

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS A PARTIR DE CASOS NOTIFICADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Jean Von Hohendorff

Faculdade Meridional- IMED, Passo Fundo-RS, Brasil

Aline Pereira Paz

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas

Universidade Salgado de Oliveira, Niterói-RJ, Brasil

Priscila Lawrenz

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Luísa Fernanda Habigzang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos idosos vítimas de violência, das situações de violência, dos agressores e dos encaminhamentos realizados a partir das notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), do Rio Grande do Sul (RS), no período de 2010 a 2014. Foram analisadas 4.222 notificações de violência contra idosos a partir dos 60 anos de idade. Análises descritivas e de Chi-Quadrado (χ^2) indicaram que as mulheres são as vítimas mais frequentes. A violência mais notificada foi a física, perpetrada por meio de uso de força corporal ou espancamento, por um agressor, do sexo masculino, geralmente filho da vítima. Discute-se a utilização dos resultados do estudo em políticas públicas de atenção à população idosa brasileira.

Palavras-chave: violência; maus tratos ao idoso; políticas públicas.

CHARACTERIZATION OF VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY FROM CASES REPORTED BY HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

The aim of this study was to characterize the profile of the elderly victims of violence, the situations of violence, the aggressors and the referrals based on the information of the notifications of the Information System of Injuries and Notification (SINAN) of Rio Grande do Sul (RS) in the period from 2010 to 2014. We analyzed 4.222 notifications

of violence against the elderly from 60 years of age. Descriptive and Chi-Square (χ^2) analyzes indicated that women are the most frequent victims. The most reported violence was physical violence, perpetrated through the use of corporal force or beating, by a male aggressor, usually the victim's son. We discuss the use of study results in public policies of attention to the Brazilian elderly population.

Keywords: violence, elder abuse; public policies.

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LOS ANCIANOS A PARTIR DE CASOS NOTIFICADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de los ancianos víctimas, de las situaciones de violencia, de los agresores y de las (ocurrencias) realizadas a partir de las notificaciones del Sistema de Información de Agravios y Notificaciones (SINAN) de Rio Grande del Sur (RS), en el periodo de 2010 a 2014. Fueron analizadas 4.222 notificaciones de violencia contra ancianos a partir de los 60 años de edad. Análisis descriptivos y de Chi-Quadrado (χ^2) indicaron que las mujeres son las víctimas más frecuentes. La violencia más notificada fue la física, perpetrada por medio del uso de la fuerza corporal o (palizas), por un agresor, del sexo masculino, generalmente hijo de la víctima. Se discute la utilización de los resultados del estudio en políticas públicas de atención a la población brasilera de ancianos.

Palabras clave: violencia; maltratos a ancianos; políticas públicas.

A violência é compreendida como o uso intencional da força física ou do poder contra outros, mas também contra si, com grande possibilidade de resultar em danos psicológicos, deficiência no desenvolvimento, lesões físicas ou até mesmo a morte. A violência contra idosos inclui atos físicos, sexuais e psicológicos, bem como a negligência. Pessoas idosas são especialmente vulneráveis à violência econômica/patrimonial, na qual familiares ou outros cuidadores usam os seus recursos materiais de forma inadequada (World Health Organization [WHO], 2002).

A violência contra idosos se manifesta por meio da prática intencional de um ato ofensivo ou de negligência contra esses indivíduos, causando danos, sofrimento ou angústia. Sete tipos mais frequentes de violência contra idosos costumam ser elencados: violência física, violência psicológica (i.e., verbal ou gestual), negligência (i.e., fracasso do/a responsável no cuidado com o/a idoso/a), autonegligência (i.e., fracasso no cuidado consigo), abandono (i.e., ausência de assistência por quem caberia prover custódia), violência financeira (i.e., recusa no fornecimento de recursos financeiros ou exploração imprópria dos mesmos) e violência sexual (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Com o decorrer dos anos, cada vez mais pessoas estão envelhecendo. A partir de 1925, as taxas de mortalidade, principalmente relacionadas a doenças, começaram a decair. Isso é resultado, em parte, de uma urbanização adequada, de melhorias

nutricionais, da elevação dos níveis de higiene pessoal e de melhores condições sanitárias em geral, juntamente com o incremento de remédios potentes e de avanços na medicina (Kalache, Veras, & Ramos, 2012). Assim, o aumento da expectativa de vida resultou em um crescente processo de envelhecimento, exemplificado pela inversão das pirâmides etárias. No Brasil, esse processo se dá a passos largos. Desde 1940, as maiores taxas de crescimento populacional encontram-se na população idosa. Em um intervalo de 25 anos (i.e., 1980 a 2005), observou-se que o crescimento da população idosa foi de 126,3%, enquanto o crescimento da população total foi de 55,3% (Kuchemann, 2012).

Ao se analisar a evolução da composição populacional por grupos de idade de acordo com dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (IBGE, 2016), percebe-se aumento da participação percentual dos idosos na população e a diminuição dos demais grupos etários. A participação de idosos (i.e., indivíduos com 60 anos ou mais) entre os anos de 2005 e 2015 passou de 9,8% da população para 14,3%. Por outro lado, a participação de pessoas entre zero e 14 anos passou de 26,5% para 21% no mesmo período, sendo a queda também verificada no grupo entre 15 e 29 anos, que foi de 27,4% para 23,6%. O envelhecimento da população contribuiu para a maior atenção aos direitos dos idosos, dentre eles, de não serem vítimas de violência. Exemplo disto foi a instituição do Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741, 2003).

