

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABIANA MARTINS DIAS DE ANDRADE

**PADRÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: ANÁLISE PELO SISTEMA
DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES**

BELO HORIZONTE
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABIANA MARTINS DIAS DE ANDRADE

**PADRÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: ANÁLISE PELO SISTEMA
DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial á obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações.

Orientadora: Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta.

Coorientadora: Profa. Dra. Ísis Eloah Machado.

BELO HORIZONTE
2020

Andrade, Fabiana Martins Dias de.
AN553p Padrões de violência contra idosos: [manuscrito]: análise pelo sistema de vigilância de violências e acidentes. / Fabiana Martins Dias de Andrade.
- - Belo Horizonte: 2020.
125f.: il.
Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.
Coorientador (a): Ísis Eloah Machado.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Maus-Tratos ao Idoso. 2. Violência. 3. Violência Doméstica. 4. Envelhecimento. 5. Sistemas de Informação. 6. Notificação de Abuso. 7. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Machado, Ísis Eloah. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 356



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 642 (SEISCENTOS E QUARENTA E DOIS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA FABIANA MARTINS DIAS DE ANDRADE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de setembro de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se sessão para apresentação e defesa da dissertação "*PADRÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: ANÁLISE DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES*", da aluna **Fabiana Martins Dias de Andrade**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Deborah Carvalho Malta (orientadora), Ísis Eloah Machado (coorientadora), Regina Ivata Tomie Bernal e Maria Imaculada de Fátima Freitas, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒ APROVADA;

☐ REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de setembro de 2020.

Prof. Dr. Deborah Carvalho Malta

Orientadora (Esc. Enf./UFMG)

Prof. Dr. Ísis Eloah Machado

(Coorientadora)

Prof. Dr. Regina Ivata Tomie Bernal

(Fac. de Info. e Administração Paulista)

Prof. Dr. Maria Imaculada de Fátima Freitas

(Esc. Enf./UFMG)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPQ
Em 02/10/2020

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **FABIANA MARTINS DIAS DE ANDRADE**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

ASSINATURAS

Prof.ª. Dr.ª. Deborah Carvalho Malta

Prof.ª. Dr.ª. Isis Eloah Machado

Prof.ª. Dr.ª. Regina Ivata Tomie Bernal

Prof.ª. Dr.ª. Maria Imaculada de Fátima Freitas



Documento assinado eletronicamente por **Isis Eloah Machado**, **Usuário Externo**, em 02/10/2020, às 14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Regina Tomie Ivata Bernal**, **Usuário Externo**, em 02/10/2020, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Deborah Carvalho Malta**, **Professora do Magistério Superior**, em 02/10/2020, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

HOMOLOGADO em nome do CPG
Em 05/10/2020



Documento assinado eletronicamente por **Maria Imaculada de Fatima Freitas, Membro**, em 04/10/2020, às 20:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 05/10/2020, às 08:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0288866** e o código CRC **5F7C32EE**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 0288866

RECEBIDO
em 05/10/2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** em primeiro lugar, pelo seu grande amor e misericórdia, por me dar forças para seguir em frente, aprender e lutar para alcançar meu sonhos e objetivos.

À minha orientadora **Profa. Deborah Carvalho Malta**, agradeço imensamente por compartilhar seu conhecimento, por disponibilizar seu tempo precioso, por toda compreensão e paciência e pela oportunidade de ser sua orientanda. Admiro seu trabalho e competência!

Agradeço especialmente à **Profa. Ísis Eloah Machado**, minha coorientadora que me acolheu de braços abertos desde a graduação, acreditou no meu potencial, pelas conversas, paciência e incentivo. Você é um exemplo para mim!

Aos orientandos da Profa. Deborah, em especial, **Alanna, Ana Carolina, Elton, Francielle, e Laís**, obrigada pela amizade, trabalhos em grupo, conversas e contribuições. Vocês tornaram esse período mais leve e prazeroso.

À **Isabella** e à **Regina**, muito obrigada pela ajuda, paciência e ensinamentos relativos às bases de dados e análises deste estudo.

À **Clarissa e Vanessa**, obrigada pela amizade, mesmo não convivendo mais juntas diariamente, vocês sempre estão ao meu lado e sempre dispostas a me ouvir, apoiar e me incentivar.

Um agradecimento especial à **Ariana**, amiga da graduação que me apresentou a Profa. Ísis Eloah, quando eu estava desesperada por orientação nas análises para o TCC da graduação.

À **Maria Alice**, minha colega de turma, obrigada pelos cafés, pelas conversas diárias e por se tornar uma grande amiga.

A todos os **professores da Pós-Graduação**, muito obrigada pelos valiosos conhecimentos adquiridos.

Aos meus pais, **Jaime e Delisete**, gratidão por terem sempre cuidado de mim e pelo apoio incondicional. Vocês são um exemplo para mim, amo vocês!

Ao meu irmão, **William**, agradecimento pelo carinho, companheirismo e por torcer sempre por mim.

Agradeço, especialmente, ao meu esposo, **Ney**, por me suportar, esses anos não foram fáceis, mas tivemos um ao outro para dar suporte e apoio.

Ao meu filho, **Lucas**, você é um presente de Deus para mim, obrigada pelo carinho e compreensão. Você é meu maior incentivo!

A todos os meus familiares e amigos, **Sílvia Andrade, Paulo, Rodrigo, Paula, Sílvia Carla, Ângela, Gisele e Bruno**, obrigada por todo o apoio e a torcida.

A todos que estiveram do meu lado nesse percurso e que, direta ou indiretamente, contribuíram e torceram por mim, agradeço de coração.

RESUMO

A violência contra o idoso configura-se como importante problema de saúde pública, com implicações na qualidade de vida, saúde individual e populacional. Em função do envelhecimento da população brasileira e das desigualdades sociais, somados à situação familiar e ao contexto psicossocial, os diversos tipos de violência podem ocorrer, em maior quantidade, contra os idosos. Em 2006, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com dois componentes: Vigilância por Inquérito, realizada nos serviços selecionados de urgência e emergência do país, e a Vigilância Contínua, por meio do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN). Sua finalidade é monitorar e fornecer informações para o enfrentamento da violência no país. O objetivo do estudo é descrever os padrões dos atendimentos em serviços de urgência e emergência e das notificações por violência contra idosos no Brasil. Trata-se de estudo transversal, com dados de violência contra o idoso registrados no VIVA, referentes a 2017. Considerou-se idoso toda pessoa com 60 anos ou mais, conforme estabelecido no Estatuto do Idoso. Realizou-se análise descritiva das características da vítima, da violência e do provável agressor segundo sexo, faixa etária e escolaridade, e utilizou-se o teste χ^2 de Pearson para comparação entre os grupos. Na sequência, procedeu-se a Análise de Correspondência Simples para avaliar as principais relações entre as características estudadas e avaliar os principais padrões de violência contra os idosos. Os resultados do VIVA INQUÉRITO mostraram que a maioria das vítimas foi de pessoas idosas, entre 60 a 69 anos, com baixa escolaridade, de raça/cor da pele não branca, residentes da Região Norte do país, que sofreu, sobretudo, violência física. A Análise de Correspondência Simples mostrou quatro padrões de violência, sendo que, ao se considerar o sexo da vítima, foram relacionadas às violências por força/espandimento e lesão por contusão para o sexo feminino. Para os homens, as associações foram lesão por corte, em via pública e por agressor desconhecido. Ao se considerar a faixa etária, o grupo de idosos de 60 a 69 anos apresentou associação com as variáveis raça/cor da pele branca, alta escolaridade, agressor do sexo masculino e com suspeita de consumo de álcool. Entre os mais idosos, encontrou-se relação com raça/cor da pele não branca, baixa escolaridade, outras violências e ocorrência na residência. No componente SINAN foram notificados 17.311 casos ou suspeitas de violência contra o idoso. Do total, 50,4% são de raça/cor da pele branca, 42,3% são casadas e 17,2% possuíam deficiência/transtorno. A maioria (76,9%) das ocorrências foi na residência e a violência física foi o tipo principal, responsável por 62,8% das

notificações e a violência de repetição foi informada por 49,5%. Em relação ao agressor, 62,0% são homens e 62,8% das violências foram cometidas por dois ou mais agressores. A Análise de Correspondência Simples foi realizada segundo o sexo da vítima, sendo obtidos quatro padrões distintos para homens e mulheres. Os resultados mostram diferenças em relação ao sexo: entre as mulheres, as ocorrências foram principalmente na residência, cometidas por agressor familiar ou companheiro, enquanto as ocorrências entre os homens foram, principalmente, na via pública, cometida por pessoa desconhecida e com suspeita de consumo de álcool para ambos os componentes. O presente estudo mostrou que a violência física foi o principal tipo de agressão contra idosos. Em relação ao VIVA INQUÉRITO, a maioria das vítimas eram do sexo masculino e a maior parte das ocorrências foram na via pública. No SINAN, a maior parte das vítimas eram do sexo feminino e o local de ocorrência foi a residência. Nos padrões de violência, evidenciam-se padrões distintos ao considerar o sexo do idoso, a ocorrência de violência física entre os mais jovens e por negligência/abandono entre os mais frágeis e mais idosos, e ainda, a violência cometida pela filha. Além desses, destaca-se a incompletude das variáveis, especialmente escolaridade e suspeita de consumo de álcool, e baixa frequência de notificações na Região Nordeste nos registros do SINAN. É imprescindível o incremento de ações para o enfrentamento da violência contra os idosos no Brasil, por meio de políticas efetivas que visem a melhoria das condições de vida e mudanças estruturais que permitam reduzir as desigualdades e acabar com toda natureza de discriminação, como gênero e idade e a promoção de uma cultura de paz em todas as faixas etárias.

Palavras chave: Maus-Tratos ao Idoso; Violência; Idoso; Violência doméstica; Envelhecimento; Sistemas de Informação; Notificação de Abuso; Inquéritos Epidemiológicos; Epidemiologia; Análise Multivariada.

ABSTRACT

Violence against the elderly is an important public health problem, with implications for quality of life, individual and population health. Due to the aging of the Brazilian population and social inequalities, added to the family situation and the psychosocial context, the different types of violence can occur, in greater quantity, against the elderly. In 2006, the Ministry of Health developed the Violence and Accident Surveillance System (VIVA), with two components: Surveillance by Survey, carried out in selected urgency and emergency services in the country, and Continuous Surveillance, through the System of Diseases Notification (SINAN). Its purpose is to monitor and provide information to tackle violence in the country. The objective of the study is to describe the patterns of care in urgent and emergency services and notifications for violence against elderly people in Brazil. This is a cross-sectional study, with data on violence against the elderly recorded in VIVA, referring to 2017. Any person aged 60 or over was considered elderly, as established in the Elderly Statute. A descriptive analysis of the characteristics of the victim, of the violence and of the probable aggressor was carried out according to sex, age group and education, and Pearson's χ^2 test was used to compare the groups. Then, the Simple Correspondence Analysis was carried out to assess the main relationships between the characteristics studied and to assess the main patterns of violence against the elderly. The results of the VIVA SURVEY showed that the majority of the victims were elderly people, between 60 and 69 years old, with low education, of non-white race/skin color, residents of the Northern Region of the country, who suffered, above all, physical violence. The Simple Correspondence Analysis showed four patterns of violence, and, when considering the victim's gender, they were related to violence by force/beatings and contusion injuries for women. For men, the associations were injury by cutting, on public area and by stranger aggressor. When considering the age group, the group of elderly people from 60 to 69 years old showed an association with the variable's race/skin color, high education, male aggressor and with suspected alcohol consumption. Among the elderly, there was a relationship with race/skin color non-white, low education, other violence and occurrence at home. In the SINAN component, 17,311 cases or suspected violence against the elderly were reported. Of the total, 50.4% are of white race/skin color, 42.3% are married and 17.2% have disabilities/disorders. The majority (76.9%) of the occurrences were at the residence and physical violence was the main type, responsible for 62.8% of notifications and repetition violence was reported by 49.5%. Regarding the aggressor, 62.0% are men

and 62.8% of the violence was committed by two or more aggressors. Simple Correspondence Analysis was performed according to the victim's sex, obtaining four different patterns for men and women. The results show differences in relation to sex: among women, the occurrences were mainly at home, committed by a family aggressor or intimate partner, while the occurrences among men were, mainly, on the public area, committed by a stranger person and with suspected consumption of alcohol for both components. The present study showed that physical violence was the main type of aggression against the elderly. Regarding the VIVA SURVEY, most of the victims were male and most of the occurrences were on the public area. In SINAN, most of the victims were female and the place of occurrence was the residence. In the patterns of violence, different patterns are evident when considering the sex of the elderly, the occurrence of physical violence among the youngest and due to neglect/abandoned among the most fragile and elderly, and also the violence committed by the daughter. In addition to these, the incompleteness of the variables, especially education and suspicion of alcohol consumption, and low frequency of notifications in the Northeast Region in the SINAN registrations, stands out. It is essential to increase actions to tackle violence against the elderly in Brazil, through effective policies aimed at improving living conditions and structural changes that reduce inequalities and end all types of discrimination, such as gender and age and the promotion of a culture of peace in all age groups.

Key words: Elder Abuse; Violence; Aged; Domestic Violence; Aging; Information Systems; Mandatory Reporting; Health Surveys; Epidemiology; Multivariate Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Componentes e fluxo de dados no Sistema de Vigilância de Violências.	28
Figura 2.	Objetos de notificação de violência no VIVA SINAN.	30
Figura 3.	Gráfico bi-plot das características demográficas e relacionadas aos atendimentos por violência, segundo as dimensões 1 e 2. VIVA INQUÉRITO, 2017.	53
Figura 4.	Gráfico bi-plot das características demográficas e relacionadas às notificações para o sexo feminino, segundo as dimensões 1 e 2. VIVA SINAN, 2017.	70
Figura 5.	Gráfico bi-plot das características demográficas e relacionadas às notificações para o sexo masculino, segundo as dimensões 1 e 2. VIVA SINAN, 2017.	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas dos idosos, vítimas de violência e atendidos nos serviços de urgência e emergência brasileiros. VIVA INQUÉRITO, 2017.	41
Tabela 2.	Características dos atendimentos de violência contra os idosos em serviços de urgência e emergência brasileiros, segundo sexo. VIVA INQUÉRITO, 2017.	43
Tabela 3.	Características dos atendimentos de violência contra os idosos em serviços de urgência e emergência brasileiros, segundo faixa etária. VIVA INQUÉRITO, 2017.	45
Tabela 4.	Características dos atendimentos de violência contra os idosos em serviços de urgência e emergência brasileiros, segundo escolaridade. VIVA INQUÉRITO, 2017.	48
Tabela 5.	Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência. VIVA INQUÉRITO, 2017.	51
Tabela 6.	Coordenadas e contribuições das características sociodemográficas, violência e agressor. VIVA INQUÉRITO, 2017.	53
Tabela 7.	Frequência de notificações por violência nas Regiões Administrativas do Brasil, segundo faixa etária. VIVA SINAN, 2017.	55
Tabela 8.	Avaliação da completitude das notificações por violência contra idosos, segundo faixa etária. VIVA SINAN, 2017.	56
Tabela 9.	Avaliação da completitude das notificações por violência contra idosos, segundo faixa etária. VIVA SINAN, 2017.	57
Tabela 10.	Características das notificações por violência contra o idoso, segundo sexo. VIVA SINAN, 2017.	60
Tabela 11.	Características das notificações por violência contra o idoso, segundo faixa etária. VIVA SINAN, 2017.	62

Tabela 12.	Características das notificações por violência contra o idoso, segundo escolaridade. VIVA SINAN, 2017.	65
Tabela 13.	Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência para o sexo feminino. VIVA SINAN, 2017.	67
Tabela 14.	Coordenadas e contribuições das características demográficas e da violência para o sexo feminino. VIVA SINAN, 2017.	68
Tabela 15.	Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência para o sexo masculino. VIVA SINAN, 2017.	71
Tabela 16.	Coordenadas e contribuições das características demográficas e da violência para o sexo masculino. VIVA SINAN, 2017.	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Análise de Correspondência Simples
AVD	Atividade de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNI	Política Nacional do Idoso
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade primária de amostragem
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Contextualização do Problema	14
1.2	Objetivos.....	18
1.2.1	Objetivo geral	18
1.2.2	Objetivos específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Envelhecimento Populacional	19
2.2	Aspectos Históricos e Culturais da Violência Contra o Idoso	21
2.3	Políticas Públicas para População Idosa Brasileira	23
2.4	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)	27
3	MATERIAIS E MÉTODOS	32
3.1	Tipo de estudo	32
3.2	Fonte de dados.....	32
3.3	População e local de estudo.....	34
3.4	Variáveis	34
3.5	Análise estatística	37
3.6	Aspectos éticos	40
4	RESULTADOS	41
4.1	VIVA INQUÉRITO	41
4.2	VIVA SINAN	55
5	DISCUSSÃO.....	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A - Quadro 1. Categorias e descrição das variáveis utilizadas no estudo. Sistema de Notificação de Agravos de Notificação - VIVA INQUÉRITO, 2017.....	99
	APÊNDICE B - Quadro 2. Categorias e descrição das variáveis utilizadas no estudo. Sistema de Notificação de Agravos de Notificação - VIVA SINAN, 2017.....	100
	APÊNDICE C - Síntaxe das análises estatísticas.....	104
	ANEXO A - Parecer do Conep VIVA INQUÉRITO	109

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios da atualidade e resulta da redução na taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Estimativas mostram que até 2050, o número de pessoas idosas será mais que o dobro em todo o mundo (UNITED NATIONS, 2019a). Na América Latina, espera-se que a população com 65 anos ou mais duplique até 2050 e que o número de pessoas com 80 anos ou mais de idade triplique em todo o mundo, atingindo aproximadamente 426 milhões em 2050 (UNITED NATIONS, 2019b). Para o Brasil, as estimativas mostram que em 2017 cerca de 12,7% da população brasileira tinha 60 anos ou mais de idade, em 2050, esse percentual poderá atingir 21,3% (UNITED NATIONS, 2017).

O aumento da população de idosos, representa um ganho civilizatório, mas também traz imensos desafios para o planejamento das políticas públicas. Dentre os aspectos positivos relacionados ao envelhecimento, destacam-se o aumento esperança de vida, com taxas que vão se aproximando daquelas dos países desenvolvidos, e a contribuição dos idosos para a sociedade, seja no âmbito familiar, comunidade local ou para a sociedade em geral (WHO, 2015). Em relação aos desafios, destacam-se a elevada procura por serviços de saúde, internações hospitalares mais frequentes e maior tempo de ocupação de leitos, se comparado às demais faixas etárias (VERAS, 2009; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), e maior carga de doenças na população, especialmente as doenças crônicas e incapacidades (VERAS, 2009).

