



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO
PROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR EM PRESTAÇÃO JURISDICIONAL E
DIREITOS HUMANOS**

CYNTHIA ASSIS DE PAULA

**A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS ATOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A
PESSOA VELHA NO AMBIENTE DA SAÚDE: LIMITES E DESAFIOS NA CIDADE
DE PALMAS**

PALMAS

2015

CYNTHIA ASSIS DE PAULA

**A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS ATOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A
PESSOA VELHA NO AMBIENTE DA SAÚDE: LIMITES E DESAFIOS NA CIDADE
DE PALMAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em *Stricto Sensu* em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, Universidade Federal do Tocantins, na linha de pesquisa “Instrumentos da Jurisdição, Acesso à Justiça e Direitos Humanos”, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de M. Martins

PALMAS

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

P324n Paula, Cynthia Assis de .
A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS ATOS DE VIOLÊNCIA
CONTRA A PESSOA VELHA NO AMBIENTE DA SAÚDE: LIMITES E
DESAFIOS NA CIDADE DE PALMAS. / Cynthia Assis de Paula. – Palmas,
TO, 2015.

93 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, 2015.

Orientador: Paulo Fernando de Melo Martins

1. Notificação compulsória de violência. 2. Ficha SINAN. 3. Velho, velhice
e envelhecimento. 4. Rede de proteção. I. Título

CDD 342

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

TERMO DE APROVAÇÃO

CYNTHIA ASSIS DE PAULA

A notificação compulsória dos atos de violência contra a pessoa velha no ambiente da saúde: limites e desafios na cidade de Palmas.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos.

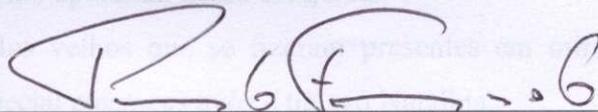
Linha de pesquisa:

Instrumentos da Jurisdição, Acesso à Justiça e Direitos Humanos.

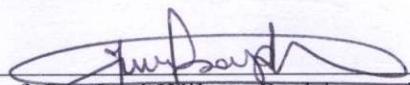
Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de Melo Martins

Aprovada em 14 de dezembro de 2015.

Comissão Examinadora



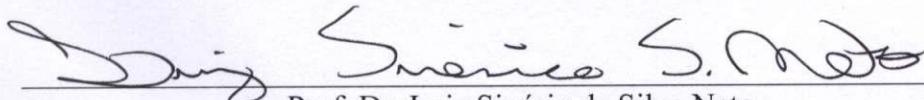
Prof. Dr. Paulo Fernando de Melo Martins
Universidade Federal do Tocantins
Orientador



Prof. Dr. José Wilson Rodrigues de Melo
Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dra. Neila Barbosa Osório
Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dr. Luiz Sinésio da Silva Neto
Universidade Federal do Tocantins

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos:

Acima de tudo agradeço a Deus por manter acesa a luz que me inspirou o caminhar para o mestrado e por ter me conduzido nesses três anos de muitos acontecimentos que poderiam ter obstaculizado o caminhar.

Ao meu amado Arióstenis, colega, amigo e companheiro de jornadas.

Aos meus filhos por existirem em minha vida.

Aos meus pais pelo exemplo de luta.

À colega Julianne pelo acolhimento em sua casa, que se tornou ponto de apoio no meu deslocamento para as atividades do mestrado com a minha caçula desde os três meses de idade.

À família Momo pelo carinho e apoio.

Ao meu professor orientador Dr. Paulo Fernando de M. Martins por sua compreensão, colaboração e incentivo.

A toda a equipe da Escola da Magistratura Tocantinense, em especial à Marcela por todo o esforço profissional e pessoal à frente da secretaria acadêmica.

A todos aqueles que me apoiaram nessa conquista.

Por fim, aos queridos velhos que se fizeram presentes em minha vida, familiar, social e profissional. Em especial aos meus avós e tia avó Natalina.

Como se morre de velhice ou de acidente ou de doença, morro, Senhor, de indiferença. Da indiferença deste mundo onde o que se sente e se pensa não tem eco, na ausência imensa. Na ausência, areia movediça onde se escreve igual sentença para o que é vencido e o que vence. Salva-me, Senhor, do horizonte sem estímulo ou recompensa onde o amor equivale à ofensa. De boca amarga e de alma triste sinto a minha própria presença num céu de loucura suspensa. Já não se morre de velhice nem de acidente nem de doença, mas, Senhor, só de indiferença.

Cecília Meireles

RESUMO

PAULA, Cynthia Assis de. **A notificação compulsória no ambiente da saúde dos atos de violência contra a pessoa velha: limites e desafios na cidade de Palmas.** Dissertação (Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos – Mestrado Profissional Interdisciplinar). Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2015.

O objetivo de nossa investigação é analisar a notificação compulsória de violência contra a pessoa velha pelos serviços de saúde, como instrumento de combate à violência e suas implicações na proteção e promoção dos direitos humanos dos velhos no município de Palmas. A pesquisa se valeu dos dados de 2009 a 2015 extraídos da Ficha de Notificação Compulsória de Violência, a que chamamos Ficha Sinan, e, constantes no banco de dados informatizado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET). A presente dissertação aborda aspectos históricos da velhice e traz para o debate conceitual os signos de velho, velhice e envelhecer num estudo histórico-político e cultural. Explana as concepções da velhice na sociedade contemporânea e retrata as condições de vida da pessoa velha no Brasil além de delinear os marcos regulatórios de sua proteção com caracterização e representação da rede de proteção. A pesquisa bibliográfica, documental e de campo sob o método dedutivo e abordagem crítico-dialética valeu-se de legislações, normatizações, planos, anais e deliberações das conferências nacionais de idosos, além de textos e manuais produzidos pela Secretaria de Direitos Humanos e Ministério da Saúde, doutrinas, artigos científicos, tese de doutoramento e dissertações de mestrado. O resultado da pesquisa possibilitou a geração de indicadores demonstrados em quatro tabelas e 21 gráficos. Ao analisar os dados de violência se identifica a subnotificação e suas possíveis causas, bem como o perfil da vítima e do agressor na cidade de Palmas. Dentre os principais resultados encontra-se a proposta de readequação da ficha de notificação, a necessidade de maior atenção aos processos formativos dos agentes notificadores e a criação de um ambiente multidisciplinar para monitoramento da velhice no Tocantins.

Palavras-chave: Notificação Compulsória. Violência. Velhos. Velhice. Envelhecimento. Rede de Proteção. Sinan.

ABSTRACT

PAULA, Cynthia Assis de. **The mandatory reporting on health environment of the acts of violence against old people : limits and challenges in Palmas City.** Dissertation (Graduate Program in the *Strictu Senso* in Judicial Accountability and Human Rights – Interdisciplinary Master). Federal University of Tocantins, Palmas, 2015.

The goal of our research is to analyze the mandatory reporting of violence against old people for health services, as the instrument for combating violence and its implications for the protection and promotion of human rights in the senior living in Palmas city. The research used data collected between 2009 and 2015 extracted from the Compulsory Notification Form of Violence, known to form sinan, and contained in the computerized database Notifiable Diseases Information System (Sinan-NET). This dissertation discusses historical aspects of old age and brings to the conceptual debate the old signs, old age and aging in a historical-political and cultural study. Explains the concepts of old age in contemporary society and portrays the living conditions of old people in Brazil as well as outline the milestones of your protection with characterization and representation of the safety net. The bibliographical, documentary and field research under the deductive method and critical-dialectical approach took advantage of laws, norms, plans, proceedings and deliberations of national elderly conferences, as well as texts and manuals produced by the Department of Human Rights and the Ministry of Health, doctrines, scientific articles, doctoral dissertations and master's thesis. The search result has enabled the generation of indicators shown in four tables and 21 charts. By analyzing the data of violence is identified underreporting and their possible causes as well as the profile of the victim and the aggressor in Palmas City. Among the key findings is the proposed readjustment of the notification form , the need for greater attention to training processes of reporters and agents to create a multidisciplinary environment for aging monitoring in Tocantins

Keywords: Compulsory notification. Violence. Seniors. Old age. Aging. Protection network. Sinan

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CF – Constituição Federal

CNDPI – Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

CNPG – Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro Especializado de Assistência Social

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF – Distrito Federal

DNC – Doenças de Notificação Compulsória

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Equipes de Saúde da Família

FESP/PALMAS – Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

FNP – Frente Nacional de Prefeitos

GNDH – Grupo Nacional de Direitos Humanos

GTI – Grupo de Trabalho Interministerial

HGP – Hospital Geral de Palmas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PNCI – Programa Nacional de Cuidadores de Idosos

PNDH-3 – 3º Programa Nacional de Direitos Humanos

PNI – Política Nacional do Idoso

PNH – Programa Nacional de Humanização

PNS – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF – Programa Saúde da Família

RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SDH/PR – Secretária de Direitos Humanos da Presidência da República

SESAU Palmas – Secretaria de Saúde do Município de Palmas

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINAN-NET – Banco de Dados Informatizado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISAP-IDOSO – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UMA – Universidade da Maturidade

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária Brasileira, em 1980	23
Figura 2 - Pirâmide Etária Brasileira, em 2010	24
Figura 3 - Expectativa de vida do brasileiro, de 1940 a 2050, por década.....	25
Figura 4 - Pirâmides etárias, população e número médio de filhos, de 1950, 1980 e 2010	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Notificações de violência contra a pessoa velha no período de 2009 a 2015, feitas pelo Município de Palmas	50
Gráfico 2 - Notificações de violência contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, residentes em outros municípios tocantinenses	51
Gráfico 3 - Faixa etária das vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas, por três grupos etários: 60-70 anos, 71-80 anos e acima de 80 anos.....	53
Gráfico 4 - Raça/cor das vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas.....	54
Gráfico 5 - Frequência por deficiência e/ou transtorno da vítima velha, período de 2009 a 2015, em Palmas.....	55
Gráfico 6 - Nível de escolaridade da vítima, período 2009 a 2015, em Palmas.....	55
Gráfico 7 - Sexo das vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas	56
Gráfico 8 - Sexo do provável autor da violência, período de 2009 a 2015, em Palmas.....	57
Gráfico 9 - Sexo do provável agressor, período de 2009 a 2015, em Palmas, em novembro de 2015	58
Gráfico 10 - Lesões autoprovocadas pela pessoa velha, período de 2009 a 2015 em Palmas .	60
Gráfico 11 - Agressão Repetida/Outros registros de violência contra a mesma vítima, período de 2009 a 2015, em Palmas	60
Gráfico 12 - Situação conjugal da vítima, período de 2009 a 2015, em Palmas.....	61
Gráfico 13 - Notificações de violência contra a pessoa velha pela ocupação/profissão, período de 2009 a 2015, em Palmas	62
Gráfico 14 - Localização da violência, período 2009 a 2015, em Palmas	63
Gráfico 15 - Local de prática da violência contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas.....	64
Gráfico 16 - Notificações de violência financeira/econômica contra a pessoa velha, no período de 2009 a 2015, em Palmas	65
Gráfico 17 - Notificações de tortura contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas.....	66
Gráfico 18 - Notificações de violência psicológica/moral contra a pessoa velha, no período de 2009 a 2015, em Palmas	67
Gráfico 19 - Notificações de violência física contra a pessoa velha, no período de 2009 a 2015, em Palmas.....	68

Gráfico 20 - Casos enquadrados em “outras violências” contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas	69
Gráfico 21 - Notificações em que há suspeita do uso de álcool pelo suposto autor da violência contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Expectativa de vida nas regiões brasileiras, de 1940 a 2007.....	27
Tabela 2 - Relação do agressor com as vítimas idosas, período de 2009 a 2015, em Palmas .	59
Tabela 3 - Encaminhamentos constantes da Ficha de Notificação Compulsória de Violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, período 2009 a 2015, em Palmas	70
Tabela 4 - Encaminhamentos, pelo Município de Palmas, de idosos vítimas de violência no período de 2009 a 2015, a Setores de Saúde	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I	18
2 VELHOS E VELHAS DO BRASIL	18
2.1 O Mundo dos velhos: uma perspectiva histórica da velhice.....	18
2.2 Velho, velhice e envelhecer: conceitos e concepções em disputa	21
2.3 Condições da pessoa velha no Brasil.....	23
2.4 Velhice: dos marcos regulatórios às vítimas da violência	28
CAPÍTULO II.....	34
3 REDE DE PROTEÇÃO AO IDOSO BRASILEIRO.....	34
3.1 As origens da rede de proteção e defesa da velhice	34
3.2 A notificação compulsória: promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa	38
CAPÍTULO III	45
4 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA	45
4.1 A notificação compulsória de violência contra o velho: breves anotações sobre a evolução histórico-legislativa no Brasil.....	45
4.2 As fichas Sinan e o velho: uma realidade desafiadora na cidade de palmas.....	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	79
APPÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA FESP.....	84
APPÊNDICE B – OFÍCIO DA AUTORA.....	89
APPÊNDICE C – FICHA SINAN	90
APPÊNDICE D – FICHA SINAN NOVO MODELO	92

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende fazer uma análise crítica do instituto da notificação compulsória de violência, instrumento de acionamento das instituições estatais que têm, dentre as suas missões/funções, a proteção e salvaguarda dos direitos das pessoas idosas vítimas de violência.

A pesquisa se valeu dos dados extraídos da Ficha de Notificação Compulsória de Violência, a que chamamos Ficha Sinan, e, constantes no banco de dados informatizado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET).

O nosso objeto de estudo, portanto, é a notificação compulsória de violência contra a pessoa idosa efetivada no setor de saúde no Município de Palmas do ano de 2009 ao ano de 2015, inserindo-a no contexto da Política Nacional do Idoso (PNI).

A escolha do município de Palmas se deu por ser a capital, a maior cidade do Tocantins e por ter sido apontada no ano de 2004, pela pesquisadora Cecília Minayo, como a quinta capital do país com maior número de casos de mortes não naturais de idosos, ocasião em que a pesquisadora estimou que 70% dos casos de violência não são notificados/registrados (2004).

O ano de 2009 é o marco de implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência em todas as unidades de saúde do município e também o ano em que foi incluída no Sinan-NET.

A inquietude que deu início ao presente trabalho surgiu da resposta negativa a uma pesquisa nacional dirigida aos membros do Ministério Público Brasileiro pela Comissão de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH), órgão do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União (CNPGE) sobre Notificação de Violência contra Pessoa Idosa acerca do recebimento de uma via da ficha de notificação compulsória ou de alguma outra comunicação oficial dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra idosos identificados pela rede de saúde.

Partiu-se da constatação pessoal de que, durante os quatro anos de atuação profissional como Promotora de Justiça no Estado do Tocantins, com atuação em 10 comarcas, o Ministério Público no interior do Estado nunca foi acionado por intermédio da ficha de notificação compulsória e, por isso, busquei ressaltar a importância da utilização da notificação compulsória, tanto como obrigação legal, mas, sobretudo, como instrumento de acionamento da rede de proteção ao idoso em situação de violência e/ou vulnerabilidade.

A pesquisa do tema resultou da convergência de aspectos profissionais, acadêmicos e também pessoais que me fizeram rememorar da convivência familiar e interiorana com os avós tão queridos. Nessa memória encontrei traços de uma cultura que alimentou o desejo de enfrentar uma das mazelas sociais do nosso tempo – a violência contra idosos. Dessa maneira, o estudo no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, em especial, o Mestrado Profissional, proporcionava na perspectiva interdisciplinar do grande complexo em que consistem as relações humanas, notadamente intergeracionais, uma oportunidade ímpar no estado do Tocantins.

Os extraordinários avanços que a longevidade alcançou em meio século no país reforça a relevância do tema e me faz lembrar os alertas do cardiologista do meu amado avô Manoel (sem que conseguíssemos entender) de que ele já tinha em muito superado a expectativa de vida lhe conferida no nascimento (1928). Realmente, o falecimento em 2008 comprova que mais do que dobrou a expectativa de vida projetada.

Todos esses aspectos aliaram-se com as atividades do professor orientador na Universidade da Maturidade (UMA) e acabaram por impulsionar as investigações acerca da violência contra a pessoa idosa que integra o macro tema do envelhecimento.

A pesquisa bibliográfica, documental e de campo sob o método dedutivo e abordagem crítico-dialética valeu-se de legislações, normatizações, planos, anais e deliberações das conferências nacionais de idosos, além de textos e manuais produzidos pela Secretaria de Direitos Humanos e Ministério da Saúde, doutrinas, artigos científicos, tese de doutoramento e dissertações de mestrado.

A pesquisa de campo a partir dos dados extraídos da Ficha Sinan viabilizou-se pela aprovação de dois questionários pela Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa (comissão de ética em pesquisa) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP/PALMAS), após o que foram encaminhados para resposta à Coordenação de Doenças e Agravos não transmissíveis da Secretaria de Saúde de Palmas.

Ainda, buscando saber as ações advindas do Ministério Público foram coletados dados junto à Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado do Tocantins que administra o Relatório de Atividades Funcionais de seus membros.

O presente trabalho estrutura-se em três capítulos:

No primeiro capítulo são apresentadas as concepções de velho desde a antiguidade até os dias atuais nas sociedades contemporâneas, seguido de um debate sobre conceitos e concepções de velho, velhice e envelhecimento. Avança-se para análise das condições da pessoa velha no Brasil, quando se pontua o avanço tecnológico e o aumento expressivo da

longevidade do brasileiro no contexto histórico-político mundial e nacional, com apresentação dos marcos regulatórios do sistema de proteção à pessoa idosa.

O segundo capítulo traça o retrato da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI) com toda a representação em instituições, pessoas, programas e serviços que devem compô-la na engrenagem de divisão de tarefas na ótica da responsabilidade compartilhada entre Estado, família e sociedade no desempenho da promoção e proteção de direitos devidos aos velhos.

No terceiro capítulo são apresentados os dados de violência contra idosos notificados pelos serviços de saúde do município de Palmas e clarificados em que consistem o Sistema de Agravos de Notificação e a Ficha Sinan. Levantou-se o quantitativo da violência notificada, o que analisado com o conjunto total de notificações de violência e os diversos problemas constatados na ficha, na sua interpretação e/ou preenchimento, possibilitou identificar possíveis causas da subnotificação.

Nas considerações finais, a par das propostas de alteração na ficha e do sistema de inserção e disponibilização dos dados dela extraídos e de treinamento e capacitação a toda a rede de serviços públicos, sugere-se a articulação para a criação de um observatório do idoso em Palmas.

Desde o início, diante da proclamação de que a pessoa idosa deve ter seus direitos assegurados, buscou-se nas atividades do mestrado profissional respostas a uma contradição à realidade da vida social que praticamente segrega o idoso, às notícias e relatos de violência de toda a natureza contra vítimas maior de 60 anos de idade e aos baixos índices de notificação de violência contra essas vítimas.

CAPÍTULO I

2 VELHOS E VELHAS DO BRASIL

2.1 O Mundo dos velhos: uma perspectiva histórica da velhice

As percepções de velhice numa sociedade em que o tempo nunca parece ser suficiente para a realização das próprias tarefas assumidas no dia a dia, retratam um problema para o qual a sociedade brasileira incipientemente começa a abrir os olhos.

O senso comum de velhice, talvez pelo medo do fim que anuncia, vem desacompanhado de reflexões mais profundas sobre o *status quo* a que, em regra, todos almejam alcançar e, ao longo da história da humanidade, passou por significados diferentes, indo de sábio a fardo.

Sob o signo da sabedoria os velhos ocuparam lugar de referência e respeito no meio em que viviam de modo que suas histórias e feitos além de valorizados eram buscados para reprodução e seus conselhos e sugestões funcionavam como verdadeira lei, que não era passível de descumprimento pelos mais jovens. Depreende-se da leitura de Otsuka (2010, 55) que na história o significado do velho oscilou entre a sapiência/respeito a obsoleto/inútil.

Extraí-se de Otsuka (2010, 44-46) que os signos ligados à velhice, assim como à violência, coincidem com a própria história da humanidade e remontam aos tempos dos Babilônios, Hebreus e da Grécia Antiga. Os antigos hebreus destacaram importância aos seus velhos, colocando-os como chefe cultural do povo, tendo em Matusalém a expressão de toda essa valorização. Na Babilônia em razão do materialismo cultuado por seu povo, a imortalidade e formas de conservar a juventude estiveram presentes no auge do chamado Império Babilônico. Na Grécia, houve alternância dos valores atribuídos a velhice, de modo que pela visão hedonista foi tratada pelo grego como estágio de degradação e, quando aliada a valores de sabedoria e autoridade paterna, foram minimizados para se alavancar a independência jurídica dos filhos na *polis* grega. No entanto, pesquisas demonstraram que nela se criaram instituições de caridade para cuidar dos anciãos.

No império Romano, a autoridade de *pater familias* conferida aos anciãos com toda uma gama de poderes, direitos, cargos no senado acarretou movimentação de reação aos mais jovens e a partir do governo de Constantino, o Grande, oscilou do fato de serem excluídos da direção dos destinos políticos à retomada da imagem da sabedoria quando do seu cristianismo tardio (Otsuka: 2010, 46).

No século XIV, a peste negra de 1348 e, no século seguinte, a varíola, deixou um saldo de grande número de velhos que sobreviveu e se fortaleceu no poder, mas gerou aumento do conflito que, com o Renascimento e a transição do feudalismo para o capitalismo relegou ao velho lugar de pouca importância social.

Os avanços ocorridos nas ciências biológicas durante os séculos XVII e XVIII acarretaram o aumento das pessoas de idade, mas com a Revolução Industrial e o urbanismo, os velhos, faticamente inferiores à força de trabalho que se buscava, foram reduzidos à miséria.

Portanto, o mesmo movimento histórico deflagrado a partir da Revolução Industrial que criou a figura do trabalhador assalariado nas cidades – gerando um novo ambiente social para a família, leia-se, homens, mulheres, crianças e velhos – também deslocou o controle dos meios de produção da unidade familiar de subsistência para as fábricas e indústrias, materializando a produção em larga escala e criando as bases da sociedade de consumo controlada pela nova classe econômica, a burguesia.

Nesse novo cenário de divisão do trabalho, predomínio das máquinas e da produção em larga escala, a juventude e força física são determinantes para a inclusão no mercado e na própria sociedade de consumo, deslocando ainda mais os velhos para a margem do sistema capitalista.