O tipo de violência contra idosos mais comum parece depender do tipo de pesquisa, do instrumento utilizado e do contexto onde o estudo é realizado. A violência física costuma ser indicada como a mais comum (Duque, Leal, Marques, Eskinazi, & Duque, 2012; Lago, Cavalcante, & Luz, 2014; Oliveira, Trigueiro, Fernandes, & Silva, 2013). Contudo, isso se deve ao fato de a maioria das pesquisas serem feitas com base em documentos oficiais, como boletins de ocorrência, denúncias criminais e exames de corpo e delito (Lago et al., 2014). Dados coletados por meio de questionários e entrevistas evidenciam a maior frequência da violência psicológica (Lago et al., 2014; Rodrigues et al., 2017). A negligência e a violência financeira também são frequentes (Oliveira et al., 2013). A negligência e o abandono são as formas mais comuns dentre as violências identificadas por meio da Estratégia de Saúde na Família (Lago et al., 2014).

A própria residência do/a idoso/a costuma ser o local de maior ocorrência da violência contra idosos (Castro, Guilam, Sousa, & Marcondes, 2013; Oliveira et al., 2013; Rodrigues et al., 2017), principalmente nos casos com mulheres idosas vítimas (Duque et al., 2012; Lago et al., 2014), sendo as moradias com maior número de coabitantes correspondentes a 33,33% dos casos (Duque et al., 2012). Dessa forma, considera-se que familiares tendem a ser os principais agressores, sendo o/a principal cuidador/a do/a idoso/a o/a próprio/a agressor/a (Duque et al., 2012; Lago et al., 2014; Oliveira et al., 2013). Resultados de pesquisas indicam que um/a mesmo/a idoso/a pode ser vítima de até sete agressores na família (Oliveira et al., 2013). Em casos de violência física grave, os agressores são majoritariamente homens, conhecidos e/ou familiares próximos da vítima e agem sozinhos no momento da agressão (Lago et al., 2014).

Em relação ao perfil da vítima, a literatura indica maior prevalência de mulheres (Duque et al., 2012; Lago et al., 2014; Oliveira et al., 2013; Sanches, Lebrão, & Duarte, 2008), sendo as de raça negra (Lago et al., 2014), com idades entre 60 e 69 anos (Duque et al., 2012; Júnior & Moraes, 2010) ou com 80 anos ou mais (Sanches et al., 2008), deprimidas ou extremamente fragilizadas (Oliveira et al., 2013; Júnior & Moraes, 2010), as mais vulneráveis à violência.

Fatores relacionados à violência contra idosos são elencados em estudos com essa população. Idosos dependentes para atividades instrumentais da vida diária (i.e., atividades de cuidado com a casa e administração do ambiente) costumam ser vítimas frequentes (Duque et al., 2012). Nesse sentido, quanto mais dependentes de seus cuidadores vão se tornando, mais sujeitos à violência os idosos estarão (Castro et al., 2013). Uma elevada frequência de violência física grave e violência psicológica é encontrada em idosos com maiores níveis de escolaridade (Lago et al., 2014; Júnior & Moraes, 2010). Elevadas frequências de violência física grave também são encontradas em idosos com problemas de memória (Lago et al., 2014).

A situação financeira do/a idoso/a também parece estar relacionada à violência. Foi observado que idosos que recebem até um salário mínimo são os mais vitimizados, assim como os que contribuem para o sustento da casa. Contudo, os que recebem mais de um salário mínimo apresentam menores índices de violência, provavelmente por conseguirem proporcionar melhores condições de vida aos seus familiares (Duque et al., 2012).

A violência contra idosos começa a ser compreendida como um problema de saúde pública e de justiça criminal na contemporaneidade (Krug et al., 2002). Somado a isso, a falta de informação, o preconceito e o desrespeito com a pessoa idosa são considerados agravantes para o aumento da violência (Oliveira et al., 2013). Portanto, a incipiência de conhecimento a respeito desse tema torna, cada vez mais, necessárias produções científicas que possam auxiliar os profissionais para melhor intervir nesses casos. Diante disso, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos idosos vítimas de violência, das situações de violência, dos agressores e dos encaminhamentos realizados a partir das notificações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do Rio Grande do Sul entre 2010 a 2014.

MÉTODO

AMOSTRA

Foram analisadas 4.222 notificações de violência contra idosos (42% homens ($n = 1.767$) e 68% mulheres ($n = 2.454$)). Todas as notificações analisadas foram realizadas por profissionais da saúde no período de 2010 a 2014, no Rio Grande do Sul.

PROCEDIMENTOS DE OBTENÇÃO DOS DADOS

As notificações analisadas são provenientes do banco de dados do Núcleo de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) do Rio Grande do Sul. Por meio de uma parceria com o CEVS, um banco de dados com 58.391 notificações de casos de violência ao longo do ciclo vital realizadas entre 01/01/2010 a 31/07/2014 foi disponibilizado aos pesquisadores. Todas as notificações foram realizadas por profissionais de saúde em serviços de saúde do Estado (i.e., hospitais, pronto-atendimentos e Unidades Básicas de Saúde).

Os casos de suspeita ou confirmação de violência foram notificados pelos profissionais por meio do preenchimento da Ficha Individual de Notificação SINAN (FIN-SINAN) na versão 2008. Ao preencherem a FIN-SINAN 2008, os profissionais fornecem informações sobre o perfil das vítimas de violência (i.e., sexo, idade,

escolaridade), das situações de violência (i.e., local de ocorrência, formas de agressão, características da agressão), dos agressores (i.e., número de agressores, parentesco com os agressores, sexo dos agressores), consequências da violência (i.e., ferimentos, óbito, apresentação de transtornos psicológicos associados às agressões) e os encaminhamentos realizados (i.e., encaminhamento a outras instituições, evolução do caso).