Ao se considerar os aspectos fisiológicos, o envelhecimento associa-se ao acúmulo de danos moleculares e celulares, perda gradual nas reservas fisiológicas, aumento do risco de desenvolver doenças e declínio das capacidades físicas e mentais (WHO, 2015). Caso os anos adicionais sejam dominados por essas características, as consequências para os indivíduos, família e sociedade podem ser bastante negativas (WHO, 2014). Dentre as consequências, destacam-se a dependência para as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), a necessidade de assistência periódica à saúde, de apoio social, psicológico e jurídico, e a limitação dos recursos financeiros. Nesse contexto, as pessoas idosas podem demandar maior assistência, o que os tornam

mais vulneráveis às violências e maus-tratos, especialmente por familiares e cuidadores (INELMEN; SERGI; MANZATO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (WHO/INPEA, 2002; WHO, 2002). Ainda segundo a OMS, violência contra o idoso é definida como um “ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento em que exista uma expectativa de confiança que cause danos ou angústia a uma pessoa idosa” (WHO, 2002). As consequências da violência podem ser devastadoras, e incluem lesões físicas, distúrbios mentais e comportamentais, como depressão e abuso de substâncias, além de agravar condições de saúde preexistentes (WHO, 2014).

Diversos fatores podem favorecer a ocorrência de violência contra o idoso, dentre eles destacam-se, com fortes evidências, a dependência ou incapacidade funcional, as condições de saúde física e mental precárias, o comprometimento cognitivo e os fatores socioeconômicos, como baixa renda (PILLEMER et al., 2016). Em relação ao agressor, fatores como dependência financeira, presença de doença mental e abuso de substâncias são considerados os principais fatores de risco (PILLEMER et al., 2016). Outro fator importante são as desigualdades sociais. Estudos mostram que há relação entre violências e piores condições de vida (MACEDO et al., 2001; SADANA et al., 2016). Aliado a esses fatores e à medida que os países experimentem o envelhecimento populacional espera-se que os problemas advindos desse processo, incluindo as violências, se ampliem (WHO, 2014).

A prevalência de violência contra idosos varia. Em estudo de revisão sistemática com metátese realizado em 2016, incluindo evidências científicas de 28 países de diferentes regiões do mundo, sendo que desses 12 eram de baixa e média renda, obteve-se a prevalência combinada de 15,7% de violência, para os idosos que residem na comunidade. Desses, 11,6% sofreram violência psicológica, 6,8% violência financeira, 4,2% negligência ou abandono e 2,6% violência física, e não houve diferença significativa entre gêneros (YON et al., 2017). Em países de alta renda, como a Noruega, a prevalência total foi 9,2%, sendo 9,8% entre mulheres e 8,7% entre homens (SANDMOE;

WENTZEL-LARSEN; HJEMDAL, 2017). Na Colômbia, país com renda mais baixa, 15,1% dos idosos relataram algum tipo de violência, sendo a maioria com idade entre 60 e 69 anos, do sexo feminino, com baixa escolaridade, pior nível socioeconômico, que moram sozinhos ou com crianças. O tipo de violência mais frequente foi psicológica, seguida por negligência e violência física (CURCIO et al., 2019).

No Brasil, a violência contra idosos representou 5,7% de todos os casos de violência notificados no período compreendido entre 2009 e 2013, sendo mais alta entre as mulheres (SANTOS et al., 2018). Destacam-se como padrão, portanto, as vítimas do sexo feminino, tendo como principal agressor o filho, por meio da violência física e ocorrida na residência (PARAÍBA; SILVA, 2015). Em relação às internações por violência física, a frequência foi maior entre idosos do sexo masculino e na faixa etária entre 60 a 69 anos, enquanto a violência por negligência/abandono foi frequente no sexo masculino e faixa etária entre 70 a 79 anos (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Estudos apontam que a visibilidade desse problema ainda é incipiente (LOPES et al., 2018; SANTOS et al., 2018). São escassas as informações sobre a natureza e a extensão da violência contra idosos, especialmente em países de baixa renda, sendo que a maioria dos estudos encontrados foi realizada em países desenvolvidos (SANTOS et al., 2018; PILLEMER et al., 2016). Portanto, torna-se imprescindível a realização de estudos com diferentes abordagens e técnicas no Brasil, devido ao rápido envelhecimento populacional, impacto da violência na sociedade e as diferenças na distribuição de renda da população.

Tendo em vista a relevância deste problema para a saúde pública brasileira, foi criado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), composto pela vigilância contínua realizada por meio do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), e a vigilância sentinela realizada por inquérito nos serviços de urgência e emergência do país (BRASIL, 2016). As notificações contínuas realizadas por meio do VIVA SINAN, captam todos os tipos de ocorrências por violência e, em contrapartida, o VIVA INQUÉRITO, por ser realizado nos serviços de urgência e emergência, captam os casos mais graves e agudizados.

Considera-se relevante o estudo da violência na população idosa, em função do envelhecimento populacional e das consequências advindas deste processo em uma população que já se encontra fragilizada. Ademais, destaca-se que a ocorrência desses agravos se relaciona com a desigualdades sociais e em saúde, ampliadas no país. Assim, surgem os seguintes questionamentos: a) como se caracteriza a violência contra idosos em ambos os componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes? b) quais são as principais relações existentes entre as características da violência e os fatores sociodemográficos nas notificações por violência contra idosos do sexo feminino e do sexo masculino? c) quais são as principais relações entre as características da violência e os fatores sociodemográficos em atendimentos por violência contra o idoso, realizados nos serviços de urgência e emergência?

Pela característica do serviço oferecido, espera-se que os atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência sejam, em sua maioria, relacionados a vítimas do sexo masculino, ocorrências nas vias públicas e que a principal violência sofrida seja a física (LUZ et al., 2014). Em relação aos casos ou suspeitas notificados em toda a rede, espera-se que a maioria seja contra mulheres, a ocorrência em sua própria residência, cometida por filhos (as) (MASCARENHAS et al., 2012). Assim como na população geral, acredita-se que existam importantes diferenças em relação ao gênero nos padrões de violência cometidas contra idosos no país (BARUFALDI et al., 2018). A violência contra a mulher ocorre principalmente na residência, por familiar, sendo o principal tipo a violência física (MASCARENHAS et al., 2012; PARAIBA; SILVA, 2015). Entre homens, as violências ocorrem principalmente entre os idosos da faixa etária mais baixa (60 a 69 anos), em via pública, por agressor desconhecido e com elevada suspeita de consumo de álcool (MASCARENHAS et al., 2012; PARAIBA; SILVA, 2015).

A análise conjunta dos componentes do VIVA permitirá conhecer as principais características, bem como a identificação dos padrões de violência contra os idosos no Brasil. Além disso, este estudo proporcionará maior visibilidade à violência e possibilitará a comparação com outros países. Ampliar o conhecimento sobre a dimensão do problema da violência contra a população idosa no país constitui um passo fundamental para possibilitar o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para a promoção da saúde e para prevenção e resposta à violência contra essa população, contribuindo para a garantia dos direitos das pessoas idosas.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever os padrões dos atendimentos em serviços de urgência e emergência e das notificações por violência contra idosos no Brasil.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência coletados pelo VIVA INQUÉRITO, segundo variáveis sociodemográficas;
- b) Avaliar a associação entre as características sociodemográficas com o tipo de violência e tipo de relação do idoso com o provável agressor, pelos dados de atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência, coletados pelo VIVA INQUÉRITO;
- c) Caracterizar as notificações por violência contra o idoso registrados no VIVA SINAN, segundo o sexo e outras variáveis sociodemográficas;
- d) Avaliar a associação entre as características sociodemográficas, de tipo violência sofrida e do provável agressor para as notificações por violência contra idosos registrados no VIVA SINAN.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Para aprofundar a problemática exposta e apresentar o referencial que propiciou a sustentação do desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa.

Neste capítulo serão discutidos o envelhecimento populacional, bem como seus principais impactos na população brasileira. Serão também apresentados os aspectos históricos e culturais da violência contra o idoso e as políticas públicas criadas para o seu enfrentamento, além de apresentar o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.

2.1 Envelhecimento Populacional

A população mundial vem sofrendo importantes transformações ao longo do tempo e no Brasil não é diferente. Mundialmente, em meados do século XX, começaram a ocorrer mudanças importantes como a redução na mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida ao nascer. No entanto, foi a partir da década de 1970 que as mudanças se ampliaram e a transição demográfica ganhou destaque no país, com a redução das taxas de fecundidade que, nos últimos anos, vem se acelerando (KALACHE, 1987; VASCONCELOS; GOMES, 2012; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Para o país como um todo, as taxas de fecundidade diminuíram cerca de 30,0% entre 1970 e 1980, diminuição que se verificou em todas as regiões do Brasil (KALACHE, 1987).

Essa transição ocorreu no mundo todo, entretanto, tem sido mais acelerada no Brasil, se comparada à experiência de países desenvolvidos. A maioria dos países europeus levou quase um século, sendo que a Suécia e Inglaterra, por exemplo, levaram aproximadamente seis décadas (1870 a 1930) para reduzir a fecundidade em 50% (WONG; CARVALHO, 2006). O Brasil, por sua vez, experimentou uma redução semelhante em 25 anos (WONG; CARVALHO, 2006). Nesse contexto, a população de 60 anos ou mais aumentou de 5,1% em 1970, para 8,6% em 2000 (WONG; CARVALHO, 2006). As estimativas atuais apontam que, em 2019, aproximadamente, 9,0% da população mundial tinha 65 anos ou mais, e, para o Brasil, foram estimados 9,3%. Até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos, contra uma em cada 11,

em 2019 (UNITED NATIONS, 2019b), e esses números podem ser muito maiores se considerarmos a faixa etária a partir dos 60 anos.

Segundo a OMS, o envelhecimento populacional é considerado um dos maiores ganhos da população e também um dos maiores desafios (OMS, 2005). O aumento da expectativa de vida é, sem dúvida, o principal ganho do envelhecimento. Segundo estimativas das Nações Unidas, a expectativa de vida ao nascer no mundo, aumentou de 64,2 anos em 1990, para 72,6 anos em 2019, e deverá aumentar para 77,1 anos em 2050 (UNITED NATIONS, 2019b). Cabe ressaltar que, nos países menos desenvolvidos, a estimativa da expectativa de vida ao nascer ainda é de 7,4 anos atrás da média global em 2019 (UNITED NATIONS, 2019b). Essa redução é devida à persistência de altas taxas de mortalidade infantil e materna, além de violência, conflitos e doenças transmissíveis, como o HIV (UNITED NATIONS, 2019b).

Nos países desenvolvidos, a expectativa de vida aumentou em função da melhor qualidade de vida proporcionada pela urbanização organizada das cidades, alimentação adequada, higiene pessoal, melhores condições sanitárias e pelas condições de trabalho e moradia, além do avanço das tecnologias médicas que ocorreram na sequência (KALACHE; VERAS, 1987). Em países menos desenvolvidos, como o Brasil, esse crescimento é considerado mais artificial, pois ocorre, principalmente, pelos avanços tecnológicos da medicina (KALACHE; VERAS, 1987).

Para que a população envelheça mantendo a qualidade de vida, saúde e autonomia, é indispensável prover proteção e segurança para que o idoso não se sinta abandonado (KALACHE, 2014). Com o envelhecimento, surgem diversas demandas que precisam ser reconhecidas e consideradas no planejamento estratégico, pois os desafios do envelhecimento populacional são enormes, sobretudo, aqueles relacionados ao subdesenvolvimento e às profundas desigualdades sociais que continuam a se manifestar no país (KALACHE, 1987). Destaca-se que a população de idosos está vivendo, cada vez mais, de forma isolada devido às mudanças na estrutura, composição e função das famílias (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; MALLETT et al., 2016).

Além dos problemas descritos, essa população convive diariamente com medo das violências, poucas atividades de lazer, que são ampliadas em função dos baixos valores

das aposentadorias e demais benefícios (VERAS, 2009). Os problemas sociais e de saúde dos idosos apresentados resultam em aumento da fragilidade, o que reflete na qualidade de vida, no cuidado e na maior vulnerabilidade às violências. Por isso, são necessárias políticas com foco na atenção à saúde, acesso à educação, condições financeiras e suporte social, a fim de garantir os direitos dos idosos (KALACHE, 2014).

2.2 Aspectos Históricos e Culturais da Violência Contra o Idoso

A violência refere-se a conflitos de autoridade, lutas pelo poder, domínio sobre alguém ou algo, desejo de posse e de anulamento do outro ou de seus bens materiais (MINAYO, 2006), e está presente nas sociedades desde os primórdios da humanidade. Assim, a violência é um problema de ordem social, que afeta a saúde individual e populacional, gera mortes, lesões, traumas físicos, mentais e reduz a qualidade de vida das pessoas e da população (MINAYO et al., 2018). Considerando que a violência produz impactos na área da saúde maiores do que somente os atendimentos às vítimas, pois o setor saúde tem a responsabilidade de elaborar estratégias de promoção da saúde e prevenção da violência de forma articulada e intersetorial (MINAYO; SOUZA, 1997).

Embora a violência esteja presente na sociedade desde os tempos antigos, a inserção da temática no campo da saúde pública é recente (MINAYO et al., 2018). A violência foi inserida na agenda internacional da saúde em 1996, após a aprovação da resolução que declara a violência como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, pelos participantes da Assembleia Mundial da Saúde ocorrida em Genebra (WHO, 2003), e no Brasil ela começa a ser inserida nesse mesmo período (BRASIL, 2005).

A violência contra a população idosa obteve destaque recente, sendo descrita pela primeira vez em 1975, em revistas científicas britânicas como *granny-battering* - “espancamento de avós” (BURSTON, 1975). E no Brasil, ganhou destaque após a publicação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Atualmente, os termos abuso de idosos, maus-tratos ao idoso e violência contra o idoso são empregados como sinônimos na literatura nacional e internacional (SOUZA; MINAYO, 2010), sendo que, para esse estudo, optou-se por utilizar a nomenclatura violência contra o idoso por considerá-la mais abrangente.

A definição adotada pela OMS e pela Rede Internacional para a Prevenção do Abuso de Idosos considera a violência contra idosos com idade igual ou superior a 60 anos como um “ato único ou repetido, ou omissão que lhe cause danos ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (WHO; INPEA, 2002; WHO, 2002). A definição presente no Estatuto do Idoso é parecida e considera qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (BRASIL, 2003).

Em relação aos tipos de violências cometidas contra os idosos (BRASIL, 2005), apontam-se: i) a violência física, que refere-se ao uso da força corporal para ferir, causar dor, incapacidade ou morte; ii) a violência psicológica, que consiste em agressões verbais ou gestuais com o objetivo de apavorar, humilhar, restringir a liberdade ou privar o idoso do convívio social; iii) a violência sexual, que se refere a atos ou jogos sexuais que utilizam pessoas idosas, visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; iv) a violência financeira/econômica, que consiste na exploração ilegal ou não consentida dos bens financeiros e materiais do idoso; v) a negligência refere-se à omissão ou recusa de cuidados devidos e necessários ao idoso, por parte de responsáveis familiares ou institucionais e geralmente apresentam-se associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nos idosos com /mais dependências; vi) o abandono, que consiste na ausência ou renúncia dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem ajuda a um idoso que necessite de proteção; vii) e a autonegligência, que refere-se à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários (BRASIL, 2005).

A maior parte dessas violências ocorre no interior da família, especialmente, entre os familiares mais próximos (VERAS, 2010). A família é parte fundamental da vida dos indivíduos, sendo responsável pelo bem-estar do seu núcleo e, especialmente, daqueles mais frágeis, crianças e idosos. Cabe ressaltar que a responsabilidade não é somente dela, mas também do Estado, em estabelecer as leis, regras e normas que apoiem as famílias e proteja o idoso das violências ocorridas nesse núcleo (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Atualmente têm ocorrido mudanças significativas nas famílias, devido a redução do número de filhos, as diversas formas de relacionamentos e casamentos, a apresentação de

novas funções institucionais e pessoais, as mudanças nas relações de sexo e a maior participação da mulher no mercado de trabalho (MALLET et al., 2016). Além dessas mudanças, o contexto social, o aumento das desigualdades e a dificuldades para lidar com o idoso frágil contribuem para a sobrecarga do cuidador (LINO et al., 2019), são fatos que podem contribuir para aumentar a incidência de violência.

A família precisa ser considerada no planejamento das ações governamentais e nas políticas públicas. Além disso, ela precisa ser conscientizada e apoiada na sua responsabilidade em relação ao cuidado e à tutela jurídica dos seus idosos, uma vez que é esse o seu papel junto ao Estado (SANCHES; DUARTE, 2008). Em contrapartida, o Estado é obrigado a assegurar aos idosos, proteção à vida e à saúde, por meio da efetivação de políticas sociais públicas que possibilitem um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

2.3 Políticas Públicas para População Idosa Brasileira

O rápido crescimento da população idosa e a sua vulnerabilidade acarretam demandas que devem ser abarcadas pelas políticas públicas. Sendo assim, esse capítulo busca descrever as legislações e políticas públicas desenvolvidas para essa população, com destaque para às questões relacionadas à temática da violência contra o idoso presente nestes documentos.

A partir da década de 1980, amplia-se a discussão sobre o envelhecimento populacional, e, no contexto do crescimento populacional de pessoas acima de 60 anos, foram necessárias definições de políticas específicas. Dessa forma, no capítulo VII da Constituição Federal (1988), o artigo 230 dispõe que "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida" (BRASIL, 1988).

Seis anos após a promulgação da Constituição Federal, em 04 de janeiro de 1994, foi aprovada a primeira política específica para a população idosa, por meio da Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). A política considera idosos aqueles indivíduos com 60 anos ou mais e tem por objetivo garantir os direitos sociais e condições

para promover a autonomia, integração e participação efetiva destes na sociedade. Essa política também foi responsável por criar o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Dois anos após a publicação da PNI, em 3 de julho 1996, foi publicado o Decreto nº 1.948 que regulamenta a PNI. O Decreto faz menção às ações e normas para evitar abusos e lesões contra os idosos, que são de responsabilidade do Ministério da Justiça (BRASIL, 1996). Esse decreto foi revogado pelo Decreto nº 9.921/2019, que dispõe sobre a temática e apresenta em seu texto os direitos fundamentais da pessoa idosa, que incluem o direito ao envelhecimento ativo e saudável e o acesso preferencial ao transporte coletivo (BRASIL, 2019). Embora, na PNI, haja menções sobre ações e normas para evitar abusos e lesões contra os idosos, nenhuma ação específica foi desenvolvida.

