, 2001).

2) O número máximo de laudas deve atender a seguinte orientação: relatos de pesquisa (25 laudas); artigos de revisão/atualização (20 laudas); relatos de experiência profissional (15 laudas), comunicações breves (5 laudas) e resenhas (máximo de 5 laudas).

3) O artigo deve conter:

a) folha de rosto identificada: título do artigo em língua portuguesa; nome dos autores; formação, titulação e afiliação institucional dos autores; resumo em português de 10 a 12 linhas; palavras-chave, no máximo 3; título do artigo em língua inglesa; abstract compatível com o texto do Resumo; key-words; endereço para correspondência, incluindo CEP, telefone e e-mail.

b) folha de rosto não identificada: título do artigo em língua portuguesa; resumo em português, de 10 a 12 linhas, 3 palavras-chave, título do artigo em língua inglesa, resumo (Abstract) em inglês, compatível com o texto do Resumo; key-words.

c) corpo do texto.

d) sugere-se que os artigos referentes a relatos de pesquisa apresentem a seguinte sequência: Título; Introdução; Método (população/amostra, instrumentos, Procedimentos de coleta e Análise de dados – incluir nessa seção afirmação de aprovação do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde); Resultados; Discussão, Referências (títulos em letra minúscula e em seções separadas). Usar as denominações tabelas e figuras (não usar a expressão quadros e gráficos). Colocar tabelas e figuras incorporadas ao texto.

Tabelas:

Incluindo título e notas de acordo com normas da APA. Formato Word – 'Simples 1'.

Na publicação impressa, a tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para assegurar qualidade de reprodução, as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia (resolução mínima de 300 dpi). A versão publicada não poderá exceder a largura de 11,5 cm para figuras.

Anexos:

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

4) Trabalhos com documentação incompleta ou não atendendo às normas adotadas pela revista (APA, 4ª edição) não serão avaliados.

Normas para Citações

- As notas não bibliográficas deverão ser colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota.
- As citações dos autores deverão ser feitas de acordo com as normas da APA (4ª edição).
- No caso da citação integral de um texto: deve ser delimitada por aspas, e a citação do autor seguida do ano e do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio em itálico e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços da margem, na mesma posição de um novo parágrafo. A fonte será a mesma utilizada no restante do texto (Times New Roman, 12).

Citação de um autor: autor, sobrenome em letra minúscula, seguida pelo ano da publicação. Exemplo: Rodrigues (2000).

Citações de dois autores: Citações de dois autores: cite os dois autores sempre que forem referidos no texto. Exemplo: (Carvalho & Santos, 2000) – quando os sobrenomes forem citados entre parênteses, devem estar ligados por &. Quando forem citados fora de parênteses, devem ser ligados pela letra e.

Citação de três a cinco autores: citar todos os autores na primeira referência, seguidos da data do artigo entre parênteses. A partir da segunda referência, utilize o sobrenome do primeiro autor, seguido de e cols. Exemplo: Silva, Foguel, Martins e Pires (2000), a partir da segunda referência, Silva e cols. (2000).

Artigo de seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de e cols. (ANO). Na seção referências, todos os autores deverão ser citados.

Citação de obras antigas, clássicas e reeditadas: citar a data da publicação original, seguida da data da edição consultada. Exemplo: (Kant 1871/1980).

Autores com a mesma ideia: Autores com a mesma ideia: seguir a ordem alfabética de seus sobrenomes e não a ordem cronológica. Exemplo: (Foguel, 2003; Martins, 2001; Santos, 1999; Souza, 2005).
Publicações diferentes com a mesma data: Acrescentar letras minúsculas, após o ano de publicação. Exemplo: Carvalho, 1997, 2000a, 2000b, 2000c.
Citação cuja ideia é extraída de outra ou citação indireta: Utilizar a expressão citado por. Ex.: Lopes, citado por Martins (2000), **…**

Na seção Referências, incluir apenas a fonte consultada (Martins)**.**
Transcrição literal de um texto ou citação direta: sobrenome do autor, data, página. Exemplo: (Carvalho, 2000, p.45) ou Carvalho (2000, p.45).

Normas para Referências

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo. Sua disposição deve ser em ordem alfabética do último sobrenome do autor e em minúsculo.

Livro

Mendes, A. P. (1998). *A família com filhos adultos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
Silva, P. L., Martins, A., & Foguel, T. (2000). *Adolescente e relacionamento familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Capítulo de livro

Scharf, C. N., & Weinshel, M. (2002). Infertilidade e gravidez tardia. Em: P. Papp (Org.), *Casais em perigo, novas diretrizes para terapeutas* (pp. 119-144). Porto Alegre: Artmed.

Artigo de periódico científico

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 95-121.

Artigos em meios eletrônicos

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32 (4) Disponível: <http://www.scielo.br> Acessado: 02/2000.

Artigos de revista científica no prelo

Albuquerque, P. (no prelo). Trabalho e gênero. *Aletheia***.**

Trabalho apresentado em evento científico com resumo em anais

Corte, M. L. (2005). *Adolescência e maternidade.* [Resumo]. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas. XXV Reunião Anual de Psicologia (p. 176). Ribeirão Preto: SBP.

Tese ou dissertação publicada

Silva, A. (2000). *Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares*. Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Tese ou dissertação não publicada

Silva, A. (2000). *Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares*. Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado não publicada. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Segal, A. (2001). *Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico*. Porto Alegre: Universal. (Original publicado em 1950).

Autoria institucional

American Psychological Association (1994). Publication manual (4ª ed.). Washington: Autor.

Artigo 2: IDOSO AGREDIDO: QUEM É O AGRESSOR?

Artigo submetido à publicação na Revista Nursing Brasil - ISSN 1415-8264.

IDOSO AGREDIDO: QUEM É O AGRESSOR?

RESUMO

Objetivo: Revisar artigos científicos que explanem sobre o perfil do agressor do idoso. Métodos: Revisão integrativa da literatura em artigos publicados na Base de Dados PubMed entre maio de 2014 e maio de 2018 e selecionados por meio das palavras-chave elderly [Title] AND violence [Title]) e (elderly [Title] AND mistreatment [título]). Resultados: Dos 62 estudos inicialmente identificados, 39 foram elegíveis para inclusão, totalizando 23 estudos que atenderam aos critérios para análise. Com relação ao ano 2014, o maior número de artigos publicados foi no periódico *Journal of Elder Abuse & Neglect e The Gerontologist. Artigos* que traçaram como agressor um membro familiar próximo da vítima que convivia no mesmo domicílio ou pessoas de confiança e cuidadores familiares *foi de* 43,47%. Conclusão: Percebe-se a necessidade de estudos que identifiquem de forma mais detalhada o perfil do indivíduo que agride a pessoa idosa, o apoio às vítimas de abuso e a sensibilização da sociedade para tal fenômeno.

Palavras-chave: idoso; agressão; envelhecimento.

ELDER ATTACKED: WHO'S THE AGGRESSOR?

ABSTRACT

Aim: Our aim in this study was to review research articles on the profile of abusers of elderly people. Methods: We conducted a literature review using the PubMed search engine, having collected articles published between 2014 and 2018 on the basis of the tags (elderly [title] AND violence [title]) and (elderly [title] AND mistreatment [title]). We originally sampled 62 studies, of which 23 were selected for further analysis. In relation to the year of 2014, a higher percentage of articles was published in the Journal of Elder Abuse & Neglect and The Gerontologist. Nearly half of the studies (43.5%) highlight the profile of the aggressor as that of a close family member who inhabits the same household as the victim or that of trusted people and family caretakers. Through our research, it is perceived that more detailed studies on the profile of abusers of elderly people are needed to ultimately raise public awareness of the issue and provide better support to the victims.

Keywords: elderly; abuse; ageing.

ADULTO MAYOR AGREDIDO: QUIÉN ES EL AGRESOR?

RESUMEN

Objetivo: Revisar artículos científicos que expongan sobre el perfil del agresor del adulto mayor. Métodos: Se trata de una revisión integrativa de la literatura realizada en artículos contenidos en la Base de Datos PubMed. Fueron incluidos artículos publicados entre mayo de 2014 y mayo de 2018, y fueron seleccionados por medio de las palabras-clave elderly [Title] AND violence [Title]) e (elderly [Title] AND mistreatment [título]). Resultados: De los 62 estudios inicialmente identificados, 39 fueron incluidos totalizando 23 artículos que atendieron a los criterios para análisis. Con relación al año, 2014 tuvo el mayor número de artículos publicados sobre la temática, la revista con más publicaciones fue el Journal of Elder Abuse & Neglect e The Gerontologist, 43,47% de los artículos trazan el perfil del agresor como un miembro familiar próximo de la víctima que convive en el mismo domicilio, o personas de confianza y cuidadores familiares. Conclusión: Se percibe la necesidad de estudios que identifiquen de forma más detallada el perfil del individuo que agrede al adulto mayor. Por otra parte, son necesarios programas de apoyo y contención a las víctimas de abuso y sensibilizar a la sociedad respecto de esta problemática.

Palabras-clave: adulto mayor; agresión; envejecimiento.

Introdução

Mundialmente, o número de idosos vem crescendo de forma gradativa. Entre os anos 2000 e 2050 a quantidade de idosos subirá de 600 milhões para 2 bilhões. O fenômeno envelhecimento traz novas mudanças e preocupações econômicas, sociais e políticas para todos os países[1, 2].

No Censo Demográfico Brasileiro de 2010, o somatório de idosos equivalia a 10,8% da população. Em 2030, possivelmente, serão 41,6 milhões de idosos, correspondendo a 18,7% da população brasileira. O Brasil brevemente terá a sexta maior população idosa do mundo e políticas e programas públicos terão que se adaptar à essa realidade[3, 4, 5].

Há quatro décadas, iniciativas internacionais buscam evidenciar que o processo de envelhecer deveria acontecer com prazer e bem-estar. É uma fase da vida que deveria ser vivida ativamente e, para isso ocorrer desse modo, a responsabilidade não deve ser somente dos indivíduos, mas, principalmente, das políticas públicas, iniciativas sociais e de saúde promovidas no curso de toda a vida[6].

Envelhecer ativamente engloba autonomia, qualidade de vida, independência e expectativa de vida saudável. Assim, envelhecimento saudável abrange, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Um determinante da qualidade de vida do envelhecer ativo e saudável é o idoso estar protegido contra a violência e maus-tratos no ambiente social, fator esse essencial. Maus-tratos e exposição às situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce do idoso[7].

A violência pode ser entendida como a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima, seja física, psíquica, sexual ou moral. Os maus-tratos na terceira idade podem ser definidos como: “ato único ou repetido, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause danos, sofrimento ou angústia e que ocorram dentro de um relacionamento de confiança”[8].

O abuso físico pode ser definido como o “uso de força física que pode resultar em lesões corporais, dor física ou incapacidade”. Também há a violência psicológica e a agressão emocional com insultos, ameaças, humilhação, intimidação, verbalmente ou o fato de ignorar que o idoso existe, a violência financeira, que seria o uso ou abuso dos recursos financeiros provenientes do idoso, ou apropriação de

bens sem a permissão, ou sem que o mesmo se dê conta do uso indevido[9]. Com relação à negligência, essa se caracteriza pela omissão ou ineficácia em cumprir com a obrigação de atender o idoso nas suas necessidades básicas, como o fato de não serem prestados os cuidados com a higiene, o não suprimento das necessidades básicas alimentares, de afeto, cuidados com a saúde, entre outros[10].

A autonegligência é entendida como “o comportamento de uma pessoa idosa que ameaça sua própria saúde e segurança” e, geralmente, se manifesta em pessoas mais velhas, como recusa ou falha em fornecer a si mesmo alimentos adequados, água, roupa, abrigo, higiene pessoal, medicação (quando indicado) e precauções de segurança. É considerada como uma dentre as síndromes geriátricas, cronificando-se com pioras ao avançar da idade[11].

A violência constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo, exigindo prioridade no desenrolar dos casos e, até mesmo, nos processos de prevenção[12].

Um estudo constatou que no Reino Unido e na Irlanda as mulheres idosas tendem a sofrer mais agressão do que os homens. Porém, o abuso financeiro e agressões mais graves se mostraram maiores nos homens[13].

Estratégias como promoção do envelhecimento ativo e saudável, prioridade na formulação e execução de políticas públicas específicas para melhor idade e demais ações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Estatuto do Idoso, incluindo-se a denúncia e a prevenção da violência, trariam uma realidade futura mais saudável e ativa aos idosos[14].

Doze anos após o *Global Status Report on Violence Prevention,* em 2014, debateu-se sobre a necessidade de melhorias nos bancos de dados, acerca dos casos de violência contra o idoso, na intenção de implementar, projetar e monitorar os esforços de prevenção. No entanto, ainda destaca-se o descaso das autoridades e serviços[6].

A violência contra a pessoa idosa é um fato que tem exigido atenção e vem ganhando visibilidade, em função do crescente envelhecimento da população no país, embora ainda pouco veiculada com destaque[15].

Em uma revisão sistemática realizada em 14 bancos de dados, a prevalência agrupada da violência global contra idosos foi de 15,7%, violência psicológica 11,6%, violência financeira 6,8%, negligência 4% a 2%, abuso físico 2,6%e abuso sexual 0,9%, não havendo diferença significativa entre sexos[16].

Os maus-tratos contra idosos ainda é um tabu, um problema pouco discutido, mesmo já sendo relatado em literaturas há mais de 40 anos[9].

O abuso dos idoso é uma violação dos direitos humanos e uma das causas relevantes de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero, e, ainda assim, com todas essas consequências, a violência é pouco denunciada em todas as culturas[6].

Em uma amostra de 510 idosos, vítimas de violência no contexto familiar, 87,8% sofreram violência física, 69,6% psicológica, quase metade das vítimas (47,5%) sofreram situações de violência financeira, 7,5% denunciaram violência sexual e 6,5% casos de negligência. Nessa mesma amostra, 74,1% relataram a polivitimização e múltiplos tipos de violência em uma única pessoa, em que a maior parte dos agressores é do círculo familiar (cônjuges ou companheiros, filhos/enteados e filhas/enteadas)[15].