Em todas as perguntas da FIN-SINAN 2008, os profissionais têm opções de respostas referentes às características da pergunta (i.e., sexo conterá masculino e feminino) e as opções ignorado e não se aplica. A alternativa “ignorado” é utilizada quando o/a profissional não pode obter essas informações, apesar de investiga-las. Já a opção “não se aplica” abrange situações em que a pergunta não tem sentido para a população investigada, por exemplo, questões sobre gestação para vítimas do sexo masculino. As alternativas “ignorado” e “não se aplica” são respondidas pelos profissionais, de modo que não se caracterizam como dados faltantes (*missings*). O preenchimento é embasado pelo documento intitulado “Instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada”, o qual se constitui como um documento de referência para os profissionais. O documento “Instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada” contém instruções sobre como os profissionais devem conduzir a entrevista e o preenchimento da ficha (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015). As condições de preenchimento da FIN-SINAN 2008, bem como sua exportação para plataforma virtual, não foram controladas pela equipe de pesquisa, uma vez que esses são procedimentos internos previstos pela equipe do CEVS/RS, sujeitos à organização administrativa dos serviços de saúde do estado.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As notificações foram analisadas de forma descritiva, buscando realizar uma caracterização sociodemográfica dos idosos vítimas de violência, das situações de violência (i.e., psicológica, física, financeira, negligência, sexual), dos agressores (i.e., sexo do agressor, parentesco com a vítima), consequências da violência e os encaminhamentos realizados (i.e., instituições de atendimento envolvidas). Além das análises descritivas, foram realizadas análises inferenciais por meio das análises de Chi-Quadrado (χ^2).

As perguntas do FIN-SINAN 2008 apresentavam diferentes estruturas e formas de resposta. Devido a essas diferenças, foram realizados dois procedimentos de análise de dados. O primeiro procedimento envolveu a realização de análises χ^2 para avaliar se a frequência das categorias das notificações de violência contra idosos apresentava diferenças significativas entre as características sociodemográficas (i.e., sexo, cor, grupo etário, escolaridade e estado civil), dos agressores (i.e., número de agressores, sexo dos agressores, uso de bebida alcoólica pelo agressor), da violência (i.e., violência ocorreu outras vezes) e das consequências da violência (i.e., evolução dos casos, transtornos psicológicos identificados como consequentes da violência). As análises de χ^2 também foram aplicadas para avaliar se, quando as notificações referentes aos homens e às mulheres eram analisadas separadamente, poderiam ser observadas diferenças nas categorias das características sociodemográficas, dos agressores, da violência e das consequências da violência.

O segundo procedimento de análise de dados foi utilizado para as questões referentes às formas de violência, características da violência física, parentesco do/a

agressor/a, consequências da violência e encaminhamentos para os serviços da rede. Cada uma dessas dimensões envolvia de cinco a 19 questões respondidas separadamente nas categorias sim, não e ignorado. A fim de manter a parcimônia dos resultados, optou-se por analisar apenas as notificações que apresentaram respostas afirmativas. Desta forma, as análises de χ^2 foram realizadas para investigar se homens e mulheres apresentavam diferenças em relação as questões referentes às formas de violência, características da violência física, parentesco do/a agressor/a, consequências da violência e encaminhamentos para os serviços da rede.

Foi utilizado o *software Statistical Package of the Social Science .21* (SPSS) para realizar as análises descritas neste estudo. Em razão da complexidade da FIN-SINAN 2008, os dados faltantes (*missings*) foram excluídos das análises descritas no presente estudo.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se que os resultados demonstraram que 58,1% das notificações eram referentes a vítimas do sexo feminino. A diferença no número de notificações entre vítimas do sexo masculino e feminino foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 2.275,6$; $p < 0,001$). As notificações que se referiam às vítimas de raça/etnia branca foram significativamente superiores às outras categorias de raça/etnia ($\chi^2 = 13.573,7$; $p < 0,001$), tanto para homens ($\chi^2 = 7863,8$; $p < 0,001$) como mulheres ($\chi^2 = 5705,5$; $p < 0,001$). As vítimas tinham idades entre 60 a 113 anos, com idade média de 71,4 anos ($SD = 8,9$), sendo que a idade média das vítimas do sexo masculino foi 70,9 anos ($SD = 9,2$; variando de 60 a 99 anos) e das mulheres foi 71,8 anos ($SD = 9,2$; variando de 60 a 113 anos).

Tabela 1.
 Características sociodemográficas dos idosos vítimas de violência

Variável	N(%)	χ^2	Feminino		Masculino	
			N(%)	χ^2	N(%)	χ^2
Sexo						
Feminino	2.454 (58,1)	2275,6*				
Masculino	1.767 (41,9)					
Ignorado [#]	1 (0)					
Raça/etnia						
Branca	3.497 (83,5)	13573,7*	2.032 (83,3)	7863,8*	1.464 (82,9)	5705,5*
Parda	320 (7,6)		190 (7,7)		130 (7,4)	
Preta	217 (5,2)		131 (5,4)		86 (4,9)	
Ignorado [#]	138 (3,3)		76 (3,1)		62 (3,5)	
Indígena	8 (0,2)		4 (0,2)		4 (0,2)	
Amarela	8 (0,2)		6 (0,2)		2 (0,1)	

Nota: * - $p \leq 0,001$. [#] Ignorado é uma opção de resposta da ficha. Refere-se às situações em que o/a profissional não conseguiu levantar esse dado. ^ A opção Não se Aplica abrange situações em que a pergunta não tem sentido para a população investigada, por exemplo, questões sobre gestação para vítimas do sexo masculino.

Tabela 1 (Continuação)

Variável	N(%)	χ^2	Feminino	Masculino
Idade categorizada				
60 a 69 anos	2.055 (48,7)	3429,8*	1.175 (47,9)	1890,6*
70 a 79 anos	1.297 (30,7)		743 (30,3)	554 (31,4)
80 a 89 anos	735 (17,4)		438 (17,8)	297 (16,8)
90 a 99 anos	125 (3,0)		88 (3,6)	37 (2,1)
Acima de 100 anos	10 (0,2)		10 (0,4)	0
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	1.759 (45,5)	7157,6*	1.003 (40,9)	3999,6*
Ignorado [#]	1.178 (30,5)		685 (27,9)	492 (27,8)
Analfabeto	405 (10,5)		251 (10,2)	154 (8,7)
Ensino fundamental Completo	258 (6,7)		169 (6,9)	89 (5,0)
Ensino médio completo	129 (3,3)		80 (3,3)	49 (2,8)
Ensino superior completo	69 (1,8)		39 (1,6)	30 (1,7)
Ensino médio incompleto	55 (1,4)		30 (1,2)	25 (1,4)
Ensino superior incompleto	12 (0,3)		6 (0,2)	6 (0,3)
Não se aplica	2 (0)		1 (0)	1(0,1)
Situação conjugal				
Casado(a)/união consensual	1.534 (38,6)	2562,1*	745 (30,4)	1581,9*
Viúvo(a)	1.226 (30,9)		888 (36,2)	337 (19,1)
Solteiro(a)	420 (10,6)		212 (8,6)	208 (11,8)
Ignorado [#]	394 (9,9)		232 (9,5)	162 (9,2)
Separado(a)	375 (9,4)		206 (8,4)	169 (9,6)
Não se aplica	25 (0,6)		14 (0,6)	91 (5,1)