Tendo em vista o contexto social e o elevado impacto das violências e acidentes, em 16 de maio de 2001, foi aprovada, pela Portaria MS/GM nº737, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). O documento adota a definição apresentada por Minayo e Souza (1994), que consideram a violência como um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outro.

A PNRMAV tem como objetivo fundamental, reduzir a morbimortalidade por acidentes e violência no país, por meio de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de forma a contribuir para a qualidade de vida da população. Os princípios norteadores dessa política incluem a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, o direito e o respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde, e afirmam que a promoção da saúde deve embasar todas as estratégias para a redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2001).

No ano seguinte, foi realizado em Madri a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, na qual representantes dos governos se reuniram para discutir o cenário atual e decidiram adotar o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. O plano contém medidas em nível nacional e internacional, em três direções prioritárias, sendo o primeiro, idosos e desenvolvimento; o segundo, promoção da saúde e bem-estar na velhice; e o terceiro,

criação de um ambiente propício e favorável. Compreendido na terceira direção prioritária “criação de um ambiente propício e favorável”, encontram-se dois objetivos relacionados ao abandono, maus-tratos e violência, que são: eliminar todas as formas de abandono, abuso e violência contra idosos e criar serviços de apoio para atender aos casos de abuso e maus-tratos a idosos. O Plano procura sensibilizar e educar profissionais e público em geral, por meio de campanhas, promulgação de leis e medidas legais para acabar com os abusos contra idosos, além de prever a cooperação entre governos e sociedade civil para enfrentar os maus tratos e a criação de diversos serviços de apoio (NACIONES UNIDAS, 2003).

Em 01 de outubro de 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, no Brasil. O estatuto é considerado um marco para a população idosa e apresenta como definição para a violência contra o idoso, “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (BRASIL, 2003). Em 2011, a Lei nº 12.461 alterou o artigo 19 do Estatuto do Idoso e estabeleceu a notificação obrigatória dos eventos violentos praticados contra o idoso atendidos em serviços de saúde, bem como a comunicação aos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público e Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso (BRASIL, 2011).

Tendo em vista o que foi disposto na PNRMV (2001), em 19 de maio de 2004 o MS publicou a Portaria nº 936, que aprova a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Os objetivos da Rede são: promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas; formulação de indicadores; disseminação de conhecimentos e práticas efetivas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; implementar a troca de experiências de gestão, formulações de políticas públicas e práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência; promover formas de participação da sociedade civil, organizações e comunidades no desenvolvimento das ações; e acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi publicado o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Este plano teve por objetivo a promoção de ações e estratégias para o

cumprimento do Estatuto do Idoso (2003), no que diz respeito ao enfrentamento de todas as formas de violência existentes e da exclusão social contra essa população. O plano foi concebido para ser executado em dois anos, tendo como foco central o Estatuto do Idoso e como princípio básico a garantia da presença e do protagonismo do idoso. Para isso, as ações deveriam ser pautadas nas prioridades elencadas pelo diagnóstico situacional, considerando quatro categorias de espaço socioambiental e cultural, que são o espaço cultural coletivo, o espaço público, o espaço familiar e o espaço institucional (BRASIL, 2005).

Em 2006, foi divulgada a Portaria nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI tem por finalidade principal recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as diretrizes da política, está a “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável”, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia. A política ainda prevê que, dentre outras ações, deve-se aproveitar todas as oportunidades para realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra os idosos (BRASIL, 2006a). Ainda em 2006, foi instituído, por meio da Portaria nº 1.356, o incentivo aos estados e Distrito Federal e aos municípios para a implantação do sistema Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (BRASIL, 2006b).

Em 2009, foi aprovado, por meio do Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH). Esse decreto possui vários eixos e diretrizes, sendo que o objetivo estratégico III, dispõe, especificamente, sobre a valorização da pessoa idosa e promoção de sua participação na sociedade. As ações relativas ao público idoso consistem em promover a inserção, a qualidade de vida e a prevenção de agravos, por meio de programas que fortaleçam o convívio familiar e comunitário, garantindo o acesso a serviços, ao lazer, à cultura e à atividade física, de acordo com sua capacidade funcional. Além disso, a PNDH dispõe sobre a elaboração de relatórios periódicos de acompanhamento das políticas para pessoas idosas que contenham informações sobre os Centros Integrados de Atenção a Prevenção à Violência. No objetivo estratégico V, que trata da redução da violência motivada por diferenças de gênero, raça ou etnia, idade, orientação sexual e situação de vulnerabilidade, foi incluída a promoção de campanhas educativas e

pesquisas voltadas à prevenção da violência, também das pessoas idosas (BRASIL, 2009).

A publicação da Portaria nº 104, em 25 de janeiro de 2011, teve como objetivos definir as terminologias adotadas na legislação nacional segundo o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, relacionar doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o país e estabelecer fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Em 06 de junho de 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271 atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória e dispõe sobre a notificação compulsória imediata ser realizada por profissional de saúde ou responsável pelo serviço, em até 24 (vinte e quatro) horas do atendimento, acrescentando, nessa categoria, a notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio (BRASIL, 2014).

Em 2013, foi criado, pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, o Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, que apresenta três frentes “Contextos sociodemográfico, cultural e de saúde”, “As situações de violência” e “Estratégia de ação”. O manual compreende a violência contra a pessoa idosa como um atentado aos Direitos Humanos, e trata do lado contrário do direito, isto é, das violações que ocorrem nas mais diversas expressões visíveis e invisíveis. Assim, o Manual procura dialogar com um público vasto, que por lei, dever ou amor deve respeitar, proteger e cuidar das pessoas idosas (BRASIL, 2013b).

Por último, em 28 de setembro de 2017, foi publicada a Portaria nº 4 que dispõe sobre a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS) e que determina que todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica e/ou outras violências são objetos de notificação compulsória e os casos de violência sexual e tentativa de suicídio ocorridos no país são de notificação imediata, ou seja, a ser realizada em, no máximo, 24 horas (BRASIL, 2017).

2.4 Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

A Vigilância em Saúde (VS) consiste no processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e divulgação de informações sobre eventos relacionados

à saúde. As informações servem de base para o planejamento e a implementação de estratégias de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, a fim de proteger e promover a saúde da população, prevenir e controlar os riscos, agravos e doenças. Compõem a VS, as Vigilâncias em Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Epidemiológica e Sanitária (BRASIL, 2018).

A Vigilância Epidemiológica é definida como o conjunto de ações que proporcionam conhecer e detectar mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e populacional, com a finalidade de indicar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2018). O Sistema VIVA, criado pelo MS em 2006 (BRASIL, 2006b), encontra-se incorporado à Vigilância Epidemiológica e é responsável por coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, para subsidiar a criação e desenvolvimento de políticas em saúde pública e de outros setores, buscando prevenir os eventos violentos no Brasil (BRASIL, 2016).

Como mostrado na Figura 1, o VIVA é estruturado em dois componentes, o primeiro é o VIVA SINAN, formado pela vigilância contínua das violências interpessoais e autoprovocadas por meio das notificações compulsórias, que passaram a ser registradas no SINAN em 2009 (BRASIL, 2019; BRASIL; 2016). E o segundo é o VIVA INQUÉRITO, pesquisa realizada nas unidades sentinelas de urgência e emergência do país a partir de 2006 (SILVA et al., 2017).

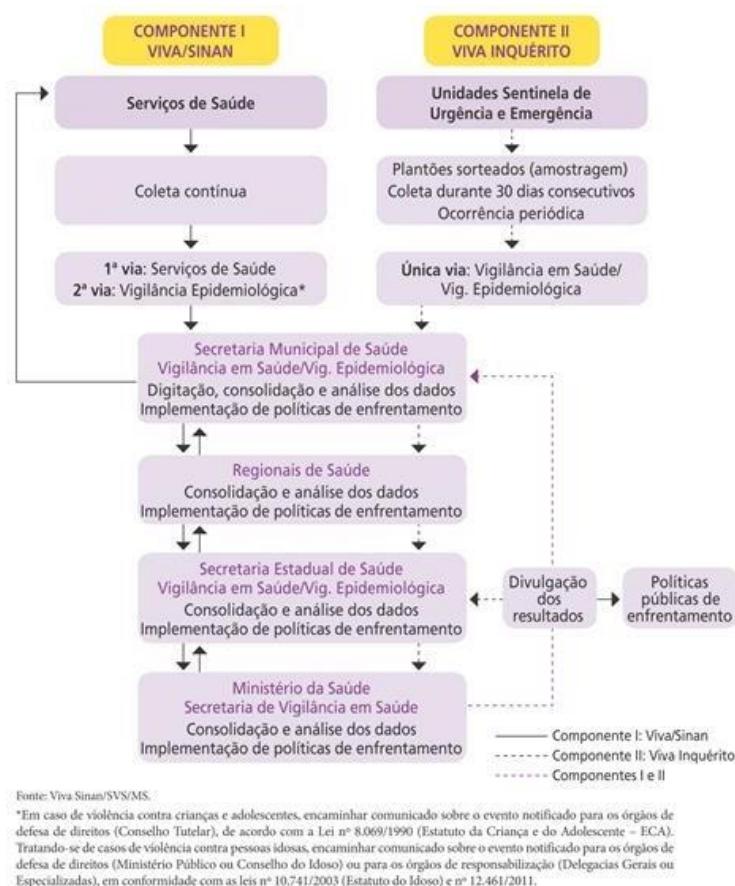


Figura 1. Componentes e fluxo de dados no Sistema de Vigilância de Violências.

Fonte: BRASIL (2017).¹

Na Figura 2 estão apresentados os objetos de notificação do VIVA SINAN, sendo eles os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. Para os casos de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e a população LGBT (BRASIL, 2016).

¹BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 08 mar. 2017. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 02 jul. 2020.



Figura 2. Objetos de notificação de violência no VIVA SINAN.

Fonte: BRASIL (2017).²

Para fins de notificação, 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” (WHO, 2002).

A violência interpessoal é dividida em dois subtipos pela OMS (WHO, 2002): a) Violência doméstica/intrafamiliar, que é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente domiciliar; e b) Violência extrafamiliar/comunitária, definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre pessoas conhecidas ou desconhecidas.

A OMS estabelece também diferenças sobre os tipos de violência, sendo elas a violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil e intervenção legal.

O segundo componente do sistema é o VIVA INQUÉRITO, que consiste numa pesquisa que ocorre em serviços de saúde, considerados porta de entrada para urgência e emergências de capitais e municípios selecionados, onde são coletadas informações sobre as vítimas de violências e acidentes atendidas nesses serviços. Inicialmente, a pesquisa teve periodicidade anual e, atualmente, acontece a cada três anos, sendo que a primeira edição ocorreu em 2006, depois em 2007, 2009, 2011, 2014 (SILVA et al., 2016) e a última edição em 2017 (BRASIL, 2019).

²BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 08 mar. 2017. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 02 jul. 2020.

A pesquisa é realizada nas capitais dos estados, Distrito Federal e municípios selecionados, e a população do estudo é formada por pessoas vítimas de acidentes ou violências, atendidas em serviços de urgência e emergência e que aceitaram participar da pesquisa por meio de consentimento verbal. Os dados são coletados por meio de formulário padronizado, elaborado por membros da equipe da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), além de pesquisadores, consultores, e técnicos de outras áreas do MS e de universidades (SILVA et al., 2016).

As informações produzidas pelos Sistemas de Informação, como o Sistema VIVA, configuram-se como um importante instrumento para o monitoramento das condições de saúde da população e para a formulação de políticas efetivas de saúde (MALTA et al., 2018; SILVA et al., 2017; BARROS, 2004). Essas informações também servem de apoio para a gestão local, pois auxiliam na distribuição dos recursos, na melhor qualidade dos atendimentos em saúde e na reorganização de serviços, especialmente em relação às ações de vigilância, promoção da saúde e da cultura de paz, prevenção dos acidentes e violências e proteção às pessoas em situação de violências e vítimas de acidentes. Essas estratégias possuem potencial para impactar na redução dos gastos com as violências e acidentes, permitir a criação e implementação de políticas de atenção e proteção integral às pessoas em situação de vulnerabilidade, como é o caso das pessoas idosas (BRASIL, 2019, SILVA et al., 2017).

As notificações realizadas no VIVA SINAN, assim como os atendimentos registrados pelo VIVA INQUÉRITO são de grande importância para a geração de evidências científicas atuais e divulgação do conhecimento que subsidiam o enfrentamento das violências e dos acidentes no país (BRASIL, 2019).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de dados secundários do VIVA SINAN e do VIVA INQUÉRITO, componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes relativos ao ano de 2017.

3.2 Fonte de dados

3.2.1 VIVA INQUÉRITO

O VIVA INQUÉRITO é uma pesquisa realizada em serviços prioritários para assistência a urgência e emergência das capitais e municípios selecionados. São coletadas informações sobre as vítimas de causas externas (violências e acidentes) assistidas nesses serviços. Os dados são de domínio público e são disponibilizados pelo MS sem a identificação do indivíduo (SILVA et al., 2017; BRASIL, 2019).

A pesquisa foi realizada em 90 serviços de urgência e emergência, localizados em 23 capitais brasileiras e no Distrito Federal e em 13 municípios selecionados, sendo eles: Ananindeua, Araguaína, Arapiraca, Guarulhos, Jaboatão dos Guararapes, Montes Claros, Olinda, Santo André, São José do Rio Preto, São José dos Campos, Serra, Sobral e Vila Velha no ano de 2017. Três capitais não participaram da pesquisa, sendo elas, Porto Alegre, Florianópolis e Macapá, devido a questões específicas da localidade e relacionadas a aspectos técnico-operacionais e de gestão (BRASIL, 2019). Foram consideradas as definições constantes da décima revisão da CID em seu capítulo XX - Causas externas de morbidade e mortalidade, sendo que os eventos violentos foram classificados em lesões autoprovocadas intencionalmente/tentativa de suicídio (X60- X84), agressões e maus-tratos (X85-Y09), maus-tratos e intervenção por agente legal público (Y35-Y36) (BRASIL, 2019).

A amostra do VIVA INQUÉRITO foi calculada considerando-se o número de atendimentos por causas externas nos serviços no mês de setembro de 2016. O processo de amostragem foi por conglomerados, em único estágio de seleção, sendo a unidade

primária de amostragem (UPA) composta por turnos de 12 horas. Para efeito de sorteio de turnos, considerou-se o período de 30 dias contínuos, dividido em dois turnos (diurno e noturno), totalizando 60 turnos para a coleta (BRASIL, 2019).

O tamanho da amostra do VIVA INQUÉRITO foi definido considerando-se o critério de precisão para as estimativas de prevalências fixadas para estudos transversais: coeficiente de variação <30% e erro padrão <3. Assim, o tamanho amostral foi de, no mínimo, 1.500 atendimentos para o interior e 2.000 para as capitais dos estados ou Distrito Federal. A população de estudo foi composta pelas vítimas de violências e acidentes (causas externas), que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2019).

Os procedimentos de coleta das informações foram padronizados, e os profissionais dos serviços de urgência e emergência selecionados receberam treinamento para coordenar o inquérito e a coleta de dados localmente. A coleta ocorreu durante 30 dias, entre os meses de setembro e dezembro de 2017, nos serviços habilitados no âmbito do SUS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e dos prontuários médicos, com o auxílio de formulário padronizado. As entrevistas foram conduzidas com os pacientes e, quando a condição clínica da vítima não permitia, foi realizada com o acompanhante (BRASIL, 2019). O total de participantes entrevistados pelo VIVA INQUÉRITO de 2017 foi de 48.532, incluindo acidentes e violências em todas as faixas etárias, sendo que, desses, 4.289 foram relativos às violência e lesão autoprovocada. Maiores detalhes metodológicos do inquérito encontram-se disponíveis em outra publicação (SILVA et al., 2017).

O Projeto VIVA INQUÉRITO foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do MS, sob parecer nº 2.234.509, de 23 de agosto de 2017, CAAE: 67709417.0.0000.0008. A coleta de dados foi realizada após a concordância verbal das vítimas ou de seus responsáveis ou acompanhantes quando menores de 18 anos ou quando se tratava de vítima inconsciente (BRASIL, 2019).

3.2.2 VIVA SINAN

O VIVA SINAN é o componente de notificação contínua de violências e lesões autoprovocadas, e tem por finalidade receber e divulgar os dados gerados continuamente

pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, para apoiar o processo de investigação e fornecer subsídios para o enfrentamento das violências no país.

A notificação de violências é obrigatória e este agravo integra a lista de notificação compulsória (LNC), publicada por meio da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 e revogada pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011). Em relação à população idosa, além de realizar a notificação no SINAN, os casos suspeitos ou confirmados de violência devem ser comunicados, obrigatoriamente, à quaisquer dos seguintes órgãos, Polícia, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso, conforme previsto no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011).

As bases de dados secundários das notificações de violência registrados no SINAN são públicas e encontram-se disponíveis no site Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço (<https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>). Os dados foram compilados no programa *Tab* para *Windows (TabWin)* versão 4.1.3, disponível para download nesse mesmo endereço.

3.3 População e local do estudo

Foram incluídos no estudo todos os atendimentos por violência contra idosos registrados pelo VIVA INQUÉRITO nos serviços de urgência e emergência brasileiros e os casos ou suspeitas notificados no VIVA SINAN para o Brasil, com exceção das lesões autoprovocadas para ambos os componentes. Considerou-se como idoso toda pessoa com 60 anos ou mais, conforme definido pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

3.4 Variáveis do estudo

Com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa, elegeram-se as seguintes variáveis obtidas por meio dos componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, o VIVA SINAN e o VIVA INQUÉRITO. Maiores detalhes das variáveis selecionadas, perguntas e categorias de resposta estão descritos nos quadros I e II, disponíveis no Apêndice.

3.4.1 VIVA INQUÉRITO

a) Características sociodemográficas da vítima e consumo de álcool.