Dos tensionamentos advindos da Revolução Industrial emergiu um movimento sindical pujante e combativo que conquistou importantes vitórias para o proletariado e trabalhadores assalariados, dentre muitas, temos os denominados direitos sociais - o direito à saúde, à educação, à previdência e assistência – os quais têm as crianças, mulheres e jovens como destinatários prioritários.

Nos século passado surgem a gerontologia e a geriatria como ciências formais dedicadas a compreender a velhice e delimitar suas diferenças em relação às outras faixas etárias e, com os avanços sociais, científicos e tecnológicos, o século XXI se inicia com a progressão, antes não imaginada, da população velha.

Na primeira metade do século XX a cada "idade" foi atribuído um conjunto de características "naturais", positivas e negativas, sendo a velhice marcada pelos sinais de decadência em relação à fase de esplendor do ciclo de vida: a fase adulta, sinônimo de saúde e mesmo de beleza. Ao contrário do ocorrido nos séculos anteriores, quando a velhice foi alvo de reflexões "médico-filosóficas", sendo a longevidade entendida quase que um resultado da ação divina, a medicina moderna passou a observar a velhice como um problema clínico, um processo biológico específico, e quase invariável, tendo como referência a degeneração.

O discurso médico foi em grande medida absorvido pelas políticas sociais que balizaram os primeiros direitos dos velhos (aposentados), mas também fortaleceu concepções negativas em torno da velhice. Nessa direção, os aposentados passaram a ser identificados como indivíduos incapazes para o trabalho e, por conseguinte, para a vida. Portanto, a combinação do discurso médico com o avanço industrial fez com que a ideia de incapacidade produtiva fosse embutida como uma característica intrínseca dos velhos.

Na segunda metade do século XX temos a constituição do Estado do Bem Estar Social que foi fundamental para assegurar condições sociais dignas aos trabalhadores e, conseqüentemente, uma longevidade que acabou por criar novas demandas políticas no campo previdenciário. Com o crescimento acelerado da população velha, a problemática da velhice ultrapassa a esfera privada, assume relevância e significância na seara pública e vira alvo de interesse e preocupação social, antes inexistente na nossa sociedade, certamente pelas necessidades de segurança, saúde, mobilidade urbana, acesso à informação e a serviços.

Nas políticas sociais do Estado do Bem Estar Social reconhecemos os velhos como um dos destinatários prioritários, em harmonia com as proposições e a definição da dignidade humana como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Entretanto, com o avanço das políticas neoliberais temos o comprometimento de muitas conquistas históricas da classe trabalhadora e, por sua vez, a velhice passa a ser um problema para a reprodução do capital frente aos necessários e crescentes gastos públicos para garantir uma velhice digna aos trabalhadores. Para fazer frente aos gastos públicos não bastava a determinação de cortes orçamentários e financeiros nos setores sociais. Dessa maneira, a velhice sob uma perspectiva neoliberal passa a ser concebida como um nicho de mercado e, portanto, tratada como um negócio, inclusive, podendo ser lucrativo.

Todavia, identificamos algumas mudanças positivas em torno dos significados sociais da velhice a partir das décadas de 1960 e 1970, quando a luta por direitos civis também alcançou os idosos, possibilitando que auferissem maior visibilidade coletiva, além de direitos específicos.

A preocupação com a velhice, de certa forma, é recente e se avoluma na medida em que se avoluma a população idosa. No que se refere às pesquisas com essa temática na realidade brasileira apenas a partir da década de 1990 foram inseridas nas investigações científicas (FALEIROS, 2007; MACHADO, QUEIROZ, 2006; MINAYO, 2003).

Beauvoir (1970, 664) já dizia que estamos distantes de alcançar uma sociedade que crie condições culturais, onde jovens adquiram meios de captar, de saber ouvir e de descobrir

com clareza e inteligência as condições em que são criadas as políticas da velhice. Mais que isso, objetivamente, estamos longe de uma sociedade que entenda a velhice não como um passo para a morte, e sim, como mais uma etapa da vida. O tratamento que dispensamos à velhice “denuncia o fracasso de toda a nossa civilização”.

Visando novas simbologias e ressignificações para atribuir à velhice valores positivos e de inclusão, o termo velho vem sendo substituído por idoso, pessoa da terceira idade ou pessoa da melhor idade, na busca por validação social e conotação positiva, essenciais não só para a autoestima dos indivíduos, mas também para o desenvolvimento de todas as pessoas, razão pela qual não deixa de haver um interesse político e de mercado em torno dessa ressignificação¹.

2.2 Velho, velhice e envelhecer: conceitos e concepções em disputa

No contexto de ressignificação do velho, já parece ser senso comum a conotação negativa do termo, indicativo de ausência de atrativo a essa fase natural da vida humana, que passa a ideia de degradação, degeneração, declínio, obsolescência, improdutividade e fim. Enquanto idoso busca resgatar o respeito e os termos terceira/melhor idade dinamizar a fase como um momento áureo para os aposentados “cheios” de vitalidade.

Comumente se considera o envelhecer as pessoas de idade mais avançada. Todavia, o envelhecimento é um processo inerente ao ser humano, que acontece diariamente desde o nascimento e só termina com a morte. Pode-se afirmar que é o único termo passível de conceituação universal, apesar de possuir formas e características variáveis a cada pessoa a que ele se submete.

Ainda sob a ótica da medicina e da biologia, várias são as teorias que procuram explicar o envelhecimento do ponto de vista biológico (a dos radicais livres, a da taxa metabólica, a do sistema vulnerável, a do erro catastrófico, a do relógio biológico etc) (Farinati 2002,136). Algumas enfatizam o possível controle genético do envelhecimento celular, outras as agressões externas a que são permanentemente expostas. Em ambos os casos, o resultado seria uma síntese proteica deficiente, com conseqüente disfunção dos tecidos e sistemas que compõem. Outras teorias, ainda, preferem focalizar o equilíbrio entre os diversos sistemas orgânicos pelo prisma do seu controle hormonal e da comunicação entre

¹ Em nossa investigação optamos pela adoção do termo “velho/a”. O termo “velho” faz referência à posição crítica e política que adotamos nesta pesquisa em contraposição ao sentido de idoso. Entretanto, o termo idoso/a estará presente devido ao fato das políticas públicas o adotarem, de maneira geral.

eles. Um ritmo diferenciado no processo de degeneração desses sistemas contribuiria com a diminuição da capacidade de adaptação do organismo ao meio.

O processo do envelhecer “é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina [...] nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter” como esclarece Duarte (2008, s/p). Nessa direção, se envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o tempo da idade avançada (MESSY: 1999,23).

Messy (1999) aborda velhice e envelhecimento como processos distintos, específicos e integrados. A velhice, portanto, é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu o resultado do processo de envelhecer. Assim, em nossa sociedade, Messy (1999, 23) alerta que:

No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião.

A velhice é a última fase do ciclo da vida delimitada e caracterizada por diversos acontecimentos na pessoa, de ordem física, psicológica, cultural ou social, a exemplo de perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especializações cognitivas (NERI, 1993).

Para Beauvoir (1990, 20) “a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural”. Destarte, por ser também um fato cultural na sociedade ocidental é concebida sob uma imagem negativa atrelada à proximidade do fim.

O termo idoso foi criado na França em 1962 para substituir termos com velho e velhote e foi adotado no Brasil em documentos oficiais e corresponde hoje ao conceito jurídico, segundo o qual idoso é a pessoa que tenha sessenta anos de idade ou mais. É o critério utilizado para censo demográfico e para a proteção jurídica do sujeito de direitos que assim se qualifica. É utilizado pela Organização Mundial de Saúde, pela Política Nacional do Idoso (PNI) e pela nossa Constituição Federal.

A Terceira Idade é segundo Peixoto (2006, 76) a nova fase da vida entre a aposentadoria e o envelhecimento, caracterizada por um envelhecimento ativo e independente, voltado para a integração e a autogestão. Constitui um segmento geracional dentro do universo de pessoas consideradas idosas, ou seja, são os “velhos jovens” com idade

entre sessenta e oitenta anos. Já os idosos com mais de oitenta anos passaram a compor a Quarta Idade, os “velhos velhos”, essa sim, identificada com a imagem tradicional da velhice.

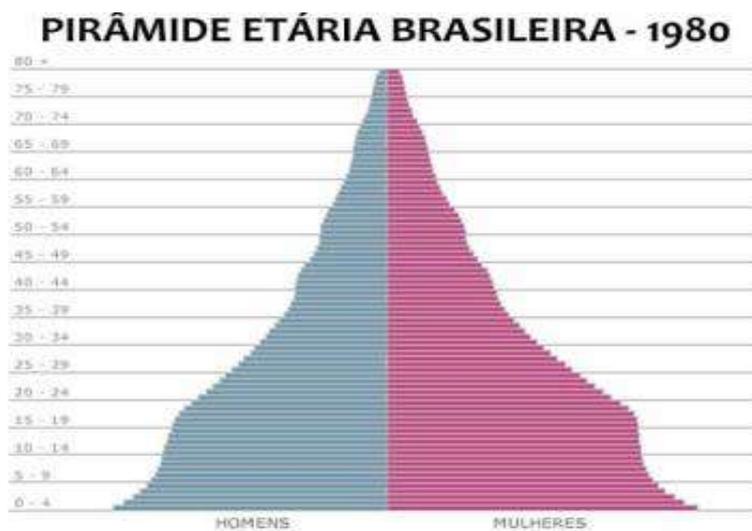
2.3 Condições da pessoa velha no Brasil

A tendência de envelhecimento da população brasileira e mundial é um fato, diretamente causado pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. Segundo o IBGE (2011), a população idosa saltou de 10,7 milhões em 1991 para 23,5 milhões em 2012, enquanto a de crianças, no mesmo período, reduziu de 16,3 milhões para 13,3 milhões.

Em linhas gerais, à medida que os países vão se desenvolvendo, o formato de pirâmide etária desfaz-se, indicando uma queda nas taxas de natalidade e mortalidade. Em outras palavras, à medida que um país se desenvolve, a sua população vai ficando mais velha.

Com o Brasil não é diferente. Seguindo o que ocorreu outrora com os países centrais ou desenvolvidos e acompanhando nações emergentes (como México, Rússia e África do Sul), a base da pirâmide populacional brasileira vem diminuindo, enquanto a porção superior vem se alargando, indicando a queda na taxa de natalidade e o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população do país. Observe a evolução da população entre o ano de 1980 e 2010 (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Pirâmide Etária Brasileira, em 1980



Fonte: IBGE, 2015

Figura 2 - Pirâmide Etária Brasileira, em 2010



Fonte: IBGE, 2015

Até os anos 1980, o Brasil era considerado um país jovem, ou seja, o número proporcional de pessoas com faixas de idade inferiores era relativamente maior. No entanto, atualmente, assiste-se a um processo de amadurecimento dos habitantes do país e um conseqüente aumento da população mais velha. Antes, pessoas com mais de 80 anos era algo extremamente raro, atualmente isso vem se tornando cada vez mais comum.

No Brasil, há pouco mais de um século vivenciava-se a Revolta da Vacina (1904) e com ela a resistência à inclusão das melhorias sanitárias. Para quem nasceu na década de 1920 a expectativa de vida não era de cinquenta anos.

O processo de aumento da expectativa de vida da população brasileira tem assumido um caráter cada vez mais acelerado e intenso. Em 1940, a expectativa de vida do brasileiro era de 41,5 anos. Já para o brasileiro que nascesse no ano de 1970 passou a ser de 57,6 anos. Em 2010, a expectativa de vida acumulou um crescimento nunca visto na história do Brasil, ou seja, atingiu 73,1 anos.

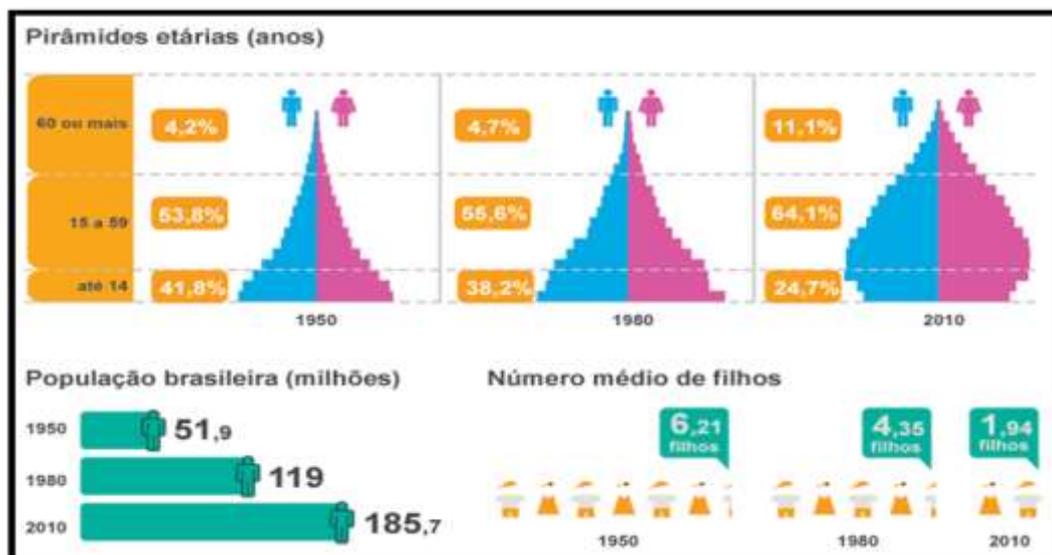
Figura 3 - Expectativa de vida do brasileiro, de 1940 a 2050, por década



Fonte: Revista Isto É, edição 2168, de 1º/06/2011, p. 84

Portanto, o envelhecimento da população brasileira é fenômeno recente e iniciou-se como consequência direta dos avanços tecnológicos no campo das ciências médicas e sanitárias que proporcionaram melhorias de saneamento, higiene pessoal e ambiental com consequente queda da mortalidade, aliada ao aumento da longevidade, ao que se soma a diminuição da taxa de natalidade pela popularização de meios contraceptivos e também pelo ingresso da mulher no mercado de trabalho e pelo êxodo rural.

Figura 4 - Pirâmides etárias, população e número médio de filhos, de 1950, 1980 e 2010



Fonte: Revista Nova Escola, edição 238, dezembro de 2010

No Brasil estima-se que nos próximos 20 anos a população de velhos poderá alcançar e até mesmo ultrapassar a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 13% da população. Dados do IBGE mostram que as pessoas estão vivendo mais. As figuras 3 e 4 ilustram o extraordinário movimento de longevidade da população brasileira. É fenômeno recente, mas acima de tudo em franca aceleração, que vem desacompanhado de preparo a contento para as consequências dessa mudança demográfica.

A velhice possui características próprias de sua estrutura social, o que impacta na busca por conceitos e termos universalmente aceitáveis para velhice e velho, os quais vão depender de políticas e ideologias de cada sociedade.

A reflexão sobre a sociedade, o homem/velho e o seu comportamento social num país de mais de 200 milhões de habitantes e de diferentes características sociais, econômicas, culturais, implica em diferentes velhos ao longo do território nacional, diante da multiplicidade dos indivíduos que compõem esse segmento do povo brasileiro, o que requer integração de diversas disciplinas para reflexão sobre as dimensões biológicas, sociais, culturais da velhice brasileira.

Embora o arcabouço legislativo e de políticas públicas seja nacional, o velho dos grandes centros é diferente do velho interiorano das regiões mais afastadas e como o processo de mudanças pela idade varia de uma pessoa para outra, conclui-se que não só o meio como fator extrínseco, mas também os fatores peculiares de cada indivíduo inviabilizam a generalização do envelhecimento e da velhice.

Realidade, independentemente de se viver em grandes centros populacionais ou em interiores distantes, é que a tecnologia avança e modernos meios de comunicação tornam a vida cada vez mais agitada e o tempo cada vez menor, assim como a comunicação presencial, notadamente àqueles que por saírem do ciclo produtivo do sistema, também saem da rotina do meio e, sendo necessária uma adaptação que nem sempre se consegue e, conseqüentemente, faz com que enfrentem diversos problemas sociais relacionados a crises de identidade, mudança de papéis, perdas diversas e impactam na oneração do próprio sistema de atenção ao idoso.

Há quem considere que a perda de valorização aos velhos está relacionada com o surgimento do capitalismo, que ao valorizar a produção e naturalmente o velho passar para a parcela improdutiva da população o faz perder o valor positivo e ocupar um lugar marginalizado e carregado de estigmas e preconceitos ligados ao ultrapassado, ao invés de agente transmissor de valores e conhecimento como em outrora.

Todavia, o crescimento do Brasil nos últimos doze anos associado a mecanismos governamentais de redução da pobreza e da desigualdade social com a consequente elevação do poder de consumo, fizeram com que os velhos passassem a ser alvo de diversos setores da economia, já que detentores de renda permanente até a morte.

Ocorre que a atual redução do crescimento econômico, pelo qual passa o país, faz com que a falta ou deficiência de políticas públicas para suportar as demandas que surgem com o envelhecimento cause violação dos direitos dos velhos em várias esferas, o que poderá impactar a velocidade de crescimento da expectativa de vida, visto que pesquisas do IBGE comprovam que nas regiões mais desenvolvidas economicamente a expectativa de vida é mais elevada (Tabela 1).

Tabela 1 - Expectativa de vida nas regiões brasileiras, de 1940 a 2007

Região	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2007
Norte	40,69	44,59	53,36	54,63	60,75	66,76	69,45	71,59
Nordeste	36,68	38,94	40,98	45,54	58,25	62,88	67,13	69,71
Sudeste	43,53	48,95	57,18	57,3	64,82	68,79	72,03	74,06
Sul	49,19	52,82	60,32	60,03	66,01	70,34	72,8	74,71
Centro-Oeste	47,92	51,11	56,65	58,93	62,85	68,44	71,69	73,73

Fonte: IBGE, 2015

Em tempos de crise econômica surge a preocupação com os custos econômicos e sociais que os idosos demandam e para não extrapolar o planejamento (ou sua ausência) de ações e políticas públicas nas mais diversas áreas das necessidades humanas, verificamos intervenções governamentais implementadas não para garantir a efetivação dos direitos do grupo, mas sobretudo, para minimizar o impacto orçamentário do custo da velhice que se alonga. Em tempo de crise que não é nacional, mas global a grave situação porque passa a Grécia impõe observar as consequências da falta de planejamento para o envelhecimento.

Até mesmo a França, país do mundo tido por referência por seu amplo regime jurídico de proteção aos idosos, no qual se destaca o processo extrajudicial de conciliação de conflitos de caráter gerontológico, demonstrou fragilidade na concretização da proteção priorizada, eis que a onda de calor que atingiu o país, no verão de 2003, matou dezenas de velhos.

2.4 Velhice: dos marcos regulatórios às vítimas da violência

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, após o mundo conhecer as atrocidades cometidas no período, surge o Constitucionalismo Moderno e os chamados novos direitos, dentre os quais os direitos das pessoas idosas, que tiveram na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Viena - 1982) o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para referido grupo etário, pois resultou na aprovação do Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento que indicou 03 (três) prioridades para atuação:

1. Os idosos e o processo de desenvolvimento, que se centra na necessidade das sociedades ajustarem suas políticas e instituições para que a crescente população idosa seja uma força produtiva em benefício da sociedade;
2. A promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida, que atenda a necessidade de implantar políticas que promovam a boa saúde desde a infância até a velhice;
3. A criação de contextos propícios e favoráveis para a promoção de políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro, aprimoramento das condições de moradia, promoção de uma visão positiva do envelhecimento e conscientização pública de que os idosos têm contribuições a dar à sociedade.

Além do plano de ação, 66 recomendações foram dirigidas aos Estados-membros nas áreas de saúde e nutrição, moradia e meio ambiente; família; bem-estar social; previdência social; trabalho e educação.

Seguindo o movimento internacional, a Constituição Republicana de 1988 consagrou a Dignidade da Pessoa Humana no artigo 1º, inciso III de seu texto como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil e dentre os deveres para proteção e promoção da dignidade das pessoas velhas está a imposição à família, à sociedade e ao Estado de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (art. 230, CF).

A dignidade além de fundamento expresso é o núcleo axiológico da Constituição, tratando-se de um “valor constitucional supremo em torno do qual gravitam os direitos fundamentais” (NOVELINO: 2009, 372), e também de atributo inerente a todo ser humano. Nesse mesmo sentido, Ingo Sarlet afirma que:

A dignidade como qualidade intrínseca da pessoa humana, não poderá ser ela própria concedida pelo ordenamento jurídico. (...) Assim, quando se fala – no nosso sentir equivocadamente – em direito à dignidade, se está, em verdade, a considerar o

direito a reconhecimento, respeito, proteção e até mesmo promoção e desenvolvimento da dignidade, podendo inclusive falar-se de um direito a uma existência digna, sem prejuízo de outro sentido que se possa atribuir aos direitos fundamentais relativos à dignidade da pessoa. Por esta razão, consideramos que neste sentido estrito – de um direito à dignidade como concessão – efetivamente poder-se-á sustentar que a dignidade da pessoa humana não é nem poderá ser, ela própria, um direito fundamental (SARLET: 2007, 71).

Duas décadas após a I Assembleia Mundial foi realizada no ano de 2002, em Madri, a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento que definiu as diretrizes para orientações das políticas públicas aos idosos para o século XXI, que se fundamentaram em torno da ideia de envelhecimento produtivo/ativo e inclusão social.

Com a edição da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) consolidou-se direitos dos idosos em nosso país. E não obstante um arcabouço de direitos no ordenamento jurídico, pesquisas revelam que a violência contra os idosos é muito mais intensa, disseminada e presente na sociedade brasileira do que os números revelam, representando, nas afirmativas de Minayo (2004), apenas a ponta do *iceberg* de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais, de negligências familiares e institucionais.

Mesmo com a consagração de direitos e assunção de obrigações pelos Estados perante os velhos de seu território, o tratamento dispensado à velhice depende dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, pois as concepções de velhice decorrem do meio em que está inserida, pois o homem não deixa de ser produto do meio em que vive (Rousseau, 1978).

O que se constata é que não obstante a alteração do paradigma para reconhecer os idosos como sujeitos de direitos e não objeto/alvo dos direitos, as conquistas dos mesmos são intermediadas por iniciativas governamentais e de entidades públicas e privadas, sem haver um movimento oriundo de mobilização e organização dos próprios beneficiados.