Nota: * - $p \leq 0,001$. [#] Ignorado é uma opção de resposta da ficha. Refere-se às situações em que o/a profissional não conseguiu levantar esse dado. ^ A opção Não se Aplica abrange situações em que a pergunta não tem sentido para a população investigada, por exemplo, questões sobre gestação para vítimas do sexo masculino.

De acordo ainda com a Tabela 1, as idades das vítimas foram categorizadas em décadas, a fim de investigar a prevalência das notificações segundo a idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos, 90 a 99 anos, e acima de 100 anos). Os resultados demonstraram que o número de notificações diminuiu significativamente com o avanço da idade, de forma que a maior parte das notificações realizadas foram relativas a idosos entre 60 a 69 anos. Além disso, a diminuição do número de notificações conforme o aumento da idade foi um padrão observado entre homens e mulheres.

Os resultados na Tabela 1 demonstraram diferenças significativas no número de notificações segundo a escolaridade da vítima. As notificações foram mais frequentes entre vítimas com ensino fundamental incompleto. Também houve diferenças significativas na frequência das notificações segundo o estado civil das vítimas. Entre os homens, a maior frequência de notificações era referente aos casados ou em união consensual. As mulheres viúvas corresponderam ao maior número de notificações.

Na Tabela 2, nota-se que as diferenças observadas entre homens e mulheres com relação à maioria das formas de violência foram estatisticamente significativas. As mulheres apresentaram maiores chances de serem vítimas de violência física, violência

psicológica, negligência, tortura e violência sexual. Os homens apresentaram mais chances do que as mulheres de serem vítimas de agressões autoprovocadas e outras formas de agressões (não havia especificação destas outras formas no banco de dados). Não foram observadas diferenças segundo o sexo para violência financeira, intervenção legal e tráfico de seres humanos. Entre as diferentes características da violência física, as perpetradas com maior frequência foram o uso de força corporal ou espancamento. As mulheres sofreram mais agressões por meio de uso de força corporal ou espancamento, enquanto os homens sofreram mais agressões como enforcamento, com o uso de objetos perfurocortantes, objeto contundentes e arma de fogo (ver Tabela 2).

Tabela 2.
 Descrição das formas de violência, zona e local de ocorrência

Variável	N (%)	Sexo		χ^2
		Feminino	Masculino	
Formas de violência				
Física	2368 (58,1)	1298 (52,9)	1070 (60,6)	26,2*
Psicológica	1428 (35,5)	1067 (43,5)	361 (20,4)	239,6*
Negligência/ Abandono	1.247 (31,2)	768 (31,3)	478 (27,1)	12,3*
Autoprovocada	718 (17,9)	265 (10,8)	453 (25,6)	169,3*
Financeira	375 (9,4)	246 (10,0)	129 (7,3)	9,1
Outras	372 (9,5)	165 (6,7)	207 (11,7)	32,5*
Tortura	135 (3,4)	96 (3,9)	39 (2,2)	9,6*
Sexual	58 (1,5)	46 (1,9)	12 (0,7)	10,9*
Intervenção legal	16 (0,4)	12 (0,5)	4 (0,2)	3,0
Tráfico de seres humanos	3 (0,1)	3 (0,1)	0	5,4
Características da violência física				
Uso de força corporal ou espancamento	1529 (38,3)	951 (38,8)	578 (32,7)	15,6*
Enforcamento	371 (9,4)	108 (4,4)	263 (14,9)	143,9*
Objeto perfurocortante	265 (6,7)	109 (4,4)	156 (8,8)	12,3*
Objeto contundente	201 (5,1)	90 (3,7)	111 (6,3)	35*
Arma de fogo	147 (3,7)	31 (1,3)	116 (6,6)	16,6*
Envenenamento	86 (2,2)	58 (2,4)	28 (1,6)	3,5
Substância quente	26 (0,7)	14 (0,6)	12 (0,7)	0,5
		χ^2	χ^2	χ^2
Zona de ocorrência da violência		6955,7*	4334,4*	2406,6*
Zona urbana	3.160 (79,9)	1.918 (78,2)	1.241 (74,8)	
Zona rural	726 (18,4)	343 (14,0)	383 (23,1)	
Zona periurbana	51 (1,3)	22 (0,9)	29 (1,7)	
Ignorado	16 (0,4)	9 (0,4)	7 (0,4)	

Tabela 2 (Continuação)

Variável	N (%)	Sexo		
		χ^2	Feminino	Masculino
Local de ocorrência da violência		22.642,4*		11.600,3*
				6.822,2*
Residência	3280 (80,2)		2028 (82,6)	1251 (70,8)
Via pública	345 (8,4)		121 (4,9)	224 (13,0)
Outros	209 (5,1)		108 (4,4)	101 (5,9)
Ignorado [#]	75 (1,8)		31 (1,3)	44 (2,6)
Comércio/serviços	61 (1,5)		31 (1,3)	30 (1,7)
Habitação coletiva	60 (1,5)		41 (1,7)	19 (1,1)
Bar ou similar	50 (1,2)		10 (0,4)	40 (2,3)
Indústria/construção	8 (0,2)		0	8 (0,2)
Local de prática esportiva	2 (0)		2 (0,1)	0
Escola	1 (0)		0	1 (0,1)

Nota: * - $p \leq 0,001$. [#] Ignorado é uma opção de resposta da ficha. Refere-se às situações em que o/a profissional não conseguiu levantar esse dado.