- Faixa etária: 60 a 69 anos e 70 ou mais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Escolaridade: baixa (1º e 2º ciclos do Ensino Fundamental) e alta (Ensino médio ou superior), ignorado.
- Raça/cor da pele: branca, não branca (preta, amarela e parda), ignorado.
- Deficiência permanente: sim, não, ignorado.
- Consumo de álcool pela vítima: sim, não, ignorado.

b) Características da violência:

- Tipo da violência: física e outras (negligência/abandono, psicológica e outras).
- Meio da violência: força/espancamento, objeto perfurocortante, arma de fogo, objeto contundente, ameaça, outros (envenenamento e outros) e ignorado.
- Local da ocorrência: residência, via pública, outros (habitação coletiva, bar ou similar e comércio/serviços) e ignorado.
- Natureza da lesão: sem lesão, contusão (contusão e entorse/luxação), corte/laceração, fratura, traumatismo (traumatismo crânio-encefálico, politraumatismo e traumatismo dentário), outro (amputação e outros) e ignorado.
- Parte do corpo atingida: região da cabeça (outra região da cabeça/face, boca/dentes, pescoço), tórax e quadril (tórax/dorso e abdome/quadril) membros superiores e inferiores (membros superiores e membros inferiores), múltiplos órgãos e outros.
- Gravidade: leve (alta, evasão e ignorado), média (encaminhamento outro hospital) e alta (internação e óbito).

c) Características do agressor:

- Provável agressor: familiar (pai/mãe e outro familiar), companheiro, amigo/conhecido, desconhecido, outros (agente legal e outro) e ignorado.
- Sexo do provável agressor: masculino, feminino, ambos os sexos e ignorado.

- Suspeita de consumo de álcool pelo agressor: sim, não e ignorado.

3.4.2 VIVA SINAN

a) Características sociodemográficas:

- Faixa etária: 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 79 anos, e 80 anos e mais.
- Sexo: masculino, feminino e ignorado.
- Escolaridade: 0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 e mais, e ignorado.
- Raça/cor da pele: branca, pardo/preto, amarela/indígena e ignorado.
- Situação conjugal: solteiro, casado, viúvo e ignorado.
- Deficiência/transtorno: sim, não e ignorado
- Regiões: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul, Sudeste e ignorado.

b) Características da violência:

- Tipo de violência: física, financeira, psicológica, negligência/abandono, outras violências (sexual, tortura, tráfico humano, legal) e ignorado.
- Meio da violência: força/espantamento, objeto perfurocortante, objeto contundente, ameaça, outros (arma de fogo, substância/objeto quente e envenenamento/intoxicação e outros) e ignorado.
- Local da ocorrência: residência, via pública, outros locais (escola, local de pratica esportiva, indústrias/construção, habitação coletiva, bar ou similar comércio/serviços) e ignorado.
- Violência de repetição: sim, não e ignorado.

c) Características do agressor:

- Provável agressor: familiar (pai/mãe/padrasto/madrasta/irmão), companheiro (cônjuge/ex-cônjuge/namorado/ex-namorado), filho (a), amigo/conhecido, desconhecido, cuidador, outros (patrão, pessoa com relação institucional, policial, outros) e ignorado.
- Sexo do provável agressor: masculino, feminino, ambos e ignorado
- Se o autor é idoso: sim, não e ignorado
- Número de envolvidos: um, dois ou mais e ignorado.

- Suspeita de consumo de álcool pelo agressor: sim, não e ignorado.

3.5 Análise estatística

3.5.1 VIVA INQUÉRITO

Procedeu-se a análise descritiva das características sociodemográficas das vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência, por meio do cálculo das proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Calculou-se também as características da vítima, da violência e do provável agressor, segundo variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária e escolaridade) e para estimar as diferenças entre os grupos utilizou-se o teste χ^2 de Pearson e nível de significância de 5%. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

Na sequência, para verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as características da vítima, da violência e do provável agressor, foi utilizada a Análise de Correspondência Simples (ACS). A ACS é uma técnica estatística de análise multivariada, indicada para analisar dados categóricos (GREENACRE, 1994). Essa técnica permite a visualização por meio de gráficos, nos quais são apresentadas cada categoria ou resposta como um ponto. Esses pontos indicam certos níveis de similaridade ou relação entre as categorias (GREENACRE, 1992), sendo que as menores distâncias indicam maior associação e maiores distâncias indicam dissociações (RAMOS; ALMEIDA; ARAÚJO, 2008). Ressalta-se que as categorias ou pontos que se encontram mais distantes do ponto de origem ou do valor médio na apresentação gráfica são os que exercem maior influência (SOURIAL et al., 2010).

O primeiro conceito, ao analisar os resultados da ACS, é o perfil. Pode-se observar as frequências relativas de linhas ou colunas, chamadas perfis de linha ou coluna, sendo que esses valores indicam a contribuição relativa de cada variável, respectivamente (GREENACRE, 1992; KROONENBERG; GREENACRE, 2004). O segundo conceito da ACS é o da massa. Ela representa uma medida de influência ou predominância de determinada categoria em relação às demais, com base em sua frequência observada (FÁVERO; BELFIORE, 2017). O valor dessa massa é proporcional à frequência da linha ou coluna e, convencionalmente, usa-se pesos relativos que somam 1 (100%). O terceiro

conceito é o da distância entre os vetores de perfil. É a escolha desta função que permitirá exibir o perfil no gráfico (CARVALHO; SCRUTTINER, 1992; GREENACRE, 1992; KROONENBERG; GREENACRE, 2004). O quarto conceito é o da inércia, que corresponde ao percentual da variância explicada para cada dimensão (GONÇALVES; SANTOS, 2009). O cálculo da inércia é obtido pela soma dos pesos atribuídos às distâncias dos pontos em relação ao centroide. Assim, o método objetiva decompor a inércia total em um pequeno número de dimensões que melhor expliquem a variabilidade dos dados (GONÇALVES; SANTOS, 2009). Por último, tem-se as dimensões, que são formadas pela identificação dos eixos, e cada dimensão tem um valor próprio, que representa sua importância relativa e o quanto da inércia é explicada por ela (CLAUSEN, 1998).

Ressalta-se que a análise de correspondência difere de outros métodos estatísticos convencionais, pois não é uma técnica que procura provar uma hipótese, mas sim uma técnica exploratória, que permite aos pesquisadores conhecer os padrões do objeto estudado e facilitar a discussão dos dados, além de contribuir para a construção de hipóteses que poderão ser testadas posteriormente (GREENACRE, 1992).

Para a ACS, foram incluídas no modelo somente aquelas variáveis que foram significativas, ou seja, apresentaram o valor $p < 0,05$ no teste χ^2 em pelo menos uma das comparações realizadas na análise descritiva. Procedeu-se a execução da técnica, tendo como base a estrutura de uma tabela de contingência (GREENACRE, 1992), considerou-se para o perfil de linha as características da vítima (raça e consumo de álcool), da violência e do agressor (local de ocorrência, meio da violência, natureza da lesão, tipo de violência e gravidade) e, no perfil de colunas, as variáveis sociodemográficas da vítima (sexo, faixa etária e escolaridade).

Após o processamento dos dados, foram excluídas do modelo todas as variáveis com massa e contribuições $\leq 0,025$ (2,50%) e aquelas com contribuições semelhantes para ambas as dimensões, com exceção da categoria violência física. Assim, foram excluídas as seguintes variáveis e suas respectivas categorias: consumo de álcool pela vítima, local de ocorrência (outros), meio da violência (arma de fogo, objeto contundente e ameaça), natureza da lesão (sem lesão, trauma e outros), gravidade da violência (média e alta), tipo de agressor (outros).

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. Na apresentação gráfica

foram agrupados por meio de elipses as características com menores distâncias entre si em cada quadrante do gráfico. Esse agrupamento foi denominado no presente estudo como “PADRÃO”.

Para a análise do VIVA INQUÉRITO, considerou-se os pesos amostrais nos cálculos das proporções de cada célula da tabela, mediante expansão da amostra, sendo que o processamento dos dados foi realizado no módulo *Survey data analysis* do *Software for Statistics and Data Science* (Stata[®]), versão 14.

3.5.2 VIVA SINAN

Para caracterizar o perfil das notificações por violência contra idosos, procedeu-se à análise descritiva dos dados e os resultados foram apresentados por meio de tabelas contendo as frequências absolutas e relativas. A fim de identificar qual a região que mais notificou a violência contra idosos, considerou-se o número de notificações por violência em todas as faixas etárias, segundo as regiões do país.

Com o intuito de avaliar a completitude das respostas registradas no VIVA SINAN, realizou-se análise descritiva das características estudadas, considerando a categoria denominada “ignorada”, que corresponde aos *missings* e às questões respondidas como ignorado/a identificados na base de dados, segundo a faixa etária da vítima. A completitude indica o grau de preenchimento das variáveis analisadas, que é determinada pela proporção de preenchimento nas categorias distintas daquelas que possuem ausência de informação (LIMA et al., 2009).

Em seguida, calculou-se a frequência das características da vítima, da violência e do agressor, estratificadas pelas variáveis sexo e faixa etária, e, procedeu-se à realização do teste χ^2 de Pearson para verificar as diferenças entre os grupos estudados, adotou-se o nível de significância de 5,0%.

Para investigar a relação entre as variáveis demográficas e as características da violência e do provável agressor, assim como no estudo do VIVA INQUÉRITO, foi utilizada a ACS. Para a análise do VIVA SINAN, foram consideradas todas as variáveis estudadas sem a categoria “ignorado”, e a base de dados foi dividida segundo o sexo da vítima (feminino e masculino). Não foram incluídas no modelo, as variáveis escolaridade e suspeita de consumo de álcool pelo agressor, devido o elevado número de respostas ignoradas, sendo de 49,5% e 38,5%, o que poderia impactar negativamente na análise. Além dessas, foram excluídas as variáveis com valor $p > 0,20$ no teste χ^2 de Pearson na análise descritiva (raça/cor da pele, outros meios de agressão, autor idoso e os prováveis agressores, cuidador, familiar e outros), com exceção das variáveis violência psicológica e provável agressor cuidador, que possuem grande relevância para estudos com a população idosa (PAIVA; TAVARES, 2015; LINO et al., 2019).

Em seguida, procedeu-se à execução da técnica, tendo como base a estrutura de uma tabela de contingência (GREENACRE, 1992), na qual o perfil de linha considerado incluiu as características da violência e do agressor (local de ocorrência, tipo de violência, violência de repetição, autor idoso, provável agressor e meio de agressão) e as colunas, as variáveis sociodemográficas da vítima (faixa etária, situação conjugal e presença de deficiência/transtorno). Após o processamento dos dados, foram excluídas do modelo, para o sexo feminino e masculino, todas as variáveis com massa $\leq 0,025$ (2,5%) e aquelas com contribuições semelhantes para as dimensões de cada modelo. As variáveis excluídas do modelo para o sexo feminino foram: via pública e outros locais de ocorrência, violência financeira e outros tipos de violência, sexo do autor ambos, provável agressor cuidador, amigo/conhecido e desconhecido, meio de agressão objeto contundente e perfurocortante. Para o sexo masculino foram: outros locais de ocorrência, violência financeira e outros tipos de violência, sexo do autor ambos, provável agressor cuidador, amigo/conhecido e companheiro, meio de agressão objeto contundente, perfurocortante e ameaça.

Assim como no VIVA INQUÉRITO, os resultados da ACS foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. Na apresentação gráfica as características com menores distâncias entre si em cada quadrante do gráfico, foram agrupadas por meio de elipses, denominadas “PADRÃO”.

O processamento dos dados foi realizado no *Software for Statistics and Data Science* (Stata[®]), versão 14.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu às determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os dados utilizados no estudo são provenientes de bases secundárias de domínio público que não permitem a identificação dos indivíduos e, portanto, dispensou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP).

A pesquisa do VIVA INQUÉRITO foi aprovada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do MS, sob o parecer nº n. 2.234.509,23/8/2017 – CAAE: 67709417.0.0000.0008. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi substituída por consentimento verbal da vítima ou do responsável, sendo o aceite registrado em campo específico no formulário de coleta de dados. Ao participante, foi garantido total anonimato e privacidade, bem como aos profissionais e gestores dos serviços onde a pesquisa foi realizada. Além disso, os participantes da pesquisa podiam desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para eles próprios ou seus familiares (BRASIL, 2019).

4. RESULTADOS

4.1 VIVA INQUÉRITO

4.1.1 Análise Descritiva

A pesquisa contou com 133 idosos atendidos em serviços de urgência e emergência do país no ano de 2017. A maior parte das vítimas foi do sexo masculino (67,4%), na faixa etária entre 60 e 69 anos (65,7%), com escolaridade baixa (66,2%) e a maioria dos atendimentos foi realizada nas regiões Norte (42,7%) e Sudeste (34,3%), contudo sem diferenças significativas entre as regiões (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos vítimas de violência e atendidos nos serviços de urgência e emergência brasileiros. VIVA INQUÉRITO, 2017.

Variável	Total		
	%	IC95% ^a	
		LI ^b	LS ^c
Sexo			
Masculino	67,4	57,7	75,8
Feminino	32,6	24,2	42,3
Faixa etária			
60 a 69 anos	65,7	54,5	75,4
70 e mais	34,3	24,5	45,5
Escolaridade			
Baixa	66,2	53,8	76,7
Alta	20,3	12,5	31,1
Ignorado	13,5	8,0	21,8
Região administrativa			
Norte	42,7	32,5	53,6
Nordeste	7,4	3,8	13,9
Sudeste	34,3	24,2	46,0
Sul	7,5	2,51	20,2
Centro-Oeste	7,8	4,63	12,8
Ignorado	0,4	0,1	2,8

Nota: Escolaridade - Baixa: analfabeto, fundamental I e II.; Alta: ensino médio e superior.

a) IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.; b) LI: limite Inferior.; c) LS: Limite Superior.

A Tabela 2 apresenta as características das vítimas, da violência e do provável agressor, segundo o sexo. A maioria dos idosos é do sexo masculino (67,7%), de raça/cor da pele não branca (62,7%), 13,5% referiram deficiência permanente e 15,9% consumo de álcool

nas 6h antes da ocorrência. O principal local de ocorrência foi a residência (44,4%), seguida pela via pública (36,3%). A violência física foi responsável por 85,3% das violências, o meio de violência mais comum foi por força/espancamento (54,0%) e o principal tipo de lesão foi corte (34,7%), atingindo, principalmente, a região da cabeça (34,9%) e os membros superiores e inferiores (33,2%). Em relação à gravidade da violência, 16,9% das violências foram consideradas graves e 9,9% de gravidade média. A maioria das ocorrências foi cometida por agressor desconhecido (41,2%), do sexo masculino (62,2%) e, em 34,2% dos atendimentos, houve suspeita de consumo de álcool pelo provável agressor.

A maioria das vítimas do sexo masculino era de raça/cor da pele não branca (62,5%), 20,5% referiram consumo de álcool nas 6h antes da ocorrência. O principal local da ocorrência foi a via pública (44,2%), seguida por residência 32,8%. A violência física acometeu 88,2% dos homens. A força/espancamento foi o principal meio de violência, seguido por objeto perfurocortante, sendo 45,4% e 23,8%, respectivamente. A natureza da lesão mais comum foi corte (43,1%) e os membros superiores e inferiores foram a parte do corpo mais atingida. Referente à gravidade da violência, 20,1% foram consideradas de alta gravidade. Referente ao provável agressor, 53,0% das violências foram por pessoa desconhecida, 65,9% do sexo masculino e, para 39,8% dos agressores, havia suspeita de consumo de álcool (Tabela 2).

Para o sexo feminino, 63,2% são de raça/cor da pele não branca e 13,8% referiram deficiência permanente. O principal local de ocorrência foi a residência (68,4%), a maioria (79,3%) sofreu violência física e 20,7% outros tipos de violência. A força/espancamento foi o principal meio da lesão e a natureza da lesão foi contusão, sendo 71,8% e 34,2%, respectivamente. A região da cabeça foi a parte mais atingida e para 21,2% dos atendimentos, a gravidade da violência foi considerada média ou alta. Em relação ao provável agressor, o familiar foi o principal com 31,5%, 54,5% eram do sexo masculino e, em 22,8%, houve suspeita de consumo de álcool pelo agressor. Foram significativas (valor $p < 0,05$) as diferenças entre as seguintes variáveis: local de ocorrência, meio da violência, natureza da lesão, vínculo do provável agressor e suspeita de consumo de álcool pelo agressor (Tabela 2).

Continuação da tabela

Região da cabeça	34,9	25,1	46,2	34,2	22,5	48,1	36,4	22,9	52,5	0,12
Tórax e quadril	11,4	6,8	18,3	14,7	8,8	23,5	4,5	1,0	17,8	
Membros superior e inferior	33,2	24,4	43,4	34,5	23,7	47,1	30,6	18,5	46,2	
Múltiplos órgãos	8,7	5,2	14,4	4,5	1,6	12,1	17,5	8,8	31,8	
Ignorado	11,8	6,2	21,4	12,3	5,2	26,4	10,9	4,5	24,0	
Gravidade da violência										
Baixa	71,6	62,5	79,3	68,8	57,5	78,2	77,5	62,5	87,6	0,49
Média	9,9	5,4	17,5	9,4	4,2	19,7	10,9	4,5	24,2	
Alta	16,9	11,1	24,9	20,1	12,4	31,0	10,3	4,4	21,9	
Ignorado	1,6	0,6	4,5	1,7	0,5	5,6	1,4	0,2	9,7	
Provável agressor										
Familiar	19,2	12,2	28,8	13,2	6,5	24,7	31,6	18,4	48,4	0,00
Companheiro	10,5	5,6	18,9	5,6	1,5	18,6	20,6	11,5	34,4	
Amigo	17,0	10,8	25,6	13,8	7,0	25,4	23,5	11,7	41,5	
Desconhecido	41,2	32,0	51,1	53,0	39,9	65,7	17,0	7,9	32,9	
Outro	2,8	0,8	9,3	2,0	0,5	7,8	4,6	0,7	25,5	
Ignorado	9,3	4,6	17,9	12,5	6,1	24,0	2,8	0,7	10,1	
Sexo do agressor										
Masculino	62,2	52,0	71,4	65,9	54,1	76,0	54,5	37,4	70,6	0,07
Feminino	20,5	13,3	30,3	14,2	6,6	27,7	33,6	20,1	50,4	
Ambos	6,1	2,5	14,1	6,0	1,8	18,4	6,4	2,3	16,6	
Ignorado	11,2	6,2	19,3	13,9	7,4	24,6	5,5	2,1	13,8	
Suspeita de uso de álcool pelo agressor										
Sim	34,3	26,2	43,4	39,8	28,9	51,8	22,8	12,6	37,9	0,00
Não	37,8	29,6	46,7	26,8	17,7	38,4	60,4	45,2	73,8	
Ignorado	28,0	20,6	36,8	33,4	22,9	45,9	16,8	9,0	29,3	

a) IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; b) LI: Limite Inferior.; c) LS: Limite Superior.; d) Valor p: Resultado do teste χ^2 de Pearson.