A pesquisa “Idosos no Brasil” revelou que a maioria da população idosa já ouviu falar do Estatuto do Idoso (73%), mas pouco leram (12%) (NERI: 2007, 27).

Na mesma esteira o pesquisador Queiroz (1999, 207) afirma que:

Não podemos dizer que os idosos sejam novos atores sociais na luta pela efetivação de seus direitos, mas acreditamos que eles constituam, potencialmente, o contingente populacional a ser sensibilizado e instrumentalizado para assumir essa luta.

A emergência dos países antes chamados de Terceiro Mundo, fez com que as consequências do pós-desenvolvimento acarretassem alteração do meio em que vivem os

idosos hoje, sendo necessária uma adaptação de papéis antes não esperados, os quais geram crises de identidade e perdas para os velhos hoje no Brasil.

Para Paz (2013, 29), as sociedades capitalistas reservam aos velhos o silenciamento e a invisibilidade,

Pela falta de ações e pelo adiamento da efetivação da PNI e o não cumprimento do Estatuto do Idoso. Afinal direitos contrapõem-se aos projetos político-econômicos do capital – logo, a proteção e o respeito aos idosos se desvalorizam sob a ideia de 'improdutivos'.

Os costumes e comportamentos pelos quais foram os velhos educados estão sendo redefinidos à margem de seus ensinamentos e construídos, globalmente, novos paradigmas de relações humanas marcadas pela efemeridade e descartabilidade, os quais são excludentes da velhice associada ao ultrapassado e decadência, restando nesse cenário social pouco espaço para os velhos.

Esse momento em que o Estado e o mundo empresarial compartilham da ideia de que “o passado fique para trás”, estimula que pessoas jovens e adultas tenham um foco mais voltado para os resultados imediatos com o receio da perda de seus respectivos empregos e, portanto, a velhice assume uma condição de temível descartabilidade (SENNETTI: 2008, 14).

A despeito dos avanços do Estado de Direito, fato é que a sociedade abriga uma ampla e variada gama de preconceitos e discriminações de diferentes naturezas, que segundo Danilo Miranda (2011, 4) “são reforçados pelos valores dominantes do capitalismo que mercantilizam as relações sociais, incentivam a competição e o consumismo, enaltecem o descartável e desprezam ações que promovam a solidariedade”.

Nesses rearranjos de espaços e diante da resistência e contra resistência às mudanças na contemporaneidade surgem os conflitos e com eles a violência contra os velhos.

Apesar de se tratar de um problema que atinge todas as sociedades e culturas em todos os tempos, a violência não deve ser entendida como um fato natural, inerente ao ser humano, especialmente se considerarmos que as religiões, os ordenamentos jurídicos, as diversas concepções filosóficas e até o senso comum das pessoas atuaram e atuam ao longo da história com a clara intenção de evitar ou restringir a violência.

Em 1996, a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema importante, e crescente, de saúde pública no mundo. E, em resposta, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002,

valendo-se do trabalho de mais de 160 especialistas do mundo inteiro elaborou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde².

Referido relatório foi elaborado com o objetivo, primeiramente, de ampliar a consciência acerca do problema da violência em nível global, argumentar que a violência pode ser prevenida e que a saúde pública tem um papel crucial no reconhecimento de suas causas e consequências.

As reflexões em torno da violência devem partir do reconhecimento de que algumas causas são facilmente perceptíveis enquanto outras tendem a permanecer ocultas e invisíveis. Daí a necessidade de se fazer uma abordagem interdisciplinar e, nesse contexto, a saúde pública ganha relevância teórica e prática.

Afinal, de acordo com o relatório citado acima, a abordagem da saúde pública, além de enfatizar a ação coletiva, se fundamenta no conhecimento de diversas disciplinas, incluindo medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educação e economia e, por tudo isso, pode ser inovador e responsivo a uma ampla gama de doenças, enfermidades e lesões no mundo todo.

Daí se afirmar que o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa é, além de um objetivo institucional e constitucional, uma necessidade social, condição *sine qua non* para a construção de um envelhecimento com qualidade, um dos objetivos da Carta de Princípios para as Pessoas Idosas, Nações Unidas, 1991, que se soma à reflexão de Leonardo Boff (1999, 191):

Na crise do projeto humano, sentimos a falta clamorosa de cuidado em toda parte. Suas ressonâncias negativas se mostram pela má qualidade de vida, pela penalização da maioria empobrecida da humanidade, pela degradação ecológica e pela exploração exacerbada da violência.

Por tudo isso é que cresce a ideia segundo a qual não é possível pensar em um mundo sem violência sem compreendê-la como um fenômeno que deve ser enfrentado não apenas com ações de persecução penal e de política criminal e penitenciária, mas, sobretudo, com política pública de educação e saúde.

A Organização Mundial de Saúde define violência como sendo o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

² Disponível em versão traduzida no site <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>, acesso em 20/11/2015.

A inclusão da palavra "poder", além da frase "uso da força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. O "uso do poder" também serve para incluir negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração. Assim, "o uso da força física ou do poder" deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico.

A tipologia proposta pela OMS divide a violência em três grandes categorias, conforme as características de quem comete o ato de violência:

A. A violência auto infligida é subdividida em comportamento suicida e auto abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamadas de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada" em alguns países - e suicídios completados. O auto abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação.

B. A violência interpessoal é dividida em duas subcategorias: B.1 – Violência da família e de parceiro(a) íntimo(a), ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa. Aqui se inclui formas de violência, tais como abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo e abuso contra os idosos. B.2 – Violência comunitária, isto é, violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa, o que inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

C. A violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. As subcategorias de violência coletiva sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. c.1) a violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. c.2) a violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. c.3) a violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas. É claro que os atos cometidos por grupos maiores podem ter diversos motivos.

Segundo a OMS a natureza dos atos violentos, em síntese, pode ser física, sexual, psicológica e privação ou abandono e esses quatro tipos ocorrem em cada uma das grandes

categorias e suas subcategorias descritas acima, com exceção da violência auto-infligida, a qual, por razões óbvias, não abarcaria a violência sexual. Por exemplo, a violência contra crianças praticada nos lares pode incluir abuso físico, sexual e psicológico, como também abandono. A violência na comunidade pode incluir ataques físicos entre jovens, violência sexual em locais de trabalho e abandono de idosos por longo tempo em instituições. A violência política inclui estupros em conflitos e guerra física e psicológica.

Segundo Faleiros (2007, 394), pode-se compreender a violência contra pessoas idosas em três grandes dimensões:

A. *Violência sociopolítica* – concernente às relações sociais mais gerais que envolvem grupos e pessoas consideradas delinquentes e às estruturas econômicas e políticas da desigualdade nas relações exclusão/exploração;

B. *Violência institucional* – diz respeito aos serviços prestados por outras instituições, como hospitais, serviços públicos, que ocorrem por ação ou omissão. Refere-se também a relação existente nas Instituições de Longa Permanência para idosos e instituições de serviço privadas ou públicas, nas quais nega ou atrasa o acesso, hostiliza o idoso e não respeita sua autonomia;

C. *Violência intrafamiliar* – concernente à violência calada, do silêncio, que possui como agressores os familiares (filhos, netos, noras, cônjuges, vizinhos, cuidadores).

Enfim, extrai-se das pesquisas de Faleiros (2007) e dos relatórios da OMS que a violência contra os velhos deve abranger qualquer ação ou omissão, intencional ou involuntária, de natureza física ou psicológica, que resulta em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos.

CAPÍTULO II

3 REDE DE PROTEÇÃO AO IDOSO BRASILEIRO

3.1 As origens da rede de proteção e defesa da velhice

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é um problema mundial de saúde pública que pode ser evitado e seu impacto minimizado, da mesma forma que os esforços em saúde pública evitaram e reduziram, em muitas partes do mundo, complicações ligadas à gravidez, lesões ocupacionais, doenças infecciosas e doenças resultantes de alimentos e água contaminados.

Assevera a OMS que os fatores que contribuem para respostas violentas – sejam eles de atitude e comportamento ou relacionados a condições mais abrangentes sociais, econômicas, políticas e culturais – também podem ser mudados e propõe, em quatro etapas principais, uma abordagem para o enfrentamento da violência:

1. Revelar o máximo possível de conhecimento básico a respeito de todos os aspectos da violência através da coleta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência nos níveis local, nacional e internacional.
2. Investigar por que a violência ocorre, ou seja, realizar pesquisas para determinar: a) as causas e os fatores relacionados à violência; b) os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; c) os fatores que podem ser modificados por meio de intervenções.
3. Explorar formas de evitar a violência, utilizando as informações obtidas, elaborando, implementando, monitorando e avaliando intervenções.
4. Implementar, em diversos cenários, intervenções que pareçam promissoras, divulgando amplamente as informações e determinando a relação custo/efetividade dos programas.

Para tanto, é necessário compreender que a abordagem da saúde pública para qualquer problema é interdisciplinar, de bases científicas e, fundamentada no conhecimento de diversas disciplinas, incluindo medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educação e economia.

Depreende-se da leitura do relatório mencionado no capítulo I (Relatório Mundial sobre Violência e Saúde) que esse tipo de abordagem interdisciplinar também enfatiza a ação

coletiva e cooperativa de vários setores – como saúde, educação, serviços sociais, justiça, polícia e política – como necessárias para solucionar o que normalmente é visto como problemas puramente "médicos" ou, no caso da violência, como um problema de “segurança pública”.

Segundo Faleiros as redes sociais se definem como o compartilhamento de poder e de recursos humanos e materiais de um conjunto social, formal ou informal, de atores, grupos e instituições, em um determinado território (FALEIROS: 2008, 79).

A Rede de Proteção à Pessoa Idosa, no Brasil foi formalmente construída a partir de diversos diplomas normativos e composta por atores, órgãos e instituições de Estado, governo e sociedade civil com o objetivo de garantir os direitos da parcela da população qualificada como idosa a partir do critério biológico.

O empenho para garantir os direitos da pessoa idosa no Brasil decorre da assunção de compromissos internacionais do Estado Brasileiro, notadamente das recomendações da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Viena – 1982) e da aprovação do Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento, marco inicial global de atenção ao fenômeno, seguido da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (Madri – 2002) que definiu as diretrizes para orientações das políticas públicas aos idosos para o século XXI.

Em razão da movimentação internacional ao fenômeno do envelhecimento, o Brasil abre os olhos para o mesmo e inicia um trabalho voltado a esse grupo populacional. A Primeira Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa realizada em Brasília no período de 23 a 26 de maio de 2006, com o tema “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa”, definiu o compromisso político do governo brasileiro, dos conselhos de controle democrático e das organizações que representam o velho no Brasil, de implementar e estruturar uma Rede de Proteção e Defesa de Direitos dos Idosos.

Tal tema foi discutido com observância do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento proposto pela ONU a partir de oito eixos temáticos: I – ações para efetivação dos direitos das pessoas idosas quanto à promoção, proteção e defesa, II – enfrentamento à violência contra a pessoa idosa; III – atenção à saúde da pessoa idosa, IV – previdência social, V – assistência social à pessoa idosa, VI – financiamento e orçamento público das ações necessárias para a efetivação dos direitos das pessoas idosas, VII – educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas e VIII – controle social: o papel dos conselhos.

Buscou possibilitar a articulação entre os componentes dessa rede e, através da divulgação dos instrumentos legais existentes, garantir a implementação dos serviços que devam compor a Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

A Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI) representa toda a estrutura que envolve o atendimento ao idoso, como a Pastoral da Pessoa Idosa, abrigos, centros de convivência, hospitais de referência, unidades de saúde, Ministério Público, Poder Judiciário e serviços de assistência social.

A Primeira Conferência Nacional foi um marco político, porque buscou reunir propostas para a formulação da rede de proteção que se iniciava e ainda caminha rumo aos objetivos que propõe.

Portanto, partiu-se do âmbito nacional para a instalação das redes de proteção nas demais unidades da federação brasileira, as quais podem ser muito distintas, eis que o trabalho em rede é um trabalho de articulação entre poderes, órgãos, pessoas e gestões, o que o qualifica como de alta complexidade. A Portaria Interministerial n.1.873, de 6 de agosto de 2007, enquanto exemplo de ação articulada, instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração do Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa, Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS), como ação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNS-I³.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) com atuação combativa às variadas formas de violência contra a pessoa idosa formulou o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa 2007/2010. Nesse percurso, em 2009 a coordenação da Política Nacional do Idoso passou para a SDH/PH, dando-lhe o cunho humanístico e, portanto, ratificando a essencialidade de tais direitos dos velhos e, também, sua composição pelos valores supremos do ser humano nesse estágio peculiar da vida.

A II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), realizada de 18 a 20 de março de 2009 foi realizada, em Brasília, com o tema Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios, que em síntese, representou a busca por efetivar as deliberações da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

O Decreto da Presidência da República nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, instituiu o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3, que determinou oito ações programáticas inseridas no objetivo estratégico valorização da pessoa idosa e promoção de sua participação na sociedade, dentre as quais se destaca a elaboração de documentos que

³ Política foi instituída pela Portaria n.2528/Gabinete do Ministro, de 19 de outubro de 2006.

auxiliam no monitoramento do desenvolvimento das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Vejamos, por exemplo:

Elaborar relatório periódico de acompanhamento das políticas para pessoas idosas que contenha informações sobre os Centros Integrados de Atenção a Prevenção à Violência, tais como: quantidade existente; sua participação no financiamento público; sua inclusão nos sistemas de atendimento; número de profissionais capacitados; pessoas idosas atendidas; proporção dos casos com resoluções; taxa de reincidência; pessoas idosas seguradas e aposentadas; famílias providas por pessoas idosas; pessoas idosas em abrigos; pessoas idosas em situação de rua; principal fonte de renda dos idosos; pessoas idosas atendidas, internadas e mortas por violência ou maus-tratos.

A criação do Fundo Nacional do Idoso determinada pelo Estatuto e ratificada nas deliberações da II Conferência se efetivou no ano seguinte com a aprovação da Lei n. 12.213, de 20 de janeiro de 2010. Dois anos depois, no período de 23 a 25 de novembro de 2011, a III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República firmaram um termo de cooperação para fortalecimento e expansão de políticas para os velhos.

Portanto, seguindo a proposta oriunda da OMS, a RENADI brasileira traz como princípios para sua constituição, além dos marcos legais, a integralidade, a participação e o controle democrático, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. De todo o arcabouço, ainda em construção da RENADI, extrai-se componentes, programas e ações da rede:

- Ministério Público;
- Poder Judiciário;
- Defensoria Pública;
- Delegacias de Polícia;
- Conselhos do Idoso (nacional, estaduais, municipais),
- Centros de Apoio à Prevenção e ao Enfrentamento à Violência contra Idosos;
- Atividades de capacitação de gestores públicos, de gestores de instituições de longa permanência e de representantes do movimento social;
- Pesquisas e estudos para o aperfeiçoamento da ação estatal em benefício desse grupo populacional;
- Curso de Formação Inicial Continuada para cuidadores de idosos;
- Serviços Socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), a exemplo do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e Serviço de

Proteção Social Básica no Domicílio e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), serviço de proteção social especial, que garante a oferta de atendimento especializado a famílias com idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, assim como serviços de acolhimento institucional e em República;

- Ações e Serviços de Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Programa Nacional de Imunização (PNI);
- Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-IDOSO);
- Programa Brasil Alfabetizado;
- Programa Escola Aberta.

Portanto, verifica-se que não é por falta de normatização que os direitos dos idosos são violados. Mais do que normatizar é preciso ir à realidade, conhecê-la, entendê-la e intervir para alterá-la no que caracteriza a violência contra os velhos.

Se a família e a sociedade falharem nessa missão, resta ao Estado o dever de amparo e defesa da pessoa idosa, conforme o previsto no art. 230 da Constituição Federal.

Nessa representação estatal surgem os profissionais de saúde como garantes da incolumidade dos direitos humanos desses sujeitos de direitos que devem ser reconhecidos pela condição peculiar do estágio da vida em que se encontram, merecendo, portanto, atenção especializada.

3.2 A notificação compulsória: promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa

A questão da saúde assume cada vez mais uma dimensão fundamental e estratégica na promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Primeiramente porque a necessidade de serviços de saúde é recorrente nessa faixa etária. Também pela amplitude, pois os serviços referentes à atenção básica se diferenciam diante da ida dos profissionais de saúde a domicílio.

Todavia, a crise da saúde retratada nos noticiários demonstra que cada vez mais é maior a demanda em contraposição à oferta pública de serviços de saúde. Nesse cenário, o

Ministério Público, enquanto defensor dos direitos individuais indisponíveis, é cada vez mais procurado pelo povo em busca de direitos não atendidos pelo poder público.

No propósito de contribuir para a articulação da rede de proteção às pessoas idosas, que se funda na integração interdependente de um conjunto de atores que contam com suas atribuições definidas no Estatuto, mas não exercidos ou mal exercidos, é que desponta a atuação do Ministério Público como ator político, no papel de articulação e mobilização dos outros atores do sistema.

É o Ministério Público uma instituição que após a Constituição Republicana de 1988 teve destacadas suas funções sociais para além da seara criminal, mais tradicional e conhecida da sociedade.

O contexto histórico de abertura e afirmação do Estado Democrático de Direito qualificou como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado e imbuíu a instituição do dever de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, CF).

A despeito das atribuições genéricas acima constantes no artigo 127 da Carta Magna, o artigo 129, em rol exemplificativo de atribuições e, ainda, a vasta legislação infraconstitucional esclarecem as funções a serem exercidas, cuja principal, na esteira da doutrina constitucionalista e humanitária, podemos afirmar que é a proteção dos direitos fundamentais (humanos).

Isso porque sem promoção e proteção a direitos fundamentais não há que se falar em Estado Democrático. E sem o Ministério Público restaria muitíssimo enfraquecida a rede de proteção aos direitos fundamentais.

Todavia, não obstante as garantias da instituição e de seus membros, o rol de atribuições cada vez mais alargado, não só pelo fato do rol de direitos humanos vir se avolumando, mas também pela própria estrutura normativa dos diversos direitos não ser coincidente, necessário se fazer uma avaliação da promoção do acesso à justiça pelo Ministério Público sob o prisma da efetividade.

E é na certeza de que sozinho é mais um beija-flor buscando água para apagar o fogo da floresta é que o olhar que deve ser lançado para o Ministério Público como garante do acesso à justiça (que não se confunde com acesso ao Judiciário) é o da feição proativa, em que os membros antecipam-se aos problemas, ao invés de limitarem-se a reagir a eles; feição articuladora para o trabalho independente, mas também articulado com outras instituições e que se insira na engrenagem de redes de proteção, como as do idoso, para ajudar fazer o

sistema de garantias de direitos funcionar, despontando a atuação do membro do Ministério Público como ator político.

Considerando o foco da nossa investigação, diante de vários atores integrantes de ações, programas e serviços de saúde nos municípios, a exemplo dos integrantes das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família⁴ (NASF), a violência não poderia passar despercebida a esses profissionais. Principalmente porque o agente comunitário de saúde (ACS), com suas visitas regulares, estabelece um vínculo contínuo com os membros das famílias da área de sua unidade. E fato é que a lei incumbiu a todos os atores dos serviços de saúde o dever de notificação compulsória dos casos de violência (suspeitos ou confirmados) contra idoso.

Todavia, em razão da amplitude do conceito legal e também implícito às inúmeras faces da violência, necessário preparo profissional para a identificação do fenômeno. Sendo assim, depois da identificação, o fluxo da comunicação deve ser avaliado e direcionado à defesa do idoso que teve seus direitos violados.

A pesquisa revelou que há material didático bem elaborado, tal qual, o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília – DF 2007, que buscando dar maior resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde dos velhos de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica, disponibilizando-lhes instrumentos para auxiliá-los na adoção de condutas mais apropriadas às demandas da população.

No caderno há todo o delineamento dos tipos de violência, inclusive com os encaminhamentos segundo a rotina estabelecida em cada município, tal qual na ficha de notificação compulsória, que vem anexa. Mas os problemas constatados pela pesquisadora, quanto pelo Município de Palmas, permitem afirmar que o conteúdo didático-pedagógico não está sendo transmitido aos profissionais a contento, bem como não está sendo aplicado por eles na sua diária laboral.

No Município de Palmas a notificação da violência (em geral) está implantada em 100% das unidades de saúde, mas, no ano de 2013, somente 13 unidades realizaram notificação, enquanto as outras 31 unidades, compostas por 63 equipes de saúde da família

⁴ O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Acesso disponível: Dab.saude.gov.br/portaldab/nasf-_perguntas_frequentes.php.

(ESF), quatro (4) Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e três (3) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não notificaram nenhuma violência (PALMAS, 2015).

A pergunta que a pesquisadora faz é “será que nenhum integrante dessas 63 equipes de saúde da família sequer suspeitou de alguma violência”?

A conclusão estatal lançada no Boletim Epidemiológico da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Palmas, Volume 1, 2015 foi que “um dos primeiros desafios a serem vencidos pela área técnica é capacitar e acompanhar esse trabalho em todas as unidades de saúde do município”.

Sales, Freitas, Brito, Oliveira, Dias, Parente e Silva (2014, 71) em pesquisa realizada junto a ACS da cidade cearense de Sobral diagnosticaram que após identificados os casos de violência, os agentes comunitários de saúde não sabiam a quem se reportar, demonstrando que a falta de informação é fator que leva à subnotificação.

Além da falta de informação dos próprios integrantes da rede, a pesquisa revelou problemas gravíssimos de comunicação entre as instituições da própria rede.

Assim, a não comunicação da violência (suspeita ou confirmada) contra o idoso, por intermédio da notificação compulsória, à autoridade sanitária, ao Ministério Público e aos outros destinatários, evidencia um dos grandes problemas da República que é o da relação entre as instituições.

Frente a problema tão complexo, que é a violência a um grupo peculiar pelas necessidades/deficiências inerentes a condição etária, outro caminho não se deve percorrer do que o da atuação conjunta entre os órgãos responsáveis pela defesa e promoção dos direitos violados de pessoas idosas, mediante diálogos interinstitucionais e interdisciplinares.