Na Tabela 2, foi observado que as agressões notificadas ocorreram com frequência significativamente maior na zona urbana, em comparação a zona rural, periurbana e nos casos em que este dado não foi registrado, tanto para homens, como mulheres. Além disso, a maior parte das agressões notificadas ocorreu na residência da vítima, tanto para homens quanto para mulheres.

A Tabela 3 mostra que as agressões foram perpetradas com frequência significativamente maior por um/a agressor/a, em comparação a dois agressores ou mais e nos casos em que esta informação não foi relatada na notificação (i.e., preenchida como “ignorado”). Este padrão foi observado tanto entre homens, como entre mulheres.

Os resultados na Tabela 3 demonstraram que as notificações de violência contra idosos foram referentes a agressores do sexo masculino com maior frequência, seguido por agressores do sexo feminino e por agressores de ambos os sexos. Foi observado que notificações nas quais não foi informado o sexo do agressor (i.e., preenchida como “ignorado”) apresentaram a menor frequência. As diferenças em relação ao sexo do/a agressor/a foram estatisticamente significativas. Os homens e mulheres vítimas informaram que as agressões foram realizadas com maior frequência por agressores do sexo masculino.

Tabela 3.
 Número de agressores por episódio de violência, sexo dos agressores, relação com a vítima e uso de bebida alcoólica.

Variável	N (%)	χ^2	Feminino	χ^2	Masculino	χ^2
Número de agressores		701,2*		1.326,2*		701,3*
Um	2635 (64,6)		1591 (64,8)		1044 (61,2)	
Dois ou mais	1102 (27)		598 (24,4)		504 (29,5)	
Ignorado [#]	341 (8,4)		182 (7,4)		158 (9,3)	
Sexo dos agressores		1.346,4*		947,6*		1.346,4*
Masculino	2252 (55,5)		1175 (47,9)		1077 (63,6)	
Feminino	886 (21,8)		659 (26,9)		227 (13,4)	
Ambos os sexos	474 (11,7)		286 (11,7)		188 (11,1)	
Ignorado [#]	446 (11)		243 (9,9)		202 (11,9)	
Uso de bebida alcoólica pelo agressor		159,0*		133,78*		159,0*
Não	1745 (43,1)		594 (25,3)		322 (19,0)	
Ignorado [#]	1389 (34,3)		1038 (44,2)		707 (41,6)	
Sim	916 (22,6)		719 (30,6)		669 (39,4)	
Violência ocorreu outras vezes		312,1*		387,0*		154,6*
Não	1441 (41,9)		85 (3,5)		1044 (61,2)	
Ignorado [#]	861 (20,4)		0		504 (29,5)	
Sim	1770 (41,9)		2369 (76,5)		158 (9,3)	
			Sexo			
Agressor			Feminino	Masculino	χ^2	
Filho(a)	1.248 (31,7)		858 (35)	389 (22)	86,4*	
Própria pessoa	664 (16,9)		248 (10,1)	416 (23,5)	150,6*	
Outros	627 (16,2)		419 (17,1)	208 (11,8)	23,7*	
Cônjuge	476 (12,1)		361 (14,7)	115 (6,5)	70,9*	
Desconhecido	330 (8,4)		119 (4,8)	211 (11,9)	80,8*	
Madrasta	327 (7,7)		4 (0,2)	3 (0,2)	5,5	
Amigo(a)/Conhecido(a)	312 (8)		131 (5,3)	181 (10,2)	45,5*	
Cuidador(a)	223 (5,7)		143 (5,8)	80 (4,5)	7,7	
Irmão	141 (3,6)		75 (3,1)	66 (3,7)	7,0	
Ex-cônjuge	73 (1,9)		53 (2,2)	20 (1,1)	12,1	
Pessoa com relação institucional	52 (1,3)		37 (1,5)	15 (0,8)	9,2	
Mãe	27 (0,7)		23 (0,9)	4 (0,2)	12,5	
Namorado(a)	24 (0,6)		19 (0,8)	5 (0,3)	10,8	
Pai	15 (0,4)		2 (0,1)	13 (0,7)	16,2	
Patrão(oa)/Chefe	11 (0,3)		4 (0,2)	7 (0,4)	8,2	
Policial/Agente da lei	11 (0,3)		248 (10,1)	416 (23,5)	5,5	
Ex-namorado(a)	10 (0,3)		6 (0,2)	4 (0,2)	6,1	
Padrasto	6 (0,2)		4 (0,2)	2 (0,1)	4,8	

Nota: * - $p \leq 0,001$. [#] Ignorado é uma opção de resposta da ficha. Refere-se às situações em que o/a profissional não conseguiu levantar esse dado.

Observa-se na Tabela 3 que o/a agressor/a que foi identificado com maior frequência foi o filho ou filha dos idosos. Além disso, os resultados demonstraram que a notificação estava sendo realizada em referência a primeira situação de agressão, seguida por casos em que esta informação foi ignorada e casos nos quais já havia notificações de outras agressões anteriormente (ver Tabela 3, variável “Violência ocorreu outras vezes”). Além disso, foi observado que, na maior parte das agressões, tanto as vítimas do sexo feminino, como as do masculino, informaram que o/a agressor/a não ingeriu álcool. As notificações em que o/a agressor/a ingeriu substâncias alcoólicas foram as que apresentaram frequência significativamente menor.