A violência contra o idoso é classificada em cinco tipos, que podem acontecer simultaneamente: violência física, psicológica/verbal, sexual, negligência e exploração financeira[18, 19].

Por isso, com base nas evidências descritas, conhecer quem são os principais agressores das pessoas idosas é necessário para que meios de prevenção mais eficazes se construam, no âmbito dos serviços de amparo. Desse modo, este artigo objetivou somar conhecimento científico, relacionado ao perfil do agressor de pessoas idosas, por meio de estudos que descrevem, em vários cenários, a violência contra o idoso.

Materiais e Métodos

Esse estudo bibliográfico foi realizado por meio de artigos provenientes da Base de Dados *PubMed*. Foram incluídos artigos publicados no período compreendido entre maio de 2014 e maio de 2018, com as palavras-chave seguindo o vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) determinados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)[20].

Para viabilizar a seleção dos artigos, utilizamos as seguintes palavras-chave (*elderly* [Title] AND *violence* [Title]) e (*elderly* [Title] AND *mistreatment* [título]), na busca por estudos que relatassem o perfil do indivíduo que agride adultos com 60 anos ou mais.

Os critérios de inclusão empregados foram: palavras-chave selecionadas no título, artigos do tipo revisão sistemática, formato de texto completo e gratuito, sem nenhuma restrição de idioma e publicados entre maio de 2014 e maio 2018. Para tanto, os excluídos foram os artigos que não estavam em acordo com os critérios de inclusão.

Em primeiro momento selecionamos 62 artigos para análise. Após revisão criteriosa dos títulos, 39 deles foram excluídos, por não terem estreita relação com os descritores utilizados, totalizando 23 artigos. Após revisão textual dos 23 artigos que atendiam critérios de pertinência e consistência de conteúdo, identificamos 13 estudos que não traçavam o perfil do agressor, somente contextualizavam a violência. No entanto, não foram excluídos devido a uma grande proximidade com o propósito do estudo. Na fase seguinte, analisamos os dados obtidos por meio do material compilado (oriundo dos trechos extraídos das publicações).

Resultados e Discussão

A análise dos artigos permitiu caracterizar as produções científicas inseridas no estudo, de acordo com o Quadro1.

Por meio da análise dos 23 artigos, em relação ao ano das publicações, observamos que 2014 correspondeu ao período com o maior número de artigos científicos publicados sobre a temática investigada, perfazendo 8 (34,78%), seguido dos anos de 2016 com 6 (26,08%); 2017 com 5 (21,73%), 2015 com 3 (13,04%) e 2018 com 1 (4,34%).

Periódicos de grande importância internacional publicaram tais artigos, destacando-se o *Journal of Elder Abuse & Neglect* e *The Gerontologist*. A modalidade de publicação que mais se destacou foram os artigos originais, 21 (91,3%) dos 23 analisados.

Após a descrição dos tipos de estudo dos artigos, em revisão mais detalhada, buscou-se o perfil do agressor. Dos 23 artigos revisados, somente 10 (43,47%) denominaram em seus resultados o principal agressor do idoso, sendo ele: um membro familiar próximo, que convivia no mesmo domicílio, pessoas de confiança e cuidadores familiares. Nos demais artigos (n = 13) (56,52%), encontramos somente o fenômeno violência contextualizado em vários aspectos, sem traçar perfil do agressor ou nem mesmo discutir sobre os agressores. Os agressores eram

genericamente identificados, porém ficou claro que é um membro da família ou um cuidador. A violência familiar, falta de vontade dos filhos adultos, cônjuges ou parceiro abusivos, negligência do familiar cuidador, abusos ligados a famílias, conflito familiar, foram as formas encontradas que identificam parte integrante da família como sendo o agressor.

O que também ajuda a mapear o fenômeno da violência contra o idoso, é estabelecer o vínculo que o agressor tem com o agredido. Em se tratando de agressão física, 58,5% dos agressores são familiares e outros conhecidos, e a agressão sexual (36,4%) segue semelhante à agressão física[20].

Em outro estudo, o perfil do agressor foi definido como sendo a maioria do sexo masculino e com estreita relação com a vítima. Então, fica um questionamento, sobre o quanto as famílias podem estar frágeis, levando a um desgaste emocional, que acaba por gerar a violência propriamente dita[10].

Também foi identificado que a vítima está mais suscetível a sofrer algum tipo de agressão, quando mora com filhos ou netos. Foi constatado que 01 em cada 10 idosos relatou ter sofrido atos violentos de alguém que morava com eles[14].

Em um estudo internacional, e que também se observa no Brasil, como citado anteriormente, os agressores geralmente são filhos (50% dos casos), 24% outros parentes, 20% o esposo (a) ou parceiro (a), 4% amigos e 2% cuidadores. Assim, mais uma vez se confirma, que quanto maior o parentesco, maior o risco do idoso sofrer agressão[21].

Quadro I. Artigos publicados sobre o agressor do idoso, segundo base de dados, ano de publicação, periódico e tipo de estudo.

TÍTULO	ANO	PERIÓDICO	ESTUDO	Fator de impacto
The conceptualization of mistreatment by older American Indians.	2017	Journal of Elder Abuse & Neglect	Original	1.333
Abuse and maltreatment in the elderly.	2014	Elsevier Doyma	Original	1.184
Correlates of Depression in Self-Neglecting Older Adults: A Cross-Sectional Study Examining the Role of Alcohol Abuse and Pain in Increasing Vulnerability.	2016	Journal of Elder Abuse &Neglect	Original	1.333
Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention.	2015	American Family Physician	Original	1.974
Do the Definitions of Elder Mistreatment Subtypes Matter? Findings From the PINE Study.	2014	Journals of Gerontology: medical sciences	Original	5.416
Elder Abuse: Research, Practice, and Health Policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award Lecture	2014	The Gerontologist	Original	3,223
Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies.	2016	The Gerontologist	Original	3,505
Elder Mistreatment: Priorities for Consideration by the White House Conference on Aging.	2015	The Gerontologist	Revisão	3,505
Elder Mistreatment among Chinese and Korean Immigrants: The Roles of Sociocultural Contexts on Perceptions and Help-Seeking Behaviors.	2014	Journal of Elder Abuse & Neglect	Original	1.333
Elder mistreatment in a community dwelling population: the Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO) cohort study protocol.	2016	BMJ Open	Original	2.413
Elder mistreatment in underserved populations: Opportunities and challenges to developing a contemporary program of research.	2016	Journal of Elder Abuse & Neglect	Revisão	1.333
Elder Mistreatment Predicts Later Physical and Psychological Health: Results from a National Longitudinal Study.	2017	Journal of Elder Abuse & Neglect	Original	1.333
Elder mistreatment training gaps among dermatology resident physicians and opportunity to improve care of a vulnerable population: A cross-sectional study.	2017	Journal of the American Academy of Dermatology	Original	6.898
Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors.	2018	BMC Public Health	Original	3.000
Financial Exploitation of Older Adults: A Population-Based Prevalence Study.	2014	Journal of General Internal Medicine	Original	4.005
Imaging Findings in Elder Abuse: A Role for Radiologists in Detection.	2017	Canadian Association of Radiologists	Original	1.000
Managing resident to resident elder mistreatment (R-REM) in nursing homes: the SEARCH approach.	2014	The Journal of Continuing Education in Nursing	Original	0.820
Staff-Reported Strategies for Prevention and Management of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Long-Term Care Facilities.	2016	Journal of Elder Abuse & Neglect	Original	1.333
The Abuse Intervention Model: A Pragmatic Approach to Intervention for Elder Mistreatment.	2016	Journal of the American Geriatrics Society	Original	4.155
The Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the U.S.	2015	The Gerontologist	Original	3,505
The prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a rural community of Negeri Sembilan state: baseline findings from The Malaysian Elder Mistreatment Project (MAESTRO), a population-based survey.	2017	BMJ Open	Original	2,413
Using Qualitative Methods to Develop a Measure of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Nursing Homes.	2014	International Psychogeriatrics	Original	2.261
Verbal Mistreatment in the Elderly.	2014	Journal of the American Geriatrics Society	Original	4.155

Conclusão

Os resultados obtidos por meio dessa revisão de literatura fortalecem a necessidade de ações globais, que expandam os esforços para a prevenção contra maus-tratos de idosos. Também são necessários estudos que identifiquem de forma mais detalhada o perfil do indivíduo que agride a pessoa idosa, o apoio às vítimas de abuso e a sensibilização da sociedade para tal. As evidências científicas mostram que o problema existe em grande proporção e uma grande parcela de casos ainda permanece sem serem denunciados. Dessa forma, esse estudo mostrou que ainda há muito que discutir sobre o tema, por meio de pesquisas que ofereçam maior suporte e estratégias eficazes de prevenção e de coibição de violência contra os idosos.

Referências

1. Sousa, R.I.M., et al. (2016). Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. Archives Of Gerontology And Geriatrics, 67 (8), p. 55-60.

2. Carvalho Filho, M.A.M., et al. (2015). Prevalence of Oral and Maxillofacial Trauma in Elders Admitted to a Reference Hospital in Northeastern Brazil. Plos One, 10 (8), p. 1-11.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Notícias [em linha]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Web site. Acedido junho 1, 2017, em http://censo2010.ibge.gov.br/noticias censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=1866&busca=1&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas.

4. Maia, R.S., & Maia, E.M.C. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreio da violência contra idosos. Cadernos de Saúde Pública, 30 (7), p. 1379-1384.

5. Paiva, M.M. & Tavares, D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Enfermagem, 68 (6), p. 1035-1041.

6. WHO. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: World Health Organization, 2002.

7. WHO. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.

8. Acierno, R., & Amella, E. (2013). Elder abuse as domestic violence: the national study of elder abuse. In: GSA ANNUAL SCIENTIFIC MEETING, Anais...:

9. Pinto, F.N.F.R.; Barham, E.J.; Albuquerque, P.P. (2013). Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 3 (13), p. 1159-1981.

10. Lacher, S., et al. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. Swiss Medical Weekly, 8 (5), p. 327-345.

11. Garbin, C.A.S., et al. (2016). Elderly victims of abuse: a five year document analysis. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19 (1), p. 87-94.

12. Mosqueda, L., & Dong, X. (2011). Elder Abuse and Self-neglect “I Don’t Care Anything About Going to the Doctor, to Be Honest. . . . ”. Journal Of The American Medical Association, 5 (316), p. 532-541.

13. Krug, Etienne G. et al. World report on violence and health. Geneva, 2002. 360 p.

14. Melchiorre, M.G., et al. (2016). Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. Plos One, 11 (1), p. 1-28.

15. Bolsoni, C.C.C., Giehl, E.B.S., Corseuil, M.W., & d'Orsi, E. (2016). Prevalência de violência contra idosos e fatores associados - estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19 (4), p. 671-682.

16. Gil, A. P., et al. (2015). Sobre as idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. Caderno de Saúde Pública, 6 (31), p. 1234-1246.

17. Yon, Y., et al. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health, 2 (5), p. 147-156.

18. Evans, C.S., et al. (2016). Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments. Journal Of The American Geriatrics Society, 65 (1), p. 91-97.

19. Yunus, R.M., et al. (2017). Association between elder abuse and poor sleep: A cross-sectional study among rural older Malaysians. Plos One, 12 (7), p. 1-14.

20. Descritores em Ciências da Saúde (2011). Descritores em Ciências da Saúde Web site. Acedido 15, 2017, em: http://decs.bvs.br.

21. Rodrigues, C.L., Armond, J.E., Gorios, C. (2015). Physical and sexual aggression against elderly persons reported in the city of São Paulo. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18 (4), p. 755-760.

22. Naughton, C., et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. Age Ageing, 1 (41), p. 98-103.

CONTATO DAS AUTORAS

[1]Cassiana Regina Leindecker, [2]Rose Mari Bennemann, [3]Regiane da Silva Macuch

[1]Discente do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/CNPq-UniCesumar. cassianarl@gmail.com
Endereço: Avenida Guedner, 1610 Cep: 87050-900
Bairro: Jardim Aclimação - Cidade: Maringá UF: Paraná - Fones: (44) 3027-6360

[2]Co-orientadora - Docente no Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI rose.bennemann@gmail.com
Endereço: Avenida Guedner, 1610 CEP: 87050-900
Bairro: Jardim Aclimação - Cidade: Maringá UF: Paraná - Fones: (44) 3027-6360

3Orientadora - Docente no Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI rmacuch@gmail.com
Endereço: Avenida Guedner, 1610 CEP: 87050-900
Bairro: Jardim Aclimação - Cidade: Maringá UF: Paraná - Fones: (44) 3027-6360

NORMAS DA REVISTA ARTIGO 2

REVISTA NURSING BRASIL - ISSN – 1415-8264

Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.

02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos dois autores devem ser assinantes da revista.

03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.

05 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br

06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.

07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).

08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.

09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.

10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação dentífica.

11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.

13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).

15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.

16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.

17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.

Artigo 3: PROMOTORIA PÚBLICA DO IDOSO E OS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA O PESSOA IDOSA

Artigo submetido à publicação na Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ISSN 1413-8123 versão impressa, ISSN 1678-4561 versão on-line.

PROMOTORIA PÚBLICA DO IDOSO E OS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.

[1]Cassiana Regina Leindecker, [2]Adriana Yanina Ortiz, [3]Rose Mari Bennemann; [4]Regiane de Silva Macuch

RESUMO

Objetivo: Analisar os registros da Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR sobre maus-tratos ante às políticas e programas públicos voltados ao idoso. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo-analítico foi aplicado utilizando como material de analise os dados pertencentes aos processos arquivados e em andamento referentes a violências praticadas contra idosos ocorridos entre os anos de 2015 e 2017, coletados na própria promotoria. A coleta dos dados ocorreu por meio de uma ficha de registro previamente construída pelas pesquisadoras. Esses dados foram analisados mediante utilização dos recursos do pacote computadorizado *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0, *for Windows*. **Resultados:** dos 89 processos analisados, 23,6% correspondem ao ano de 2015, 32,6% ao ano de 2016 e 43,8% aos processos apurados do ano de 2017, a idade dos agredidos variou de 60 a 93 anos, com média de 74,59 anos, as agressões de maior ocorrência foram negligência 55,1%, seguido por agressão psicológica 39,3% e agressão física 31,5%. O agressor, geralmente, era um filho da vítima. Conclusão: Estudos mais detalhados são necessários para que um mapa mais abrangente consiga mostrar a realidade dos idosos de Maringá-PR no que se refere a violência contra essa população.