Segundo Sequeira Pinto e Bastiane (2012, 275) essa perspectiva de caráter interdisciplinar deve superar uma visão única e articular os conhecimentos e conteúdos com a finalidade de possibilitar o olhar para o mesmo objeto sob perspectivas diferentes, viabilizando um processo educativo plural, integrado e significativo. Por outros termos, o que se busca na interdisciplinaridade é a tentativa de superar uma visão isolada e descontextualizada, objetivando a formação de um sujeito crítico a partir da vivência de uma realidade global.

Portanto, um trabalho vocacionado a efetivação dos direitos de pessoas idosas é essencial que seja feito em rede, mediante relações institucionais bem delineadas quanto aos papéis a serem exercidos e conscientes de que qualquer atuação hermética e pontual prejudicará a concretização do enfrentamento da violência contra idosos, pois como enfatizou Faleiros, durante a 2ª CNDPI, para conceber e agir em rede pressupõe-se, também, que

nenhuma organização dá conta, por si mesma, da multidimensionalidade do envelhecimento, ou mesmo do existir humano, o que configura a incompletude de todas as instituições, e, ao mesmo tempo, a complementaridade dos atores.

Além da complexidade do fenômeno da violência contra idosos, não se pode ignorar que tal qual a violência contra crianças e adolescentes (MOTTI, SANTOS: 2011) ele se diversifica e ganha contornos diferentes na sociedade brasileira a depender da região e cultura em nosso vasto país.

Motti e Santos (2011, 87) lançam a pedra fundamental sobre o trabalho em rede com as sábias palavras:

Trabalhar articulando redes significa que as pessoas, os atores sociais e as organizações se reconhecem com limitações e, também, com possibilidades. Ninguém e nenhuma organização é suficiente para responder e implementar ações totalmente resolutivas em seu próprio âmbito de atuação. São competências e responsabilidades legais, institucionais, constitucionais, definidas pela missão, pela finalidade e pelos objetivos de cada instituição e organização. Contudo, cada instituição ou pessoa em seu raio de ação tem algo a falar, a fazer, a propor e, especialmente, a contribuir para melhor compreensão do fenômeno e para proteção das crianças, dos adolescentes e das famílias em situação de violência.

A resolução de problemas que apesar de objeto de múltiplas ciências, lutas internacionais e internas pelos direitos humanos e conquistas com variadas leis, mas que mesmo assim parecem estar invisíveis ao alcance de aplicação da legislação, poderá ocorrer pela construção concreta (e não apenas legal) de uma rede social de proteção com muita participação, responsabilidade, conhecimento e compromisso, o que não deve se restringir a oficinas, seminários ou reuniões.

Lemos (2013, 1444) afirma que são as diretrizes objetivas para o norteamento das ações que visam à implementação dos sistemas de suporte social do idoso.

Quando as funções se deterioram, surgem as dificuldades e as demandas por cuidados cada vez mais intensos, abrangentes e constantes. Entram em cena, então, as redes de suporte ou de apoio social conforme Lemos nos orienta em relação às políticas públicas voltadas para a pessoa idosa (LEMOS: 2013,1441).

Os sistemas de suporte social são fundamentais para o atendimento às necessidades específicas desse grupo.

Segundo Lemos e Medeiros (2013, 1444),

“A Gerontologia os classifica em sistemas formais de suporte social (serviços de atendimento ao idoso, que incluem hospitais, atendimento domiciliar, instituições de

abrigo e programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento da população) e sistemas informais de suporte social, que são redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos (CALKINS, 1997)”.

No debate sobre o cuidado para com os velhos, de maneira geral, há o entendimento, de que as estruturas de cuidado são construídas e atuam levando em consideração fatores históricos e culturais.

De acordo com Lemos (2013), os serviços de atenção ao idoso devem compor uma rede que vai reunir dois blocos de ações:

- Ações de referência, informação, orientação e encaminhamento (incluindo os serviços de suporte social informal);
- Ações voltadas à inclusão/proteção social (incluindo os serviços de suporte social formal).

Os sistemas formais de suporte social ao idoso estão previstos na PNI e descritos no decreto regulamentador (art. 4º) como modalidades asilares de atendimento. Vejamos:

1. Centro de cuidados diurnos: hospital-dia e centro-dia;
2. Atendimento Domiciliar;
3. Instituições de longa permanência (regulamentada pela Anvisa – Resolução RDC nº 283/2005);
4. Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (PNCI).

É importante destacar que atendimento domiciliar não se propõe a prestar completa, diária e contínua assistência ao idoso, e sim, acompanhar o paciente em seu domicílio, orientar os familiares, avaliar a qualidade dos cuidados prestados, prescrever tratamentos e auxiliar a organizar o ambiente em visitas programadas de acordo com as necessidades dos idosos e dos cuidadores informais que com ele convivem mais de perto.

O PNCI foi instituído por Portaria Interministerial, em 1999, como uma estratégia de melhoria na qualidade do atendimento aos idosos. Trata-se de atenção individualizada de caráter preventivo e reabilitador em que se articulam serviços e técnicas de intervenção profissional em atenção doméstica, pessoal, de apoio psicossocial familiar e relações comunitárias, prestados no domicílio de uma pessoa idosa, com algum grau de dependência.

Portanto, em termos formais, sem dúvida, a pessoa idosa no Brasil está com um arcabouço protetivo exemplar. Entretanto, a realidade dos fatos não confirma na totalidade tamanho alcance das políticas sociais.

Apesar da III CNDPI, em 2011, ter no eixo de enfrentamento à violência deliberado pela obrigatoriedade de criação imediata do Conselho e do respectivo Fundo Estadual e

Municipal do Idoso, garantindo secretaria executiva, com prazo máximo de 12 meses a partir da Conferência Nacional do Idoso, bem como a formação e capacitação permanente dos conselheiros nas três esferas de governo, melhoramento da estrutura dos Conselhos existentes, sendo todos equipados com veículo, linha telefônica, internet e outros equipamentos necessários para o seu bom atendimento/funcionamento⁵, o mais novo estado da federação, quatro anos após, possui o Conselho Estadual, assim como o Conselho Municipal da Capital sem nenhum item dessa estrutura.

⁵ Deliberações da 3ª CNDPI, disponível em <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/3a-conferencia/5-deliberacoes-iii-cndpi-2011>, acesso em 02.08.2015.

CAPÍTULO III

4 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA

4.1 A notificação compulsória de violência contra o velho: breves anotações sobre a evolução histórico-legislativa no Brasil

A notificação compulsória de violência é aquela que, por força de lei, obriga determinados sujeitos a dar conhecimento da violência constatada a outros sujeitos. Nos ambientes institucionais a notificação compulsória é, na prática, um registro feito em formulário próprio de um fato comprovado e/ou presumível que deve ser sistematizado em um banco de dados para fins de implantação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de políticas públicas.

Tal instrumento começou a ser utilizado no Brasil com a entrada em vigor da Lei nº 6.259/1975, que organizou as ações de vigilância epidemiológica dentro do Programa Nacional de Imunizações.

Na ocasião, a lei, ao prevê que “a ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde” reconheceu a notificação compulsória como importante instrumento a afastar as situações de agravo à saúde.

Inicialmente, eram classificadas como de notificação compulsória, ou as constantes de uma lista elaborada pelo Ministério da Saúde ou os casos suspeitos ou confirmados de: 1) doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena; e 2) doenças inusitadas (art. 7º).

Importante lembrar que a medicina na década de 1970 se encontrava num estágio da técnica bem menos avançado em que se precisava fazer uma normativa que abrangesse não só as doenças conhecidas, mas as possíveis de conhecimento científico posterior.

Anos mais tarde, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) introduziu, no nosso ordenamento jurídico, a notificação compulsória de violência e previu no artigo 245 uma pena de multa ao médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.

No mesmo contexto histórico foi desenvolvida a primeira versão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com o objetivo padronizar o processo de registro, de consolidação e de compartilhamento de dados de doenças e agravos apontados nas notificações compulsórias.

O Sinan foi concebido para ser utilizado como a principal fonte de informação para vigilância de doenças e agravos nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, permitindo monitorar as tendências, realizar estimativas de magnitude e de carga de doença, detectar agregados e alteração do padrão epidemiológico de doenças de notificação compulsória (DNC) e de eventos de interesse para a saúde pública.

Uma década após o estabelecimento da obrigatoriedade legal, mais precisamente em 25 de outubro de 2001, foi editada a Portaria nº 1968/Gabinete do Ministro da Saúde dispondo, no âmbito do SUS, sobre a comunicação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A portaria ministerial estabeleceu em seu artigo 1º que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do SUS deverão comunicar aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

A notificação compulsória de violência especificamente cometida contra o idoso tem por marco legal de existência o ano de 2003 quando foi estabelecida pelo Estatuto do Idoso.

Visando conhecer as informações sobre os vários tipos de violência, o Ministério da Saúde, em 2006, criou, em nível nacional, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA por meio de Ficha de Notificação de Violências.

No mesmo ano o município de Palmas aderiu ao projeto implantando a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/outras Violências no Hospital Dona Regina e no Hospital Geral de Palmas.

A partir de 2009 a Ficha de Notificação de Violência foi incluída no Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan-NET e, somente oito anos depois do Estatuto do Idoso, foi que a Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, portanto norma interna do órgão e hierarquicamente inferior ao Estatuto, tornou compulsória a ficha de notificação de violência, para todos os casos confirmados ou suspeitos.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) tornou obrigatória a notificação dos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos, nos seguintes termos:

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – autoridade policial;
- II – Ministério Público;
- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso.

Posteriormente, a Lei n.º 12.461/2011 modificou o texto do *caput* para:

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

De uma interpretação literal extrai-se que a autoridade sanitária é o órgão que necessariamente deve ser notificado, devendo haver uma comunicação concomitante apenas a um dos demais órgãos constantes no rol de incisos I a V do dispositivo.

Comparando a norma atual com a anterior verificamos avanços quanto ao fato de um órgão - autoridade sanitária - concentrar as notificações de violência (suspeita ou confirmada) informada pelos serviços de saúde.

A Lei nº 10.778/2003 e o Decreto nº 1.099/2004 estabeleceram a notificação compulsória em todo o território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos e privados, instituindo a rede de serviços sentinela para notificação de agravos, rede essa que deve ser acompanhada mediante processos de monitoramento e avaliação constantes.

Ao contrário do Estatuto da Criança e do Adolescente que tipifica e sanciona o descumprimento da notificação com multa de três a vinte salários de referência (art. 245, ECA), o Estatuto do Idoso não trouxe nenhuma sanção para o descumprimento da obrigação de notificação de violência.

Todavia, o artigo 57 do Estatuto tipificou como infração administrativa, com pena de multa ao profissional de saúde, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra o idoso. O que se verifica é que, em regra, a violência traduz-se em crime, eis que os dados demonstram que a violência física é o tipo mais recorrente, lembrando que o próprio estatuto criminalizou a violência patrimonial de forma a garantir ao idoso a livre disponibilidade sobre seu benefício previdenciário ou assistencial. Vejamos:

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso: Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

O procedimento para imposição das penalidades acima descritas encontra-se previsto no artigo 60 e em seus parágrafos no Estatuto.

Todavia, a responsabilização penal já existe desde 1941 com a previsão trazida pelo Decreto-Lei n. 3.688/1941 (Art. 66 da Lei de Contravenções Penais), que tipifica como contravenção penal:

Deixar de comunicar à autoridade competente: crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal.

4.2. As fichas Sinan e o velho: uma realidade desafiadora na cidade de palmas

Procurando levantar dados sobre violência contra o idoso em Palmas, optou-se por utilizar o banco de dados Sinan-NET, vez que este é alimentado a partir das informações extraídas da Ficha Sinan de notificação compulsória.

A escolha da ficha Sinan se deu por se tratar de um instrumento previsto na legislação como de preenchimento compulsório, ou seja, obrigatório por parte dos profissionais da rede pública de saúde que se encontrarem diante de casos comprovados ou suspeitos de violência contra o idoso e, também porque o formulário contém 69 espaços de preenchimento, os quais permitem extrair informações de interesse da pesquisadora.

Para tanto, submetemos dois questionários à Comissão de Ética da Fundação de Escola de Saúde Pública (FESP/PALMAS) que, após a aprovação foram enviados para a área técnica da Diretoria de Vigilância Sanitária em Saúde da Secretaria de Saúde de Palmas, a qual, por sua vez, em atendimento ao ofício nº 072015 – Mestrado/ESMAT-UFT, providenciou a coleta das informações do próprio sistema relativamente ao período compreendido entre janeiro de 2009 e agosto de 2015 e, posteriormente, novos dados em 20/11/2015.

Esclarecemos que a resposta ao questionário que buscou os dados da violência contra o idoso não foi construída a partir da opinião de nenhum dos servidores da rede pública, mas sim exclusivamente a partir dos dados do Sinan/NET.

O segundo questionário composto por duas perguntas buscou informações sobre serviços de prevenção, monitoramento e acompanhamento dos casos notificados de violência contra idosos no Município de Palmas.

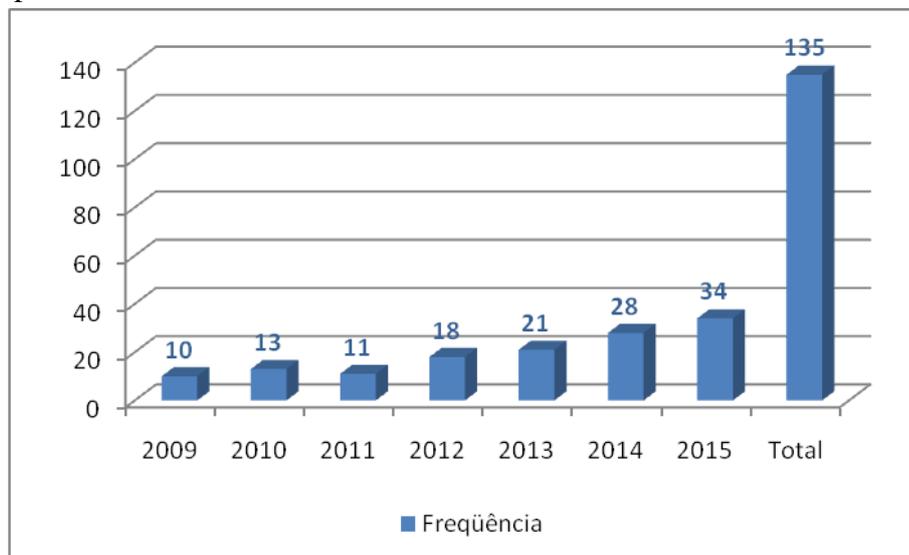
A pesquisa a partir da coleta de dados de violência contra a pessoa velha tendo como base os dados extraídos das fichas Sinan sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Município de Palmas revela um cenário que vai de encontro à percepção da pesquisadora na sua vivência profissional e às considerações pela Secretaria Municipal de Saúde (PALMAS, 2015).

A nossa investigação acerca do número de notificações ocorridas a partir de 2009, nos permite observar, pelos dados fornecidos pela SESAU de Palmas, um crescimento da violência registrada pelos serviços de saúde em Palmas.

Daí pode-se inferir que aumentou a violência ou melhorou a comunicação (seja por aperfeiçoamento dos atuantes no sistema de saúde em captar a violência, seja por tomada de consciência do velho ou da comunidade a sua volta - diminuição do “silêncio” da vítima ou dos expectadores da violência).

O total de casos de violência contra idosos notificados pelo município de Palmas de 2009 até o 1º semestre de 2015 foi de 131 (cento e trinta e um), dos quais 85 (oitenta e cinco) vítimas são residentes na capital. Nova pesquisa em 20 de novembro de 2015 mostrou aumento de quatro casos.

Gráfico 1 - Notificações de violência contra a pessoa velha no período de 2009 a 2015, feitas pelo Município de Palmas⁶



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Os dados referentes a notificações de violência feitas pelo Município de Palmas (obtidos através de tabulação por notificação feita por Palmas – tabulação por notificação total do banco de dados) são os que refletem a realidade do serviço de notificação do município de Palmas, que abrange vítimas:

- Residentes em Palmas e notificados em Palmas;
- Residentes em Palmas e notificados fora do Município de Palmas;
- Residentes fora do Município de Palmas e atendidos/notificados em Palmas.

A pesquisa feita utilizando a tabulação município de residência somente identifica as notificações de vítimas residentes no município e exclui as que ali não residem, mesmo que ali tenham sido atendidas e, nessa vertente, a pesquisa revelou que 89 residem em Palmas, 45 em outras cidades tocantinenses e apenas uma vítima residia em outro Estado (Goiás).

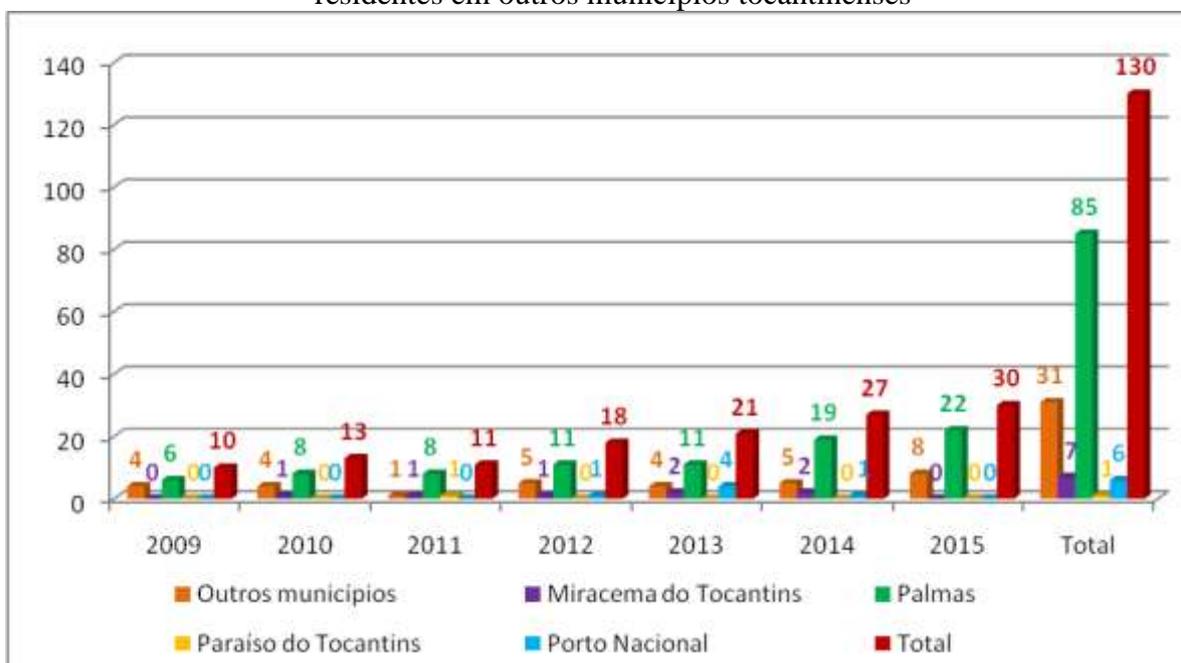
Todos os indicadores, pactuados nacionalmente, são apurados e avaliados anualmente e seus resultados compõem o Relatório Anual de Gestão, que é enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira (art. 36, § 1º da Lei

⁶ Na data de 20.11.2015 a pesquisadora constatou que os dados antes fornecidos e limitados ao 1º semestre de 2015 indicando 85 (oitenta e cinco) notificações de 2009 a 2015, foram tabulados por município de residência, pois nova pesquisa em 20.11.2015 usando a mesma tabulação deu como resposta 89 casos de vítimas residentes no município de Palmas e, utilizando a tabulação notificados por Palmas, deu como resposta 135 (cento e trinta e cinco) casos notificados até 20.11.2015, o que confrontado com o total de notificações do 1º semestre - 131 (cento e trinta e uma) - revela que a majoração de 04 (quatro) vítimas referem-se a residentes em Palmas. Os gráficos subsequentes utilizam a tabulação por notificação feita pelo Município de Palmas sendo os que totalizam 131 casos refere-se a pesquisa que teve como marco final o 1º semestre de 2015 e os que apontam 135 casos teve como marco 20.11.2015, conforme se especifica na fonte.

Complementar nº 141/2012 que trata da prestação de contas à saúde) e também são disponibilizados em banco de dados, inclusive no site do DATASUS, onde pode ser de acesso ao público.

Fato interessante é que a articulação federal permite que, pelos dados das metas, seja avaliado o desempenho de Palmas no cumprimento e comparar com outras cidades do Tocantins, região norte e Brasil, o que pode ser objeto de nova pesquisa que por certo deve considerar o número de unidades notificadoras existente antes de 2013 e o número a que se chegou no final do triênio.

Gráfico 2 - Notificações de violência contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, residentes em outros municípios tocantinenses



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

Do fato de 46 vítimas de violência notificadas pelo município de Palmas residirem fora do município, em 2015, extrai-se que 34% da violência detectada e notificada pelos serviços de saúde de Palmas referem-se a moradores de outras cidades, notadamente do Estado do Tocantins, o que pode indicar que ou essas vítimas estavam em Palmas quando sofreram a violência ou essa violência não foi visível a atenção básica dos municípios de residência e, possivelmente, a intensidade dos danos gerou o encaminhamento para a capital, melhor provida do que os serviços de saúde da maioria das cidades tocantinenses.

Analizadas as notificações de violência pelo Município de Palmas, a pesquisadora surpreendeu-se com o baixo número ao compará-lo com a totalidade das notificações de

violência a todos os grupos considerados vulneráveis, que, no mesmo período, totalizou 4.725 casos.

Visualiza-se um aumento na notificação a partir do ano de 2014 e buscando compreender o fenômeno, nos deparamos com o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 proposto pelo Ministério da Saúde em articulação interfederativa.

O Ministério da Saúde, em intervenção para que os municípios melhorassem vários indicadores em saúde, lançou diretriz e metas para cumprimento de vários objetivos para a saúde nos municípios brasileiros. Coincidentemente, nesse período, no tocante à violência contra os velhos, houve aumento na meta proposta para a notificação compulsória (meta 12), consistente em ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências, que se insere no objetivo de implementar a rede de atenção às urgências, articulada às outras redes de atenção.