A Tabela 4 mostra que duas das principais consequências indicadas na ficha, pelos profissionais que as preencheram, como resultado da violência aos idosos foi o desenvolvimento de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) e tentativas de suicídio. Foi observado que as mulheres apresentaram maiores chances de desenvolverem TEPT, enquanto os homens apresentaram maiores chances de tentar cometer suicídio. Outras consequências das agressões foram o desenvolvimento de transtorno comportamental, transtorno mental e contração de DST, sendo todos mais frequentes entre mulheres. Tais consequências são advindas das alternativas de resposta da FIN-SINAN. As vítimas foram encaminhadas com maior frequência para serviços de saúde ambulatoriais e para outras delegacias. Por fim, na maior parte das notificações, o desfecho sobre atendimento em saúde foi a alta das vítimas. Apesar disso, 790 vítimas foram ao óbito, sendo que a frequência de homens vítimas de óbito foi significativamente maior do que a das mulheres vítimas (ver Tabela 4).

Tabela 4.
Consequências da violência, encaminhamentos realizados e evolução dos casos.

Variável	N (%)	Feminino	Masculino	χ^2
Consequências da violência				
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	460 (12,3)	328 (14,8)	132 (8,7)	1513,6*
Tentativa de suicídio	179 (4,8)	74 (3,4)	105 (6,9)	2671,9*
Transtorno comportamental	171 (4,6)	122 (5,6)	49 (3,2)	2363,0*
Transtorno mental	87 (2,4)	53 (2,2)	34 (1,9)	2708,8*
Contração de DST	2 (0)	2 (0,1)	0	3186,2*
Encaminhamentos para os serviços da rede				
Outras delegacias	1111 (28,5)	614 (25)	497 (28,1)	7,9
Outros encaminhamentos	897 (23,5)	566 (23,1)	331 (18,7)	10,6
CRAS ou CREAS	714 (18,4)	502 (20,5)	212 (12)	52,4*
Instituto Médico Legal	460 (11,9)	124 (5,1)	336 (19)	208,3*
Ministério Público	456 (11,8)	291 (11,9)	164 (9,3)	14,3
Delegacia de Atendimento à Mulher	195 (5)	195 (5)	7 (0,4)	3186,2*

Nota: * - $p \leq 0,001$. # Ignorado é uma opção de resposta da ficha. Refere-se às situações em que o/a profissional não conseguiu levantar esse dado.

Tabela 4 (Continuação)

Variável	N (%)	Feminino	Masculino	χ^2		
Centro de Referência da Mulher	159 (4,1)	156 (6,4)	3 (0,2)	107,6*		
Casa Abrigo	26 (0,7)	15 (0,6)	11 (0,6)	0,9		
Conselho Tutelar	21 (0,5)	14 (0,6)	7 (0,4)	1,1		
Programa Sentinela	12 (0,3)	6 (0,2)	6 (0,3)	0,8		
Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente	5 (0,1)	4 (0,2)	1 (0,1)	1,2		
	N (%)	χ^2	Feminino	χ^2	Masculino	χ^2
Encaminhamentos de saúde						
Ambulatorial	1928 (49)	1357,6*	1170 (51,2)	891,4*	758 (45,9)	3449,9*
Não se aplica	978 (24,8)		516 (21,0)		461 (27,9)	
Hospitalar	628 (15,9)		328 (13,4)		300 (18,2)	
Ignorado [#]	404 (10,3)		273 (11,9)		131 (7,9)	
Evolução dos casos						
Alta	2403 (63,6)	4988,8*	1468 (67,5)	5179*	935 (58,3)	1728,0*
Ignorado [#]	790 (20,9)		524 (24,1)		266 (16,6)	
Óbito por violência	464 (12,3)		116 (4,7)		248 (21,7)	
Óbito por outras causas	79 (12,3)		38 (1,5)		41 (2,3)	
Evasão/fuga	41 (1,1)		28 (1,1)		13 (0,8)	

Nota: * - $p \leq 0,001$. [#] Ignorado é uma opção de resposta da ficha. Refere-se às situações em que o/a profissional não conseguiu levantar esse dado.

DISCUSSÃO

Foi após a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741, 2003), nos anos 2000, que houve incremento da produção científica acerca da população idosa brasileira (Micheletti, Garcia, Melicchio, & Vagostello, 2011). Os resultados do presente estudo corroboram os principais achados das pesquisas nacionais. Parece haver concordância sobre o sexo da vítima, sendo as idosas as vítimas mais frequentes em estudos com diferentes delineamentos: análise documental (Pinto, Barham, & Albuquerque, 2013), revisão sistemática (Minayo, Souza, & Paula, 2010) e revisão não sistemática de literatura (Micheletti et al., 2011). A escolaridade das vítimas tende a ser baixa (Minayo et al., 2010; Pinto et al., 2013), assim como o nível socioeconômico (Micheletti et al., 2011). Os agressores geralmente são os filhos do sexo masculino (Micheletti et al., 2011; Minayo et al., 2010; Pinto et al., 2013). Em relação à cor da vítima, este estudo evidenciou a predominância da cor branca (83,5%). O Rio Grande do Sul, estado onde as notificações foram realizadas, possui a maioria (83,2%) de sua população de cor de pele branca (Observatório da Cidade de Porto Alegre, 2011). Sendo assim, é esperado que o maior número de casos notificados (83,5%) seja de idosos de cor branca. Essa é uma característica das vítimas de violência que depende do contexto no qual elas estão inseridas.

Historicamente, as mulheres têm sido as vítimas mais frequentes de violência ao longo do desenvolvimento humano. Em nossa sociedade, os papéis de gênero ainda perpetuam estereótipos que contribuem para a manifestação de atos de agressividade e dominação por parte dos homens e submissão por parte das mulheres (Rolim & Falcke,

2017). Tem-se, então, o machismo como um dos fatores de risco para a violência contra o gênero feminino, tendo em vista a predominância de mulheres idosas vítimas de violência verificada nesse estudo (58,1%). Os agressores são, em sua maioria (55,5%), do gênero masculino e são filhos da vítima.