Palavras-chave: idoso; violência; políticas públicas.

CASES OF VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN THE PUBLIC PROSECUTION RECORDS

ABSTRACT

Aim: The aim of the present study was to analyze the prosecution records of the municipal office for the elderly in Maringá, Paraná, Brazil, relative to cases of abuse against the elderly, with a particular focus on public policies and social programs aimed at elderly people. **Method**: By means of a corpus study, we analyzed data from 89 archived and running cases of abuse against elderly people, dated between 2015 and 2017 and collected at the municipal office for the elderly based on registration cards. We found that the victims were aged between 60 and 93 years old (mean age = 74) and that the most frequent types of abuse were negligence (55.1%), psychological violence (39.3%), and physical violence (31.5). The aggressor is usually a child of the victim. Given the results of our study, we conclude that further, more wide-scoping research is needed so that a more ample map is able to show the reality of the elderly in Maringá in regards to violence towards them.

Keywords: elderly; violence; public policies.

[1]Discente do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/CNPq-UniCesumar. cassianarl@gmail.com

[2] Bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD) da CAPES, no Programa de Pós-Graduação em Gestão do Conhecimento nas Organizações (PPGGCO) do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar). Doutora em Educação.

[3]Co-orientadora - Docente no Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI rose.bennemann@gmail.com

[4]Orientadora - Docente no Mestrado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI rmacuch@gmail.com

INTRODUÇÃO

A primeira vez em que um abuso de idoso foi descrito em revistas científicas britânicas, foi em 1975, por dois pesquisadores ingleses, como “espancamento de avós. A partir desse marco histórico, pesquisas científicas ocorrem, atualmente, fundamentando ações governamentais e mobilizando as organizações internacionais[1, 2].

As violências e os acidentes exercem grande peso social e econômico, e o SUS (Sistema Único de Saúde), para enfrentar esse problema, busca medidas de intervenções como vigilância, prevenção e promoção da saúde. Em 2001, o SUS implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e, em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)[3].

Assim, entendeu-se que é preciso reconhecer e mapear as diversas formas de violência, para que os impactos que estas exercem socialmente e economicamente, sobretudo no setor saúde, sejam reduzidos e/ou aniquilados. Somando forças à portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, formalizou-se a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é alimentado pelas notificações que passaram a ser compulsórias nos serviços de saúde, serviço esse que foi se desenvolvendo e chegando a registrar, em 2015, 14.478 casos de violência contra idosos, equivalendo um aumento de 261%, quando comparado com 2011, quando não havia esse registro obrigatório[4].

A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO MUNDO

O número de indivíduos que morrem todos os anos, por consequência da violência em todas as suas formas (auto-dirigidas, interpessoais e coletivos), é maior que 1,3 milhões, representando 2,5% do total da mortalidade mundial. Quando a morte não ocorre devido às lesões físicas, várias outras consequências sobre a saúde podem vir a ocorrer, como deficiência fisíca, depressão, tabagismo, abuso de drogas, acidente vascular cerebral, câncer, HIV, ou várias outras doenças crônicas e infecciosas[5].

O problema da violência contra o ancião causa sérios traumas devastadores, gerando consequências como baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade[6].

Estudar sobre o envelhecimento humano é mais uma das formas de mostrar que a violência contra esse grupo etário é mais antiga que imaginamos. Na Tanzânia, por exemplo, os idosos eram tidos como repositórios de sabedoria herdada e eram respeitados por isso. Ainda assim, são identificados casos de idosos que são negligenciados, exigindo intervenção do estado no sentido de desenvolver políticas sociais de prevenção[7].

Porém, houve progresso na identificação das violências contra a pessoa idosa. Na década de 1970, ressaltou-se que os idosos são deliberadamente maltratados e que "[...] é surpreendente que nestas circunstâncias o espancamento se torna uma consequência natural do inadequado serviço [...]"[8].

No Reino Unido, o termo *"Granny Battering"* foi usado em 1975,mas, antes disso, não se dava a devida importância aos fatos. Décadas se passaram e foi dada cada vez mais atenção ao abuso de idosos, em busca de uma melhor compreensão e formas eficazes de prevenção, tanto em pesquisa, quanto politicamente. Uma forma de ampliar os conhecimentos sobre essas violências, foi descrita no, então, chamado *"Missing Voices"*, primeiro instrumento criado pela *World Health Organization* (WHO) e pela Rede Internacional para a Prevenção do Abuso dos Idosos, com o qual tentaram reunir informações internacionais sobre o abuso de idosos. O documento reúne dados de vários países, sendo esse um instrumento de grande valia, quando falamos em prevenção. Uma informação importante, identificada no *"Missing Voice",* é que cada violência deve ser tratada no seu contexto cultural e que, apesar de os fatores de riscos serem os mesmos, o contexto da violência deve ser avaliado[9].

Há anos discussões vêm ocorrendo em torno da proteção ao idoso, como em 1982, quando aconteceu a I Assembleia Mundial do Envelhecimento. Passados 20 anos, em 2002, ocorreu em Madri o II evento e, em ambos, foi discutido como prioritária a aplicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Então, viu-se a necessidade da criação de políticas de proteção ao idoso, isso em âmbito mundial, pois já se percebia que o envelhecimento estava cada vez mais acelerado e os índices de expectativa de vida cada vez maiores[10].

Desenvolver legislações, politicas e programas públicos em prol da qualidade de vida de uma população envelhecida, é um desafio. As três Conferências Regionais Intergovernamentais sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, realizadas pela Cepal nos anos 2003, 2007 e 2012, discutiram novamente sobre o tema e se comprometeram com a população da região, no sentido de melhorar as condições sociais e de proteção, inclusive para o idoso. O Brasil e o México são os países que se destacam, com maior grau de institucionalização das políticas sociais[11].

O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC) explanou que a segurança e proteção com os idosos deve ser uma responsabilidade coletiva de nível mundial, em resposta a revolução da longevidade, pois, como mostram as progressões, logo haverá mais idosos do que pessoas em idade produtiva. Os países que se tornaram ricos, antes de terem uma população idosa, possuem programas sociais estáveis que vão, de alguma forma, tornar possível a proteção e segurança que essa população vulnerável necessita[12].

É justamente por causa do estudo dessas mudanças que hoje existe uma preocupação sobre as políticas e programas públicos relativos à saúde e bem-estar da população, neste caso, precisamente os idosos. O aumento da população idosa é um fato, e na América Latina, onde as desigualdades sociais são maiores, os casos de violência se tornam mais frequentes. O problema das mudanças na estrutura etária deveria ser visto com outros olhos, e usada como instrumento de superação de problemas por ela mesma gerados. Ainda, a busca de um envelhecimento ativo e saudável é uma forma de amenizar as anunciadas consequências[13].

Em Genebra, durante a Assembléia Mundial da Saúde, no ano de 1996, adotou-se uma resolução que declara a violência como um problema de saúde pública mundial, e que deve ser tratado com urgência para ser evitado. Esse é um caminho para os países articularem sobre como a violência afeta a saúde, a economia e segurança de uma nação. Nessa Assembléia, em que 133 paises foram ouvidos e estudados, somente 41% relataram ter algum tipo de plano de ação contra a violência ao idoso, entre eles: programas de implementação de cuidadores (treinam os cuidadores que prestam serviços residenciais), programas para melhorar os padrões de cuidados na enfermagem e outros cuidados residenciais, treinando esses profissionais para saberem identificar situações de violência e campanhas públicas que, em alguns países, são únicas e pontuais, em outros, de forma

contínua, que geraram bons resultados após terem sido implantados. E, mesmo com esses meios de prevenção nesses países, o abuso de idosos é um dos menos trabalhados e os planos de ação nacionais, no sentido da prevenção, não acontecem como deveriam[5].

As recomendações de políticas foram projetadas para serem relevantes, para que os legisladores coloquem em prática, em todos os níveis, em todos os setores e em todos os países. Posto isso, nota-se que para o tão sonhado envelhecimento com qualidade de vida, a proteção e segurança estão na mesma linha da saúde, aprendizagem ao longo da vida e participação. Prevenir e combater a discriminação, a violência e o abuso, são os determinantes a serem trabalhados em prol de um envelhecimento ativo[12].

Envelhecer de forma ativa também inclui envelhecer sem violência. Algumas recomendações para que os governos trabalharem contra a violência, abrangem todos os tipos de violência e todas as faixas etárias e gênero:

> 1. Criar, implementar e monitorar um plano de ação nacional para prevenção da violência; 2. Aumentar a capacidade de coleta de dados sobre violência; 3. Definir prioridades e apoiar pesquisas sobre as causas, consequências, custos e prevenção da violência; 4. Promover respostas de prevenção primária; 5. Reforçar as respostas às vítimas de violência; 6. Integrar a prevenção da violência nas questões sociais e educacionais. políticas, promovendo assim igualdade de gênero e social; 7. Aumentar a colaboração e o intercâmbio de informações sobre prevenção da violência; 8. Promover e monitorar a adesão aos tratados internacionais, leis e outros mecanismos para proteger os direitos humanos; 9. Buscar respostas práticas, acordadas internacionalmente, ao comércio mundial de drogas e comércio global de armas. [5]

O Brasil vem crescendo em vários âmbitos, no que se refere a pessoa idosa, e a violência contra esses indivíduos é abordada nas políticas públicas, sobretudo, nas que promovem a garantia dos direitos e estruturam a atenção à sua saúde[14].

VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO BRASIL, PARANÁ E MARINGÁ

A violência contra o idoso é caracterizada como um fenômeno grupal, em parâmetro mundial, e que não exclui nenhuma classe, cultura ou opção religiosa, atingindo, também, todo tipo de gênero idade ou raça[15].

A declaração de Toronto define o abuso ao idoso como:

> “ação isolada ou repetida, ou inação quando a ação é necessária, que ocorre em qualquer relação em que haja expectativa de confiança, causando prejuízo ou sofrimento ao idoso. Há várias formas de abuso: físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, a negligência, seja ela intencional ou não intencional”. [5]

A quantidade de atitudes violentas contra idosos vem crescendo como uma epidemia, fazendo com que as autoridades públicas aumentem sua preocupação para combatê-la[16].

Em 2050, o número de idosos que sofrerá violência poderá chegar a 330 milhões, caso o número de vítimas continue nessa constante,devido ao aumento do número de idosos no mundo[17].

As proporções de abuso contra a pessoa idosa são alarmantes. Entre 2011 e 2012, houve um levantamento feito com 36 países e concluiu-se que 43% das pessoas com mais de 60 anos temem sofrer algum tipo de violência ou maus-tratos[18].

Em 1974, nos Estados Unidos da América (EUA), foi aprovada a Lei da Segurança Social, com o intuito de criar e manter agências de serviços de proteção a idosos vulneráveis, abusados ou negligenciados por outros, ou negligentes de si mesmos. Em 2004, o país chegou a gastar quase US$ 500 milhões com essas agências[19].

Ainda com relação a isso, os EUA gastam milhões com programas de prevenção da violência ao idoso, devido a prevalência do abuso aos idosos, que varia entre 500.000 e 2,5 milhões de pessoas na faixa etária considerada anciã. O indivíduo que reside com um cuidador que, geralmente, é cônjuge ou parceiro íntimo, ou está isolado de amigos e familiares, é o mais exposto às agressões[20].

Existem situações de contexto cultural, nas quais o abuso ao idoso se mostra bem diferente das que encontramos no Brasil. Algumas ocorrem como costumes locais, por exemplo, na África, onde existem acusações de bruxarias contra mulheres idosas, que geralmente são viúvas e vivem sozinhas, na intenção de se apropriarem de seus bens. No referido estudo, comenta-se que os mais vulneráveis são os que moram sozinhos, isolados socialmente, ou que possuem alguma limitação cognitiva,ou com familiar com problemas de personalidade[12].

A situação piora quando se trata dos subtipos de violência, principalmente de um país para outro. Não há definição nem medição exata, por isso,

consequentemente, a variação na prevalência é grande. No Reino Unido, a porcentagem é de2,6%, no Canadá é de 4%, em Israel 18,4%,e na Espanha 29,3%, referentes ao ano de 2015. A estimativa de prevalência global é que 15,7% dos idosos sofreram algum tipo de violência, no ano de 2015[17].

Um determinante que tem sido relacionado com o abuso de idosos na Índia, é a baixa escolaridade do idoso. O agressor e os tipos de violência são comparáveis com os de demais países, porém, quanto menor o nível de estudo do ancião, maiores são as chances de vir a sofrer algum tipo de violência no decorrer da sua vida. Esse é um dado muito preocupante para as autoridades indianas, pois, culturalmente, os idosos possuem níveis de escolaridade baixos[21].

Um tipo de negligência pouco discutida é a autonegligência que, em muitos estudos, não é caracterizada como tal. A autonegligência é definida como:

> [. . .] o comportamento de uma pessoa idosa que ameaça sua própria saúde e segurança. Selfneglect geralmente se manifesta em uma pessoa mais velha como uma recusa ou falha em fornecer-se com alimentos adequados, água, roupa, abrigo, higiene pessoal, medicação (quando indicado) e precauções de segurança. [19]

Ainda, definindo a autonegligência, as autoras supracitadas a caracterizam como mais uma dentre as síndromes geriátricas, e que pode ocorrer de forma contínua,podendo piorar com o avanço da idade.

No Brasil, a temática começou a ser discutida por volta de 1990, com a promulgação e regulamentação da PNI, em 2003 com a aprovação do Estatuto do Idoso e, no ano seguinte, com a criação do Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Somente depois de um tempo é que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira[22].