A Tabela 3 mostra as características segundo a faixa etária. Para os idosos mais jovens, com 60 a 69 anos, a via pública foi o principal local de ocorrência (42,8%), a violência física foi o tipo mais comum (91,1%) por força/espandimento (54,9%), sendo a região da cabeça e os membros superior e inferior as partes do corpo mais atingidas. O corte foi responsável por 35,4% das lesões e 16,5% das violências foram consideradas de alta gravidade. Pessoa desconhecida foi o provável agressor em 49,9% dos atendimentos, 72,7% são do sexo masculino e 40,5% com suspeita de consumo de álcool (Tabela 3).

Para a faixa etária de 70 anos ou mais, 16,0% referiram a presença de deficiência permanente, a residência foi o principal local de ocorrência (62,1%), a violência física o principal tipo de violência, mas com expressiva frequência de outros tipos (25,8%). Os

membros superiores e inferiores foram as partes do corpo mais atingidas e 31,8% das violências foram consideradas de gravidade média ou alta. Em relação ao provável agressor, o familiar foi o principal agressor (41,3%), sendo 41,9% do sexo masculino 35,3% do feminino, a suspeita de consumo de álcool foi indicada para 22,3% dos atendimentos. Foram significativas, (valor $p < 0,05$) as variáveis, provável agressor e sexo do agressor (Tabela 3).

Tabela 3. Características dos atendimentos de violência contra os idosos em serviços de urgência e emergência brasileiros, segundo faixa etária. VIVA INQUÉRITO, 2017.

Variável	Faixa etária		Valor p ^a
	60 a 69	70 e mais	
	%	%	
Raça/cor da pele			
Branca	29,3	33,0	0,76
Não branca	65,0	58,5	
Ignorado	5,7	8,6	
Deficiência			
Sim	12,1	16,1	0,36
Não	84,3	74,5	
Ignorado	3,7	9,5	
Consumo de álcool pela vítima			
Sim	17,7	12,4	0,43
Não	76,9	74,3	
Ignorado	5,4	12,9	
Local de ocorrência			
Residência	35,2	62,1	0,07
Via pública	42,8	23,8	
Outros	17,8	14,1	
Ignorado	4,3	-	
Tipo de violência			
Física	91,1	74,2	0,17
Outros	8,9	25,8	
Meio de violência			
Força/espancamento	54,9	52,2	0,09
Objeto perfurocortante	17,7	12,8	
Arma de fogo	7,0	1,3	
Objeto contundente	9,4	4,7	
Ameaça	5,4	4,7	
Outros	4,9	22,9	
Ignorado	0,7	1,3	
Parte do corpo atingida			
Região da cabeça	39,5	26,1	0,09

continuação da tabela			
Região torácica e quadril	14,6	5,1	
Membros superior e inferior	31,6	36,3	
Múltiplos órgãos	7,3	11,6	
Ignorado	7,1	20,9	
<i>Natureza da lesão</i>			
Sem lesão	6,6	10,3	0,94
Contusão	24,0	18,9	
Corte	35,4	33,3	
Fratura	9,8	14,0	
Trauma	14,5	11,4	
Outros	9,1	10,9	
Ignorado	0,7	1,3	
<i>Gravidade da violência</i>			
Baixa	73,4	68,2	0,49
Média	7,7	14,2	
Alta	16,5	17,7	
Ignorada	2,4	-	
<i>Provável agressor</i>			
Familiar	7,6	41,3	0,01
Companheiro	11,8	8,1	
Amigo	17,0	16,8	
Desconhecido	49,9	24,6	
Outro	3,4	1,7	
Ignorado	10,3	7,5	
<i>Sexo do agressor</i>			
Masculino	72,7	41,9	0,04
Feminino	12,8	35,3	
Ambos	3,5	11,2	
Ignorado	11,0	11,6	
<i>Suspeita de consumo de álcool pelo agressor</i>			
Sim	40,5	22,3	0,25
Não	33,6	45,7	
Ignorado	25,9	32,0	

a) Valor p: Resultado do teste χ^2 de Pearson.

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

A Tabela 4 apresenta as características estudadas segundo a escolaridade da vítima. Para a escolaridade baixa, a maioria dos atendimentos foi de pessoas com raça/cor da pele não branca 67,1% e 11,7% das vítimas haviam consumido álcool nas últimas 6h antes da ocorrência. A maioria das violências foi na residência (53,4%) e, com relação a gravidade, 12,6% foram consideradas de média gravidade e 13,4% de alta gravidade. Quanto ao provável agressor, pessoa desconhecida e familiar foram os principais agressores, sendo 36,9% e 26,3%, respectivamente, e, em 34,2%, suspeitou-se de consumo de álcool pelo agressor (Tabela 4).

Referente à escolaridade alta, a maior parte dos atendimentos foi de pessoas de raça/cor da pele branca 59,7% e 35,8% consumiram álcool nas últimas 6h antes da ocorrência. A via pública foi o principal local (49,0%) de ocorrência da violência, em sua maioria física, por meio de força/espancamento; os membros a parte do corpo mais atingida, e a natureza da lesão foi o corte, sendo que 12,1% das violências foram consideradas de alta gravidade. Relativo ao agressor, 59,3% foram por desconhecidos, 74,3% eram do sexo masculino e 52,8% foram suspeitos de consumir álcool. Para as variáveis raça/cor da pele, consumo de álcool pela vítima, gravidade da violência, sexo do autor e suspeita de consumo de álcool pelo agressor, as diferenças entre os grupos foram significativas, sendo o valor $p < 0,05$ (Tabela 4).

Tabela 4. Características dos atendimentos de violência contra os idosos em serviços de urgência e emergência brasileiros, segundo escolaridade. VIVA INQUÉRITO, 2017.

Variável	Escolaridade			Valor p ^a
	Baixa	Alta	Ignorada	
	%	%	%	
Raça/cor da pele				
Branca	26,4	59,7	7,1	0,00
Não branca	67,1	40,3	75,1	
Ignorado	6,5	-	17,8	
Deficiência				
Sim	13,1	12,3	17,1	0,28
Não	83,8	87,7	56,4	
Ignorado	3,1	-	26,5	
Consumo de álcool pela vitima				
Sim	11,7	35,8	6,7	0,00
Não	82,8	64,2	61,6	
Ignorado	5,6	-	31,8	
Local de ocorrência				
Residência	53,4	29,3	23,0	0,06
Via pública	31,2	49,0	42,1	
Outros	14,1	21,7	20,5	
Ignorado	1,4	-	14,4	
Tipo de violência				
Física	83,8	97,1	75,3	0,19
Outros	16,2	2,9	24,8	
Meio de violência				
Força/espancamento	51,0	68,4	47,1	0,41
Objeto perfurocortante	18,2	13,2	9,5	
Arma de fogo	5,5	5,8	1,8	
Objeto contundente	7,7	9,7	5,4	

continuação da tabela

Ameaça	6,0	2,9	4,4	
Outros	11,0	-	28,5	
Ignorado	0,7	-	3,3	
Parte do corpo atingida				
Região da cabeça	30,5	32,3	60,3	0,42
Região torácica e quadril	12,7	4,7	14,7	
Membros superior e inferior	37,4	33,0	13,1	
Múltiplos órgãos	8,7	12,6	3,3	
Ignorado	10,7	17,5	8,6	
Natureza da lesão				
Sem lesão	8,0	12,6	-	0,31
Contusão	21,6	25,1	21,0	
Corte	33,9	40,2	29,9	
Fratura	12,6	7,4	10,6	
Trauma	10,8	9,7	31,9	
Outros	13,2	5,0	-	
Ignorado	-	-	6,6	
Gravidade da violência				
Baixa	73,3	82,5	46,9	0,02
Média	12,6	4,1	5,1	
Alta	13,4	12,1	41,3	
Ignorada	0,7	1,2	6,7	
Provável agressor				
Familiar	26,3	4,1	6,6	0,13
Companheiro	7,9	21,7	6,7	
Amigo	18,0	14,9	14,7	
Desconhecido	36,9	59,3	35,0	
Outro	4,3	-	-	
Ignorado	6,5	-	36,9	
Sexo do agressor				
Masculino	62,4	74,3	43,0	0,04
Feminino	20,1	25,7	14,7	
Ambos	8,6	-	3,3	
Ignorado	8,9	-	39,0	
Suspeita de consumo de álcool pelo agressor				
Sim	34,2	52,8	6,7	0,00
Não	38,3	43,6	26,2	
Ignorado	27,5	3,6	67,1	

Nota: Escolaridade - Baixa: analfabeto, fundamental I e II; Alta: ensino médio e superior.

a) Valor p: Resultado do teste χ^2 de Pearson.

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

4.1.2 Análise de Correspondência Simples

Na análise de correspondência simples (ACS), duas dimensões foram responsáveis por explicar 90,4% da variância conjunta dos perfis de coluna (sexo, faixa etária e escolaridade) e linha (características da vítima, da violência e do agressor). A primeira dimensão foi responsável por 75,8% da contribuição e a segunda dimensão 14,6%. A associação entre as variáveis é alta, pois o valor do teste $\chi^2 = 266,86$, sendo o valor $p=0,00$ (Tabela 5).

Tabela 5. Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência. VIVA INQUÉRITO, 2017.

Dimensão	Valor singular	Inércia principal	χ^2	Variância Explicada (% relat ^b)	Variância explicada (% acum ^c)
Dimensão 1	0.1688689	0.0285167	202.33	75,8	75,8
Dimensão 2	0.0740781	0.0054876	38.93	14,6	90,4
Dimensão 3	0.0574572	0.0033013	23.42	8,8	99,2
Dimensão 4	0.0174867	0.0003058	2.17	0,8	100,0
Dimensão 5	0.0008844	7.82E-07	0.01	0,0	100,0
Total		0.0376122	266.86	100,0	

a) Resultado do teste χ^2 de Pearson. b) Percentual relativo. c) Percentual acumulado. Nota:

Valor $p= 0,00$ (Resultado não mostrado na tabela).

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

A Tabela 5 apresenta as contribuições de cada categoria para a inércia total e as contribuições relativas de cada categoria para as dimensões. Em relação à contribuição das variáveis sociodemográficas para a inércia total destacam-se o sexo feminino (32,4%) e o masculino (15,3%), a faixa etária de 70 anos e mais (20,6%) e a alta escolaridade (17,8%). Em relação às características da vítima, violência e agressor, destacam-se a categoria outras violências com 15,3%, a residência (24,3%) e o provável agressor desconhecido (14,5%) (Tabela 5).

As categorias que mais contribuíram para a dimensão 1 foram o sexo feminino 37,8%, o masculino 17,1%, a faixa etária de 70 anos ou mais (21,4%) e a escolaridade alta (11,1%). Entre as características da vítima, violência e agressor, destacam-se o local de ocorrência ser a residência (31,5%), o provável agressor ser desconhecido (18,9%), outros tipos de violência (16,3%) e a via pública (10,3%). Para a dimensão 2, destacam-se entre as

variáveis sociodemográficas, a escolaridade alta (49,8%) e o sexo feminino e masculino, sendo 20,3% e 14,4%, respectivamente. Entre as demais características estudadas destacam-se a raça/cor da pele branca (19,2%) e a não branca (16,7%), o meio da violência força/espancamento (19,2%), os meios da lesão contusão (13,7%) e corte (13,4%), e outras violências (13,3%) (Tabela 6).

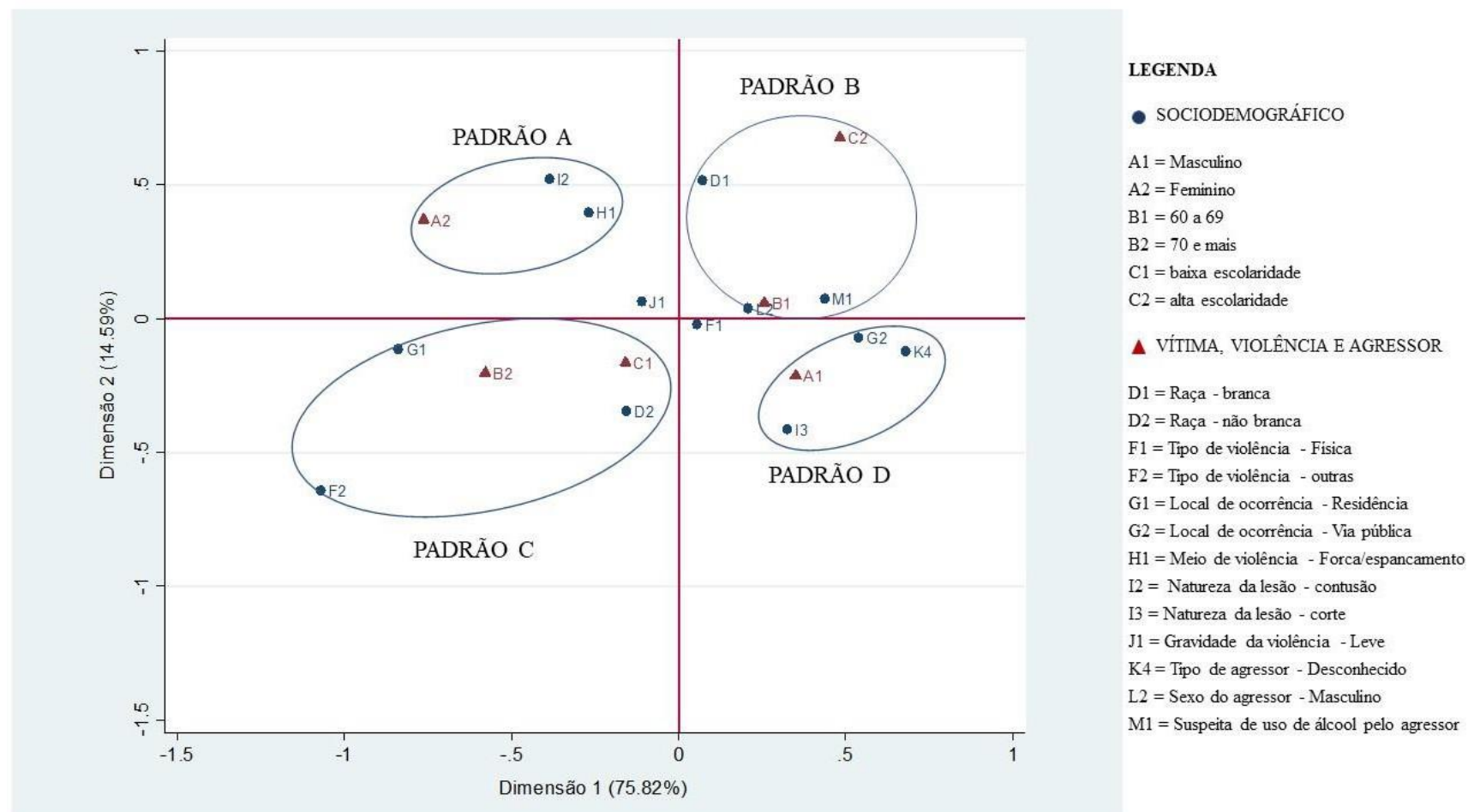
A Figura 3 apresenta o Gráfico Biplot, no qual é possível verificar a relação ou associação entre as categorias. Para isso, devem ser interpretadas as distâncias entre as categorias dispostas no gráfico quanto à sua proximidade e, especialmente, quanto aos respectivos quadrantes. Na análise, foram estabelecidos quatro agrupamentos distintos denominados de PADRÃO. No PADRÃO A estão as vítimas do sexo feminino, meio da violência por força/espancamento e a natureza da lesão contusão. No PADRÃO B encontram-se as vítimas com idade entre 60 a 69 anos, de raça/cor da pele branca e escolaridade alta, provável autor da agressão do sexo masculino e com suspeita de consumo de álcool pelo agressor. O PADRÃO C compõe-se por idosos de 70 anos e mais, raça/cor da pele não branca e com baixa escolaridade, a vítima sofreu outras violências (negligência, psicológica e outras), na própria residência. No PADRÃO D encontra-se o idoso do sexo masculino, a natureza da lesão por corte, a ocorrência da violência na via pública e o provável agressor desconhecido (Figura 3).

Tabela 6. Coordenadas e contribuições das características sociodemográficas da vítima, violência e agressor. VIVA INQUÉRITO, 2017.

Variáveis		Total		Dimensão 1		Dimensão 2	
Coluna	Categorias	Massa	Inércia (%)	Coordenadas	Contribuição	Coordenadas	Contribuição
Sexo	Masculino	0.236	0,153	0.35	0,171	-0.213	0,144
	Feminino	0.11	0,324	-0.763	0,378	0.37	0,203
Faixa etária	60 a 69 anos	0.238	0,092	0.256	0,092	0.06	0,012
	70 e mais	0.108	0,206	-0.578	0,214	-0.203	0,060
Escolaridade	Baixa escolaridade	0.228	0,046	-0.159	0,034	-0.164	0,083
	Alta escolaridade	0.08	0,178	0.482	0,111	0.677	0,498
Linha							
Raça/cor da pele	Branca	0.053	0,065	0.07	0,002	0.519	0,192
	Não branca	0.104	0,047	-0.158	0,015	-0.345	0,167
Tipo de violência	Física	0.143	0,002	0.055	0,003	-0.02	0,001
	Outras violências	0.024	0,153	-1.072	0,163	-0.641	0,133
Local de ocorrência	Residência	0.076	0,243	-0.838	0,315	-0.112	0,013
	Via pública	0.06	0,080	0.538	0,103	-0.072	0,004
Meio da violência	Força/espancamento	0.09	0,058	-0.269	0,039	0.396	0,192
Natureza da lesão	Contusão	0.037	0,054	-0.386	0,033	0.522	0,137
	Corte	0.058	0,058	0.325	0,036	-0.412	0,134
Gravidade da violência	Leve	0.121	0,008	-0.111	0,009	0.064	0,007
Provável agressor	Desconhecido	0.069	0,145	0.679	0,189	-0.122	0,014
Sexo agressor	Masculino	0.105	0,032	0.208	0,027	0.041	0,002
Suspeita de consumo de álcool	Sim	0.059	0,054	0.437	0,067	0.076	0,005

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

Figura 3. Gráfico biplot das características sociodemográficas e relacionadas aos atendimentos por violência, segundo as dimensões 1 e 2. VIVA INQUÉRITO, 2017.



Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

4.2 VIVA SINAN

4.2.1 Análise Descritiva

Em 2017, foram registrados no Sinan 307.307 casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica ou extrafamiliar, incluindo as lesões autoprovocadas (dados não mostrados). Destes, 239.123 foram somente por violência, sendo 17.311 (7,2%) contra idosos. A Tabela 7 apresenta a frequência de notificações por violência, em cada Região do Brasil, segundo a faixa etária. Em relação à distribuição etária, a região que mais notificou violência contra idosos foi a Centro-oeste (7,7%), seguida pelas regiões Sul, Norte e Sudeste. Destaca-se a alta proporção de respostas ignoradas, sendo 9,0% das notificações estudadas (Tabela 7).