Todavia, não se pode concluir se houve aumento da notificação e/ou aumento da violência, eis que além de específica meta, os resultados das metas referentes ao aprimoramento e ampliação do acesso à Atenção Básica, notadamente, aumentar a cobertura populacional pelas equipes da atenção básica e reduzir internações por causas sensíveis à atenção básica (metas 1 e 2), podem impactar tanto na redução da violência quanto no aumento das notificações, pois se a atenção básica for sensível às causas que podem gerar internação, com certeza, terão o olhar sensibilizado a identificar a violência, que em regra, inicia-se silenciosa e por incursões de baixa intensidade e pequenos danos à vítima.

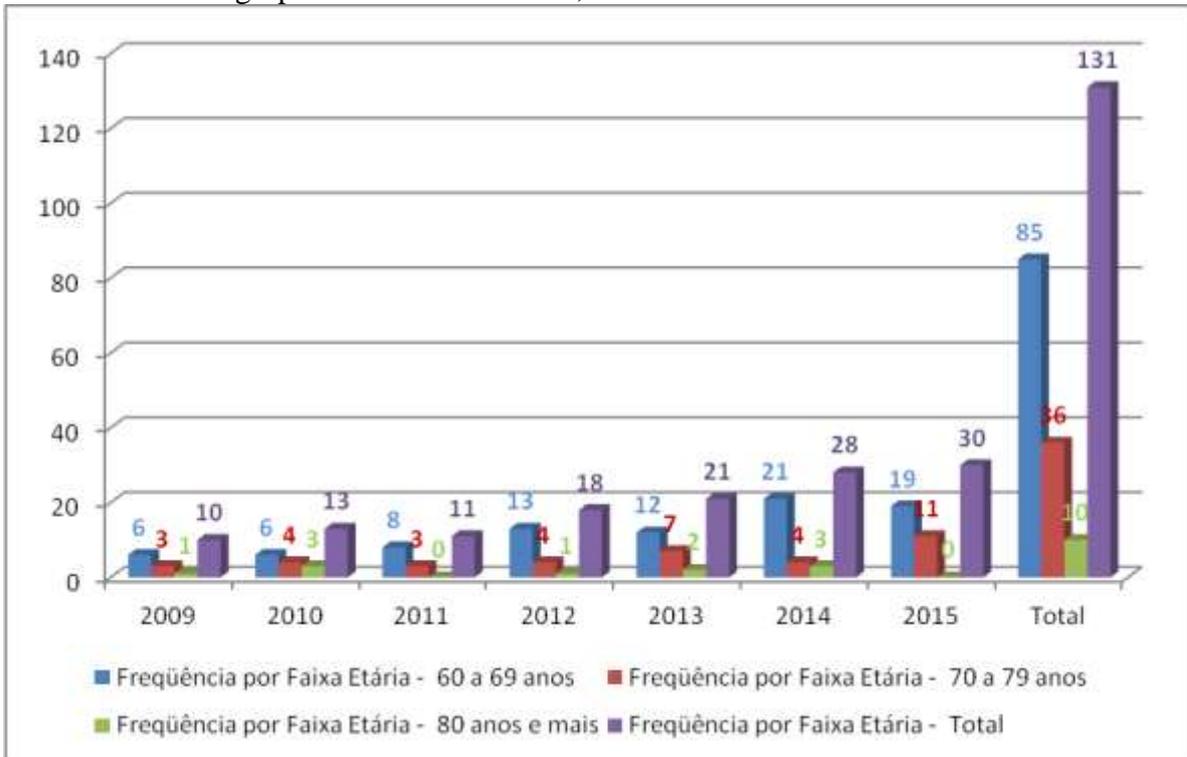
Na pesquisa optamos em dividir a velhice em três grupos etários: 60-70 anos, 71-80 anos e acima de 80 anos.

Verifica-se que a drástica queda no número de casos notificados ocorre na chamada “maior idade”, ou seja, acima dos 80 anos.

Secundariamente visualiza-se a diminuição de casos no grupo intermediário comparado com o estágio juridicamente posto como inicial de velhice.

O alto índice de violência na “primeira” velhice, seguido da queda nos estágios subsequentes, demonstra que a violência se inicia mediante incursões sobre a vítima na 1ª velhice, na qual, em regra, é maior o nível de resistência daquele que alcança o status de idoso e, portanto, na medida em que avança pelas faixas etárias, vai perdendo força e reação ao fenômeno (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Faixa etária das vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas, por três grupos etários: 60-70 anos, 71-80 anos e acima de 80 anos

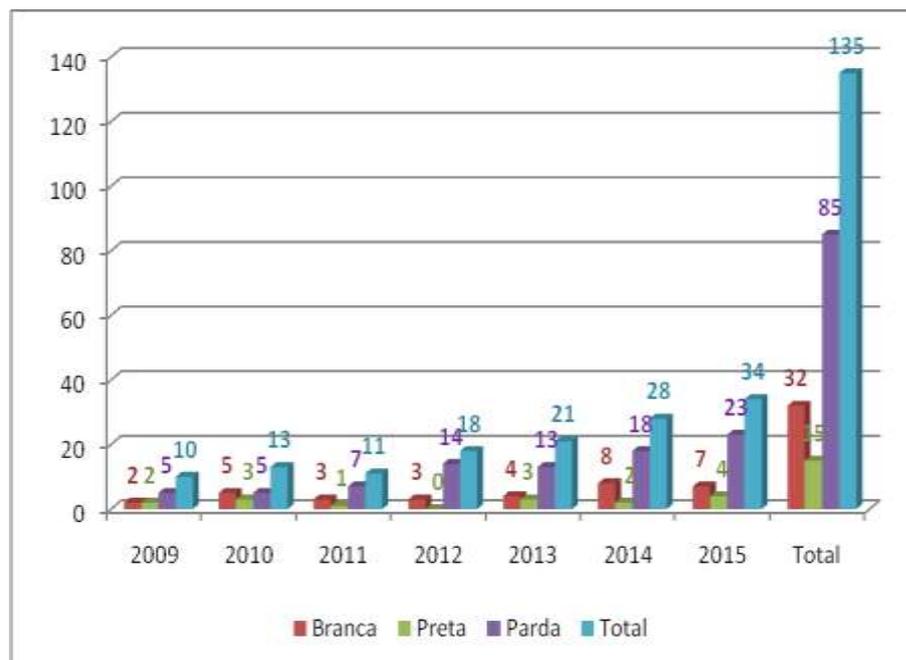


Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

Ocorre que, ao contrário da intensificação, vemos a diminuição da notificação ao avançar da idade, o que leva-nos a refletir se o menor índice de violência no estágio mais frágil da velhice é porque a violência diminuiu ou porque a notificação diminuiu ou tudo diminuiu porque as vítimas diminuiram por não sobreviverem até a maior idade?

A violência contra a pessoa velha tem cor. Nessa perspectiva os dados da pesquisa revelam que a maioria das vítimas que tiveram seus atos de violência notificados é da cor parda.

Gráfico 4 - Raça/cor das vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

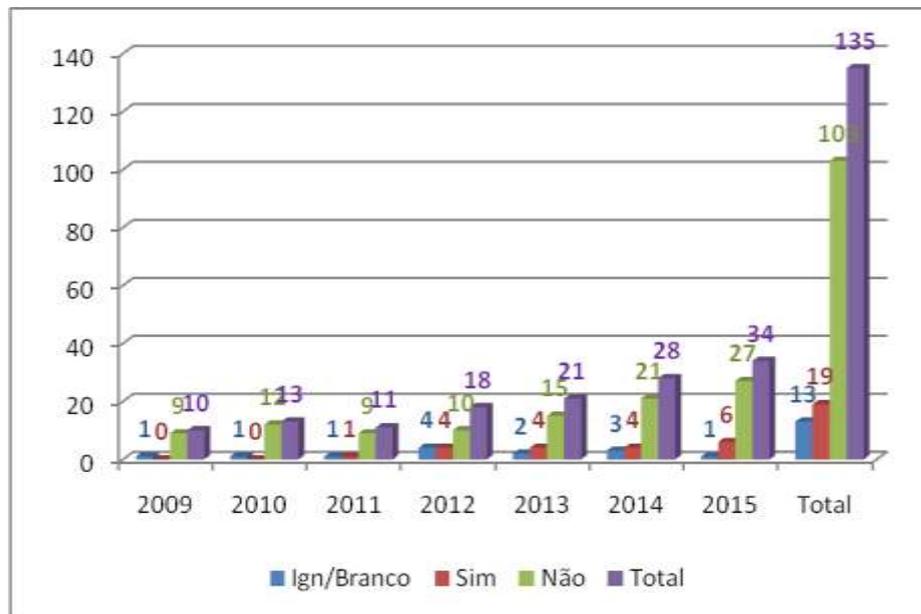
Para um estado que possui, segundo o IBGE, uma população em que 77,6% se auto declara preta ou parda⁷, é compreensível que neste último grupo estejam as maiores vítimas de violência.

A surpresa reside no aumento considerável do número de notificações envolvendo a população branca e a população parda, ambas registrando um aumento de casos notificados girando em torno 400% quando comparamos os números de 2009 e 2015, sendo que, em relação aos idosos pretos, os números sofreram aumento em percentual menor (200%).

Dos casos de violência notificados, a maioria expressiva dos velhos não é portadora de deficiência ou transtorno (Gráfico 5). Tal situação, em análise preliminar, pode significar que esse grupo social em face da vulnerabilidade agravada (além de velho, é deficiente), o afasta ainda mais do aparato estatal de notificações.

⁷ Fonte: IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira : 2015.

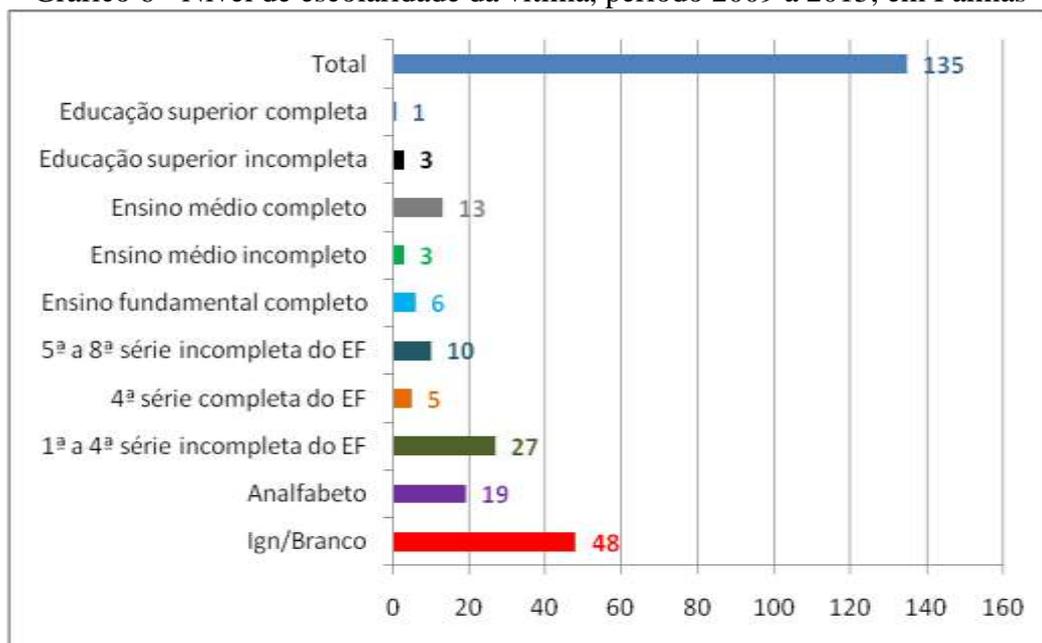
Gráfico 5 - Frequência por deficiência e/ou transtorno da vítima velha, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

A escolaridade também é fator a ser considerado (Gráfico 6) na adoção de políticas públicas de mitigação da violência diante da revelação de que as maiores vítimas são as de menor escolaridade.

Gráfico 6 - Nível de escolaridade da vítima, período 2009 a 2015, em Palmas



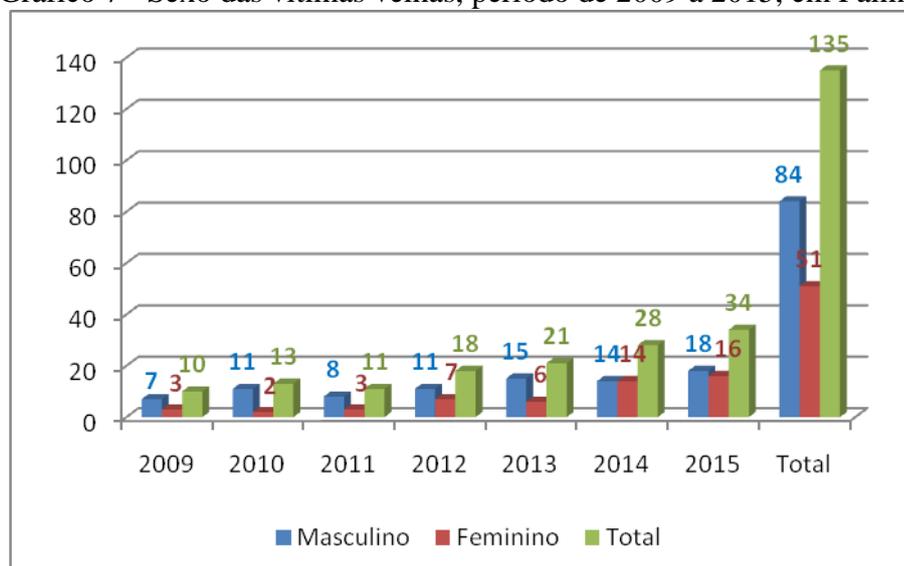
Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

A reflexão leva a percepção de que o estudo empodera, o que se alia à pesquisa por ocupação (Gráfico 13), que identificou maior número de violência perante as donas de casa e pedreiros, ocupações de nível de escolaridade elementar.

Não se extrai do total das notificações a escolaridade de todas as vítimas, constam registros de escolaridade tão somente para 87 vítimas e há um grande percentual não informado de escolaridade (35,5%).

A pesquisa revela que as maiores vítimas são os HOMENS. De um total de 135 vítimas, 84 são homens e 51 são mulheres, o que revela que na velhice a diferença de gênero para a violência não é expressiva quanto nas fases anteriores a ela.

Gráfico 7 - Sexo das vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas



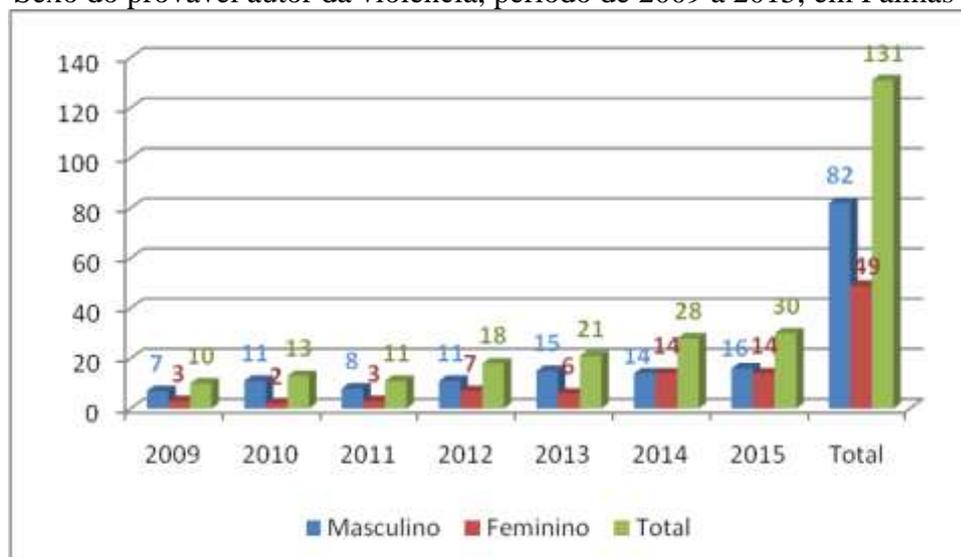
Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Se homem é a maior vítima podemos lançar alguns questionamentos que vão exigir outras pesquisas com maior grau de precisão entre as vítimas e agressores. Por exemplo, os homens apanham mais porque resistem mais? Ou apanham mais em função da renda?

Da mesma forma em que é a maior vítima, também é o homem o maior agressor. Vejamos o percentual por ocasião de coleta de dados do mês de agosto e do mês de novembro de 2015.

Os dados inicialmente fornecidos de um total de 131 casos de violência indicaram 82 homens agressores em contraposição a 49 mulheres (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Sexo do provável autor da violência, período de 2009 a 2015, em Palmas

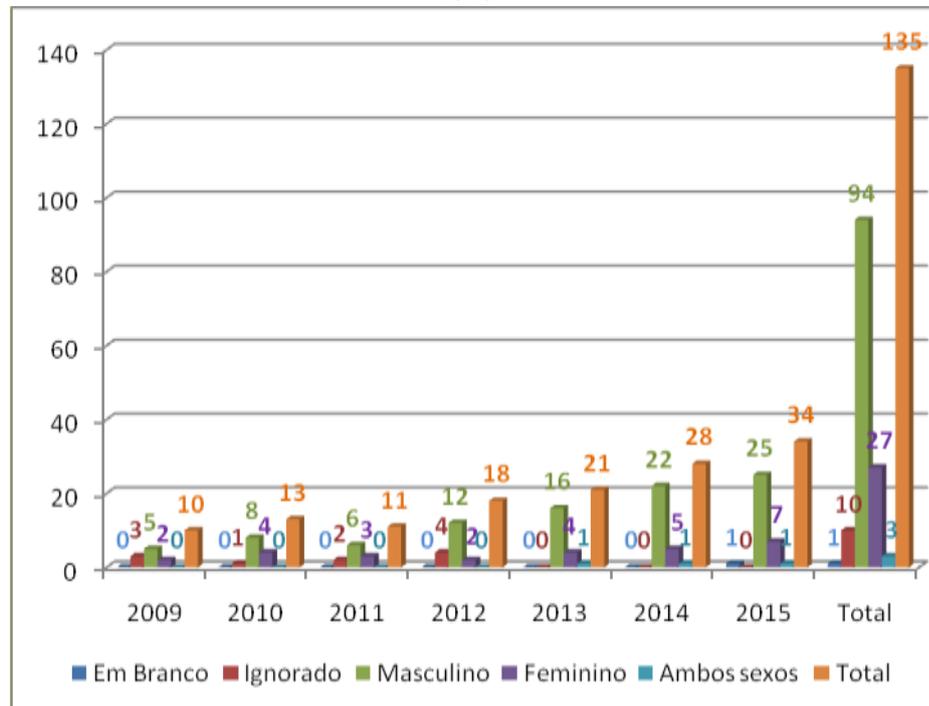


Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

Todavia, dados fornecidos em novembro de 2015 indicam que a proporção de homens agressores pode ser ainda maior, pois do total de 135 notificações, o sexo não foi preenchido em um caso, dez ignorados, três com agressores de ambos os sexos (possível co-autoria), 94 homens e 27 mulheres (Gráfico 9).

A divergência dos dados se dá pelos critérios considerados pelo profissional por ocasião da coleta, com possível aglutinação em homens e/ou mulheres das demais variantes da ficha, o que é ratificado pelo fato da pesquisa posterior apontar para diminuição do número de mulheres agressoras de 49 para 27, o que está a sugerir que as demais variantes ensejaram a aposição da autoria à mulher. Portanto, equívoco identificado que possivelmente está a mitigar o quantitativo da violência masculina.

Gráfico 9 - Sexo do provável agressor, período de 2009 a 2015, em Palmas, em novembro de 2015



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

A área técnica informou que há uma rotina de controle de duplicidade de fichas no setor, eis que a pessoa pode ter atendimento em mais de três locais, de modo que inicialmente pode passar pela unidade básica de saúde, ser transferida para uma unidade de pronto atendimento e de lá ser encaminhada para atendimento de alta complexidade como no Hospital Geral de Palmas (HGP), de sorte que todas as unidades podem ter notificado a mesma violência. Assim, a necessidade de controle das fichas pelo nome das vítimas, para excluir do sistema os casos duplos.

A outra explicação é que há sempre readequação no sistema, razão pela qual a coordenação do setor de notificações orientou que ao citar a fonte dos dados, informe a data de atualização dos mesmos. Todavia, não há preocupação em formalizarem a entrega com tal data, o que leva a questionamento as razões de alteração dos dados lançados no Sinan-NET.

Se o homem é o maior agressor, assim como é a maior vítima, a violência ao velho pode advir dos descendentes, o que demonstra elevado número de filhos agressores, conforme a tabela 2. Todavia, a violência pode advir de netos(as) e bisnetos(as), campos não fornecidos pela ficha.

Tabela 2 - Relação do agressor com as vítimas velhas, período de 2009 a 2015, em Palmas

Agressores	Ign/Branco	Sim	Total
PAI	8	0	8
MÃE	8	0	8
PADRASTO	8	0	8
MADRASTA	8	1	9
CÔNJUGE/COMPANHEIRO	8	9	17
EX CÔNJUGE/ EX COMPANHEIRO	8	5	13
FILHO(A)	7	27	34
IRMÃO(Ã)	8	1	9
CUIDADOR(A)	10	3	13
PATRÃO/ CHEFE	10	0	10
PESSOA COM RELAÇÃO			
INSTITUCIONAL	10	1	11
POLICIAL/AGENTE DA LEI	10	0	10
AMIGOS/CONHECIDOS	10	23	33
DESCONHECIDOS	10	20	30
A PRÓPRIA VITIMA	9	29	38
OUTROS	10	14	24
TOTAL	142	133	275

Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, novembro/2015, elaborado pela autora.