Também no Brasil, em 2013, foram notificados 4.894 casos de violência doméstica contra a pessoa idosa, nos quais 33,1% são do sexo masculino e 66,9% do sexo feminino. Quanto a cor da pele, os brancos ocupam 48,6% dos casos. Com relação a escolaridade das vítimas, 38,3% os idosos (homens) cursaram entre 0 e 4 anos de estudo, e as idosas (mulheres), com o mesmo período de anos estudados, foi de 37,9%. A região Sul é a segunda colocada nos índices de ocorrência, com

26,9%, sendo que os maus-tratos ocorridos no domicílio das vítimas ocupam 88,9% das situações[23].

Quanto ao tipo de violência/maus-tratos, a negligência/abandono ficou com 49,4% entre os homens idosos e, entre as mulheres idosas, a violência física é mais frequente, com 52,6% dos casos. E em ambos os casos são os filhos que provocam a violência[28' 31].

As mudanças impactantes no comportamento dos componentes demográficos (fecundidade, mortalidade e migração), mostram que na estrutura das faixas etárias do estado do Paraná, a proporção de idosos em 2010 era de 7,6% e em 2040 chegará a 19,9%, predominando nesse grupo as mulheres[26].

No ano de 1990, a população de idosos no Paraná era de 559.028 e a população total era de 8.368.181. Em 2010, a população total era de 10.444.526, sendo 1.170.955 idosos, o que demonstra indicadores de crescimento da população idosa, quase dobrando seu percentual nos últimos dez anos[24].

A implantação do serviço de notificação de violências nos serviços de saúde, no Paraná, por meio do sistema de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA-SINAN), é recente, mas já traz dados importantes sobre as violências contra a pessoa idosa. Das 21.599 notificações de violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, entre os anos 2010 e 2012, 903 eram referentes aos indivíduos com 60 anos ou mais, representando 4,19% do total. O que preocupa é a progressão desses casos, ano após ano, pois, mesmo ainda havendo as subnotificações, em 2010 foram 114 notificações, em 2011 foram 241 registros, no ano de 2012foram 548 notificações, e para 2014 o número de registros foi de 1.118 casos[25].

A cidade de Maringá-PR terá, também, redução dos grupos mais jovens e aumento do contingente de pessoas em idades mais avançadas. Sendo o terceiro maior município do Paraná, Maringá tem uma população estimada para 2017 de 406.693 e, no último censo, a soma de pessoas com 60 anos ou mais foi de 43.716, em ambos os sexos, e esse número ainda terá um crescimento de 23,9%, entre os anos de 2017-2040[25' 29' 38].

O número de casos registrados pelos serviços de saúde em Maringá-PR, no ano de 2014, somaram 47 registros de notificações de violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais e autoprovocadas contra o idoso[4].

METODOLOGIA

Delineamento e Local do Estudo

Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo-analítico, por meio de análise documental de dados secundários de processos registrados na Promotoria Pública do Idoso, de Maringá-PR, relativos à violência contra idosos.

Caracterização da Cidade

O município de Maringá é a terceira maior cidade do estado do Paraná, estando localizada ao norte do estado e a 423,60 km da capital Curitiba. A população estimada para 2018 foi de 417.010 pessoas. A densidade demográfica em 2018 é de 733,14 hab/km², possuindo o maior crescimento populacional em um ano, no estado do Paraná[25, 26].

Dentre os 100 maiores municípios brasileiros, Maringá está em 1º lugar no índice dos desafios da gestão municipal (IDGM), 3º lugar no indicador saúde, porém, no aspecto segurança, cai para 30º lugar[27].

Objeto de Pesquisa

Processos em andamento e/ou arquivados, denunciados à Promotoria Pública do Idoso, de Maringá-PR, compreendidos entre os anos 2015 e 2017, referentes às denúncias de maus-tratos contra a pessoa idosa.

Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido e recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário de Maringá, UNICESUMAR, sob parecer nº 2.588.033/2018, na data de 09/04/2018.

Instrumentos e Procedimentos para a coleta de dados

Realizamos a coleta dos dados na promotoria do idoso, por meio de instrumento previamente construído por nós, especificamente para a coleta dos dados contidos nos processos. Este instrumento constituiu-se de uma Ficha de Registro, utilizada para coletar os dados que caracterizavam a vítima (idade, sexo, estado civil), o agressor, a agressão sofrida pela vítima, a primeira conduta da promotoria e a forma da denúncia que chegou à promotoria. Para garantir a confidencialidade dos dados recolhidos, não foram identificadas as partes inclusas nos processos que comprometiam o anonimato dos registros, durante a coleta.

Para a realização da pesquisa, entramos em contato com a Promotoria Pública do Idoso de Maringá, com auxílio da responsável pela instituição e, após sua anuência, foi autorizada a realização do estudo neste local. Após a autorização para realização da pesquisa na instituição, agendamos os dias e os horários para a coleta de dados com a assistente social, de acordo com a disponibilidade da equipe de profissionais para separar os processos. A coleta ocorreu na sede da promotoria, entre os meses de maio e agosto, de 2018, e o acesso aos dados dos processos realizou-se com base nos documentos previamente triados pela assistente social. A coleta ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2018.

Instrumentos e Procedimentos para a análise de dados

Após recolher e organizar previamente os dados, inicialmente em Planilha Excel, fizemos tratamento estatístico, mediante utilização dos recursos do pacote computadorizado *Statistical Package for the Social Science (SPSS),* versão 22.0*, for Windows*[28].

Procedeu-se à observação geral dos dados constantes na ficha de registro matriz, com a finalidade de detectar erros, não só em relação à digitação dos dados, mas, também, a respeito de alguma informação que poderia estar faltante, incoerente ou inconsistente. Como resultado desta coleta, foi excluído 1 caso, de um total de 90 coletados inicialmente, em função de não caracterizar as vítimas. Em síntese, uma vez corroborados todos os dados minuciosamente, excluído aquele inconsistente, iniciou-se a análise estatística.

Realizamos análise descritiva de frequência dos resultados, que foram organizados em tabelas simples e cruzadas. Analisou-se a associação entre o sexo da vítima e ano da denúncia, tipo de agressão e sujeito agressor e tipo da agressão com relação ao sexo das vítimas, utilizando-se o Teste *Qui-Quadrado*. Consideraram-se como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. As correlações relevantes foram investigadas empregando-se os coeficientes de correlação de Pearson.

Posteriormente, os resultados foram analisados com base na literatura científica.

RESULTADOS

Dos 89 processos da Promotoria Pública do Idoso de Maringá-PR, selecionados para análise, 23,6% correspondem ao ano de 2015, 32,6% ao ano de 2016 e 43,8% aos processos apurados do ano de 2017. É possível observar uma tendência no aumento de casos de violência contra os idosos entre os anos de 2015 e 2017, ou seja, a presença de denúncias em dois anos sofreu um aumento de 85,71%.

Na Tabela 1, pode-se observar a associação entre a situação do processo, em relação ao ano de abertura do mesmo.

Tabela 1 – Distribuição da situação do processo segundo o ano.

Processos/ Ano da denúncia	Arquivados N	Em andamento N	Total	Percentual
2015	16	05	**21**	23,59%
2016	17	12	**29**	32,58%
2017	10	29	**39**	43,82%
Total	**43**	**46**	**89**	**100%**

Observa-se que a maioria dos processos, relativos aos anos de 2015 e 2016, estavam arquivados. Já em 2017, a maioria dos processos estavam em andamento. Assim, 48,3% processos estavam arquivados e 51,7% estavam em andamento, dentro do período pesquisado.

A **idade dos agredidos** variou de 60 a 93 anos, com média de 74,59 anos, conforme apresentado na Figura 4.

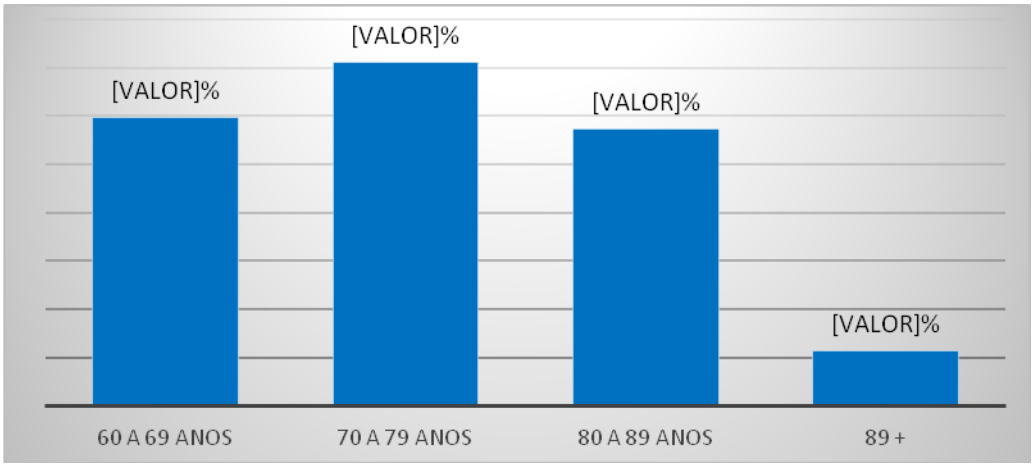


Figura 4 – Distribuição dos idosos vítimas de agressão segundo a idade.

Na análise entre "idade" das vítimas de agressão e o "tipo de agressão", utilizou-se o Teste de Correlação Ponto-Bisserial. Observamos que a correlação entre a negligência e idade foi negativa, estatisticamente significativa (r_{pb} = -,312; *p* = ,003), o que significa que quanto mais velha é a vítima, menos negligenciada ela é. Houve correlação positiva, estatisticamente significativa (r_{pb} = ,254; *p* = ,018), entre idade e tipo de violência, baseado na ameaça de morte, ou seja, as vítimas de mais idade sofrem mais ameaças de morte.

Com relação à Tabela 2, visualizamos os tipos de agressão com relação à idade intervalar das vítimas.

Tabela 2 – Frequência dos tipos de agressão e a idade intervalar das vítimas.

	Idade em Intervalos						
	60 a 69 anos	**70 a 79 anos**	**80 a 89 anos**	**Mais de 89 anos**	***x***	**df**	**Valor de *p***
Agressão Psicológica	11	13	7	3	2,498	3	0,488
Agressão Física	10	10	5	2	2,302	3	0,512
Negligência	7	20	19	2	14,334	3	0,002
Agressão Financeira e/ou Material	5	7	5	0	1,402	3	0,705
Vulnerabilidade Social	1	2	0	0	1,924	3	0,588
Ameaça de Morte	4	1	0	0	6,651	3	0,084
Cárcere Privado	0	1	1	0	1,17	3	0,76

Constatou-se associação estatisticamente significativa ($x^2(1)$ = 14,334), (*p* = 0,002) entre negligência e idade intervalar, isto é, para a idade de 70 e 89 anos as

situações de negligência aumentaram consideravelmente, com relação ao intervalo de 60 a 69 anos.

Quando analisado o **sexo das vítimas,** com relação ao ano das denúncias (Tabela 3), 51,7% dos processos correspondiam ao sexo masculino e 48,3% ao sexo feminino.

Tabela 3 – Frequência das vítimas de agressão segundo sexo e ano de denúncia.

Sexo/Ano da denúncia	Masculino N	Feminino N	Total
2015	14	7	21
2016	12	17	29
2017	20	19	39
Total	**46**	**43**	**89**
Percentual	**51,7**	**48,3**	**100%**

Não foi observada associação estatisticamente significativa ($\chi^2(2) = 3{,}123$), ($p = 0{,}210$) entre o sexo das vítimas, com relação ao ano das denúncias. Entretanto, no ano de 2015, os idosos do sexo masculino sofreram o dobro de agressões em relação ao sexo feminino.

Quanto ao **estado civil**, a maior parte dos idosos, 41,6%, eram casados, 32,6% solteiros, 5,6% viúvos, 2,2% separados e, em 18% dos processos, o estado civil não estava registrado.

Na Figura 5, pode-se observar os **tipos de denúncia**. As ocorrências mais frequentes são anônimas 35,96%, seguida pelas denúncias feitas pela Secretaria de Saúde 31,50%.

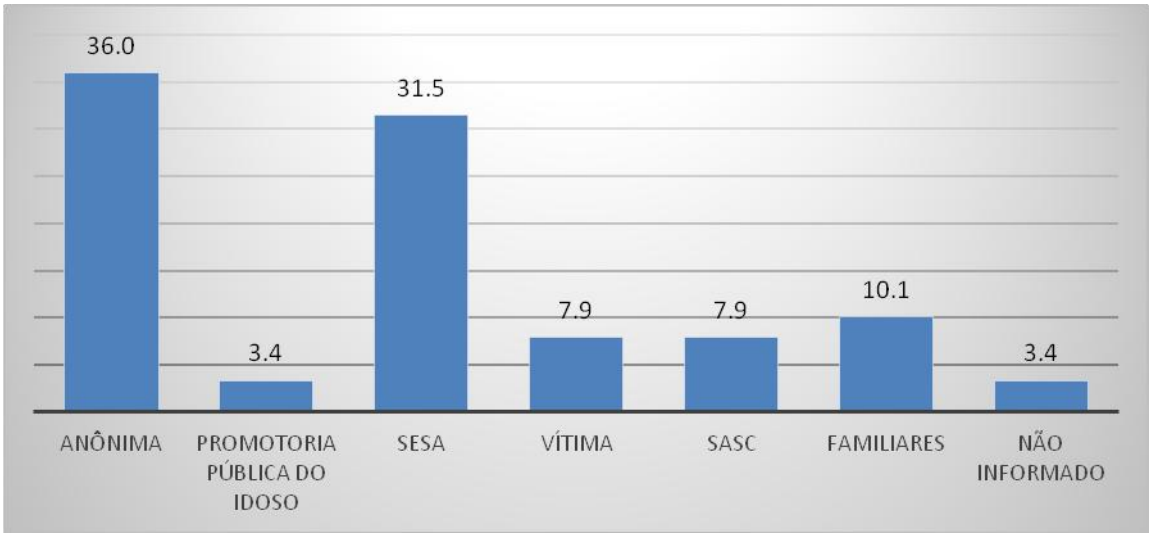


Figura 5 – Tipos de denúncias encontradas nos processos.