Tabela 7. Frequência de notificações por violência nas Regiões Administrativas do Brasil, segundo faixa etária. SINAN, 2017.

Regiões	Faixa etária					
	0 a 18		19 a 59		60 ou mais	
	n	%	n	%	n	%
Centro-oeste	7534	46,7	7348	45,6	1242	7,7
Nordeste	3079	35,6	5068	58,7	493	5,7
Norte	22681	51,3	18308	41,4	3230	7,3
Sudeste	43310	34,7	72588	58,1	9013	7,2
Sul	22299	50,2	18029	42,4	3257	7,3
Ignorado	440	52,1	328	38,9	76	9,0
Total	99.343	41,5	122.469	51,2	17.311	7,2

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

A Tabela 8 apresenta as características do idoso e da violência segundo faixa etária e inclui a categoria ignorado para cada variável estudada. Destaca-se a alta frequência de respostas ignoradas, ou seja, não respondidas para as variáveis de escolaridade (49,5%), violência de repetição (29,1%) e situação conjugal (28,8%). As frequências são mais altas entre idosos com 80 anos ou mais (Tabela 8).

Tabela 8. Avaliação da completitude das notificações por violência contra idosos, segundo faixa etária. VIVA SINAN, 2017.

Variáveis	Faixa etária (anos)									
	Total		60 a 64		65 a 69		70 a 79		80 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	N = 17311									
Sexo										
Feminino	9612	55,5	2557	53,0	1909	52,1	2958	55,7	2188	62,3
Masculino	7696	44,5	2266	47,0	1753	47,9	2356	44,3	1321	37,6
Ignorado	3	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Escolaridade										
0 a 4	5384	31,1	1349	38,0	1129	30,8	1820	34,2	1086	30,9
5 a 8	1878	10,9	722	15,0	419	11,4	508	9,6	229	6,5
9 e mais	1480	8,6	648	13,4	366	10,0	321	6,0	145	4,1
Ignorado	8569	49,5	2105	43,6	1748	47,7	2666	50,2	2050	58,4
Raça/cor da pele										
Branco	7626	44,1	2091	43,4	1595	43,6	2388	44,9	1552	44,2
Preto/parda	7235	41,8	2050	42,5	1543	42,1	2172	40,9	1470	41,9
Amarelo/indígena	272	1,6	68	1,4	49	1,3	102	1,9	53	1,5
Ignorado	2178	12,6	615	12,8	475	13,0	653	12,3	435	12,4
Situação conjugal										
Solteiro	3532	20,4	1334	27,7	848	23,2	927	17,4	423	12,1
Casado	5213	30,1	1772	36,7	1240	33,9	1511	28,4	690	19,7
Viúvo	3580	20,7	471	9,8	535	14,6	1324	24,9	1250	35,6
Ignorado	4986	28,8	1247	25,9	1039	28,4	1553	29,2	1147	32,7
Deficiência ou transtorno										
Sim	2287	13,2	478	9,9	418	11,4	754	14,2	637	18,2
Não	10998	13,2	3279	68,0	2429	66,3	3314	62,4	1976	56,3
Ignorado	4026	23,3	1067	22,1	815	22,3	1247	23,5	897	25,6
Regiões										
Centro-oeste	1242	7,2	276	5,7	231	6,3	433	8,2	302	8,6
Nordeste	569	3,3	218	4,5	136	3,7	143	2,7	72	2,1
Norte	3230	18,7	712	14,8	664	18,1	1027	19,3	827	23,6
Sudeste	9013	52,1	2762	57,3	1973	53,9	2622	49,3	1656	47,2
Sul	3257	18,8	856	17,7	658	18,0	1090	20,5	653	18,6
Local de ocorrência										
Residência	11535	66,6	2820	58,5	2263	61,8	3750	70,6	2702	77,0
Via pública	1986	11,5	807	16,7	511	14,0	517	9,7	151	4,3
Outros locais	1487	8,6	498	10,3	341	9,3	399	7,5	249	7,1
Ignorado	2303	13,3	699	14,5	547	14,9	649	12,2	408	11,6
Tipo de violência										
Física										
Sim	10835	62,6	3906	81,0	2646	72,3	2937	55,3	1346	38,4

Continuação da tabela

Não	6132	35,4	894	18,5	985	26,9	2228	41,9	2025	57,7
Ignorado	344	2,0	24	0,5	31	0,9	150	2,8	139	4,0
Psicológica										
Sim	4753	27,5	1494	31,0	1069	29,2	1421	26,7	769	21,9
Não	11957	69,1	3209	66,5	2490	68,0	3676	69,2	2582	73,6
Ignorado	601	3,5	121	2,5	103	2,8	218	4,1	159	4,5
Negligência/abandono										
Sim	5271	30,5	472	9,8	694	19,0	2038	38,3	2067	58,9
Não	11654	67,3	4223	87,5	2873	78,5	3164	59,5	1394	39,7
Ignorado	386	2,2	129	2,7	95	2,6	113	2,1	49	1,4
Financeira										
Sim	1087	6,3	172	3,6	184	5,0	432	8,1	299	8,5
Não	15551	89,9	4502	93,3	3353	91,6	4653	87,5	3043	86,7
Ignorado	673	3,9	150	3,1	125	3,4	230	4,3	168	4,8
Outras violências										
Sim	1315	7,6	383	7,9	322	8,8	370	7,0	240	6,8
Não	15474	89,4	4319	89,5	3240	88,5	4774	89,8	3141	89,5
Ignorado	522	3,0	122	2,5	100	2,7	171	3,2	129	3,7

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

A Tabela 9 mostra as características do provável agressor segundo faixa etária, com inclusão da categoria ignorado. Destacam-se as variáveis suspeita de consumo de álcool pelo agressor e autor idoso, com frequências de 38,4% e 29,1%, respectivamente. Para os mais idosos (80 anos e mais), a frequência de respostas ignoradas para suspeita de consumo de álcool foi 40,4% e 30,1% para o provável agressor idoso (Tabela 9).

Tabela 9. Avaliação da completitude das notificações por violência contra idosos, segundo faixa etária. VIVA SINAN, 2017.

Variáveis	Faixa etária (anos)									
	Total		60 a 64		65 a 69		70 a 79		80 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Meio de agressão										
Força ou espancamento										
Sim	8429	48,7	3019	62,6	2059	56,2	2322	43,7	1029	29,3
Não	8070	46,6	1659	34,4	1464	40,0	2705	50,9	2242	63,9
Ignorado	812	4,7	146	3,0	139	3,8	288	5,4	239	6,8
Objeto contundente										
Sim	933	5,4	357	7,4	227	6,2	266	5,0	83	2,4
Não	15325	88,5	4223	87,5	3234	88,3	4704	88,5	3164	90,1
Ignorado	1053	6,1	244	5,1	201	5,5	345	6,5	263	7,5

Continuação da tabela

Objeto perfuro cortante

Sim	1145	6,6	505	10,5	275	7,5	262	4,9	103	2,9
Não	15159	87,6	4098	85,0	3195	87,3	4714	88,7	3152	89,8
Ignorado	1007	5,8	221	4,6	192	5,2	339	6,4	255	7,3

Ameaça

Sim	2565	14,8	852	17,7	608	16,6	732	13,8	373	10,6
Não	13673	79,0	3737	77,5	2843	77,6	4232	79,6	2861	81,5
Ignorado	1073	6,2	235	4,9	211	5,8	351	6,6	276	7,9

Outros

Sim	4,655	26,9	931	19,3	838	22,9	1571	29,6	1315	37,5
Não	11848	68,4	3698	76,7	2659	72,6	3492	65,7	1999	57,0
Ignorado	808	4,7	195	4,0	165	4,5	252	4,7	196	5,6

Violência de repetição

Sim	6069	35,1	1597	33,1	1198	32,7	1938	36,5	1336	38,1
Não	6200	35,8	1938	40,2	1432	39,1	1792	33,7	1038	29,6
Ignorado	5042	29,1	1289	26,7	1032	28,2	1585	29,8	1136	32,4

Sexo do autor

Feminino	3074	17,8	755	15,7	606	16,6	949	17,9	764	21,8
Masculino	8789	50,8	2956	61,3	2055	56,1	2519	47,4	1259	35,9
Ambos	2305	13,3	298	6,2	338	9,2	871	16,4	798	22,7
Ignorado	3143	18,2	815	16,9	663	18,1	976	18,4	689	19,6

Autor idoso

Sim	1858	10,7	540	11,2	374	10,2	558	10,5	386	11,0
Não	10416	60,2	2901	60,1	2223	60,7	3225	60,7	2067	58,9
Ignorado	5037	29,1	1383	28,7	1065	29,1	1532	28,8	1057	30,1

Suspeita de consumo de álcool

Sim	3706	21,4	1329	27,6	857	23,4	1032	19,4	488	13,9
Não	6949	40,1	1775	36,8	1379	37,7	2192	41,2	1603	45,7
Ignorado	6656	38,5	1720	35,7	1426	38,9	2091	39,3	1419	40,4

Número de envolvidos

Um	5369	31,0	1219	25,3	1065	29,1	1753	33,0	1332	38,0
Dois ou mais	9058	52,3	2831	58,7	2010	54,9	2661	50,1	1556	44,3
Ignorado	2884	16,7	774	16,0	587	16,0	901	17,0	622	17,7

Provável agressor**Familiar**

Sim	757	4,4	237	4,9	175	4,8	225	4,2	120	3,4
Não	14677	84,8	4017	83,3	3085	84,2	4536	85,3	3039	86,6
Ignorado	1877	10,8	570	11,8	402	11,0	554	10,4	351	10,0

Companheiro

Sim	2151	12,4	895	18,6	510	13,9	536	10,1	210	6,0
Não	13247	76,5	3354	69,5	2737	74,7	4219	79,4	2937	83,7

Continuação da tabela										
Ignorado	1913	11,1	575	11,9	415	11,3	560	10,5	363	10,3
Filho (a)										
Sim	5946	34,4	999	20,7	1030	28,1	2156	40,6	1761	50,2
Não	9441	54,5	3244	67,3	2215	60,5	2597	48,9	1385	39,5
Ignorado	1924	11,1	581	12,0	417	11,4	562	10,6	364	10,4
Desconhecido (a)										
Sim	2277	13,2	823	17,1	567	15,5	626	11,8	261	7,4
Não	13076	75,5	3419	70,9	2671	72,9	4114	77,4	2872	81,8
Ignorado	1958	11,3	582	12,1	424	11,6	575	10,8	377	10,7
Amigo ou conhecido										
Sim	1819	10,5	684	14,2	464	12,7	458	8,6	213	6,1
Não	13499	78,0	3551	73,6	2764	75,5	4267	80,3	2917	83,1
Ignorado	1993	11,5	589	12,2	434	11,9	590	11,1	380	10,8
Cuidador										
Sim	392	2,3	39	0,8	49	1,3	125	2,4	179	5,1
Não	14925	86,2	4198	87,0	3183	86,9	4600	86,6	2944	83,9
Ignorado	1994	11,5	587	12,2	430	11,7	590	11,1	387	11,0
Outros vínculos										
Sim	2550	14,7	623	12,9	509	13,9	835	15,7	583	16,6
Não	12907	74,6	3639	75,4	2751	75,1	3938	74,1	2579	73,5
Ignorado	1854	10,7	562	11,7	402	11,0	542	10,2	348	9,9

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

A Tabela 10 apresenta as principais características da vítima, da violência e do provável agressor, segundo sexo. Do total, 50,4% das vítimas foram de raça/cor da pele branca, 42,3% eram casados e 17,2% possuíam deficiência/transtorno. A maior parte das ocorrências foi na residência (76,9%), a violência física foi o principal tipo de notificação, seguido por negligência/abandono, com 68,4% e 31,4%, respectivamente. O principal meio de agressão foi por força/espandimento e a violência de repetição foi informada para 49,5% das notificações. Em relação ao sexo do agressor, 62,0% eram homens, 15,1% dos autores da violência eram idosos e 62,8% dos casos notificados foram por dois ou mais agressores (Tabela 10).

Em relação às mulheres, as de raça/cor da pele branca e as viúvas foram as que mais sofreram violências. O principal local foi a residência (86,0%). Em relação aos homens, todos os tipos de violência foram mais frequentes entre as mulheres, exceto a violência física. A força/espandimento e ameaça foram os principais meio de agressão e a maior

parte das mulheres (58,0%) já sofreram violências de repetição. Referente ao agressor, 17,5% dos autores são idosos, 58,8% são do sexo masculino e 65,8% das mulheres foram violentadas por dois ou mais agressores. O principal agressor foi o filho (44,3%), seguido pelo companheiro (17,7%) e outros vínculos (17,5%), sem diferença significativa entre os sexos (valor $p>0,05$).

Para o sexo masculino, destacam-se a raça/cor da pele preto/parda (50,6%) e os casados. A residência foi o principal local de ocorrência (64,7%), mas houve importante frequência na via pública (21,1%). A violência física foi mais frequente (72,0%), por meio de força/espancamento, e, para 34,9% dos agressores, houve suspeita de consumo de álcool, sem diferença significativa entre os sexos (valor $p>0,05$). O principal agressor foi o filho (31,1%), seguido por desconhecido (24,3%) (Tabela 10).

Tabela 10. Características das notificações por violência contra o idoso, segundo sexo. VIVA SINAN, 2017.

Variáveis	Total		Feminino		Masculino		Valor p ^a
	N	%	N	%	N	%	
<i>Raça ou cor da pele (N=15.131)</i>							
Branco	7624	50,4	4448	52,7	3176	47,4	0,00
Preto/parda	7235	47,8	3850	45,6	3385	50,6	
Amarelo/indígena	272	1,8	138	1,6	134	2,0	
<i>Situação conjugal (N=12.322)</i>							
Solteiro	3531	28,7	1771	25,6	1760	32,5	0,00
Casado	5211	42,3	2472	35,8	2739	50,6	
Viúvo	3580	29,1	2669	38,6	911	16,8	
<i>Deficiência ou transtorno (N= 13.282)</i>							
Sim	2287	17,2	1417	18,8	870	15,1	0,00
<i>Local de ocorrência (N= 15.005)</i>							
Residência	11534	76,9	7371	86,0	4163	64,7	0,00
Via pública	1985	13,2	625	7,3	1360	21,1	
Outros locais	1486	9,9	572	6,7	914	14,2	
<i>Tipo de violência</i>							
Física	10834	63,9	5385	57,3	5449	72,0	0,00
Psicológica	4751	28,4	3368	36,2	1383	18,7	0,00
Negligência/abandono	5269	31,1	3192	33,9	2077	27,7	0,00
Financeira	1086	6,5	725	7,9	361	4,9	0,00
Outras violências	1315	7,8	858	9,2	457	6,1	0,00

Continuação da tabela

Meio da violência							
Força/espancamento	8429	51,1	4492	49,2	3937	53,5	0,00
Objeto contundente	933	5,7	323	3,6	610	8,4	0,00
Objeto perfuro cortante	1145	7,0	393	4,4	752	10,4	0,00
Ameaça	2564	15,8	1889	20,9	675	9,4	0,00
Outros	4653	28,2	2608	28,5	2045	27,8	0,33
Violência de repetição (N= 12.266)							
Sim	6067	49,5	4110	58,0	1957	37,9	0,00
Sexo do autor (N= 14.165)							
Feminino	3073	21,7	1984	24,2	1089	18,2	0,00
Masculino	8787	62,0	4821	58,8	3966	66,4	
Ambos	2305	16,3	1388	16,9	917	15,4	
Autor idoso (N= 12.271)							
Sim	1856	15,1	1259	17,6	597	11,7	0,00
Suspeita de consumo de álcool (N= 10.653)							
Sim	3705	34,8	2151	34,7	1554	34,9	0,87
Número de envolvidos (N= 14.424)							
Um	5369	37,2	2838	34,2	2531	41,3	0,00
Dois ou mais	9055	62,8	5462	65,8	3593	58,7	
Provável agressor							
Familiar	757	4,9	420	4,8	337	5,1	0,43
Companheiro	2151	14,0	1548	17,7	603	9,1	0,00
Filho (a)	5944	38,6	3885	44,3	2059	31,1	0,00
Desconhecido (a)	2277	14,8	672	7,7	1605	24,3	0,00
Amigo ou conhecido	1818	11,9	783	9,0	1035	15,7	0,00
Cuidador	392	2,6	244	2,8	148	2,3	0,33
Outros vínculos	2550	16,5	1540	17,5	1010	15,2	0,00

a) Valor p: Resultado do teste χ^2 de Pearson.

Nota: As variáveis "Tipo de violência, Meio da violência e Provável agressor" possuem questões múltiplas.

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

A Tabela 11 descreve as características das vítimas, da ocorrência e do agressor, segundo a faixa etária. A frequência de idosos de raça/cor da pele branca foi maior entre os idosos com 70 a 79 anos (51,2%), contudo, sem diferenças entre os grupos, valor $p > 0,05$. A ocorrência foi mais comum entre idosos casados, atingindo 49,5% na faixa etária de 60 a 64 anos, e entre os idosos mais velhos e viúvos (52,9%). A frequência de deficiência/transtorno foi mais alto entre idosos de 80 anos ou mais, sendo de 24,4%. A ocorrência de violência na residência foi mais frequente entre idosos mais velhos (87,1%) e, na via pública, entre idosos mais jovens (19,6%). A violência física foi mais frequente

entre idosos mais jovens (81,4%) e a negligência/abandono entre os mais velhos (59,7%). A violência de repetição também foi mais comum nas faixas etárias mais altas, atingindo 56,3% entre idosos de 80 anos ou mais. A frequência de violência por meio da força/espancamento foi alta em todas as faixas etárias, mas destaca-se a frequência de outras formas de violência nos mais idosos (39,7%) (Tabela 11).

Em relação ao agressor, a frequência de violência por pessoas do sexo masculino foi alta em todas as faixas etárias. A suspeita de consumo de álcool foi mais alta entre idosos mais jovens (42,8%), com a presença de um envolvido foi mais frequente entre idosos mais velhos, enquanto dois ou mais envolvidos foi mais comum em idosos mais jovens (69,9%). O filho foi o provável autor da violência em todas as faixas etárias e destaca-se a frequência maior entre idosos mais velhos, atingindo 56,0%. Para idosos mais jovens (60 a 64 anos), destacou-se a violência cometida por pessoa desconhecida (Tabela 11).