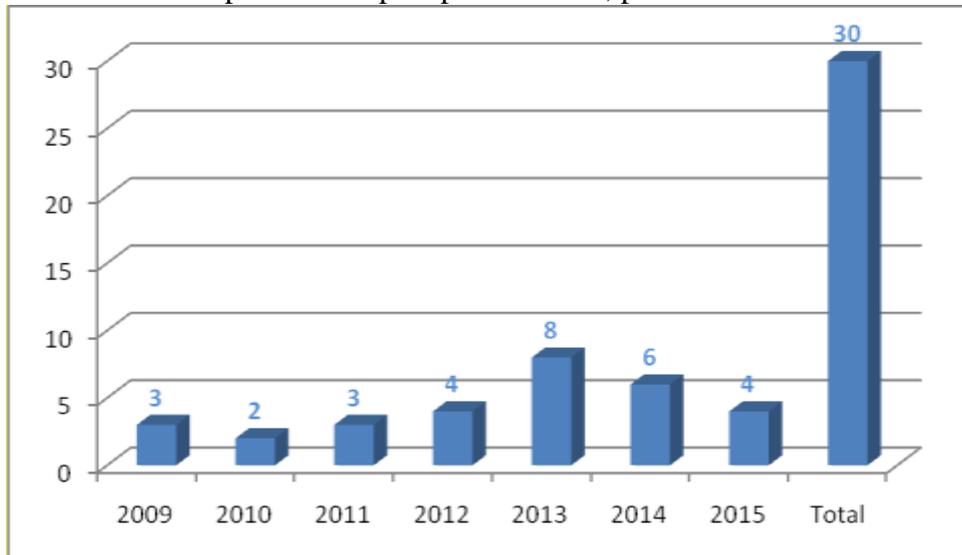
A relação do autor da violência com a vítima exige preenchimento com os códigos 1 - sim, 2 - Não e 9 - Ignorado para os dezesseis campos acima, o que gera dificuldades de preenchimento, visto que a indicação de um grau de relacionamento/parentesco quando não há coautoria na agressão, imediatamente exclui os demais.

Chama a atenção o fato de grande número dos agressores serem apontados como desconhecidos, assim como o grande número de autoagressões, o que gera desconfiança de temor na indicação do agressor.

O aumento no número de notificações classificadas como lesões autoprovocadas no período pesquisado (2009 a 2015) merece atenção por parte da rede de proteção e, em especial, por parte dos gestores da rede pública de saúde para que não sejam induzidos a erro

por eventuais agressores que, acompanhando a vítima, induzem-na a fornecerem os elementos identificadores da autolesão.

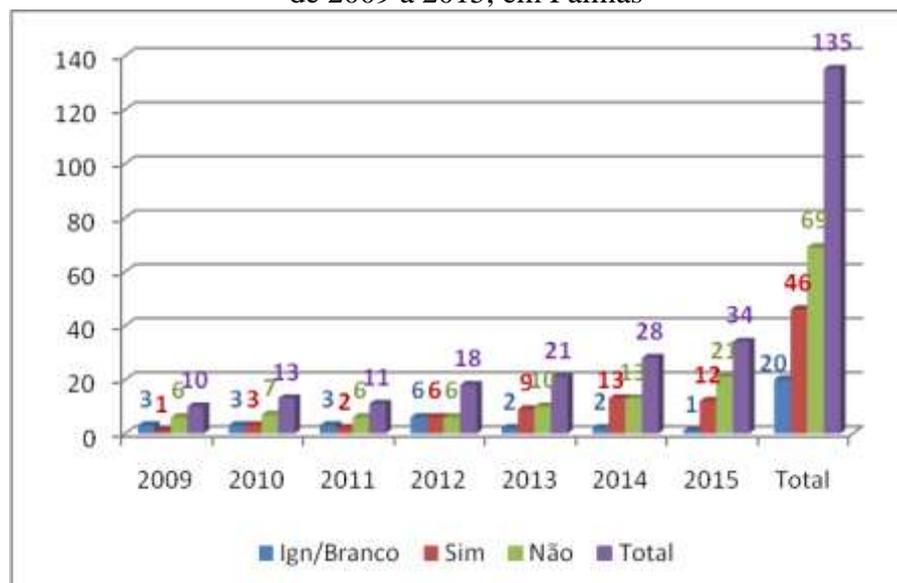
Gráfico 10 - Lesões autoprovocadas pela pessoa velha, período de 2009 a 2015 em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Atenção merece a reiteração da violência, cuja expressividade indica prolongação de sofrimento e consequências ainda maiores à saúde das vítimas.

Gráfico 11 - Agressão Repetida/Outros registros de violência contra a mesma vítima, período de 2009 a 2015, em Palmas

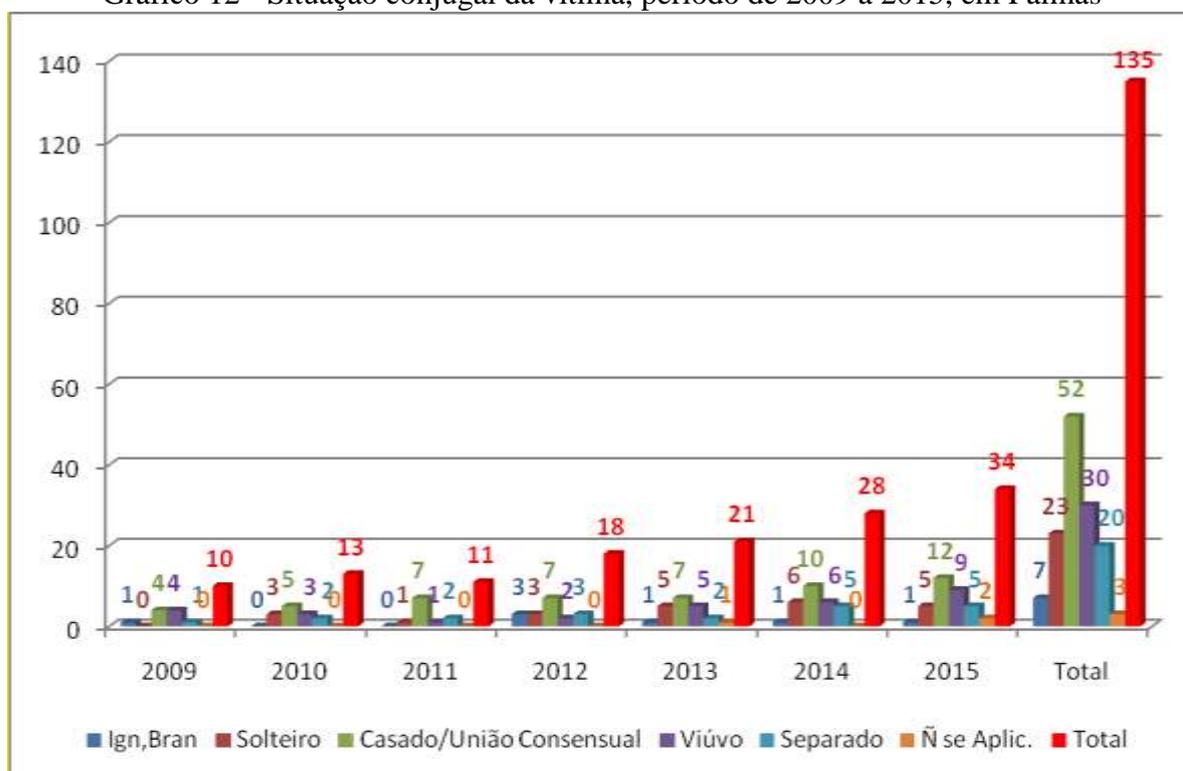


Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

A reiteração também sugere que não foi feito ou foi insuficiente o monitoramento da violência pela rede de proteção e de atendimento, em especial os responsáveis pela persecução penal contra o agressor e enfrentamento da situação de vulnerabilidade da vítima.

No tocante ao estado civil do idoso, os dados mostram que a maior vítima de violência é casada, o que revela uma preocupação com sua situação no seu grupo familiar ou de convivência social. À primeira vista preocupa-se com o isolamento e ausência de grupo social de convivência como facilitador da violência, mas quando se verifica que entre os solteiros e separados é que está o menor índice de violência, a percepção que fica é que não é o isolamento que torna o velho mais vulnerável à violência, mas a qualidade do convívio no ambiente doméstico, complexo, assim como o fenômeno da violência.

Gráfico 12 - Situação conjugal da vítima, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Registre-se que o aumento de quatro vítimas do 1º semestre para o mês de novembro corresponde a três casados e um viúvo, o que ratifica a expressividade da violência em relação aos casados e pode até mesmo sugerir o cônjuge como autor, não obstante a indicação de média expressividade dele na tabela 2.

A pesquisa não forneceu resposta em relação ao quesito opção sexual da vítima, no qual a ficha Sinan fornece como opções para “relações sexuais”: 1- Só com homens, 2 - Só

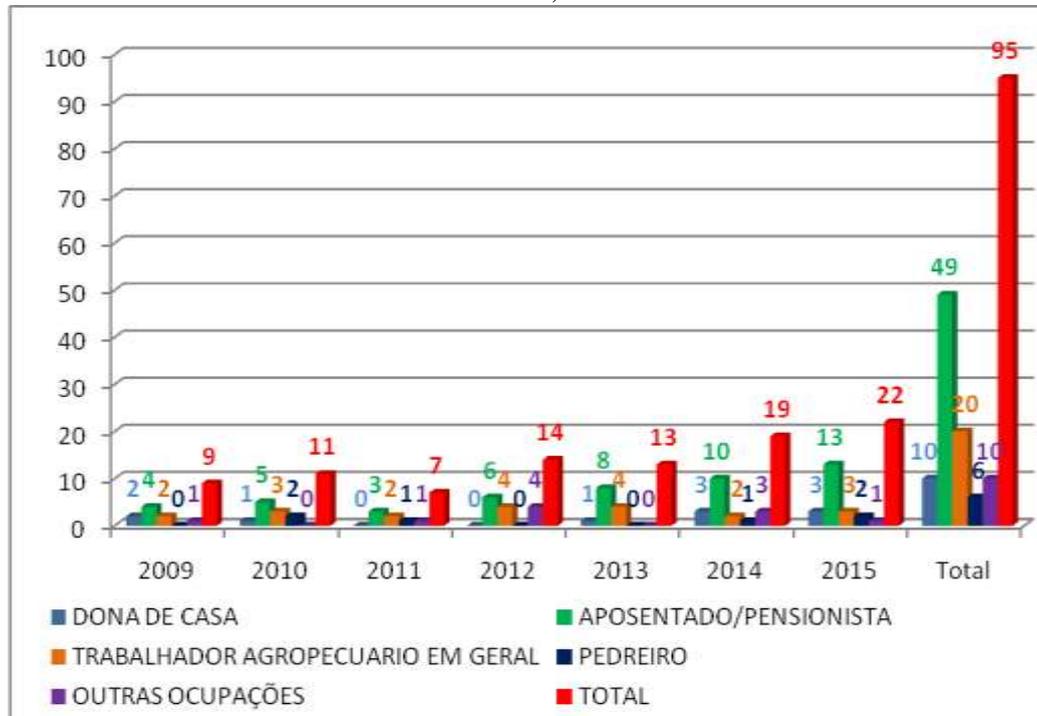
com mulheres, 3 - Com homens e mulheres, 8 - Não se aplica e 9 – Ignorado, o que pode indicar um impacto muito significativo dos valores morais do agente público e, de igual forma, despreparo dos profissionais responsáveis pela notificação.

Os números demonstram que a maior vítima da violência é o aposentado/pensionista, seguido das ocupações a que, em geral, possuem menor nível intelectual.

A pesquisa pela ocupação das vítimas chamou a atenção para a predominância de pedreiro e dona de casa entre as ocupações. O alto número de aposentados e pensionistas é o esperado para essa faixa etária. O alto número de trabalhadores rurais pode advir do fato de Palmas ser uma cidade nova que surgiu em meio ao cerrado goiano, onde predominavam atividades rurais.

Faz-se um recorte pela profissão, não tendo a ficha se atentado para a renda salarial e, conseqüentemente, para a classe social mais atingida. A ficha não permite identificar entre os que se reconhecem como aposentados a profissão que de fato exerciam, assim como o pensionista.

Gráfico 13 - Notificações de violência contra a pessoa velha pela ocupação/profissão, período de 2009 a 2015, em Palmas



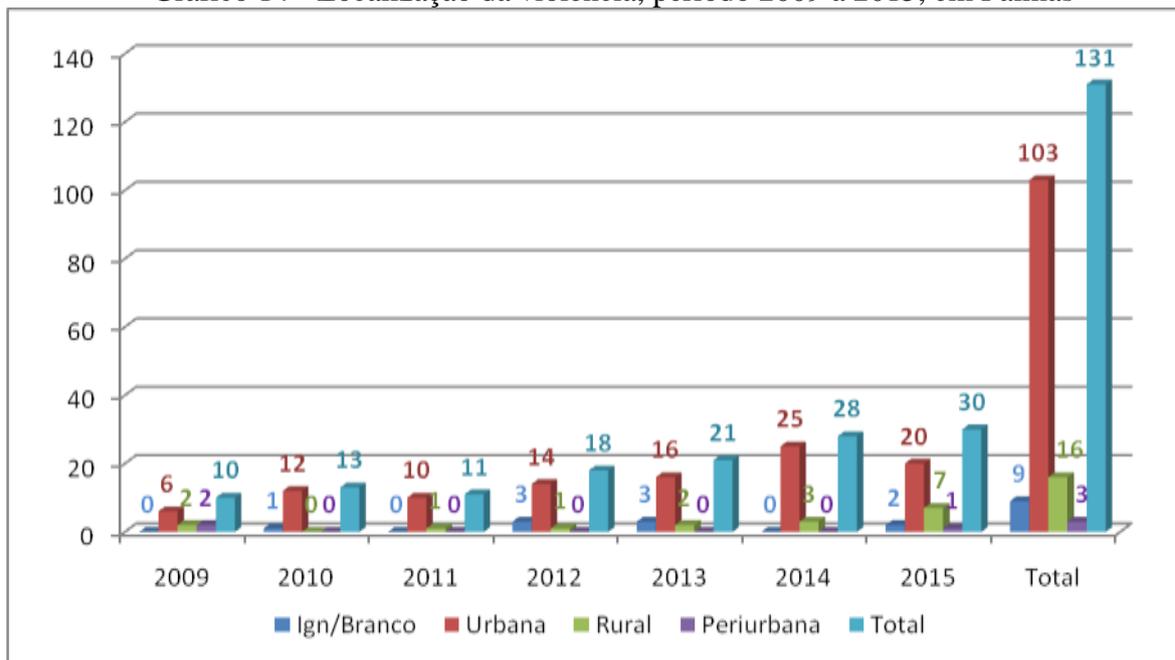
Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Verifica-se, ainda, não preenchimento da profissão em todas as fichas ou lançamento no sistema, eis que o número total é inferior ao número de notificações.

No tocante à localização geográfica da violência, o meio urbano concentra em torno de 79% dos casos, o que reforça o acentuado processo de urbanização que o país vem sofrendo e, por sua vez, a necessidade de melhores equipamentos públicos para lidar com uma violência cada vez mais presente. Em relação à área rural cada vez menos povoada temos a agravante dos serviços de saúde serem prestados pelos agentes comunitários de saúde vinculados à comunidade em que trabalham, normalmente isolada, o que pode fazer com que o profissional omita a investigação ou a própria notificação da violência.

Tratando-se de zona rural em que o distanciamento geográfico é fator a dificultar a percepção da violência por pessoas estranhas ao ambiente familiar, onde não é freqüente o atendimento por equipes de saúde, que, em regra, resume-se ao do agente comunitário de saúde, a quem por certo recairá a autoria de notificação de violência cometida nesse ambiente.

Gráfico 14 - Localização da violência, período 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

Quanto ao local de prática da violência, a ficha Sinan disponibiliza para preenchimento os seguintes espaços: Residência, Habitação Coletiva, Escola, Local de prática esportiva, Bar ou similar, Via pública, Comércio/serviços, Indústria/construção, Outro, Ignorado.

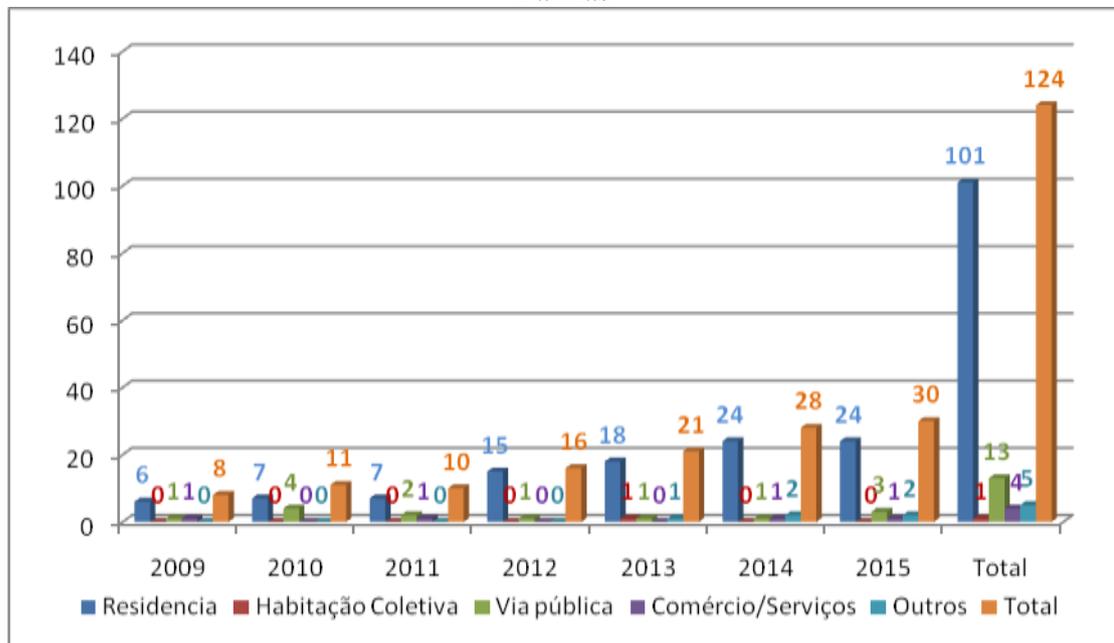
A pesquisa revela que a violência é muito expressiva na própria residência do idoso, o que, por consequência, permite aferir que a maior ameaça aos seus direitos não se origina do

meio externo, mas no ambiente que deveria proporcionar o seu bem-estar sob todas as óticas e que é a base da sociedade: a família.

Nota-se de forma muito clara o aumento da violência na residência, quando dos quatro novos casos surgidos na segunda pesquisa, verifica-se que todos foram na residência da vítima.

Dado que não constou foi o ambiente escolar, como ambiente de violação de direitos, vez que é fato notório o fluxo de velhos para as instituições de ensino superior e, até mesmo, escolas da educação básica.

Gráfico 15 - Local de prática da violência contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Foi questionado o tipo de violência conforme o consignado na ficha Sinan, em nove subtipos: Física, Psicológica/Moral, Tortura, Sexual, Tráfico de seres humanos, Financeira/Econômica, Negligência/Abandono, Intervenção Legal, Outros tipos de violência, cujo resultado encontra-se abaixo.

A pesquisa não identifica no período (2009 a 2015) nenhuma notificação compulsória de violência contra idoso referente a tráfico de seres humanos ou intervenção legal. Revela baixa notificação para a violência sexual, violência financeira/econômica (três casos para ambas) e violência negligência/abandono (quatro casos).

Realmente, não se ouve falar de idosos serem de interesse ao tráfico de seres humanos e não é comum serem eles vítimas de agentes do Estado no exercício de suas funções, até porque o contato previsível com representantes estatais se dá justamente com os da área de saúde.

A violência sexual nessa faixa etária tem pouca divulgação e também não é comum na rotina de trabalho da pesquisadora, mas a baixa notificação de violência financeira/econômica (patrimonial), não pode significar não existência, vez que numa cidade considerada nova e surgida em meio ao espaço eminentemente rural em que naturalmente há grande número de aposentados rurais e, a percepção da pesquisadora em razão do seu trabalho de que a violência patrimonial é comumente dirigida aos velhos, leva a indagar a percepção dos profissionais de saúde e até mesmo dos próprios idosos, vez que ao contrário da física e sexual não tende a gerar comoção, não deixa marcas e não enseja atendimento na rede pública de saúde.

Gráfico 16 - Notificações de violência financeira/econômica contra a pessoa velha, no período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

Há dificuldade na própria conceituação da violência patrimonial ao que se perfilha a dificuldade de identificação. Ademais vai de encontro à vivência da pesquisadora na sua profissão, na qual identifica elevado número de empréstimos consignados sem anuência do idoso aposentado, da mesma forma que a retirada de créditos pessoais com o uso do cartão bancário e senha do aposentado nos caixas eletrônicos, indicando as instituições bancárias como violadoras dos direitos na medida em que deixam de exigir o cumprimento de requisitos legais para as contratações bancárias.

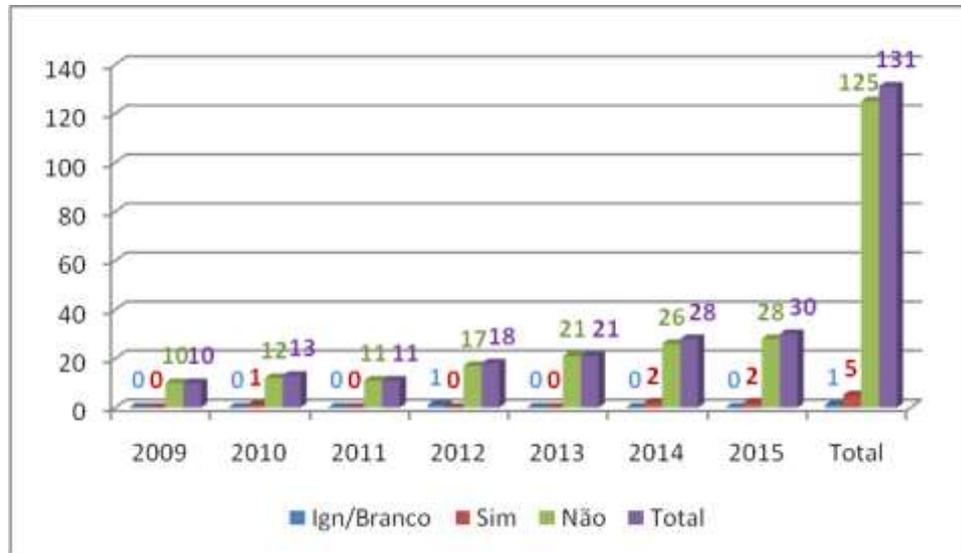
O enfrentamento da violência contra o idoso deve passar necessariamente pelo reconhecimento de que a violência patrimonial está sendo potencializada pelas próprias instituições financeiras quando facilitam o acesso ao crédito. O superendividamento, um fenômeno social que alcança a dignidade das pessoas causa ainda mais males para a parcela da sociedade que recebe proventos, ou seja, os idosos.