Na Tabela 4 é possível visualizar os **agressores.** Os sujeitos que mais agridem idosos são os filhos.

Tabela 4 – Frequência e classificação dos agressores.

Agressor	N	%
Filho	18	20,2
Filha (as)	15	16,9
Filhos	20	22,5
Familiar	29	32,6
Terceiros	6	6,7
Cuidadora	3	3,4
Não informado	3	3,4

Na Tabela 5 é perceptível que o tipo de agressão de maior ocorrência é a negligência, seguida da agressão psicológica.

Tabela 5 – Frequência e classificação das formas de agressão.

Agressão	N	%
Agressão Psicológica	35	39,3
Agressão Física	28	31,5
Negligência	49	55,1
Agressão Financeira e/ou Material	17	19,1
Vulnerabilidade Social	3	3,4
Ameaça de Morte	5	5,6
Cárcere Privado	2	2,2

As agressões de maior ocorrência foi a negligência 55,1%, seguido por agressão psicológica 39,3% e agressão física 31,5%.

No que se refere ao agressor, é possível visualizar na Tabela 4 que, na maioria das vezes, o familiar próximo da vítima (noras, sobrinhos (as), irmãos, genro, esposa, neta), com exceção dos filhos, corresponde a 32,6%, seguido por filhos, sem descrição do sexo, com 22,5%, filhos 20,2%, filhas 16,9%, terceiros 6,7%, como inquilino, namorada da neta, casal desconhecido, ex-companheira, instituições hospitalares, demais familiares, cuidadora, e não informado aparecem com 3,4%.

Referente a **conduta adotada pela promotoria** (Figura 6), no momento do recebimento da denúncia, os agredidos que são encaminhados à Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) corresponderam a 61,8%.

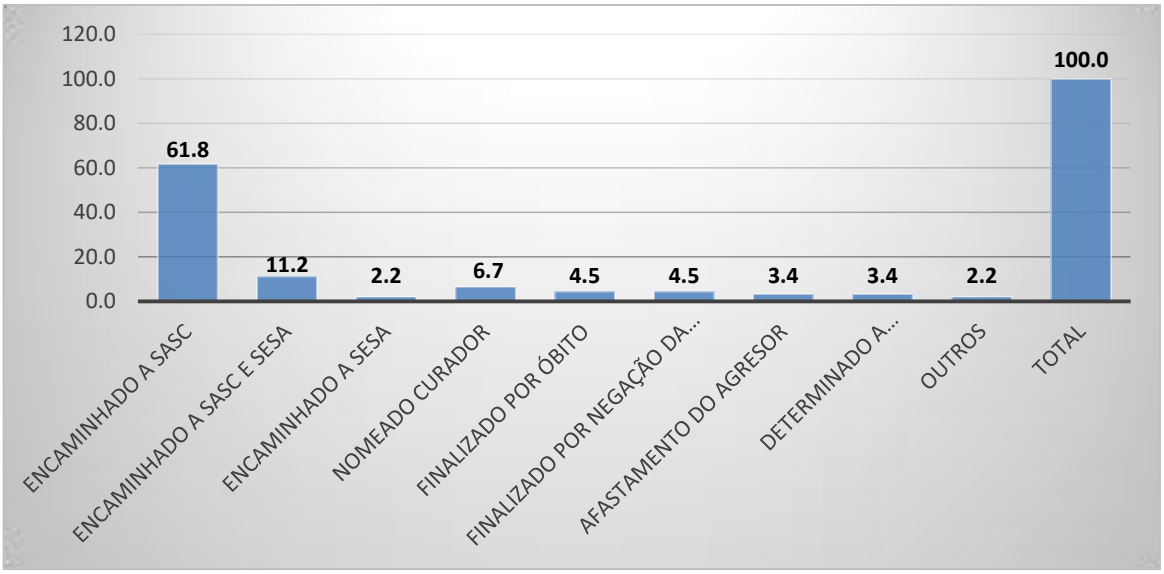


Figura 6 – Tipos de condutas adotadas após da denúncia.

Na Tabela 6 estão relacionados o sexo das vítimas e o tipo de agressão sofrida pelas vítimas.

Tabela 6 – Distribuição da forma da agressão com relação ao sexo das vítimas.

Tipo da Agressão	Masculino		Feminino		x	df	Valor de p
	N	%	N	%			
Agressão Psicológica	13	28,3	22	51,2	4,885	1	0,027
Agressão Física	15	32,6	13	30,2	0,058	1	0,809
Negligência	27	58,7	22	51,2	0,51	1	0,475
Agressão Financeira e/ou Material	6	13	11	25,6	2,261	1	0,133
Vulnerabilidade Social	2	4,3	1	2,3	0,279	1	0,597
Ameaça de Morte	3	6,5	2	4,7	0,147	1	0,702
Cárcere Privado	2	4,3	0	0	1,913	1	0,167

Pode se observar associação estatisticamente significativa ($x^2(1) = 4,885$), ($p = 0,027$) entre agressão psicológica e sexo feminino, isto é, as mulheres idosas sofreram 51,2% das agressões psicológicas.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que, na grande maioria, ambos os sexos sofrem violências de igual proporção. De forma geral, os idosos que residem com familiares, sem a presença de um cônjuge, e possuem nível escolar baixo e capital econômico reduzido, ou são cognitivamente incapazes, são os mais

vulneráveis aos diversos tipos de violência. No entanto, a prevalência maior é de mulheres idosas sofrerem agressões[17' 21' 29].

O caso é que a maioria dos indivíduos agredidos são do sexo feminino e as chances de sofrerem violência são duas vezes maiores que os homens, ocorrendo em todas as faixas etárias e se agravando com o envelhecimento[30].

Vários outros estudos também mostram que o sexo feminino prevalece na violência contra o idoso, tanto no Brasil, quanto em outros países[20' 31' 32' 33' 34' 35].

Essa violência, mais frequente em mulheres, se justifica pelo fato de estarem em situação de maior vulnerabilidade do que os homens, em função do gênero[34].

Ainda com relação às mulheres, o principal motivo é o fato das idosas morarem com o cônjuge, que é um dos principais agressores, além de serem mais dependentes para atividades instrumentais do cotidiano[36].

Nosso estudo mostrou uma média de idade para ambos os sexos, que é de 74,59 anos, equiparando-se com um estudo que encontrou a faixa etária de 75 anos, os quais sofreram mais casos de abuso e negligência de idosos, relatados ao Departamento de Envelhecimento do Condado de Milwaukee nos Estados Unidos da América [37]. Outra análise feita por meio de denúncias de violência contra idosos, em registros oficiais de um município do nordeste brasileiro, verificaram a média de idade bastante abaixo, em torno de 65,5 anos e 64,5 anos[15' 29].

O achado sobre "quanto mais velha é a vítima, menos negligenciada ela é", é contradito em um estudo, no qual os autores afirmam que idosos de idades mais avançadas possuem problemas, em decorrência das barreiras físicas e complicações de saúde, mantendo-se restritos ao ambiente doméstico e aumentando o risco de algum tipo de violência acontecer no ambiente familiar[42].

As vítimas violentadas pertenciam a grupos etários mais jovens, tanto os homens, quanto as mulheres, e constatou-se que a violência diminui com a idade, embora ressaltem que a violência contra os idosos não está somente relacionada a idade[38' 39' 40].

Com relação ao estado civil, os achados da literatura nacional e internacional reforçam o resultado de nossa pesquisa, em que o maior percentual dos idosos, vítimas de violência, eram casados, mesmo com uma porcentagem próxima entre essa parcela e a de solteiros[38' 41].

Discutindo sobre o estado civil de idosos agredidos, de possuírem ou não parceiro fixo, não exerce grande influência quando o idoso é agredido. O estudo

desses autores supõe que as principais vítimas são as que possuem companheiro, os cônjuges aparecem em segundo lugar como agressores no contexto doméstico[42].

O fato da vítima ser casada parece agir como elemento protetor contra a violência. Por outro lado, se a vítima for solteira, esse risco dobra e, o que também proporciona essa ameaça é se a vítima for viúva. Ou seja, ter um parceiro faz com que as chances de o idoso sofrer algum tipo de violência sejam menores[38].

Em nosso estudo, chamou atenção o fato de que no ano de 2015 houve o dobro de registro de idosos do sexo masculino que sofreram agressão, uma vez que (como já é sabido) o sexo historicamente mais agredido é o feminino[42].

Um trabalho realizado com uma amostra de 4.896 registros de violência contra o idoso, de um único município brasileiro, constatou que os homens são os mais agredidos e, ainda reforçando esse dado, outros autores constataram que, dentro do período de estudo, 92,4% dos idosos do sexo masculino sofreram violência física[43' 44' 45].

Caracterizar a forma da denúncia mostra como as notificações de violência contra os idosos chegam às autoridades responsáveis, no caso de nosso estudo, na Promotoria. Conforme explicam autores, uma minoria de idosos denunciam os agressores, seja por medo de serem abandonados pelos seus familiares ou de serem institucionalizados, uma vez que acabam sendo dependentes econômica e/ou fisicamente destes. Assim, como nos estudos acima mencionados, é possível que, para a cidade de Maringá, tenham ainda mais casos subnotificados pelo mesmo motivo, que é a não denuncia pelo próprio idoso dos abusos sofridos[41' 47].

Complementando esse raciocínio, estudar epidemiologicamente a violência contra esse grupo etário pode possibilitar novas formas de prevenir e tratar, porém, é significativa a escassez de informações sobre todos os casos, em virtude da não denúncia pela vítima, geralmente, por constrangimento[39].

Os idosos foram os últimos a receberam atenção pelos programas e políticas públicas, com relação à violência que sofriam. A área da saúde foi percursora, nesse sentido, e vem desenvolvendo ações de destaque, ainda hoje, denunciando esse tipo de violência, em razão do crescente contingente de idosos no mundo[1].

No estudo realizado com os dados do Departamento do Condado do Envelhecimento, da cidade de Milwaukee, nos Estados Unidos, notou-se que os profissionais de medicina eram os mais comprometidos em fazer as denúncias. Corroborando com o presente trabalho, os serviços de saúde mostraram-se bastante

comprometidos em denunciar os casos, por eles identificados, de violência contra o idoso[46].

Profissionais de saúde da atenção primária, que estão inseridos na comunidade, tendem a conseguir identificar a violência contra a pessoa idosa com maior facilidade, justamente por estarem no dia a dia do usuário daquela unidade de saúde. Isso permite contribuir com a transformação social, notificando casos e denunciando-os às autoridades, sendo esta uma forma eficaz, que facilita as ações dos serviços de proteção aos idosos[46].

A forma de denúncia que mais se destaca, no presente estudo, é o fato da maioria das denúncias serem oriundas do anonimato, ou seja, via telefone sem identificação, corroborando com o estudo que analisou 291 denúncias, provenientes de um programa de denúncia do município do Ceará, em que a maioria, 77,1%, eram feitas de forma anônima[47].

A violência contra o idoso está cada vez mais presente no contexto familiar, considerando que a maior contribuição para a violência acontecer é o fato de o agressor viver no mesmo local que a vítima. Também demonstra que a dependência financeira entre pais e filhos, a comunicação deficiente, a falta de afeto na relação e os vínculos familiares estão cada vez mais enfraquecimentos[43].

Os resultados desse estudo mostraram que, dentre os processos analisados, a maioria das denúncias eram de situações de negligência dentro do domicílio do idoso. A violência psicológica aparece em segundo lugar, seguida da violência física.

A negligência não aparece na grande maioria dos estudos revisados como a mais frequente, normalmente a agressão que mais acontece é a psicológica[34’ 41’ 49].

Na análise de 712 prontuários oriundos de um serviço de Disque Denúncia de violência contra o idoso, de uma cidade do interior do estado de São Paulo, os pesquisadores observaram que 85% dos idosos sofriam negligência e abandono. Eles descreveram que a imposição legal da família, no que se refere aos cuidados aos idosos, é falha, pois, muitos não possuem repertório interpessoal pró-social para lidar com essas dificuldades, sendo uma das consequências, a negligência. Mas, há, também, outros fatores que podem levar aos desequilíbrios familiares, como a pobreza, o alcoolismo a drogadição e os transtornos mentais[38].

A violência psicológica são as ameaças provenientes do agressor, do abandono e do uso de autoritarismo para manter o idoso submisso[17’41].

Entretanto, é importante ressaltar que, mesmo em estudos nos quais a violência psicológica não apareça destacada, ela está intrinsicamente relacionada à todas as outras formas de violência[38].

Com relação à violência física, o termo é definido quando uma pessoa é ferida fisicamente, seja por chute, empurrão, queimadura ou por outra manifestação de força física, que no caso deste trabalho, correspondeu a 31,5% dos casos denunciados.

A queda da função cognitiva e física da pessoa idosa gera maior dependência dos cuidadores que, por sua vez, sentem-se sobrecarregados e acabam por violentar fisicamente o idoso. Esta constatação pode explicar o fato de que muitos casos de violência física envolvem, frequentemente, mais idosos dependentes do que independentes, e essa violência procede de um cuidador familiar[43].

No geral, os tipos de violência contra o idoso que mais se destacam são as psicológicas, físicas e financeiras. Analisada por diversos autores, a violência física aparece com 2,6% e 2,5% dos casos, em ambos os estudos, não houve diferença estatisticamente significante quanto à prevalência dos tipos de violência. Isso mostra que todos os tipos de violência estão ocorrendo cada vez com mais frequência[16, 17].

Nosso estudo desvelou que, na maioria das vezes (32,6%), quem agrediu o idoso foram noras, sobrinhos (as), irmãos, genros, esposas ou netos, os quais, foram todos agregados na variável familiares. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo, tendo como principal motivo a sobrecarga diante dos cuidados exigidos pelo idoso[20].

Os agressores foram, em grande parte, filhos (32,2%), seguidos de pessoas desconhecidas (15,6%), parceiros conjugais (13,9%) e pessoas conhecidas pela vítima (11,8%). Houve diferença significativa na distribuição dos agressores, segundo o sexo da vítima, mulheres sofreram violência mais frequentemente por filhos e parceiros conjugais do que os homens. Estes, por sua vez, foram vítimas de pessoas desconhecidas e, também, de seu círculo familiar, em maior proporção do que o observado entre as idosas.