Tabela 11. Características das notificações por violência contra o idoso, segundo faixa etária. Sistema de Notificação de Agravos de Notificação - VIVA SINAN, 2017.

Variáveis	Faixa Etária (anos)										Valor p
	Total		60 a 64		65 a 69		70 a 79		80 e mais		
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Raça ou cor da pele											
Branco	7626	50,4	2,091	49,7	1595	50,1	2388	51,2	1552	50,5	0,14
Preto/parda	7235	47,8	2,050	48,7	1543	48,4	2172	46,6	1470	47,8	
Amarelo/indígena	272	1,8	68	1,6	49	1,5	102	2,2	102	1,7	
Situação conjugal											
Solteiro	3532	28,7	1,334	37,3	848	32,3	927	24,6	423	17,9	0,00
Casado	5213	42,3	1,772	49,5	1240	47,3	1511	40,2	690	29,2	
Viúvo	3580	29,1	471	13,2	535	20,4	1324	35,2	1250	52,9	
Deficiência ou transtorno											
Sim	2287	17,2	478	12,7	418	14,7	754	18,5	637	24,4	0,00
Local de ocorrência											
Residência	11535	76,9	2,820	68,4	2263	72,7	3750	80,4	2702	87,1	0,00
Via pública	1986	13,2	807	19,6	511	16,4	517	11,1	151	4,9	
Outros locais	1487	9,9	498	12,1	341	11,0	399	8,6	249	8,0	
Tipo de violência											
Física	10835	63,9	3,906	81,4	2646	72,9	2937	56,9	1346	39,9	0,00
Psicológica	4753	28,4	1,494	31,8	1069	30,0	1421	27,9	769	23,0	0,00
Negligência	5271	31,1	472	10,1	694	19,5	2038	39,2	2067	59,7	0,00
Financeira	1087	6,5	172	3,7	184	5,2	432	8,5	299	9,0	0,00

Continuação da tabela											
Outras violências	1315	7,8	383	8,2	322	9,0	370	7,2	240	7,1	0,00
Meio da violência											
Força/espancamento	8429	51,1	3,019	64,5	1464	58,4	2705	46,2	2242	31,5	0,00
Objeto contundente	933	5,7	357	7,8	227	6,6	266	5,4	83	2,6	0,00
Objeto perfuro cortante	1145	7,0	505	8,2	275	7,0	262	8,1	103	6,1	0,00
Ameaça	2565	15,8	852	18,6	608	17,6	732	14,8	373	11,5	0,00
Outros	4655	28,2	931	20,1	838	24,0	1571	31,0	1315	39,7	0,00
Violência de repetição											
Sim	6069	49,5	1,597	45,2	1198	45,6	1938	52,0	1336	56,3	0,00
Sexo											
Feminino	3074	21,7	755	18,8	606	20,2	949	21,9	764	27,1	0,00
Masculino	8789	62,0	2,956	73,7	2055	68,5	2519	58,1	1259	44,6	
Ambos	2305	16,3	298	7,4	338	11,3	871	20,1	798	28,3	
Autor idoso											
Sim	1858	15,1	540	15,7	374	14,4	558	14,8	386	15,7	0,38
Suspeita de uso de álcool											
Sim	3706	34,8	1,329	42,8	857	38,3	1032	32,0	488	23,3	0,00
Número de envolvidos											
Um	5369	37,2	1,219	30,1	1065	34,6	1753	39,7	1332	46,1	0,00
Dois ou mais	9058	62,8	2,831	69,9	2010	65,4	2661	60,3	1556	53,9	
Provável agressor											
Familiar	757	4,9	237	5,6	175	5,4	225	4,7	120	3,8	0,00
Companheiro	2151	14,0	895	21,1	510	15,7	536	11,3	210	6,7	0,00
Filho (a)	5946	38,6	999	23,5	1030	31,7	2156	45,4	1761	56,0	0,00
Desconhecido (a)	2277	14,8	823	19,4	567	17,5	626	13,2	261	8,3	0,00
Amigo ou conhecido	1819	11,9	684	16,2	464	14,4	458	9,7	213	6,8	0,00
Cuidador	392	2,6	39	0,9	49	1,5	125	2,7	179	5,7	0,00
Outros	2550	16,5	623	14,6	509	15,6	835	17,5	583	18,4	0,00

a) Valor p: Resultado do teste χ^2 de Pearson.

Nota: As variáveis "Tipo de violência, Meio da violência e Provável agressor" possuem questões múltiplas.

4.2.2 Análise de Correspondência Simples

4.2.2.1 Sexo Feminino

Na análise de correspondência simples (ACS) para o sexo feminino, foram necessárias duas dimensões para explicar a variância conjunta dos perfis de coluna (sexo, faixa etária, situação conjugal e presença de deficiência ou transtorno) e linha (características da violência e do agressor). As contribuições das dimensões para a inércia foram de 87,1% (coluna) e 9,5% (linha), totalizando 96,6% de explicação. É possível verificar que a

associação entre as variáveis é alta pois o valor do $\chi^2 = 6025.50$, sendo o valor $p < 0,01$ (Tabela 13).

Tabela 13. Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência para o sexo feminino. VIVA SINAN, 2017.

Dimensão	Valor Singular	Inércia Principal	χ^2 ^a	Variância explicada (% relat ^b)	Variância explicada (% acum ^c)
Dimensão 1	.2316223	.0536489	5248.15	87,1	87,1
Dimensão 2	.0766974	.0058825	575.45	9,6	96,7
Dimensão 3	.0344647	.0011878	116.20	1,9	98,6
Dimensão 4	.0253157	.0006409	62.69	1,0	99,5
Dimensão 5	.0126614	.0001603	15.68	0,3	99,8
Dimensão 6	.0067473	.0000455	4.45	0,1	99,9
Dimensão 7	.0054178	.0000294	2.87	0,1	100,0
Total		.0615953	6025.50	100	

a) Resultado do teste χ^2 de Pearson. b) Percentual relativo. c) Percentual acumulado.

Nota: Valor $p < 0,01$ (Resultado não mostrado na tabela).

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

Entre as contribuições relativas de cada dimensão para a inércia total do sexo feminino, destacam-se entre as variáveis demográficas, as categorias faixas etárias, de 80 ou mais (28,4%) e a de 60 a 64 anos (21,1%), e o idoso ser casado (21,7%). Para as variáveis relacionadas, as características da violência e do provável agressor, destacam-se as categorias negligência/abandono (32,5%) e a de provável agressor os companheiro ou filho, sendo 22,4% e 13,2%, respectivamente (Tabela 14).

A dimensão 1 recebeu maiores contribuições das variáveis demográficas, as categorias faixa etária, com a de 80 anos ou mais (31,0%) e a de 60 a 64 anos (23,5%), assim como a situação conjugal da vítima casado (20,2%). Relativo às características da violência e do provável agressor, as maiores contribuições foram das categorias negligência/abandono (35,1%), o companheiro (18,8%) e o filho (14,1%). Para a dimensão 2, as principais contribuições das variáveis demográficas foram da categoria situação conjugal casado (41,1%) e viúvo (26,3%). Em relação às características da violência e do agressor, foram as categorias companheiro (63,1%) e negligência/abandono (15,5%) (Tabela 14).

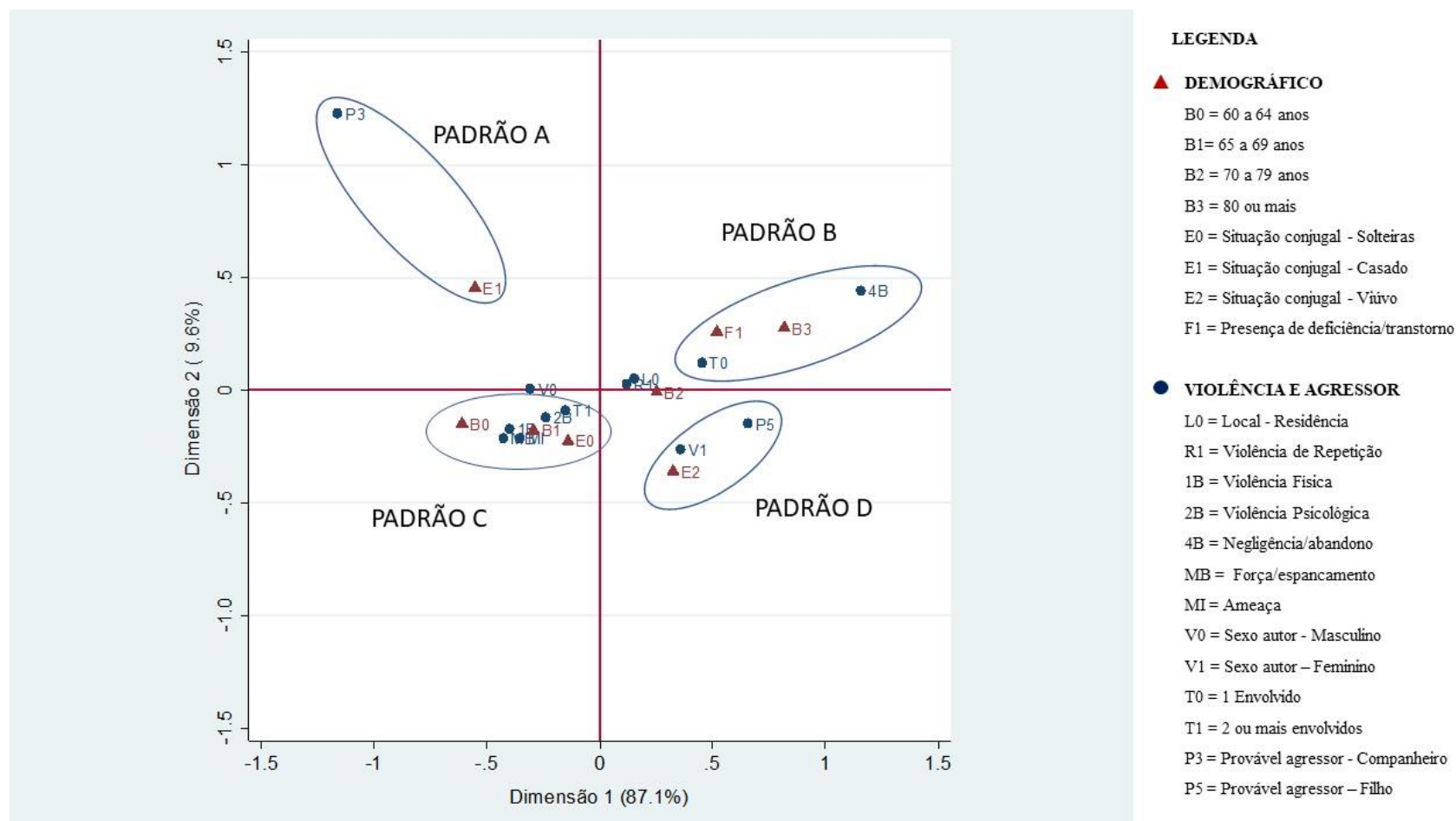
Tabela 14. Coordenadas e contribuições das características demográficas e da violência para o sexo feminino. VIVA SINAN, 2017.

Variáveis		Total		Dimensão 1		Dimensão 2	
Coluna	Categoria	Massa	Inércia (%)	Coordenadas	Contribuição	Coordenadas	Contribuição
Faixa etária	60 a 64 anos	0.146	0,211	-0.611	0,235	-0.148	0,042
	65 a 69 anos	0.106	0,040	-0.294	0,039	-0.179	0,044
	70 a 79 anos	0.156	0,040	0.251	0,042	-0.008	0,000
	80 ou mais	0.107	0,284	0.818	0,310	0.277	0,107
Situação conjugal	Solteiro	0.098	0,021	-0.141	0,008	-0.224	0,064
	Casado	0.152	0,217	-0.553	0,202	0.455	0,411
	Viúvo	0.155	0,094	0.325	0,070	-0.361	0,263
Presença de Deficiência	Deficiência/Transtorno	0.080	0,094	0.519	0,093	0.258	0,070
Linha							
Local de ocorrência	Residência	0.148	0,014	0.152	0,015	0.053	0,005
Violência de repetição	Violência de repetição	0.087	0,014	0.119	0,005	0.027	0,001
Tipo de violência	Física	0.103	0,070	-0.402	0,071	-0.173	0,040
	Psicológica	0.068	0,017	-0.240	0,017	-0.119	0,013
	Negligência/abandono	0.061	0,325	1.157	0,351	0.443	0,155
Meio de agressão	Força/espancamento	0.086	0,066	-0.429	0,069	-0.214	0,052
	Ameaça	0.039	0,022	-0.355	0,021	-0.213	0,023
Sexo do agressor	Masculino	0.097	0,035	-0.309	0,040	0.008	0,000
	Feminino	0.039	0,024	0.356	0,021	-0.263	0,035
Número de envolvidos	Um	0.056	0,045	0.454	0,050	0.122	0,011
	Dois ou mais	0.108	0,012	-0.152	0,011	-0.091	0,012
Provável autor	Companheiro	0.032	0,224	-1.164	0,188	1.228	0,631
	Filho	0.076	0,132	0.655	0,141	-0.149	0,022

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

Para analisar a associação entre as categorias, deve-se interpretar as distâncias entre as categoriais dispostas no gráfico quanto à sua proximidade, especialmente quanto aos respectivos quadrantes. O primeiro perfil, denominado PADRÃO A, é composto por mulheres casadas e o provável agressor o companheiro. O segundo perfil, PADRÃO B, corresponde a idosas mais velhas (80 anos ou mais), com deficiência/transtorno, sendo agredidas na residência, com presença de um agressor envolvido, violência principal negligência/abandono e ocorrência de violência de repetição. No terceiro perfil, ou PADRÃO C, encontram-se idosas mais jovens (60 a 69 anos), solteiras, com presença de violência psicológica e física, e os meios de agressão serem ameaça e força/spancamento. No quarto e último perfil, o PADRÃO D, destacam-se as categorias viúva, provável autor filho, e agressor do sexo feminino (Figura 4).

Figura 4. Gráfico bi-plot das características sociodemográficas e relacionadas às notificações para o sexo feminino, segundo as dimensões 1 e 2. VIVA SINAN, 2017.



Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

4.2.2.2 Sexo Masculino

Na ACS para o sexo masculino, foram necessárias duas dimensões para explicar a variância conjunta dos perfis. As contribuições dessas dimensões para a inércia foram de 94,3% e 2,5%, respectivamente, totalizando 96,8% de sua explicação. É possível verificar que a associação entre as variáveis é alta pois o valor do $\chi^2 = 3343.47$ sendo o valor $p < 0,01$ (Tabela 14).

Tabela 15. Dimensões e proporção da variância explicada na análise de correspondência para o sexo masculino. VIVA SINAN, 2017.

Dimensão	Valor Singular	Inércia Principal	χ^2 ^a	Variância explicada (% relat ^b)	Variância explicada (% acum ^c)
Dimensão 1	.2177249	.0474042	3153.75	94,3	94,3
Dimensão 2	.0355702	.0012652	84.17	2,5	96,8
Dimensão 3	.0316848	.0010039	66.79	2,0	98,8
Dimensão 4	.0193908	.000376	25.02	0,7	99,5
Dimensão 5	.0112348	.0001262	8.40	0,3	99,8
Dimensão 6	.0071959	.0000518	3.44	0,1	99,9
Dimensão 7	.0057489	.000033	2.20	0,1	100,0
Total		.0502604	3343.77	100	

a) Resultado do teste χ^2 de Pearson. b) Percentual relativo. c) Percentual acumulado.

Nota: Valor $p < 0,01$ (Resultado não mostrado na tabela).

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

Entre as contribuições relativas de cada dimensão para a inércia total do sexo masculino, destacam-se, entre as variáveis demográficas, as categorias 80 anos ou mais, 60 a 64 anos e a presença de deficiência/transtorno, sendo de 25,9%, 25,3% e 25,2%, respectivamente (Tabela 16).

Para a dimensão 1, destaca-se a faixa etária como a variável demográfica mais importante, sendo que as faixas etárias entre 60 a 64 anos e 80 anos ou mais contribuíram com (53,3%) conjuntamente e, a deficiência/transtorno com (25,5%). Entre as características da violência e do agressor, destacam-se as categorias negligência/abandono (31,9%), o provável autor

filho (14,6%) e a violência física (12,7%). Relativo à dimensão 2, a situação conjugal da vítima foi a variável demográfica principal com (80,7%). Em relação às de violência, destacam-se a negligência/abandono (54,1%) e o filho como agressor (14,6%) (Tabela 16).

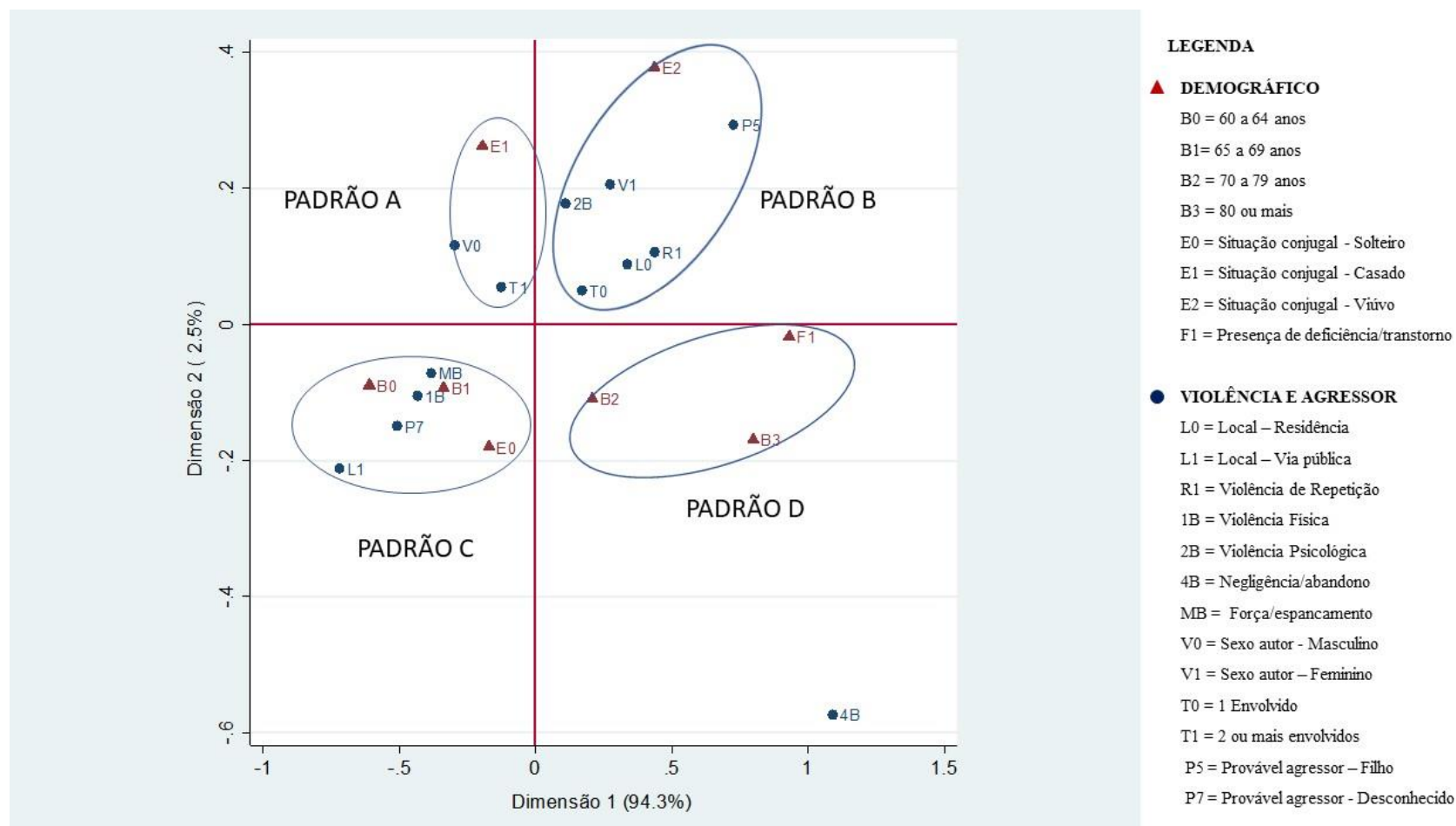
Tabela 16. Coordenadas e contribuições das características sociodemográficas e da violência para o sexo masculino. VIVA SINAN, 2017.