A facilidade de acesso ao crédito, por meio de descontos nos próprios proventos do idoso, o coloca em situação de vulnerabilidade extrema, exigindo da rede de proteção especial atenção para que o disposto na Instrução Normativa INSS/PRES N° 28, de 16 de maio de 2008, seja aplicada em sua plenitude.

Chama a atenção também a baixa notificação da violência negligência/abandono (quatro casos), pois na atuação profissional da pesquisadora em cidades interioranas do estado recebe, por ano, notícias de fato envolvendo negligência e abandono aos idosos em número equivalente ou até superior aos notificados em sete anos na maior cidade do Tocantins.

A pesquisa revela baixa notificação de tortura (cinco casos).

Gráfico 17 - Notificações de tortura contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

O crime de tortura no Brasil é definido pela Lei n. 9.455/1997 como sendo qualquer ato praticado com o objetivo de constranger alguém com violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental, seja com o fim de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa, para provocar ação ou omissão de natureza criminosa, em razão de discriminação racial ou religiosa ou simplesmente submeter a pessoa

que deveria proteger a intenso sofrimento físico ou mental, valendo-se de violência ou grave ameaça.

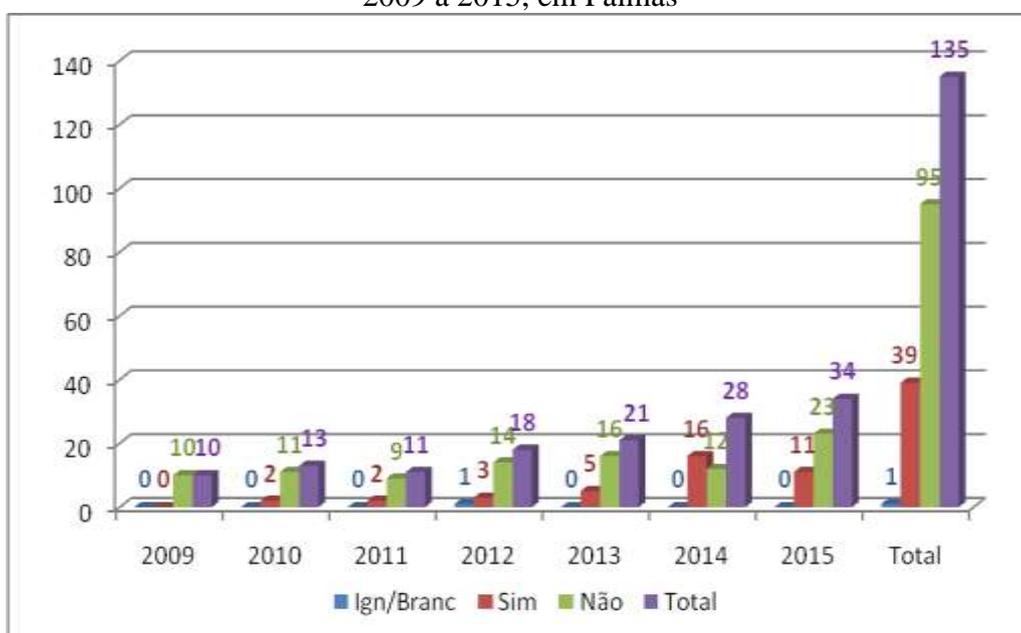
A leitura dos elementos caracterizadores do crime de tortura é suficiente para se concluir que a sua caracterização não é fácil, já que nem toda lesão corporal, nem toda ameaça e nem todo sofrimento físico ou mental é um ato de tortura.

Daí a necessidade de se realizarem constantes treinamentos aos servidores responsáveis pelo preenchimento da ficha de notificação compulsória para a correta classificação do ato comprovado ou suspeito de violência contra o idoso.

No período pesquisado, dos 131 casos de violência notificados, a identificação de tortura em apenas cinco casos demonstra baixa notificação. Todavia, o número de 47 encaminhamentos para internação hospitalar (Tabela 4) está a sugerir agressões físicas de intensidade alta, que poderiam vir a caracterizar a tortura, mas que por ser um conceito jurídico e de análise também jurídica, está a indicar a pouca utilização no campo da violência.

Tem expressividade o número de violência psicológica/moral notificada no período quando comparado com a financeira/econômica e a negligência/abandono.

Gráfico 18 - Notificações de violência psicológica/moral contra a pessoa velha, no período de 2009 a 2015, em Palmas



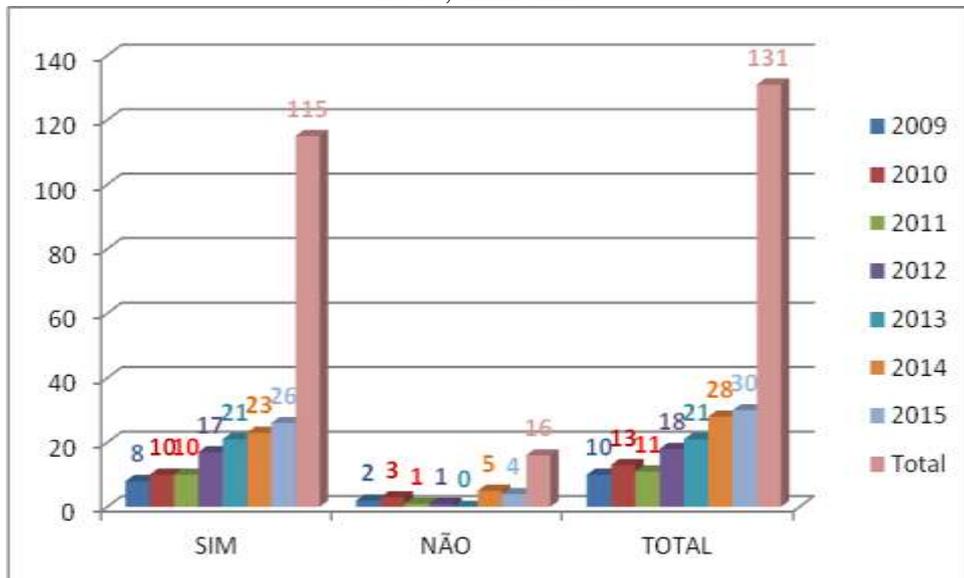
Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

O número de violência psicológica/moral retratada nas notificações pode indicar que a violência psicológica está acompanhada de outras modalidades silenciosas de violência, o que

é comum à pesquisadora identificar nos processos de apuração de crimes como ameaça e injúria, que muitas vezes são anteriores à violência patrimonial, negligência/abandono.

A pesquisa revela o que o senso comum já apreende: o alto índice de violência física, a mais visível das violências, mas que pode ser alcançada mediante progressão que passa pela psicológica e moral, razão pela qual trabalhar para minimização da violência significa também preveni-la diagnosticando e trabalhando as violências antecedentes, normalmente veladas, o que requer mais treinamento dos profissionais.

Gráfico 19 - Notificações de violência física contra a pessoa velha, no período de 2009 a 2015, em Palmas

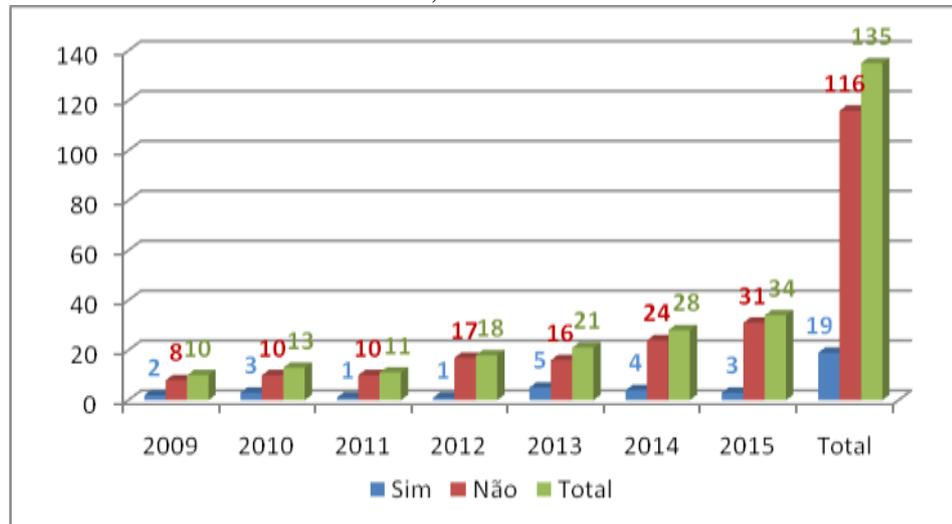


Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, agosto/2015, elaborado pela autora.

Por ser a mais visível das violências a física foi a que maior número de notificações ensejou.

No período da pesquisa foram, por fim, notificados 19 casos enquadrados em “outras violências”, o que poderia ensejar pesquisa de campo para elucidação a que se referem para fazer tão expressivo número diante de tantas modalidades de violência disponibilizadas na ficha.

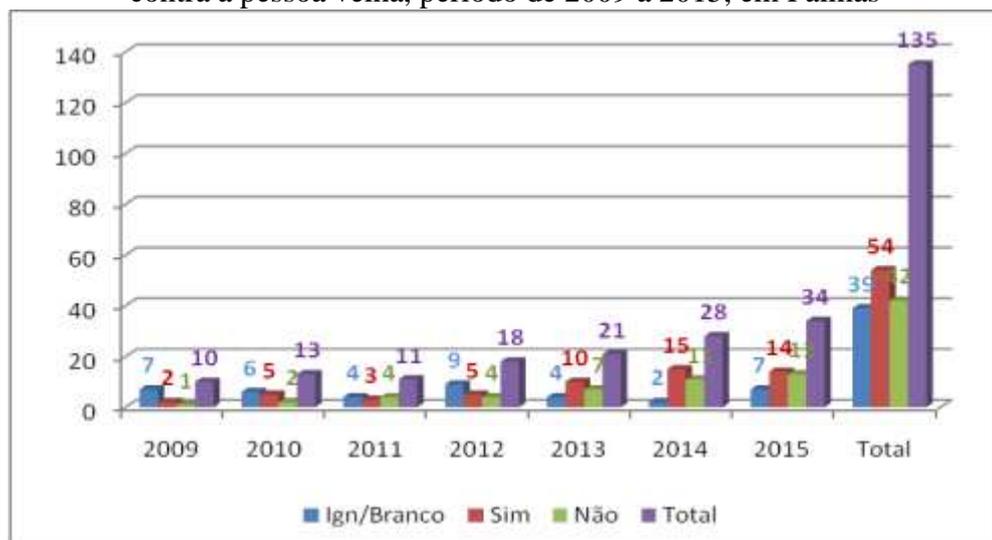
Gráfico 20 - Casos enquadrados em “outras violências” contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Ao apontar 54 casos em que há suspeita de uso de álcool pelo agressor diante de 42 respondidos como não e 39 fichas não preenchidas, a pesquisa revela o álcool como fato conectado à violência.

Gráfico 21 - Notificações em que há suspeita do uso de álcool pelo suposto autor da violência contra a pessoa velha, período de 2009 a 2015, em Palmas



Fonte: SESAU de Palmas, Sinan-NET, 20/11/2015, elaborado pela autora.

Mais uma vez o conhecimento popular é comprovado com a pesquisa que indica que o álcool é agente deflagrador de condutas violentas das mais variadas formas, assim como, as drogas ilícitas, que não são objeto da ficha Sinan.

Foram solicitados para a pesquisa os procedimentos/encaminhamentos⁸ adotados a partir da notificação e a resposta se deu de acordo com o preenchimento no campo “encaminhamento” da ficha. Tendo em vista a alteração da ficha Sinan no ano de 2014, para melhor explanação das possibilidades fornecidas pela ficha a orientar a atuação profissional diante da vítima da violência, perfilhamos as possibilidades na tabela abaixo:

Tabela 3 - Encaminhamentos constantes da Ficha de Notificação Compulsória de Violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, período 2009 a 2015, em Palmas

FICHA SINAN ATÉ 2014	FICHA SINAN MODELO 2014
Casa Abrigo	Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)
Delegacia de Atendimento ao Idoso	Delegacia de Atendimento ao Idoso
Outras Delegacias	Outras Delegacias
Ministério Público	Ministério Público
Centro de Referência da Assistência Social (CREAS-CRAS)	Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
Instituto Médico Legal (IML)	Centro de Referência dos Direitos Humanos
Outros – Quais?	Defensoria Pública
Conselho Municipal dos Direitos do Idoso	Conselho do Idoso
Conselho Estadual dos Direitos do Idoso	Rede da Educação
	Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)

Fonte: autora, 2015

⁸ Procedimento como inserção em programa, ação de atenção multidisciplinar com discriminação dos profissionais envolvidos dentro da Saúde. Encaminhamento: como direcionamento do problema para a resolução a outros órgãos ou instituições.

Os encaminhamentos consignados no sistema Sinan no período de 2009 a 2015 indicaram: sete para o Instituto Médico-Legal (IML), um para o Ministério Público, 17 para delegacias que não de atendimento ao idoso, quatro para Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), um para Centro de Referência da Mulher, nenhum encaminhamento pra casa abrigo, seis encaminhamentos para outros setores não indicados e 73 encaminhamentos para o Setor de Saúde, conforme especificado na tabela abaixo:

Tabela 4 - Encaminhamentos, pelo Município de Palmas, de idosos vítimas de violência no período de 2009 a 2015, a Setores de Saúde

Ano	Em			Intern.		Total
	Bran.	Ignorado	Enc. At. Bás.	Hosp.	Ñ aplic	
2009	0	1	0	6	3	10
2010	0	0	7	4	2	13
2011	1	0	2	6	2	11
2012	1	0	9	5	3	18
2013	2	2	3	14	0	21
2014	6	2	5	12	3	28
2015	36	0	0	0	0	36
Total	46	5	26	47	13	137

Fonte: SESAU, Sinan-NET, novembro de 2015, elaborada pela pesquisadora

Assim como no preenchimento da relação do autor da violência com a vítima, os encaminhamentos dados exigem, preenchimento dos códigos 1- Sim, 2 - Não e 9 - Ignorado nos campos acima, o que gera dificuldades de preenchimento e eleva o número de dados periféricos como não se aplica, ignorado, em branco.

Fato que causa estranheza e suscita dúvidas é o do ano de 2015 ter elevado número de campos em branco e nenhum encaminhamento para atenção básica ou para internação hospitalar.

Em resposta à função exercida pelo agente notificador (campo de preenchimento na ficha) foi informado que “a maioria dos profissionais que realiza a notificação são técnicos de enfermagem, o que não anula a responsabilidade de qualquer outro profissional do setor saúde notificar”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dispõe o Estatuto do Idoso que “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente” (art. 8º) e que “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (art. 9º). Portanto, é trazido ao campo jurídico o estado de proteção que deve ser garantido aos velhos.

Da pesquisa extrai-se que leis das mais variadas espécies não faltam para garantir tudo que os velhos necessitam para uma vida digna, a qual, não é possível de ser alcançada sem o combate à violência. Todavia, esse enfrentamento exige muito mais do que leis, mas integração de fatores políticos, culturais e ideológicos.

O velho não precisa mais de declaração de direitos, mas sim de concretização de direitos já declarados.

Nesse sentido e com esse objetivo sinaliza de forma veemente a Política Nacional do Idoso. As suas diretrizes e propostas de gestão são importantes referenciais para que o direito declarado se torne realidade transformando a vida dos cidadãos com mais de sessenta anos de idade e, conseqüentemente, a própria sociedade.

Não é possível a criação de condições para promover a integração do velho na sociedade com autonomia e participação efetiva – leia-se, exercício da cidadania ativa -, sem o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informação específica sobre os casos de violência contra o idoso.

A conquista da notificação compulsória de violência contra o idoso foi um passo fundamental em direção a garantia dos direitos dos velhos e o registro dos dados da ficha de notificação em um Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan-NET possibilita delinear o fenômeno, conhecendo os tipos de violência, local onde ocorre, os meios utilizados, o perfil das vítimas e dos agressores, dimensionar a demanda e daí direcionar ações à prevenção e erradicação, com implantação, extensão e aprimoramento de políticas públicas.

Portanto, os dados da ficha Sinan são de gigantesca importância, pois podem medir o acerto ou erro das políticas direcionadas ou a magnitude do problema das violências e, assim, ser diretriz de condução das políticas públicas da área.

Verificou-se que vários campos da ficha não são preenchidos/informados (a exemplo da escolaridade, ocupação) ou que há falta ou necessidade de readequação dos campos de relevância (como netos/bisnetos nas possibilidades de agressores), obrigatoriedade de

preenchimento com códigos (1-sim, 2- não e 9 – ignorado) em campos em que a marcação de um, em regra, exclui os outros, como a relação do agressor com a vítima e o campo de encaminhamentos ou do meio da agressão.

Também o grande número de campos da ficha (total de 69), com exigência de informações que podem não se incluir na formação de todos os profissionais da saúde, demonstra a necessidade de simplificação do modelo formulário da mesma, na linha do que já foi alcançado com a retirada na atual ficha dos campos “conseqüências da violência”, “natureza da lesão” e “parte do corpo atingida”. Além disso há necessidade de readequações de outros como a inserção de marcação positiva de um ou alguns itens nos campos em que o preenchimento de um, por conseqüência, negativa as outras opções.

Em que pese as críticas mencionadas acima, a ficha SINAN permitiu traçarmos o perfil do idoso vítima de violência notificada no município de Palmas, capital do Tocantins. Trata-se de homem, de idade entre 60 a 69 anos, com baixa escolaridade, com ocupação de baixa remuneração, pardo, casado, morador de zona urbana, que sofreu a violência física na sua residência após ingestão de álcool pelo agressor, em regra homem e filho.

Os diversos problemas constatados na ficha, na sua interpretação e/ou preenchimento, se superados, poderão contribuir para que esse importante mecanismo possa representar um retrato mais próximo da realidade contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, educação e segurança mais eficazes.

O baixo número da violência contra o idoso frente ao total da violência notificada (crianças/adolescentes, mulheres e idosos) não deveria ocorrer, primeiro, porque não há plausibilidade no fenômeno – a experiência indica que há violência crescente e considerável contra os idosos – e segundo, porque a notificação é – ou deveria ser – compulsória.

A percepção da sociedade e da pesquisadora é que há sim violência e o que ocorre é a subnotificação, situação que, a propósito, foi reconhecida pelo próprio Município de Palmas e levada para a sua agenda (PALMAS, 2015).

Apesar da presença dos serviços de notificação em todas as unidades de saúde do Município de Palmas, o número de unidades que não realizou notificações foi, em 2013, superior ao dobro das que realizaram, sendo a colocação de tal dado em boletim de comunicação, indicativo de interesse do gestor municipal em enfrentar o problema e desenvolver ações com o objetivo de melhorar o serviço de notificação.

A leitura das considerações do poder público é que os agentes notificadores e os serviços de saúde, por vários motivos, que vão ao encontro dos resultados obtidos na pesquisa mencionada no capítulo II (agentes comunitários de saúde da cidade de Sobral-CE), de que os

ACS após identificarem a violência, por não saberem a quem se reportar, deixavam a mesma fadar-se aos casos de subnotificação.

E a construção de um ambiente de respeito, compreensão e integração com os idosos não pode ficar restrito à Universidade da Maturidade (UMA)⁹, nem a espaços isolados planejados no âmbito do município (Parque da Pessoa Idosa). Tais iniciativas, pela sua importância e capacidade de transformação social devem estar abarcadas por toda a administração, tanto no aspecto de políticas públicas quanto, especialmente, no aspecto orçamentário.

Nesse sentido surpreendeu o fato de a Capital do Estado não possuir abrigo, omissão estatal que inviabiliza a concretização de uma das medidas de urgência para retirada de idosos de situação de violência e ameaça (arts. 3º, 43 e 45 do Estatuto). Acrescente-se a isso a precária estrutura física e de pessoal dos Conselhos Municipal e Estadual do Idoso.

A pesquisa revelou que apesar da existência de material didático-pedagógico para identificação e resolutividade da violência, distribuído pelo Ministério da Saúde (BRASÍLIA, 2007), há um baixo índice de notificações de casos e uma evidente situação de subnotificação, autorizando concluir que o treinamento pode estar resumido a simples reunião para entrega de material e formalização de exigências do Ministério da Saúde.

Dentre as causas da subnotificação podem estar:

- desconhecimento da obrigação legal,
- desconhecimento da importância do preenchimento da ficha SINAN,
- burocratização do preenchimento da ficha,
- falta de motivação do servidor,
- não inserção na rotina de trabalho,
- medo de notificar,
- tempo a disponibilizar para a notificação
- fragmentação dos processos de trabalho dentro das equipes

Extraí-se de resposta à pesquisa que “a maioria dos profissionais que realizam a notificação são técnicos de enfermagem, o que não anula a responsabilidade de qualquer outro profissional do setor de saúde notificar”, o que pode traduzir um fluxo de trabalho que sugere aos demais profissionais que é o enfermeiro quem deve notificar, evidenciando uma das causas da subnotificação.

⁹ A Universidade da Maturidade (UMA) é principal projeto de extensão da Universidade Federal do Tocantins voltado para promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa velha no estado e com alcance em outras unidades da federação. Para saber mais acessar www.uft.edu.br/uma

O incentivo à pesquisa feito pela FESP/Palmas é fato positivo e poderá ser o condutor do despertar da relevância do preenchimento correto e completo dos dados para além de processo burocrático de preenchimento, alimentação e retirada de um sistema informatizado nos profissionais que trabalham com a notificação compulsória de violência.

A proposta de contrapartida de atuação dos estudantes bolsistas como residentes nos serviços de saúde deve ser aplaudida e com a busca dos dados junto à Vigilância Epidemiológica verificou que o atendimento realizado pela residente no setor restou diferenciado em relação aos servidores da área técnica, pois a percepção apreendida pela pesquisadora foi de que somente a residente externou o olhar de importância para a pesquisa, o que contribui para uma visão diferenciada ao serviço de notificação que requer muito a ser feito para que tenhamos um completo envolvimento de todos os profissionais da rede pública municipal de saúde.

No tocante ao preenchimento dos dados verificou-se impropriedade dos mesmos (a exemplo do grande número de agressores desconhecidos e de auto-agressões) quando confrontados com outros (local de prática da violência), pois se quantidade expressiva dos atos de violência são praticados na residência da vítima (101 de 124 casos informados), como pode ser tão elevado o número de agressores desconhecidos?