Quanto aos agressores, destaca-se um predomínio entre os adultos, homens e familiares da vítima. Em alguns casos, o agressor morava com a vítima, em outros não. Além disso, a mulher é mais agredida por homens, ainda em função da sociedade ser machista, e, no caso de ser mulher idosa, essa questão as coloca em situação mais frágil, aumentando o risco de sofrer violência[48].

Apesar dos profissionais da saúde terem a obrigatoriedade da notificação e denúncia e de possuírem meios de identificação, como por exemplo, por meio do Programa Saúde da Família, pelo qual, estão periodicamente inseridos no domicílio dos indivíduos, ainda assim, os casos são subnotificados. Percebe-se que os profissionais também estão vulneráveis a sofrerem represálias do agressor, ou de familiares das vítimas, sendo essa uma das muitas dificuldades pelas quais a notificação ou denúncia pelos profissionais ainda não ocorrem de maneira sistematizada, por eles se sentirem inseguros para fazer denúncias[50].

Em nossa pesquisa, mesmo com a dificuldade dos serviços de saúde de Maringá, os serviços de saúde aparecem bem mais atuantes nos casos das denúncias de violência contra os idosos. Em um estudo realizado com dados do Departamento do Condado do Envelhecimento da cidade de Milwaukee nos Estados Unidos, notou-se que os profissionais de medicina eram os mais comprometidos com as denúncias[46].

A forma de denúncia que mais se destacou, em nosso estudo, foi aquela oriunda do anonimato, ou seja, via telefone sem identificação, corroborando com dados analisados de 291 denúncias, provenientes de um programa de denúncia do município do Ceará, no qual a maioria (77,1%) foi feita de forma anônima[47].

O que precede uma denúncia de violência contra o idoso, é a verificação da veracidade dos fatos relatados pelo denunciante. Assim, a promotoria responsável solicita, na maioria das vezes, visita técnica SASC, conforme explicitado pela variável condutas, neste estudo. A visita técnica gera um relatório do que é constatado pelos profissionais responsáveis e são encaminhados para a Promotoria.

Com relatório das visitas técnicas em mãos, conforme cada situação, a promotoria toma as providências necessárias. Cada caso é conduzido com suas particularidades, ou seja, o contexto da situação que irá nortear a promotoria e as decisões podem variar de nível penal, processual penal e de execuções penais, conforme Art. 67 da Lei Complementar Estadual nº 85/1999, em matéria de defesa dos direitos do idoso e ações que possam garantir o que já é instituído na Constituição Federal, em seu artigo 230[51].

O papel prático do MP, em defesa da pessoa idosa, demonstra que a situação dos idosos precisa de uma prática que leve em consideração a quebra de preconceitos, buscando, assim, iniciativas que possam beneficiar pessoas idosas e facilitar a sua melhor inserção na sociedade[52].

A maioria das condutas da promotoria são os encaminhamentos à SASC do município, pelo fato de ser de sua responsabilidade a organização e oferta de serviços de proteção social básica dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Assim, por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF), eles têm a finalidade de fortalecer as famílias, protegendo, prevenindo rompimentos de vínculos familiares e comunitários, promover a autonomia das famílias em maior risco, entre outras finalidades, visando a melhoria na qualidade de vida da população[2].

Outra conduta bastante utilizada pela promotoria local é solicitar verificação de denúncia para Secretaria de Saúde, que encaminha para a Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável por um determinado endereço. Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco, aos quais a população está exposta, é uma das atividades desenvolvidas pela ESF, sendo, então, um programa que conhece a realidade de cada família.

Os significados atribuídos à violência familiar contra o idoso, por profissionais que atuam na atenção primária à saúde, mostrou-se importante, tornando primordial o papel desses profissionais em promover saúde da população e detectar, precocemente, situações potencialmente prejudiciais ao bem-estar biopsicossocial, como as que envolvem violência familiar contra o idoso. A ESF permite o acesso, proximidade e continuidade da atenção à população e, entre outros benefícios, podendo fortalecer a rede de suporte social para as pessoas em situação de vulnerabilidade [1].

A atuação do MP em defesa da pessoa idosa, encaminhando as denúncias, tanto para a área da assistência social, quanto para a área da saúde, é necessária, devido as funções que esses serviços possuem e, ainda, podendo medidas judiciais, propriamente ditas. Em algumas vezes, a opção é encontrar um cuidador que se responsabilize pelo idoso, nomeado um curador ou que se dedique ao idoso. Mas, existe o fato dos idosos estarem perdendo o vínculo com a família e amigos, isolando-se socialmente, sendo necessária a institucionalização do idoso e nomeação de um curador dativo. Há, ainda, casos em que é preciso ajuizar ação, contendo pedido de retirada do familiar ou cuidador que esteja praticando o abuso físico, psicológico ou financeiro contra o idoso[53].

As mudanças na política que assistem os idosos influenciam o padrão de violência observado, de acordo com o Estatuto do Idoso. Prevenir a ameaça ou violação dos direitos dos idosos, passa a ser um dever de toda a sociedade brasileira, com obrigatoriedade de denúncia aos órgãos competentes (autoridades policiais, Ministérios Públicos, Conselhos do Idoso, etc.)[43].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda é um desafio para a sociedade acabar com o fenômeno da violência contra o idoso. Essa situação está exigindo que os responsáveis em prevenir e fiscalizar tomem medidas mais eficazes e, sobretudo, com maior agilidade, pois as providências diante de uma denúncia, quanto antes forem tomadas, menos a vítima sofre. São necessárias políticas públicas que tirem o idoso de casa, ou seja, que socializem o idoso, facilitando o acesso às informações e educação a respeito do tema, mostrando os riscos que ele pode estar correndo e, também, que é possível resolver o problema.

O convívio com outros idosos também atribuir segurança para que os idosos se encorajem a denunciar, com esse apoio.

As limitações do presente estudo se deram por contado fato de que a coleta se deu em uma única porta de entrada de denúncias (processos da promotoria pública do idoso), não expondo a realidade de Maringá. Também não encontramos nenhum outro estudo, nos últimos cinco anos, que tivesse a mesma metodologia para comparação. Novos estudos são necessários, em Maringá, para que uma visão mais ampliada possa mapear a realidade e facilitar a formulação de mecanismos de combate e, ainda mais importante que isso, a prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Wanderbroocke ACNS; Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet 2012; 8(17):2095-2103.

2. Brasil. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Brasília, DF, 2013.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 3ª ed. Brasília, DF, 2010.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, DF, 21 out. 2016.

5. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.
6. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Cien Saude Colet 2012; 9(17):2331-2341.

7. Ngallaba SE, Makerere DJ, Nyanza EC, Kapesa A, Marwa K. Common Preventable Health and Social Problems Encountered by Elderly in Shinyanga Region in the Northern Part of Tanzania. J Addict Prev Med 2016**;** 3(6):115-123.

8. Burston, GR. Granny-battering. BMJ 1975; 5(8):592-592.

9. Bavel, MV, Janssens K, Schakenraad W. Elder Abuse in Europe: Background and Position Paper. European. [periódico na internet]. 2010 [acessado 2018 Set 04]; Disponível em: http://www.combatingelderabuse.eu/wp-content/themes/Visionpress/docs/ElderAbuseinEurope.pdf.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 3ª ed. Brasília, DF, 2010.

11. Silva MRF. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. Serviço Social & Sociedade 2016; 126:215-234.

12. ILC-Brasil. Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Centro internacional de longevidade Brasil, Rio de Janeiro: 2015.

13. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Braz J Popul Stud 2006; 23(1):5-26.

14. Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. Cien Saude Colet 2010; 15(6):2659-2668.

15. Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. Rev Paul Enferm 2007; 60(3):268-272.

16. Fraga, S, Costa D, Dias S, Barros H. Does interview setting influence disclosure of violence? A study in elderly. Age And Ageing 2011; 41(1);70-75.

17. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Planet Health 2017; 2(5):147-156.

18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. [acessado 2017 Out 8]. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf.
19. Mosqueda, Dong X. Elder Abuse and Self-neglect “I Don’t Care Anything About Going to the Doctor, to Be Honest. . . . ”. Journal Of The American Medical Association 2011; 5(316):532-541.

20. Friedman LS, Avila S, Tanouye K, Joseph K. A Case-Control Study of Severe Physical Abuse of Older Adults. Ann Longterm Care 2011; 59(3):417-422.

21. Skirbekk V, James K. Abuse against elderly in India – The role of education. Bmc Public Health 2014; **1**4(1):1-8.

22. Calaça EA. Políticas Públicas para a velhice: principais marcos históricos. In: Envelhecer Saudável: Planejando os próximos 30 anos. Maringá: Manssoni, 2016. P. 13-28.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF, 2015.

24. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral (Ed.). Projeções Populacionais dos Municípios do Paraná, 2017 – 2040. 2017.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação, 2017. [acessado 25 Ago 2018]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação. [acessado 2015 Ago 30]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

27. Desafios da Gestão Municipal (DGM). Análise comparativa da evolução dos 100 maiores municípios brasileiros [internet]. 2018 [acessado 2015 Set 28]. Disponível em: https://www.desafiosdosmunicipios.com/.

28. Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, *for Windows* (SPSS Inc., Chicago, USA).

29. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). Cien Saude Colet 2012; 8(17):2199-2008.

30. Bolsoni CC,Coelho EBS, Giehl MWC, d´Orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2016; 9(4):671-682.

31. Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estudos e Pesquisas em Psicologia 20132; 3(13):1159-1981.

32. Castro AP, Guilam MCR, Sousa ESS, Baumgarten W. Marcondes Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. Cien Saude Colet 2013; 18(5):1283-1292.

33. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon IIL. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. Estudos de Psicologia 2016; 33(3):543-551.

34. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IMD, Mattos MCT, Lima WR. Violence against the elderly: case description in the city of Aracaju, Sergipe, Brasil. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem 2015; 19(2):343-349.

35. Frazão SL, Silva MS, Norton P, Magalhães T. Domestic violence against elderly with disability. J Forense Psychol Res Pract 2014; 28:19-24.

36. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Enfermagem 2015; 68(6):1035-1041.

37. Thomson MJ, Lietzau LK, Doty MM, Cieslik L, Williams R, Meurer LN. An Analysis of Elder Abuse Rates in Milwaukee County. J Med Robot Res 2011; 110(6):271-276.

38. Gil AP, Santos AJS, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira AI, Vieira DN. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. Cadernos de Saúde Pública 2015; 31(6):1234-1246.

39. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. JAMIA Open 2010**;** 100(10):292-297.

40. Santos CM, Marchi RJ, Martins AB, Hugo FN, Padilha DMP, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. Brazilian Oral Research 2013. 27(3):197-202.

41. Melchiorre MG, Rosa MD, Lamura G, Torres-Gonzales F, Lindert J, Stankunas M, Ioannidi-Kapolou E, Barros H, Macassa G, Soares JJF. Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. Plos One 2016 11(1):1-28.

42. Garbin CAS, Joaquim RC, Rovida TAS, Garbin AJI. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro 2016; 19(1):87-94.

43. Oliveira SC, Leite AC, Monteiro LCA, Pavarini SCL. Violência em idosos após a aprovação do Estatuto do Idoso: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem 2012; 14(4):974-982.

44. Ozturk YK. Physical Violence Among Elderly: Analysis of Admissions to an Emergency Department. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2016; 23(1):56-60.

45. Tanrikulu SS, Tanrikulu Y. Trauma Analysis in Geriatric Population: Kesitsel Çalisma, Yeni Tip Dergisi 2013; 30(2):100-104.

46. Grilo PMS, Lombardi JI. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com agressor e atuação dos profissionais. Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento 2015; 20(2):611-624.

47. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2011; 14(3):543-554.

48. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRSF, Bolina AF, Seredynskyj FL, Almeida VC, Giacomini SBL, Defina GPC, Silva LM. Older adults abuse in three Brazilian cities. Revista Brasileira de Enfermagem 2017; 70(4):783-791.

49. Jervis LL, Sconzert-Hall W, Elder.The Shielding American Indian. The conceptualization of mistreatment by older American Indians**.** J Elder Abuse Neg**l** 2016; 29(1):43-58.

50. Riquinho LD, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. Trabalho, Educação e Saúde 2018; 16(1):159-178.

51. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União 1988.

52. Barroso AJB. O papel do Ministério Público em defesa da pessoa idosa**.** [internet]. 2016 [acessado 2017 Out 18]. Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-papel-do-ministerio-publico-em-defesa-da-pessoa-idosa,56145.html.

53. Beré CM. Atuação do ministério público em defesa da pessoa idosa. 2017 [acessado 2018 Out 05]. Disponível em: http://www.ampid.org.br/v1/atuacao-do-ministerio-publico-em-defesa-da-pessoa-idosa/.

NORMAS DA REVISTA ARTIGO 3

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
ISSN 1413-8123 versão impressa.
ISSN 1678-4561 versão on-line.

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se

publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e http://decs.bvs.br/).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências
1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...
ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências
Artigos em periódicos
1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias
6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.
Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In:
Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet].1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

CONCLUSÃO DA PESQUISA

No contexto geral deste trabalho, nota-se que a sociedade, a família e os órgãos responsáveis não estão preparados para o envelhecimento da população em todos os seus aspectos. Fazer modificações nos processos de cuidar é um trabalho complexo, os avanços na legislação em alguns momentos não são colocados em prática, contudo é visível historicamente uma evolução, porém, ainda não suficiente. No que se refere a sensibilização da família, é notável que o idoso no seu vínculo familiar parece não ter a atenção devida e merecida.

O presente estudo teve algumas limitações, que foram consideradas na análise dos resultados. O registro de violência contra o idoso realizado pela promotoria não engloba toda a magnitude do problema, o que pode não refletir a realidade da população geral. Outra limitação, foi a falta de padronização dos dados contidos nos processos representando um obstáculo, ou seja, cada relator da denúncia usou uma forma para registrar os dados informados pelo denunciante. Entende-se que a coleta da denúncia deveria merecer maior atenção dos profissionais envolvidos, uma vez que as informações coletadas precisam ser mais detalhadas para o aprofundamento do caso.