No Brasil, a expectativa de vida das mulheres é, de acordo com o IBGE (Agência Brasil, 2015), 7,2 anos maior do que para homens, sendo de 78,8 anos para as mulheres e de 71,6 anos para homens. Levando-se em consideração o percentual de viúvos (30,9%) na amostra deste estudo, é possível supor que parte das mulheres vítimas pode ter passado a conviver com os filhos homens após a morte do cônjuge, acarretando em novas demandas para os filhos. Diante disso, casos de violência podem ter ocorrido devido ao machismo, mas também devido à falta de preparo dos filhos para o manejo com as idosas. A sobrecarga dos cuidadores das vítimas pode ser sugerida como um possível fator que contribuiu para a violência contra idosos (Oliveira et al., 2013).

O estresse dos cuidadores de idosos e as relações transgeracionais desrespeitosas são indicados como fatores de risco para a ocorrência da violência contra idosos (Micheletti et al., 2011). Diante disso, surge a necessidade de elaboração de programas preventivos focados em práticas adequadas de cuidado a idosos direcionados a familiares que assumem este papel (Pinto et al., 2013; Souza & Minayo, 2010).

A análise das notificações indicou que, quanto menor a idade da vítima, maiores as chances de realização da notificação. Assumindo-se que as próprias vítimas realizaram o relato que levou à notificação, é possível supor que idosos com menos idade possuem maior autonomia, seja física ou relacional, para buscar ajuda por conta própria. Além disso, idosos com menos idade podem ter mais acesso à informação e/ou maior compreensão das informações que recebem, usando seu repertório cognitivo para assimilá-las e buscar ajuda. O reconhecimento de atos violentos e a busca de ajuda tendem a ser menos frequentes com o aumento da idade. Isso pode enviesar os dados sobre notificações de violência contra idosos, dando a falsa impressão que idosos mais velhos sofrem menos violência, quando, na verdade, podem estar menos propensos a revelá-la.

O fomento a programas de divulgação de informações sobre a violência contra idosos e formas de combate a ela devem ser formulados especialmente para essa faixa etária (Pinto et al., 2013). É possível que muitos idosos, devido a questões socioculturais, não identifiquem certos comportamentos como violentos. Além disso, o declínio cognitivo e físico típico da terceira idade pode dificultar a busca de ajuda por parte dos idosos. Sendo assim, os programas de repasse de informações devem ser formulados de acordo com o entendimento e necessidade dos idosos. Esses programas devem focalizar a identificação da violência por parte dos idosos, mostrando-lhes o que é considerado violência. Além disso, deve-se levar em consideração os vínculos afetivos entre vítimas e agressores, uma vez que os idosos podem não revelar a violência temendo as consequências jurídicas direcionadas ao agressor (Shimbo, Labronici, & Mantovani, 2011).

A necessidade de fomento para programas de repasse de informações aos idosos é ainda mais evidente ao se analisar a escolaridade das vítimas. Os resultados deste estudo indicaram que as notificações mais frequentes foram referentes a idosos com menor escolaridade. A menor escolaridade das vítimas pode estar atrelada ao público que geralmente busca os serviços públicos de saúde e assistência. Embora esses serviços sejam direcionados a toda população, observa-se que a demanda majoritária é composta por indivíduos com pouca instrução e/ou baixo nível socioeconômico (Moimaz et al.,

2010). Diante disso, resultados de pesquisas acerca de variáveis como escolaridade e nível socioeconômico em estudos que recorrem a serviços públicos para a coleta de dados devem ser interpretados com cautela.

Diferentes tipos de violência podem ser praticados contra a população idosa (i.e., física, psicológica, financeira). No entanto, é recorrente que a violência mais visível seja a física, uma vez que resulta em marcas aparentes ou lesões (i.e., fraturas, escoriações, hematomas). Assim como os resultados do presente estudo, a violência física (Micheletti et al., 2011; Minayo et al., 2010) e a negligência (Pinto et al., 2013; Shimbo et al., 2011) costumam figurar entre as mais frequentes. Diante disso, é necessário não somente conscientizar os idosos para a existência de outras formas de violência, mas capacitar profissionais para que saibam identificá-las mesmo quando o(a) próprio(a) idoso(a) não a reconhece como violência.

Embora não se possa afirmar que as consequências presentes na FIN-SINAN sejam realmente causadas pela ocorrência da violência, o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) foi indicado pelos profissionais que preencheram a ficha como a consequência mais frequente nas notificações analisadas (12,3%). O TEPT se caracteriza por um transtorno mental e, como tal, requer avaliação minuciosa para o seu diagnóstico (American Psychiatric Association [APA], 2014). Diante disso, questiona-se a validade dessa informação no preenchimento da notificação, uma vez que o(a) profissional de saúde pode não possuir o tempo necessário e formação para a realização deste diagnóstico. Outra consequência frequente foi a tentativa de suicídio (4,8%). Fatores como enfrentamento de conflitos, desastres, abusos, perdas, senso de isolamento e violência são associados ao cometimento do suicídio (WHO, 2016). Em países de baixa e média renda, jovens adultos e mulheres idosas apresentam as maiores taxas de suicídio quando comparados com seus pares em países de alta renda. No entanto, o suicídio em homens é uma epidemia silenciosa, cuja incidência é alta, porém com escassa conscientização pública, pesquisa científica e busca de ajuda pelos homens com ideação e/ou conduta suicida (Bilsker & White, 2011). Especificamente em relação ao Brasil, foram analisados dados referentes à taxa de mortalidade devido ao suicídio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, entre 1980 e 2006. Neste período foram registrados 158.952 casos de suicídio com vítimas acima de 10 anos de idade. As taxas de mortalidade verificadas indicaram, para faixa etária, predominância de idosos acima de 70 anos (7,8 mortes por 100.000 habitantes), e para sexo, predominância do sexo masculino (7,0 mortes por 100.000 habitantes – Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009).