Essa contradição leva a acreditar que, em verdade, o que podemos ter é o desenvolvimento de uma cultura de acobertamento do agressor, reproduzindo um comportamento condenável já constatado nos casos de violência doméstica contra a mulher.

Não há dúvidas que o registro da notificação em um banco de dados nacional do SUS é conquista incalculável para avanços no combate à violência por todos os entes federados.

Todavia, por se tratar de um sistema que, não obstante público apresenta sérias dificuldades técnicas para usuários, eis que exige múltiplas tabulações, já traz apatia aos servidores que têm que lidar com ele nas suas ordinárias tarefas, as quais são maximizadas pela demanda de atendimento ao público externo que busca as informações e, por óbvio, majora o trabalho do servidor, percepção constatada pela pesquisadora e que contribui para a desmotivação de trabalho voluntariado.

No que se refere a disponibilização dos dados, verifica-se que foi eleito um critério de aglutinação entre as variantes possíveis quanto ao sexo dos prováveis autores/agressores, o que pode ter acarretado a diminuição da violência masculina, revelando a necessidade de se trabalhar tecnicamente os dados, já que dependendo da forma como as informações são buscadas no sistema surgem conclusões diversas, que também ocorrem pela diferença de data de coleta das informações.

Diante da meta do Ministério da Saúde (2013-2015) referida no capítulo III, de ampliação das unidades notificadoras e do significativo aumento da notificação a partir do ano de 2014 (Gráfico 1) pode-se concluir que a articulação federal colaborou com o expressivo aumento do número de notificações no ano de 2014.

A disponibilização dos resultados das metas, pelos gestores, em banco de dados de acesso ao público como o site do DATASUS em atendimento à exigência de prestação de contas pode colaborar para que o foco de ação sejam os números e não a realidade que representam, devido ao receio de que as políticas atribuídas ao Poder Executivo local venham a sofrer alguma sanção de natureza financeira por não cumprir corretamente “os números”.

Dá-se afirmar que a política voltada especificamente para o idoso é pontual, portanto, em regra, o que se constata é disputa de fundos e recursos públicos, levando o que tem maior capacidade de articulação a angariar maiores estruturas de atuação.

Um grande desafio é construir uma política pública, não para a velhice, geralmente entendida e apreendida como apenas um estágio da vida (o que se aproxima do fim), mas para o envelhecimento digno de forma que opere transversalmente em toda a rede de serviços públicos e também privados numa construção coletiva.

Buscando solucionar pontos negativos da ficha e do sistema de inserção e disponibilização dos dados dela extraídos, propomos:

1. Readequação do atual campo vínculo/grau de parentesco do agressor com a vítima para substituir filho(a) por descendentes do sexo masculino e feminino ou inclusão de netos(as) e bisnetos (as);
2. Substituição da marcação com os códigos 1-sim, 2-não, 9-ignorado por marcação tipo “X” das opções caracterizadas, para dispensar a marcação de todos os campos com os códigos;
3. Retirada do meio de agressão ou exemplificação de objeto contundente e objeto perfurocortante, por serem conceitos afetos ao estudo da medicina legal;
4. Formalização da entrega dos dados mediante referência à data de retirada do sistema;
5. Normatização dos procedimentos de readequação do sistema quanto a informações já nele lançadas;

No tocante ao não preenchimento ou preenchimento inadequado dos campos da ficha propomos treinamento permanente de formação contínua a todos os servidores da saúde e qualificação especialmente direcionada aos da atenção básica, por ser a porta de entrada de agravos e doenças no Sistema SUS, para que possam identificar e notificar os casos de

violência, descortinando o silêncio das vítimas, que por temor de perda dos laços familiares que, muitas vezes, também cercam o agressor e, também, por temor do aumento da intensidade da violência, a omitem e até mesmo a negam.

O treinamento deve inserir rotinas de trabalho que possibilitem dar segurança ao autor da comunicação e notificação de violência contra possíveis retaliações dos agressores, como revezamento dos profissionais e equipes da área da violência. E também vencer desafios e proporcionar motivação, envolvimento para um trabalho comprometido e entusiasta de um profissional que esteja apto a ver, ouvir e acolher o sofrimento da vítima, de cuja esfera de disponibilidade deve sair a violência, porquanto fenômeno social e de saúde pública.

Sugere-se, ainda, a realização de auditorias periódicas às unidades notificadoras para verificar a qualidade dos dados advindos dos setores de saúde, mediante confronto com os constantes em prontuários de atendimento, ao invés de entender que a não realização de nenhuma notificação indica pacificidade.

Sensibilizar os gestores para criação de setores específicos em todas as secretarias destinados à coleta, organização e divulgação dos dados de violência contra o velho também é um passo que pode ser avaliado.

Acreditamos que a transversalidade é a ideia a ser alcançada. Nesse contexto, sugere-se que a capacitação para se identificar sinais de violência seja feita não só para os profissionais da saúde, mas também aos da educação, assistência social, cultura, esporte etc.

Além disso, na esteira do recomendado pela OMS, importantíssimo é a inclusão efetiva nas grades curriculares, inclusive e especialmente na pré-escola e ensino fundamental, disciplina sobre o envelhecimento humano e respeito a pessoa velha.

Pode-se também ampliar o treinamento dado ao professor para ter percepção de violência contra o aluno para também perceber se o velho que está com a responsabilidade do neto ou bisneto perante a escola, muitas vezes com esforço superior às condições físicas e psicológicas, não é alvo de violência, ou vice-versa.

Da mesma forma o papel preventivo a ser desenvolvido pela assistência social e demais integrantes do SUAS na restauração de laços afetivos antes da velhice e quanto a desproteção material daquele que não se preocupou com a aposentadoria, desenvolvendo ações de conscientização de direitos e formalização de relações de trabalho.

A utilização da transversalidade como instrumento de implementação de políticas públicas para o envelhecimento poderá conferir efetividade a uma rede permanente de proteção e promoção ao envelhecimento digno.

A articulação e integração de diversos setores da administração pública e da sociedade – Ministério Público Estadual, secretarias da saúde e educação de Palmas, Parque Municipal do Idoso, UFT, UMA, Secretaria Estadual de Educação, Secretaria de Defesa e Proteção Social do Tocantins – podem viabilizar a criação de um Observatório da Pessoa Idosa em Palmas, o que poderá servir de modelo a ser interiorizado no Estado.

O observatório constitui-se em um dispositivo de observação, acompanhamento e análises das políticas e estratégias de ação de enfrentamento da exclusão e violência contra a pessoa velha.

Deve funcionar como um espaço permanente e interativo de intercâmbio de informações entre os diversos setores e níveis da administração pública e sociedade civil com vistas a potencializar e conferir eficácia às políticas públicas.

Enfim, a articulação de todo o serviço com a causa do envelhecimento em verdadeira rede está a exigir mais do que comprometimento, mas sensibilização do ser humano ao exercício de alteridade para despertar, resgatar a ele a emoção de poder indignar-se com o fenômeno e assim o capturar para o seu enfrentamento, como sujeito, não da sua história, mas da história de muitas vidas.

REFERÊNCIAS

AMARAL E SILVA, A. F. **Poder Judiciário e rede de atendimento. Pela Justiça na Educação.** Brasília: MEC, 2000.

ANÍSIO, José. **Gestão da Política Nacional do Idoso à luz da realidade de Juiz de Fora.** Dissertação de mestrado. Disponível em: <www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/jose_anisio.pdf>. Acesso em: 23 out. de 2015.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice: a realidade incômoda.** Tradução: Heloysa de Lima Dantas. 2. ed. São Paulo: Difel, 1976.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: a ética do humano, compaixão pela terra.** Petrópolis: Editora Vozes 1999.

BRASIL. Constituição Federal, 1988. São Paulo: Atlas, 2014.

BRASIL. Lei no 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 8 dez. 1999. Disponível em: <http://www.in.gov.br/mp_leis/leis_texto.asp?ld=LEI%209887>. Acesso em: 22 dez. 1999.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10741.html>. Acesso em: 12 de mai. de 2015.

_____. Lei Nº 12.213, de 20 de Janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. **Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm>. Acesso em: 11 de mai. de 2015.

_____. O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios.** – Brasília: MPDFT, 2013. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/arquivos/mapa-da-violencia-contra-o-idoso>>. Acesso em: 23 out. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério Saúde, 2007, reimpresso em 2010.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília. Presidência da República. Conselho Nacional do Idoso – Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI. **Brasília: Presidência da República.** Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – Anais da I CNDPI, 2006.

_____. Anais da 2ª CNDI - Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – Avanços e Desafios; – **Brasília: Secretaria de Direitos Humanos**. 2010

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

_____. Instrução Normativa INSS/PRES nº 28, de 16 de maio de 2008.

_____. Portaria do Ministro da Saúde n.º 1968, de 25 de outubro de 2001, Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. **Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html>. Acesso em: 23 out. de 2015.

_____. Portaria interministerial n.º 1873, de 6 de agosto de 2007. Institui Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração do Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/9-1873.html>>. Acesso em: 23 de out. de 2015.

_____. Portaria 2528 GM/MS, de 19 de outubro de 2006, Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudedadaPessoaIdosa.pdf>. Acesso em: 23 de out. de 2015.

_____. Decreto nº 7.037, de 21 de Dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências. **Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm>. Acesso em: 21 out. de 2015.

CASTELS, Manuel. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre cidadania e modernidade**. Revista Praia Vermelha. Rio de Janeiro, UFRJ, 1997, pp. 145-165.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?**. In: MATO, Daniel (Coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedade civil em tiempos de globalización*. Caracas: Facs, Universidade Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

_____, Evelina. **Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal**. Revista Rio de Janeiro, Uerj, n. 15, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. ESCOLA QUE PROTEGE: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008, 2ª edição.

_____. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica**. Revista Katálysis, UFSC, 2013, v. 16, n. esp., p. 88-91.

_____. **Violência contra a pessoa idosa.** Ocorrências, vítimas e agressores. Ed. Universa, Brasília 2007.

_____. **Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos.** In: Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade (Anita Liberalesso Néri (org). São Paulo: Edit. Fundação Perseu Abramo/Edições Sesc. SP. 2007, p. 165.

FALEIROS, Vicente de Paula & FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. **Circuito e Curtos-circuitos: Atendimento, Defesa e Responsabilização do Abuso contra Crianças e Adolescentes.** São Paulo: Veras, 2001.

FARBER, Sonia Sirtoli. **Envelhecimento e Elaboração das Perdas.** Revista a Terceira Idade, SESC-GETI-São Paulo, vol. 23, n.º 53, março 2012, p. 08-19.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, vol 8, n.º 4, pp 129-138. 2002

FREITAS, Elizabete Viana de ...[et al.]. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1980-2050:** Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 137p. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. acesso em: 12 out. de 2015

_____. **Séries históricas e estatísticas.** Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP210>>. Acesso em: 12 out. de 2015.

LEMONS, Naira e MEDEIROS, Sônia Lima. **Suporte social ao idoso dependente. Tratado de geriatria e gerontologia. Organizadores:** FREITAS, Elizabete Viana de ...[et al.]. 3.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LIDIA, Vera. **Redes de proteção: novo paradigma de atuação.** Experiência de Curitiba: Curitiba, 2002.

LUZ, Mirna. **Intersetorialidade: um desafio na implementação da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro.** Dissertação de mestrado disponível em <<thesis.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/ferreiramlcm.pdf>>. Acesso em 04 de dez. de 2015.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros, **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009.** Saúde Brasil 2010: uma

análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. cap. 10.

MAZZILLI, Hugo Nigro, 1950 – **A defesa dos interesses difusos em juízo: meio ambiente, consumidor, patrimônio cultural, patrimônio público e outros interesses** / Hugo Nigro Mazzilli. 21ª ed. ver., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

MESSY, Jack. **A pessoa idosa não existe**. Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2004.

_____. Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou Utopia?**. **Saúde e Sociedade**. vol 3, n.º 2, pp 42-64, São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/6947/8416>>, Acesso em: 12 ago. de 2015.

MIRANDA, Danilo Santos. **Editorial**. Revista a Terceira Idade, SESC-GETI-São Paulo, vol. 22, n.º 51, julho de 2011.

MOTTI, Antônio José Ângelo; SANTOS, Joseleno. **Redes de Proteção Social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades**, in Material Didático – PAIR – 2011- Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infatojuvenil no Território Brasileiro. Disponível em: <pair.ledes.net/gestor/titan.php?target=openFile&fileId=1108>. Acesso em: 19 de set. de 2014.

NERI, Anita Liberalesso (organizadora). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**, 3ª ed. ver., atual e ampl. Rio de Janeiro: Forense: São Paulo: MÉTODO, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra. 2002

OTSUKA, José Kazuo, **Velhice e Violência na esfera judiciária no Estado do Tocantins**, dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010.

PALMAS. Prefeitura do Município de Palmas. **Boletim Epidemiológico**. Diretoria de Vigilância em Saúde, Volume 1, Edição 5, Palmas, 2015.

PAZ, Serafim Fortes. **A Política Nacional do Idoso: considerações e reflexões**. Revista a Terceira Idade, SESC-GETI-São Paulo, vol. 24, n.º 58, novembro de 2013.

PINTO, Mercia Sequeira; BASTIANE, Regina: **A educação na perspectiva de uma cultura dos Direitos Humanos nas escolas do RS. Educação em em Direitos Humanos: Diálogos interdisciplinares** / (Org.) Mara Rejane Alves Nunes Ribeiro; Getulio Couto Ribeiro – EDUFAL: Editora Universitária da UFAL, 2012, p. 273-281.

PITANGA, Danielle de Andrade. **Velhice na Cultura Contemporânea**. Dissertação de mestrado. Disponível em: <www.unicap.br/tede/>. Acesso em 03 de jul. de 2015.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcellos de. **Participação Popular na velhice**: possibilidade real ou mera utopia? Revista O mundo da Saúde, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 204-213, 1999.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social**. São Paulo: AbrilCultural, 1978.

SALES, Diane Sousa, FREITAS Cibelly Aliny, BRITO, Maria da Conceição, OLIVEIRA, Eliany, DIAS, Fernando, PARENTE, Fabiana, SILVA, Maria Josefina. **A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde**. Estud. interdiscipl. Envelhec., v. 19, n. 1, p. 63-77, Porto Alegre: 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang (2006). **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**, 2ª ed. Tradução Clóvis Marques. 2ª ed. - Rio de Janeiro: Record, 2008.

SILVA, Vanessa. **Velhice e Envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do Sesc-Estreito**. TCC apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial287076>. Acesso em 03 de jul. de 2015.

SILVA, Teresinha Maria Nelli Silva. **O Idoso, a Educação Popular a Política Social. Uma leitura a partir de Paulo Freire**. Revista a Terceira Idade, SESC-GETI-São Paulo, vol. 19, n.º 42, junho de 2008, p. 52-62.

APPÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA FESP**QUESTIONÁRIO****COLETA DE DADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA A PARTIR DAS FICHAS DO SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**

- 1) Quantas notificações de violência contra a pessoa idosa (maior de 60 anos) nos anos de 2013, 2014, 2015 foram feitas pelo Município de Palmas-TO?

- 2) Quantitativo (por ano) de violência por faixa etária de acordo com os grupos:
 - A) 60 – 70 anos;
 - B) 71 – 80 anos;
 - C) Maiores de 80 anos;

- 3) Qual a raça/cor da vítima (por ano)?
- 4) Quantos são moradores de Palmas (por ano)?
- 5) Quantos são moradores das demais cidades do Estado do Tocantins (quais e quantidade por ano)?
- 5) Existem notificações com moradores de outros Estados (por ano)? Quais e quantas?
- 6) Quantos aposentados (por ano)? (ocupação).
- 7) Situação conjugal/estado civil da vítima (por ano)?
- 8) A vítima declarou opção sexual – heterossexual, homossexual, bissexual etc (quantidade por ano)?
- 9) Foi identificado na vítima alguma deficiência ou transtorno? Se sim? Qual (quantidade por ano)?
- 10) A violência ocorreu em zona urbana, rural, periurbana, ignorado (quantidade por ano)?
- 11) Quantitativo (por ano) de violência por horário de acordo com os turnos:
 - A) 0 e 6 horas;
 - B) Entre 6 e 18 horas;
 - C) Entre 18 e 23 h 59 min;

- 12) Qual o local da prática da violência (quantitativo por ano):

- A) Residência
- B) Habitação Coletiva
- C) Escola
- D) Local de prática esportiva
- E) Bar ou similar
- F) Via pública
- G) Comércio/serviços
- H) Indústria/construção
- I) Outro
- J) Ignorado

13) Há outros registros de violência contra a mesma vítima?

14) A lesão foi classificada como autoprovocada (quantitativo por ano)?

15) A vítima foi submetida a qual tipo de violência (quantitativo por ano)?

- A) Física
- B) Psicológica/Moral
- C) Tortura
- D) Sexual
- E) Tráfico de seres humanos
- F) Financeira/Econômica
- G) Negligência/Abandono
- H) Intervenção Legal
- F) Outros tipos de violência (especificar).

16) Qual o meio utilizado para a agressão (quantitativo por ano)?

- A) Força corporal/espancamento;
- B) Enforcamento;
- C) Objeto Contundente
- D) Objeto Pérfuro-Cortante
- E) Substância/objeto quente
- F) Envenenamento
- G) Ameaça
- H) Arma de Fogo
- I) Outro meio de agressão (especificar)

17) Quais as consequências detectadas no momento da notificação (quantitativo por ano)?

- A) Estresse pós-traumático
- B) Transtorno comportamental
- C) Transtorno mental
- D) Tentativa de suicídio
- E) DST
- F) Aborto
- G) Gravidez
- H) Outros

18) Qual a natureza da lesão diagnosticada (quantitativo por ano)?

- A) Contusão
- B) Corte/Perfuração/Laceração
- C) Entorse/Luxação
- D) Fratura
- E) Amputação
- F) Traumatismo Dentário
- G) Traumatismo Crânio-Encefálico
- H) Politraumatismo
- I) Intoxicação
- J) Queimadura
- K) Outros
- L) Não se aplica
- M) Ignorado

19) Qual parte do corpo foi atingida (quantitativo por ano)?

- A) Cabeça/face
- B) Pescoço
- C) Boca/dente
- D) Coluna/medula
- E) Tórax/Dorso
- F) Abdome
- G) Quadril/pelve

- H) Membros superiores
- I) Membros Inferiores
- J) Órgãos Genitais/Ânus
- K) Múltiplos órgãos/regiões
- L) Não se aplica
- M) Ignorado

20) O provável autor da violência é (quantitativo por ano):

A) Parente

- a.1) pai
- a.2) mãe
- a.3) padrasto
- a.4) madrasta
- a.5) cônjuge/companheiro
- a.6) ex-cônjuge/ex-companheiro
- a.7) filho(a)
- a.8) irmã(ao)

B) Cuidador

C) Patrão/chefe

D) Pessoa com relação institucional

E) Policial/agente da lei

F) Amigos/conhecidos

G) Desconhecidos

F) A própria vítima

G) Outros

21) Qual o sexo do provável autor da violência (quantitativo por ano)?

22) Há suspeita do uso de álcool (quantitativo por ano) pelo suposto autor da violência?

23) Qual a função exercida pelo agente notificador (quantitativo por função no ano)?

24) Quais foram os procedimentos/encaminhamentos¹⁰ adotados a partir da notificação (quantitativo por ano)?

A) Casa Abrigo

B) Delegacia de Atendimento ao Idoso (VERIFICAR SE PALMAS TEM)

C) Outras Delegacias

D) Ministério Público

E) Centro de Referência da Assistência Social (CREAS-CRAS)

F) Instituto Médico Legal (IML)

G) Outros – Quais?

H) Conselho Municipal dos Direitos do Idoso

I) Conselho Estadual dos Direitos do Idoso

10 Procedimento como inserção em programa, ação de atenção multidisciplinar com discriminação dos profissionais envolvidos dentro da Saúde. Encaminhamento: como direcionamento do problema para a resolução a outros órgãos ou instituições.

APÊNDICE B – OFÍCIO DA AUTORA**Ofício s/n.º****Palmas/TO, 13 de agosto de 2015.**

**À Ilustríssima Senhora
Werlem Batista da Silva Santiago
Coordenadora da Divisão de Ensino, Trabalho e Pesquisa
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
Palmas/TO**

Senhora Coordenadora,

A par de cumprimentá-la, em complemento a solicitação de dados da FICHA SINAN, conforme solicitação de **Ofício nº**, SOLICITO as seguintes informações relacionadas a eventuais procedimentos após o preenchimento da Ficha SINAN:

1) No âmbito do município é feito monitoramento/acompanhamento de ações para afastar a violência e promover os direitos das pessoas idosas? Se sim? Quantos resultados positivos (quantitativo por ano)?

2) Existe algum serviço de prevenção da violência contra o idoso que se insere no fluxo da informação das notificações compulsórias? Se sim, descrever a atuação e os casos submetidos ao serviço (quantitativo por ano).

Reitero o compromisso de que todas as informações serão tratadas cientificamente, resguardando a postura ética para com o serviço público e seus gestores.

Coloco-me a disposição para os esclarecimentos pertinentes e aproveito a oportunidade para externar meus votos de respeito.

Cynthia Assis de Paula (Pesquisadora):

APÊNDICE C – FICHA SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS					
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).					
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação			
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3	
	44 Geo campo 4	45 Ponto de Referência			
	46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008	

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro			
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal			
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei						
Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros						
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado						
Dados do provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado			59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	
Evolução e encaminhamento	61 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado						
Evolução e encaminhamento	62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
Evolução e encaminhamento	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros						
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
Evolução e encaminhamento	68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data		
Evolução e encaminhamento	71 Data de encerramento						
Informações complementares e observações							
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____							
Observações Adicionais: _____ _____ _____							
Disque-Saúde TELEFONES ÚTEIS Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 100							
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Notificador	Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008							

APÊNDICE D – FICHA SINAN NOVO MODELO

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

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados do provável autor da agressão	61 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados do provável autor da agressão	64 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Evolução e encaminhamento	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		<input type="checkbox"/>
69 Data de encerramento 			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	
		(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque-Saúde 0800 61 1997		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Central de Atendimento à Mulher 180			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Assinatura	
Função			
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			
Sinan			
SVS 14.11.2014			