O fato de não terem sido encontrados estudos publicados tendo como instrumento de coleta a Promotoria Pública do Idoso, sugere-se a realização de novos estudos com maior abrangência, os quais, possam buscar informações junto aos idosos da comunidade, aos BOs, notificações da saúde e não somente, aos processos da promotoria, a fim de se obter maior conhecimento sobre o tema para que estratégias de prevenção e intervenção possam ser mais eficazes. Desenvolver estratégias na intenção de detectar, avaliar e intervir é necessário, para englobar todo tipo de violência contra a pessoa idosa.

É visível que o MP em Maringá (Promotoria Pública do Idoso) é operante em defender as garantias dos idosos de maneira eficaz, e por ter conquistado o departamento especializado consegue promover orientações e instaurar ações na intenção de extirpar os crimes cometidos contra esse público, seja por familiares ou por qualquer outro indivíduo, tendo em conta que tudo isso infringe os direitos assegurados no Estatuto do Idoso, como citado no transcorrer do estudo. Desse modo, acredita-se que este estudo cumpriu com seu objetivo de análise dos casos relatados na Promotoria do Idoso como estratégia para a promoção da sáude do idoso.

REFERÊNCIAS

ACIERNO, Ron et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. **American Journal Of Public Health**, Washington, v. 100, n. 10, p.292-297, fev. 2010.

ACIERNO, Ron et al. Elder abuse as domestic violence: the national study of elder abuse. In: GSA Annual Scientific Meeting, 13., 2013, Nova Orleans. Anais... . Nova Orleans: 2013. p. 1 - 10.

Assis, Franciele Sanches; Parra, Claudia Regina. Envelhecimento bem sucedido e a participação nos serviços de convivência para idosos. **Psicologia**, 2014.

AGUIAR, Maria Pontes Campos de et al. Violence against the elderly: case description in the city of Aracaju, Sergipe, Brasil. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.343-349, 2015. GN1 Genesis Network. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150047.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NRB 6023: informação e documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BARROSO, Allan Jones Barbosa e. **O papel do Ministério Público em defesa da pessoa idosa.** 2016. Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-papel-do-ministerio-publico-em-defesa-da-pessoa-idosa,56145.html. Acesso em: 18 out. 2017.

BAVEL, Maria Van et al. Elder Abuse in Europe: Background and Position Paper. European, 2010. Disponível em: http://www.combatingelderabuse.eu/wp-content/themes/Visionpress/docs/ElderAbuseinEurope.pdf. Acesso em: 04 set. 2018.

Beré CM. Atuação do ministério público em defesa da pessoa idosa. 2017 [acessado 2018 Out 05]. Disponível em: http://www.ampid.org.br/v1/atuacao-do-ministerio-publico-em-defesa-da-pessoa-idosa/.

BOAS, Marco Antônio Vilas. **Estatuto do idoso comentado.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 216 p.

BOLSONI, Carolina Carvalho et al. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.671-682, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 3ª ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 26 out. 2003.

_____. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Estabelece a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, DF, 26 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF, 2015.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília, DF: 2013.

_____. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violepr.def. Acessado em: 07 de dez. 2017.

_____. Lei nº 8.842, 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 4 jan. 1994.

_____. Portaria nº 528, de 01 de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF, 01 abr. 2013.

_____. Portaria n. 1.271, de 6 de Junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 6 de jun. 2014.

_____. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 30 mar. 2006.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Brasília, DF, 19 out. 2006.

_____. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, 16 mai. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, DF, 21 out. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 25 de ago. de 2018.

BURSTON, Gabriel Rato. Granny-battering. **British Medical Journal**, v. 5, n. 8, p.592-592, 6 set. 1975.

CALAÇA, Elaine Alves. Políticas Públicas para a velhice: principais marcos históricos. In: PAVANELLI, Gilberto Cezar et al. **Envelhecer Saudável:** Planejando os próximos 30 anos. Maringá: Massoni, 2016. Cap. 1. p. 13-28.

CARVALHO FILHO, Marcus Antonio Melo et al. Prevalence of Oral and Maxillofacial Trauma in Elders Admitted to a Reference Hospital in Northeastern Brazil. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 8, p.1-11, 19 ago. 2015. Public Library of Science (PLoS). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135813.

CASTRO, Anúbes Pereira de et al. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1283-1292, 2013.

DGM – Desafios da Gestão Municipal: Análise comparativa da evolução dos 100 maiores municípios brasileiros [homepage na internet]. 2018. Disponível em: https://www.desafiosdosmunicipios.com/. Acesso em: 28 Set. 2018.

Descritores em Ciências da Saúde (2011). Descritores em Ciências da Saúde Web site. Disponível em: http://decs.bvs.br.Acessado em: 15 nov. 2017.

DUQUE, Andrezza Marques et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 8, n. 17, p.2199-2008, 2012.

EVANS, Christopher Sumitra et al. Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 65, n. 1, p.91-97, 18 out. 2016. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14480.

FRAGA, Sílvia et al. Does interview setting influence disclosure of violence? A study in elderly. **Age And Ageing**, Lisbon, v. 41, n. 1, p.70-75, 27 jul. 2011. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afr090.

FRAZÃO, Sofia Lalanda et al. Domestic violence against elderly with disability. **Journal Of Forensic And Legal Medicine**, Porto, v. 28, p.19-24, nov. 2014. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2014.09.003.

FRIEDMAN, Lee S. et al. A Case-Control Study of Severe Physical Abuse of Older Adults. **Journal Of The American Geriatrics Society**, Chicago, v. 59, n. 3, p.417-422, mar. 2011. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03313.x.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.87-94, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15037.

GRILO, Patricia Medeiros Silva; LOMBARDI JUNIOR, Império. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com agressor e atuação dos profissionais. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.611-624, 2015.

GIL, Ana Paula et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. **Cadernos de Saúde Pública**, Lisboa, v. 31, n. 6, p.1234-1246, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00084614.

Gontijo, S. Envelhecimento ativo. **Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS**. Brasília. 2005.

ILC-Brasil. Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade. **Centro internacional de longevidade Brasil**, Rio de Janeiro: RJ, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet] **Censo 2010**. [online]. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html. Acesso em: 01 jun. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. **Projeção da população do Brasil e das unidades da federação**, 2017. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 30 Ago. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro; 2015.

IRIGARAY, Tatiana Quarti et al. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 3, p.543-551, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1017/s104161021200021.

JERVIS, Lori L.; SCONZERT-HALL, William; ELDER, The Shielding American Indian. The conceptualization of mistreatment by older American Indians. **Journal Of Elder Abuse & Neglect**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.43-58, 25 out. 2016. Informa UK Limited. http://dx.doi.org/10.1080/08946566.2016.1249816.

KRUG, Etienne G. et al. World report on violence and health. Geneva: 2002. 360 p.

LACHER, Simone et al. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. **Swiss Medical Weekly**, [s.l.], p.1-10, 31 jan. 2016. EMH Swiss Medical Publishers, Ltd.. http://dx.doi.org/10.4414/smw.2016.14273.

LOUREIRO, Lara de Sá Neves et al. Overburden on elderly's family caregivers: association with characteristics of the elderly and care demand. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 67, n. 2, p.227-232, 2014. GN1 Genesis Network. http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140030.

LUEGER-SCHUSTER, Brigitte et al. Sexual violence by occupational forces during and after World War II: influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians. **International Psychogeriatrics**, [s.l.], v. 24, n. 08, p.1354-1358, 21 mar. 2012. Cambridge University Press (CUP). http://dx.doi.org/10.1017/s104161021200021x.

MAIA, Rodrigo da Silva; MAIA, Eulália Maria Chaves. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreio da

violência contra idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p.1379-1384, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0146425

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 9, n. 17, p.2331-2341, 2012.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **A Pessoa Idosa e o Ministério Público**. Procurador de Justiça e Membro do Conselho Superior do Ministério Público de São Paulo (artigo de 1994).

MELCHIORRE, Maria Gabriella et al. Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. **Plos One**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-28, 19 jan. 2016. Public Library of Science (PLoS). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0146425.

MESQUITA, Rival Alves et al. Envelhecimento e longevidade. In: VELHO, Ana Paula Machado et al. **Tecnologia e Saúde: Debates Interdisciplinares**. Maringá: Unicesumar, 2014. Cap. 5. p. 123-156.

Paraná. Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR). **O ministério público**. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=44. Acesso em: 20 out. 2017.

MOSQUEDA, Laura; DONG, Xinqi. Elder Abuse and Self-neglect "I Don't Care Anything About Going to the Doctor, to Be Honest. . . . ". **Journal Of The American Medical Association**, Chicago, v. 5, n. 316, p.532-541, ago. 2011.

NGALLABA, Sospatro E. et al. Common Preventable Health and Social Problems Encountered by Elderly in Shinyanga Region in the Northern Part of Tanzania. **Open Journal Of Preventive Medicine**, Michigan, v. 3, n. 6, p.115-123, mar. 2016.

NAUGHTON, Cathal et al. ELDER abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. **Age Ageing, Londres**, v. 1, n. 41, p.98-103, jan. 2012.

NOGUEIRA, Caroline Furtado; FREITAS, Maria Célia de; ALMEIDA, Paulo César de. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.543-554, 2011.

OLIVEIRA, Simone Camargo et al. Violência em idosos após a aprovação do Estatuto do Idoso: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Carlos, v. 14, n. 4, p.974-982, dez. 2012.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 15, p.555-566, 2012.

OZTURK, Yasemin Kilic. Physical Violence Among Elderly: Analysis of Admissions to an Emergency Department. **Turkish Journal Of Trauma And Emergency Surgery**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.56-60, 2016.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral (Ed.). Projeções Populacionais dos Municípios do Paraná, 2017 – 2040. 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_noticia=861>. Acesso em: 06 jul. 2017.

_____. Lei Complementar Estadual n. 85, de 27 de dezembro de 1999. (1999). Estabelece a Lei Orgânica e Estatuto do Ministério Público do Estado do Paraná. Curitiba, 27 de dez, 1999.

_____. Lei nº 11.863, de 23 de outubro de 1997. Dispõe sobre a política estadual dos direitos do idoso e adota outras providências. Brasília, DF, 23 out. 1997. Disponível em: http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=85156. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____. Lei Complementar Estadual nº 85, de 27 de dezembro de 1999. Estabelece a Lei Orgânica e Estatuto do Ministério Público do Estado do Paraná. Curitiba, PR, 27 dez. 1999.

PAIVA, Mariana Mapelli de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Uberaba, v. 68, n. 6, p.1035-1041, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i.

PINTO, Francine Nathálie Ferraresi Rodrigues; BARHAM, Elizabeth Joan; ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 13, p.1159-1981, 2013.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf. Acesso em: 08 de out. 2017.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes; MORAES, Claudia Leite. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 8, p.1801-1813, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000800009.

RIQUINHO, Deise Lisboa et al. O COTIDIANO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ENTRE A DIFICULDADE E A POTÊNCIA. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.159-178, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086.

RODRIGUES, Cintia Leci; ARMOND, Jane de Eston; GORIOS, Carlos. Physical and sexual aggression against elderly persons reported in the city of São Paulo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.755-760, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14177.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 4, p.783-791, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114.

SAMPAIO, Rosana F.; MANCINI, Marisa C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 1, n. 11, p.83-89, fev. 2007.

SANTOS, Camila Mello dos et al. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.197-202, 19 abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.066

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 126, p.215-234, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.066.

SKIRBEKK, Vegard; JAMES, Ks. Abuse against elderly in India – The role of education. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-8, 9 abr. 2014. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-336.

SOUSA, Rayanne Izabel Maciel de et al. Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. **Archives Of Gerontology And Geriatrics**, [s.l.], v. 67, p.55-60, nov. 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.015.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p.2659-2668, 2010.

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida de. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p.268-272, maio 2007.

Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, for Windows (SPSS Inc., Chicago, USA).

TANRIKULU, Seren Sen; TANRIKULU, Yusuf. Trauma Analysis in Geriatric Population: Kesitsel Çalisma, **Yeni Tip Dergisi**, v. 30, n. 2, p.100-104, 2013.

THOMSON, Mary J. et al. An Analysis of Elder Abuse Rates in Milwaukee County. **World Medical Journal**, v. 110, n. 6, p.271-276, fev. 2011.

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 17, p.2095-2103, set. 2012.

World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.

_____. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. A ONU e as pessoas idosas. Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/. Acesso em: 28 jul. 2018.

_____. Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas. Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/. Acesso em: 29 ago. 2018.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.5-26, jan. 2006.

YON, Yongjie et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, Los Angeles, v. 2, n. 5, p.147-156, fev. 2017.

YUNUS, Raudah Mohd et al. Association between elder abuse and poor sleep: A cross-sectional study among rural older Malaysians. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 7, p.1-14, 7 jul. 2017. Public Library of Science (PLoS). http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0180222.

ANEXOS

Anexo A: declaração de autorização da instituição

DECLARAÇÃO de AUTORIZAÇÃO da INSTITUIÇÃO

Maringá/PR, 29/06/2017

Ilma Sr.ª
Prof. ª Dr. ª Nilce Marzolla Ideriha
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – COPec (CEP-UniCesumar)
UNICESUMAR - Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Stella Maris S. Ferreira Pinheiro (Promotora) declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado **Maus – Tratos Contra Idosos E As Políticas Públicas**, sob a responsabilidade do (s) pesquisador (es) **Cassiana Regina Leindecker** que a **14º Promotoria de Maringá (Promotoria do Idoso)**, conforme Resolução CNS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao COPec ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Nome, assinatura, CPF ou CR.
Carimbo ou marca d'água do Diretor ou responsável pela Instituição
(escola, clinicas, indústria, hospital e demais)

Stella Maris Sant'Anna Ferreira Pinheiro
PROMOTORA DE JUSTIÇA

Anexo B: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGA - UNICESUMAR

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: ANALISE DE DISCURSOS E PROCESSOS ANTE ÀS POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS.

Pesquisador: CASSIANA REGINA LEINDECKER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85584318.4.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.588.033

APÊNDICES

Apêndice A: Ficha construída a partir dos dados coletados na revisão documental na promotoria pública do idoso.