Mesmo com a criação de leis de garantia de direitos dos idosos no território brasileiro e de obrigatoriedade da notificação de violação desses direitos (Lei Federal nº 10.741, 2003; Lei Federal nº 12.461, 2011), muitos casos de violência não chegam ao conhecimento público. Isso tende a ocorrer devido ao fato de que a maioria dos agressores são familiares dos idosos, dificultando a revelação da violência por parte da vítima, que, muitas vezes, depende desses mesmos familiares para suas ações cotidianas (Souza & Minayo, 2010). Sendo assim, é necessário o investimento em estratégias de facilitação da notificação de casos de violência por parte dos idosos, tais como a criação de um serviço telefônico próprio para essa população.

Embora este estudo forneça uma caracterização da violência contra idosos, os resultados devem ser interpretados com cautela devido às suas limitações. O acesso apenas ao banco de dados das notificações e não às próprias notificações não permitiu que a equipe de pesquisa pudesse certificar informações consideradas inconsistentes

(i.e., encaminhamento de casos para o Conselho Tutelar). As informações coletadas são restritas ao Rio Grande do Sul e ao período de abrangência do estudo (i.e., 2010-2014), refletindo tendências para esse contexto e tempo apenas. É premente que o Brasil desenvolva mecanismos para a notificação unificada dos casos de violência, possibilitando a geração de relatórios epidemiológicos nacionais periódicos. Futuros estudos poderiam analisar bancos de dados com maior abrangência geográfica e temporal. Ademais, poderiam ser conduzidos por meio de entrevistas com idosos que notificaram as agressões das quais foram vítimas, visando a identificar facilitadores e dificultadores para tal, fornecendo, assim, subsídios para o aprimoramento do acolhimento destes casos.

Por fim, o aumento constante da expectativa de vida e da população idosa evidencia a urgência de planejamento de políticas públicas específicas para essa população. Os resultados aqui apresentados podem ser utilizados neste planejamento tomando como ponto de partida as características das vítimas, das violências, dos agressores e dos encaminhamentos que indicam possíveis fatores de risco à violência contra idosos. Ser mulher, conviver com o cônjuge e/ou filho e ter baixa escolaridade foram as características das vítimas mais frequentes, indicando que este é um possível grupo prioritário para o recebimento de ações preventivas. Homens adultos que convivem com idosos parecem ser o grupo de risco para o cometimento de atos de violência, necessitando, assim, intervenções que abordem papéis de gênero e técnicas de cuidado com idosos. Os encaminhamentos indicam que é necessário criar serviços específicos para a população idosa, tendo em vista encaminhamentos como os que foram realizados ao Conselho Tutelar, denotando, possivelmente, falta de outro serviço para proteção e intervenção.

REFERÊNCIAS

- Agência Brasil. (2015). *Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,2 anos, mostra IBGE*. Brasília: Autor.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5* (5^a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bilsker, D., & White, J. (2011). The silent epidemic of male suicide. *British Columbia Medical Journal, 53*(10), 529-534.
- Castro, A. P., Guilam, M. C. R., Sousa, E. S. S., & Marcondes, W. B. (2013). Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(5), 1283-1292.
- Duque, A. M., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., Eskinazi, F. M. V., & Duque, A. M. (2012). Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(8), 2199-2208.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2016). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016*. Brasília: Autor.
- Júnior, P. C. A., & Moraes, C. L. (2010). A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(6), 2983-2995.
- Kalache, A., Veras R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública, 21*(3), 200-210.

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kuchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade Estado*, 27(1), 165-180.
- Lago, E. A., Cavalcante, T. B., & Luz, M. H. B. A. (2014). Violência contra o idoso: uma revisão da literatura. *Revista Saúde.com*, 10(2), 221-231.
- Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: Palácio do Planalto.
- Lei Federal nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Diário Oficial da União.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 86-94.
- Micheletti, A. L. N., Garcia, D., Melicchio, F. A., & Vagostello, L. (2011). Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. *Psicólogo InFormação*, 15(15), 51-68.
- Minayo, M. C. S., Souza, E. R., & Paula, D. D. R. (2010). Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2719-2728.
- Moimaz, S. A. S., Marques, J. A. M., Saliba, O., Garbin, C. A. S., Zina, L. G., & Saliba, N. A. (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1419-1440.
- Observatório da Cidade de Porto Alegre. (2011). *IBGE divulga os números de raça/cor de Porto Alegre*. Porto Alegre: Autor.
- Oliveira, A. A. V., Trigueiro, D. R. S. G., Fernandes, M. G. M., & Silva, A. O. (2013). Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 128-133.
- Pinto, F. N. F. R., Barham, E. J., & Albuquerque, P. P. D. (2013). Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 1159-1181.
- Rodrigues, R. A. P., Monteiro, E. A., dos Santos, A. M. R., de Lourdes, M. de F. P., Silva, J. R. F., Bolina, A. F., ... & Silva, L. M. (2017). Violência contra idosos em três municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4).
- Rolim, K. I., & Falcke, D. (2017). Violência conjugal, políticas públicas e rede de atendimento: percepção de psicólogos(as). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 939-955.
- Sanches, A. P. R. A., Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2008). Violência contra idosos: uma questão nova? *Saúde e Sociedade*, 17(3), 90-100.
- Secretaria de Vigilância em Saúde. (2015). *Instrutivo ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Ministério da Saúde. Brasília: Autor.
- Shimbo, A. Y., Labronici, L. M., & Mantovani, M. D. F. (2011). Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, 15(3), 506-510.
- Souza, E. R., & Minayo, M. C. S. (2010). Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2659-2668.

World Health Organization [WHO]. (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2016). *Suicide: Fact sheet – reviewed september 2016*. Geneva: World Health Organization.

Sobre os autores:

Jean Von Hohendorff é doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da IMED (Passo Fundo).

Aline Pereira Paz é graduanda de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Auxiliar de pesquisa no Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínica (GPeVVIC).

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas é doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO).

Priscila Lawrenz é mestre e doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Luísa Fernanda Habigzang é doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Correspondência com os autores: jhohendorff@gmail.com

Submetido: 20/03/2018

1ª revisão: 22/05/2018

Aprovado: 10/06/2018