ANO	SITUAÇÃO	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	FORMA DA DENÚNCIA	AGRESSOR	TIPO DA AGRESSÃO	CONDUTA
2015	ANDAMENTO	M	67	SOLTEIRO	O MESMO	NETO	AGRESSÃO FÍSICA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ANDAMENTO	M	91	SOLTEIRO	FILHA	FILHO	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ANDAMENTO	F	73	CASADA	CREAS I (CENTRO DE REFERÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL)	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR, RISCO DE VULNERÁVEL	FOI Á ÓBITO COM PROCESSO EM ANDAMENTO.
2015	ANDAMENTO	M	80	CASADO	CREAS I (CENTRO DE REFERÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL)	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR, RISCO DE VULNERÁVEL	FOI Á ÓBITO COM PROCESSO EM ANDAMENTO.
2015	ANDAMENTO	F	65	SOLTEIRA	A MESMA	FILHA	AGRESSÃO FÍSICA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	F	70	SOLTEIRA	DISQUE 100	IRMÃ	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AGRESSÃO FINANCEIRA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	F	69	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO À SASC RELATÓRIO SOCIAL E AUDIÊNCIA COM SASC E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.
2015	ARQUIVADOS	M	70	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO À SASC RELATÓRIO SOCIAL E AUDIÊNCIA COM SASC E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.
2015	ARQUIVADOS	F	71	SOLTEIRA	CREAS II (CENTRO DE REFERÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL)	FILHO	APROPRIAÇÃO CARTÃO BENEFÍCIO, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	M	67	NI	FILHO	HOSPITAL PARANÁ	AGRESSÃO FÍSICA	NOTIFICADO A INSTITUIÇÃO.
2015	ARQUIVADOS	M	76	VIÚVO	SOBRINHA	FILHOS	AGRESSÃO, NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	M	76	SOLTEIRO	DISQUE 100	FILHA	NEGLIGÊNCIA, CÁRCERE PRIVADO, APROPRIAÇÃO CARTÃO BENEFÍCIO	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.

2015	ARQUIVADOS	M	NI	NI	CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA,	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	F	87	NI	ANÔNIMA	SOBRINHO	MAUS-TRATOS, APROPRIAÇÃO CARTÃO BENEFÍCIO	DENÚNCIA NÃO PROCEDE.
2015	ARQUIVADOS	M	73	NI	HOSPITAL MUNICIPAL DE MARINGÁ	FILHOS	ABANDONO	SOLICITADO À SASC VISITA TÉCNICA.
2015	ARQUIVADOS	M	72	NI	NASF (NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA)	FILHOS	NEGLIGÊNCIA, ABANDONO	SOLICITADO À SASC VISITA TÉCNICA.
2015	ARQUIVADOS	F	69	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO À SASC RELATÓRIO SOCIAL E AUDIÊNCIA COM SASC E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.
2015	ARQUIVADOS	M	62	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO À SASC RELATÓRIO SOCIAL E AUDIÊNCIA COM SASC E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.
2015	ARQUIVADOS	M	90	SOLTEIRO	O MESMO	GENRO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA,	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	M	71	SEPARADO	DISQUE 100	EX-COMPANHEIRA	NEGLIGÊNCIA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2015	ARQUIVADOS	M	68	NI	DISQUE 100	TERCEIRO	AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2016	ARQUIVADO	F	65	CASADA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHO	AGRESSÃO VERBAL, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AMEAÇA DE MORTE	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO E SECRETARIA DE SAÚDE. PARA ENVIO DE RELATÓRIOS PERIÓDICOS.
2016	ARQUIVADO	M	65	CASADO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHO	AGRESSÃO VERBAL, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AMEAÇA DE MORTE	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO E SECRETARIA DE SAÚDE. PARA ENVIO DE RELATÓRIOS PERIÓDICOS.
2016	ARQUIVADO	F	80	VIÚVA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHAS	ABANDONO AFETIVO, ABANDONO MATERIAL	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO.
2016	ARQUIVADO	M	75	SOLTEIRO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	SOBRINHAS	ABANDONO AFETIVO, ABANDONO MATERIAL	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO - AGUARDANDO VAGA EM ILPI.
2016	ARQUIVADO	M	62	VIÚVO	PRÓPRIA PROMOTORIA	NAMORADO DA NETA	AGRESSÃO FÍSICA E AMEAÇAS	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO.
2016	ARQUIVADO	F	66	NI	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	NETO	AGRESSÃO VERBAL, APROPRIAÇÃO DE BENS	ACOMPANHAMENTO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SASC.
2016	ARQUIVADO	M	68	SEPARADO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	IRMÃOS E FILHOS	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ARQUIVADO	M	76	SOLTEIRO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	NI	RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL	NOMEADO CURADOR PROVISÓRIO - FILHA.

2016	ARQUIVADO	M	89	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO.
2016	ARQUIVADO	F	60	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO.
2016	ARQUIVADO	F	75	NI	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHA E NETA	RISCO E VULNERABILIDADE SOCIAL, APROPRIAÇÃO DE BENEFÍCIO, AGRESSÃO VERBAL, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	MEDIDA JUDICIAL PARA RETIRAR A AGRESSORA DE PERTO DA IDOSO.
2016	ARQUIVADO	F	78	NI	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FAMILIAR	AGRESSÃO VERBAL	ENDEREÇO NÃO CORRESPONDE A DENÚNCIA.
2016	ANDAMENTO	M	61	SOLTEIRO	O MESMO	FILHO	AMEAÇA	SOLICITADO A SASC VISITA TÉCNICA.
2016	ANDAMENTO	M	60	CASADO	NASF (NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA)	ESPOSA	AGRESSÃO FÍSICA	IDOSA ACUSADA ACEITOU SER INSTITUCIONALIZADA PARA TRATAR O ALCOLISMO.
2016	ANDAMENTO	F	86	SOLTEIRA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHA	NEGLIGÊNCIA, APROPRIAÇÃO DE CARTÃO DE BENEFÍCIO	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ANDAMENTO	F	73	SOLTEIRA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHA	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO A SASC VISITA TÉCNICA.
2016	ANDAMENTO	F	75	SOLTEIRA	FILHO	FILHA	NEGLIGÊNCIA, APROPRIAÇÃO DE CARTÃO DE BENEFÍCIO	SOLICITADO A SASC VISITA TÉCNICA À IDOSA, E AUDIÊNCIA COM OS FILHOS.
2016	ANDAMENTO	M	80	SOLTEIRO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	CASAL DESCONHECIDO	CARCERE PRIVADO, MEUS-TRATOS	FOI Á ÓBITO COM PROCESSO EM ANDAMENTO.
2016	ANDAMENTO	F	73	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHAS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	FOI Á ÓBITO COM PROCESSO EM ANDAMENTO.
2016	ANDAMENTO	M	80	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHAS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	NÃO QUER AJUDA.
2016	ANDAMENTO	M	80	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	AUDIÊNCIA DETERMINOU QUE OS 5 FILHOS CUIDEM.
2016	ANDAMENTO	F	71	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	AUDIÊNCIA DETERMINOU QUE OS 5 FILHOS CUIDEM.
2016	ANDAMENTO	F	68	SOLTEIRA	FILHO	FILHA	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ANDAMENTO	F	93	SOLTEIRA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO VERBAL	DETERMINADO INSTITUCIONALIZAÇÃO DA IDOSA.
2016	ARQUIVADOS	F	90	NI	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHAS E CUIDADORA	AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ARQUIVADOS	F	72	CASADA	A MESMA	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ARQUIVADOS	M	72	CASADO	O MESMO	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ARQUIVADOS	F	80	SOLTEIRO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHO	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2016	ARQUIVADOS	F	85	NI	DISQUE 100	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO SOCIAL, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, MAUS-TRATOS	ENCAMINHADO A SASC PARA VERIFICAÇÃO E SECRETARIA DE SAÚDE. PARA ENVIO DE RELATÓRIOS PERIÓDICOS.
2017	ARQUIVADO	M	60	SOLTEIRO	DISQUE DIREITOS HUMANOS	SOBRINHO	AGRESSÃO FÍSICA AGRESSÃO FINANCEIRA APROPRIAÇÃO DE BENS	DETERMINADO VISITA DA SASC.

2017	ARQUIVADO	F	62	VIÚVA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHA	AGRESSÃO PSICOLÓGICA	DETERMINADO VISITA DA SASC.
2017	ARQUIVADO	M	83	NI	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	DETERMINADO VISITA DA SASC.
2017	ARQUIVADO	M	88	NI	COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DA PESSOA IDOSA - DISQUE DENÚNCIA	FILHA	MAUS-TRATOS	DETERMINADO VISITA DA SASC.
2017	ARQUIVADO	F	66	NI	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	NETO	AGRESSÃO VERBAL, APROPRIAÇÃO DE BENS	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ARQUIVADO	F	80	NI	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	SOBRINHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO VERBAL	DETERMINADO ACOMPANHAMENTO DA SASC E PAEFI.
2017	ARQUIVADO	F	63	CASADA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AGRESSÃO PATRIMONIAL	SOLICITADO A SECRETARIA DE SAÚDE ESTUDO E ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS.
2017	ARQUIVADO	M	63	CASADO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AGRESSÃO PATRIMONIAL	SOLICITADO A SECRETARIA DE SAÚDE ESTUDO E ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS.
2017	ARQUIVADO	F	89	CASADA	MINISTÉRIO PÚBLICO	NI	NÃO CONSEGUE SE CUIDAR SOZINHA	NOMEADO UM CURADOR.
2017	ANDAMENTO	F	75	SOLTEIRA	DISQUE 100	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AGRESSÃO FINANCEIRA, NEGLIGÊNCIA, AGRESSÃO VERBAL, AMEAÇA DE MORTE	ENCAMINHADO À SASC E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA ESTUDO SOCIAL.
2017	ARQUIVADO	F	81	SOLTEIRA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AGRESSÃO VERBAL	ENCAMINHADO À SASC E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA ESTUDO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	76	CASADA	A MESMA	GENRO	AGRESSÃO FÍSICA	DETERMINADO INSTITUCIONALIZAÇÃO DA IDOSA.
2017	ANDAMENTO	M	80	VIUVO	DISQUE 100	CUIDADORA	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA, AGRESSÃO FINANCEIRA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	76	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	OMISSÃO, FALTA DE CUIDADOS	TROCAR DE APARTAMENTO E OS FILHOS CUIDAREM.
2017	ANDAMENTO	M	84	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	OMISSÃO, FALTA DE CUIDADOS	TROCAR DE APARTAMENTO E OS FILHOS CUIDAREM.
2017	ANDAMENTO	F	91	SOLTEIRA	NI	CUIDADORA	NEGLIGÊNCIA	ENCAMINHADO À SASC E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA ESTUDO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	NI	NI	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	NI	NEGLIGÊNCIA	ENCAMINHADO À SASC E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA ESTUDO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	67	CASADA	NI	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	FILHO DEIXOU A RESIDÊNCIA.
2017	ANDAMENTO	M	73	CASADO	NI	FILHO	AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	FILHO DEIXOU A RESIDÊNCIA.

2017	ANDAMENTO	F	76	SOLTEIRA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO À SASC RELATÓRIO SOCIAL E AUDIÊNCIA COM A SASC E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA E FILHA DA IDOSO.
2017	ANDAMENTO	F	61	CASADA	CREAS I (CENTRO DE REFERÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL)	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	60	CASADO	CREAS I (CENTRO DE REFERÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL)	FAMILIARES	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	83	CASADA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	ABANDONO FAMILIAR	SOLICITADO À SASC ESTUDO SOCIAL E ACOMPANHAMENTOFAMILIAR.
2017	ANDAMENTO	M	89	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FAMILIARES	ABANDONO FAMILIAR	SOLICITADO À SASC ESTUDO SOCIAL E ACOMPANHAMENTOFAMILIAR.
2017	ANDAMENTO	M	83	SOLTEIRO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHOS, INQUILINO	ABANDONO, APROPRIAÇÃO CARTÃO BENEFÍCIO PELO INQUILINO	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	84	SOLTEIRO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	NEGLIGÊNCIA	DETERMINADO MUDANÇA PARA CAMPO GRANDE PARA FILHOS CUIDAREM.
2017	ANDAMENTO	F	84	SOLTEIRA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHO E NORA	AGRESSÃO PSICOLÓGICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	71	SOLTEIRO	IRMÃ	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	75	CASADA	FILHO	FILHO	AGRESSÃO MORAL, AGRESSÃO FÍSICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	73	CASADO	FILHO	FILHO	AGRESSÃO MORAL, AGRESSÃO FÍSICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	80	CASADO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	FILHOS	NEGLIGÊNCIA FAMILIAR	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	70	CASADA	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHOS	ABANDONO FAMILIAR	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	77	CASADO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	FILHOS	ABANDONO FAMILIAR	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	F	62	CASADA	MINISTÉRIO PÚBLICO	FILHA	AGRESSÃO VERBAL, AGRESSÃO FÍSICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	71	CASADO	MINISTÉRIO PÚBLICO	FILHA	AGRESSÃO VERBAL, AGRESSÃO FÍSICA	SOLICITADO A SASC VISITA E RELATÓRIO SOCIAL.
2017	ANDAMENTO	M	75	SOLTEIRO	ANÔNIMA (DISQUE IDOSO)	SOBRINHOS	ABANDONO FAMILIAR	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.
2017	ANDAMENTO	M	83	CASADO	O MESMO	ESPOSA	AGRESSÃO MORAL, AGRESSÃO FÍSICA, AGRESSÃO PSICOLÓGICA	RESOLVIDO QUE ESPOSA VAI SAIR DA CASA.
2017	ANDAMENTO	M	67	SOLTEIRO	FILHA	FILHA	MORANDO NA RUA	SOLICITADO À SASC VISITA TÉCNICA PARA VERIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS E VAGA EM ILPI.
2017	ANDAMENTO	F	83	SOLTEIRO	VIZINHA	FAMÍLIA	NEGLIGÊNCIA	SOLICITADO À SASC ESTUDO E ACOMPANHAMENTO.