Variáveis		Total		Dimensão 1		Dimensão 2	
		Massa	Inércia (%)	Coordenadas	Contribuição	Coordenadas	Contribuição
Coluna	Categoria						
Faixa etária	60 a 64 anos	0.155	0,253	-0.611	0,265	-0.090	0,035
	65 a 69 anos	0.120	0,062	-0.338	0,063	-0.093	0,029
	70 a 79 anos	0.163	0,035	0.208	0,032	-0.109	0,054
	80 ou mais	0.092	0,259	0.799	0,268	-0.169	0,074
Situação conjugal	Solteiro	0.126	0,026	-0.172	0,017	-0.180	0,115
	Casado	0.210	0,046	-0.195	0,037	0.262	0,407
	Viúvo	0.071	0,068	0.436	0,062	0.377	0,285
Presença de Deficiência	Deficiência/Transtorno	0.064	0,252	0.932	0,255	-0.018	0,001
Linha							
Local de ocorrência	Residência	0.122	0,062	0.337	0,064	0.088	0,027
	Via pública	0.037	0,086	-0.721	0,089	-0.212	0,047
Violência de repetição	Violência de repetição	0.061	0,062	0.436	0,053	0.107	0,019
Tipo de violência	Física	0.147	0,123	-0.434	0,127	-0.105	0,046
	Psicológica	0.040	0,004	0.110	0,002	0.178	0,036
	Negligência/abandono	0.058	0,315	1.090	0,319	-0.574	0,541
Meio de agressão	Força/espancamento	0.107	0,070	-0.383	0,072	-0.072	0,016
Sexo do agressor	Masculino	0.114	0,046	-0.298	0,046	0.117	0,044
	Feminino	0.032	0,013	0.274	0,011	0.206	0,038
Número de envolvidos	Um	0.074	0,011	0.171	0,010	0.050	0,005
	Dois ou mais	0.102	0,008	-0.126	0,007	0.055	0,009
Provável autor	Filho	0.060	0,147	0.727	0,146	0.294	0,146
	Desconhecido	0.045	0,053	-0.508	0,053	-0.149	0,028

Fonte: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

O primeiro perfil, denominado PADRÃO A, foi composto por homens casados, o sexo do autor da agressão masculino com dois ou mais envolvidos. O segundo perfil, PADRÃO B, foi composto por idosos viúvos, provável agressor o filho, do sexo feminino, tipo de violência psicológica, de repetição, na residência e com apenas um envolvido. No terceiro perfil ou PADRÃO C encontram-se idosos mais jovens (60 a 69 anos), solteiros, ocorrência da violência na via pública, sendo o meio de agressão força/espancamento e provável agressor desconhecido. No quarto e último perfil, o PADRÃO D, destacam-se os idosos mais velhos (80 ou mais) e o tipo de violência negligência/abandono. Embora não tenha sido agrupada no padrão D, destaca-se a deficiência/transtorno com importante contribuição para a dimensão 1 (Figura 5).

Figura 5. Gráfico bi-plot das características sociodemográficas e relacionadas às notificações para o sexo masculino, segundo as dimensões 1 e 2. VIVA SINAN, 2017.



Fonte:

Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo identificou as características da vítima, da violência e provável agressor, além dos principais padrões de violência contra os idosos, registrados no Sistema VIVA, relativos ao ano de 2017. As análises mostraram diferenças entre os atendimentos dos serviços de urgência e emergência incluídos no VIVA INQUÉRITO e as notificações registradas no SINAN. A maioria dos atendimentos do VIVA INQUÉRITO foi de idosos do sexo masculino, o local de ocorrência na via pública, lesão do tipo corte, por agressor desconhecido, do sexo masculino, e com suspeita de elevado consumo de álcool. Nas notificações registradas no SINAN, a maioria dos casos/suspeitas foi de vítimas do sexo feminino, a violência em sua própria residência e o principal agressor o filho (a).

Neste estudo, houve semelhanças entre os componentes do VIVA ao considerar o sexo, faixa etária e escolaridade dos idosos. Para o sexo feminino, as violências ocorreram principalmente na residência, o provável agressor foi o filho(a), do sexo masculino, e com uso de força/espancamento. Para o sexo masculino, a maioria era não brancos, a ocorrência foi principalmente na via pública e cometida por desconhecidos. Ao considerar a faixa etária, entre os idosos mais jovens, a violência cometida por desconhecido foi mais comum e, entre os mais idosos, foi cometida pelo filho (a). Referente à escolaridade, as vítimas foram de raça/cor da pele não branca, menos escolarizadas e sofreram violências principalmente na residência. As vítimas que informaram escolaridade alta, a maioria era de raça/cor da pele branca e houve suspeita de consumo de álcool para, aproximadamente, um terço dos agressores.

Em relação aos padrões de violência contra idosos, obteve-se quatro padrões na ACS do VIVA INQUÉRITO, sendo dois relacionados ao sexo da vítima e dois por faixa etária. Para o SINAN, a ACS foi realizada segundo o sexo da vítima, e foram obtidos quatro padrões distintos para as idosas e quatro para os idosos.

Os resultados mostram, também, diferenças entre as vítimas atendidas nos serviços de urgência e emergência e as notificações registradas no SINAN. O VIVA INQUÉRITO capta especialmente as violências mais graves e agudas, enquanto o SINAN recebe as notificações de todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo um

importante veículo para captação de outros tipos de violência como a negligência/abandono, violência psicológica e outras. Ressalta-se que os serviços de urgência e emergência são considerados como importante local para a identificação de violência contra os idosos (PLATTTS-MILLS et al., 2018), pois, em nenhum outro serviço de saúde, a violência adquire tamanha visibilidade. Além disso, para algumas vítimas, essa pode ser a única porta de entrada no sistema público de saúde, e, para muitas, essa será a única vez em que estará diante de um profissional de saúde, e, em muitos casos, um dos únicos momentos em que a violência será revelada (DESLANDES, 1999). Com os resultados encontrados na presente pesquisa, é possível afirmar que as informações do VIVA INQUÉRITO são complementares às notificações realizadas no SINAN.

Neste estudo, destaca-se a participação de pessoas desconhecidas nas violências cometidas em vias públicas, principalmente contra os idosos do sexo masculino, e de familiares nas violências ocorridas nas residências, especialmente aquelas relacionadas às idosas, para ambos os componentes. Esse perfil é coerente com outros estudos (MASCARENHAS et al., 2012; PARAIBA; SILVA, 2015) e cabe ressaltar que essas características podem estar relacionadas aos papéis sociais atribuídos ao gênero, que, para os homens, o espaço mais comum é o público e social, enquanto, para as mulheres, é a residência, no cuidado com a casa e com a família (FERNANDES, 2009), sobretudo na geração dos idosos atuais.

Ao considerar o sexo das vítimas, as diferenças são expressivas em ambos os componentes. Em geral, essas diferenças se relacionam com as atribuições construídas histórica e culturalmente, concedidas ao homem e à mulher, além de serem marcadas pela discrepância e hierarquia na relação entre eles, e que são impressas no nosso imaginário, sendo repetidas diariamente (NOGUEIRA et al., 2011). Destaca-se a maior frequência de violência nos homens, na pesquisa do VIVA INQUÉRITO e de mulheres, nas notificações do SINAN. Evidências do VIVA INQUÉRITO, realizado em 2009, mostraram resultados semelhantes, sendo que a maioria dos idosos era do sexo masculino (72,6%), aproximadamente 69,0% de raça/cor da pele não branca e (60,7%) tinham baixa escolaridade (LUZ et al., 2014).

No presente estudo, ao considerar os resultados do SINAN, os achados foram

semelhantes à pesquisa realizada na Europa, que também encontrou mais violência contra mulheres (MELCHIORRE et al., 2016). Os autores desse estudo concluíram que o abuso de idosos do sexo masculino ainda é pouco reconhecido, embora seja frequente, e afirmam que os idosos do sexo masculino podem estar tão expostos à violência quanto as idosas, desmistificando a crença de que a violência é uma questão apenas da mulher (MELCHIORRE et al., 2016).

Os resultados do VIVA INQUÉRITO mostram que, aproximadamente 67,0% das vítimas eram idosos do sexo masculino e no SINAN aproximadamente 44,0%. Estudo brasileiro realizado com dados de notificação do SINAN de 2009 a 2013 encontrou resultado semelhante, sendo 45,7% de violências contra idosos (SANTOS et al., 2018). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostraram maior frequência de violência entre idosas, com prevalência de 56,3% (ALENCAR JUNIOR; MORAES, 2018). Contudo, o número de idosas vítimas de violência pode ser mais elevado, pois elas podem ter mais dificuldades para procurar ajuda, devido, sobretudo, às condições de saúde e dependência do agressor (PATHAKA; DHAIRYAWANC; TARIQ, 2019). Por esse motivo, as consequências da violência contra idosas podem ser ainda mais devastadoras. Essas consequências podem produzir impactos psicológicos e de saúde significativos, além disso, muitas das vezes, podem estar exacerbadas em função da duração e exposição à violência (PATHAKA; DHAIRYAWANC; TARIQ, 2019).

No VIVA INQUÉRITO, os principais padrões obtidos ao considerar o sexo da vítima foram os idosos, a lesão por corte, na via pública e o agressor desconhecido, e, para as idosas, foi a violência por meio de força/espancamento e lesão por contusão. Às evidências mostram padrão semelhante nos atendimentos registrados no ano de 2014 pelo VIVA INQUÉRITO (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017), entretanto, esse mesmo estudo mostrou que, para ambos os sexos, a ocorrência foi mais frequente na residência, o que difere do presente estudo. Resultados do VIVA INQUÉRITO 2014 mostraram que, em relação ao local da ocorrência, 97,9% dos idosos sofreu violência na residência (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Assim como no VIVA INQUÉRITO, obteve-se no SINAN um padrão semelhante, pois houve associação entre os idosos mais jovens, solteiros, ocorrência na via pública, meio de agressão força/espancamento por agressor desconhecido. Um estudo brasileiro

que utilizou dados de notificações mostrou que 87,5% dos idosos sofreram violência física, por agressor desconhecido e aproximadamente 18,0% das ocorrências foram na via pública (ROCHA et al., 2018), o que corrobora o padrão observado no presente estudo. Pesquisa conduzida entre idosos do México, também mostrou que os idosos mais jovens foram violentados principalmente em vias públicas (RUELAS-GONZALEZ et al., 2016). Estudo com dados da PNS mostrou que os idosos de 60 a 69 anos sofreram duas vezes mais violência cometida por pessoa desconhecida, que os idosos de 80 ou mais anos (ALENCAR JUNIOR; MORAES, 2018), assim como observado no presente estudo.

Este estudo evidenciou diferenças entre as faixas etárias estudadas, que foram acentuadas em função de características como a raça/cor da pele e escolaridade. Na análise do VIVA INQUÉRITO, entre os idosos mais jovens, a violência associou-se à raça/cor da pele branca, escolaridade alta, agressor do sexo masculino e suspeita de consumo de álcool. Entre os mais idosos, relacionou-se à raça/cor da pele não branca, escolaridade baixa, outras violências e a ocorrência na própria residência. Estudos mostram que os idosos de raça/cor da pele não branca são os que mais sofrem violências (AVANCI, PINTO; ASSIS, 2017; LUZ et al., 2014), porém os estudos não fazem distinção entre as faixas etárias (AVANCI, PINTO; ASSIS, 2017; LUZ et al., 2014). Considera-se a raça/cor da pele como uma variável social, que carrega o peso das construções históricas e culturais (ARAÚJO et al., 2009), e, que representa um importante determinante da falta de equidade em saúde nos grupos mais vulneráveis, entre esses não brancos e idosos (ARAÚJO et al., 2009; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Em relação à escolaridade, nota-se escassez de estudos que abordem esse indicador para o público de idosos. Em uma revisão com estudos que analisaram dados do Sistema VIVA, identificou-se que a variável escolaridade foi analisada em apenas quatro publicações, sendo que 75,0% dos estudos evidenciaram que os idosos mais vitimizados tinham baixa escolaridade (PUGÊDO, 2018). Estudo populacional realizado na cidade de Florianópolis (SC) identificou que os idosos solteiros(as) ou viúvos(as) e com baixa escolaridade tiveram maiores chances de sofrer violência em comparação aos mais escolarizados (BOLSONI et al., 2016). Destaca-se que a baixa escolaridade indica menor condição socioeconômica, é responsável por ampliar as

dificuldades no processo de cuidado, o que pode resultar em problemas na utilização de medicamentos, seguimento de orientações e prescrições, especialmente na população estudada (LUZ et al., 2014). Além disso, estudos apontam que o nível de escolaridade tem uma relação negativa com todos os tipos de violências, sendo relatado que a educação formal em grau mais alto é um fator que reduz a violência contra idosos, de forma considerável (SKIRBEKK; JAMES, 2014). Pessoas mais escolarizadas são menos propensas a sofrerem violência, comparadas com as de menor instrução (MELCHIORRE et al., 2016). No presente estudo, a análise do VIVA INQUÉRITO mostrou que 66,2% dos idosos tinham baixa escolaridade, e no SINAN, 31,1% das notificações foram de idosos com 0 a 4 anos de estudo. Destaca-se que essa frequência não retrata o perfil dos idosos, pois o número de respostas ignoradas foi de 49,5%, e, portanto, essa frequência pode ser ainda mais elevada. Desta forma, ressalta-se a importância da inserção e do correto preenchimento dessa variável nos estudos epidemiológicos que abordem a população idosa.

Diferente do VIVA INQUÉRITO, que é uma pesquisa amostral realizada sob supervisão e por pesquisadores treinados, o VIVA SINAN recebe notificações dos profissionais e responsáveis pelos serviços de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011). A completude das variáveis fica aquém do esperado no segundo, devido às dificuldades no preenchimento da ficha, ausência de treinamento e baixa sensibilização para as notificações de violência (ABATH et al., 2014). Pesquisa realizada na cidade de Recife (PE) mostrou que a média de preenchimento da variável escolaridade foi de 63,7% para os anos de 2009 a 2012 (ABATH et al., 2014). Outro estudo com dados do estado de Pernambuco identificou média de 78,7% de preenchimento (SILVA et al., 2018). Em comparação a esses estudos, o resultado obtido no presente estudo foi pior, 50,5%, o que pode restringir ainda mais as análises relativas às desigualdades sociais (ROCHA et al., 2018). Essas análises, no entanto, são fundamentais para se definir estratégias coerentes de enfrentamento da violência pelo Estado e sociedade civil.

A suspeita de consumo de álcool pelo agressor, também foi associado à violência contra os idosos mais jovens no padrão obtido pela análise do VIVA INQUÉRITO. Porém, para a análise de correspondência do VIVA SINAN, essa variável não foi utilizada, em função de sua baixa completude. Segundo os resultados do Relatório Global sobre Saúde e Álcool de 2018, publicado pela OMS, o consumo abusivo de

álcool esteve relacionado a, aproximadamente, 18,0% dos casos de violência interpessoal (WHO, 2018), o que confirma a relação entre a ocorrência da violência e o consumo abusivo de álcool. Outro estudo mostrou que a suspeita de consumo de álcool pelo agressor aumenta a chance de violência em duas vezes (ROCHA et al., 2018). Cabe ressaltar que a utilização de dados completos e coerentes é de grande importância para subsidiar a implantação de estratégias de prevenção e de fortalecimento das redes de proteção (ABATH et al., 2014).

Nos resultados do SINAN evidenciados nesta pesquisa, observou-se a associação entre idosas, casadas e o agressor companheiro. Esse padrão é consistente com a literatura, que mostra elevada prevalência de violência contra as mulheres por parceiro íntimo. Globalmente, a prevalência relatada de violência por parceiro íntimo (VPI) entre idosas varia de 16,5% a 54,5% (PATHAKA; DHAIRYAWANC; TARIQ, 2019). Em estudo conduzido na Espanha, encontrou-se que, aproximadamente, 16,0% das mulheres pesquisadas sofreu VPI, entretanto, ao comparar mulheres nas faixas etárias mais jovens e nas idosas, a frequência entre as últimas foi menor (SANZ-BARBERO; BARÓN; VIVES-CASES, 2019). No Brasil, são poucos os estudos que descrevem a VPI em idosas; a maioria dos estudos abrange a faixa etária mais jovem, pois acredita-se ser o público mais atingido (MASCARENHAS et al., 2020; SANTOS et al., 2020; LEITE et al., 2017). Possível explicação para a crença na relação VPI e jovens se deve à intensidade da violência estar associada à intimidade das relações (SANTOS et al., 2019).

No presente estudo, outros dois padrões obtidos pela análise do SINAN caracterizaram um perfil de idosos frágeis, pois mostrou associação entre as vítimas mais idosas, deficiência/transtorno, negligência/abandono e violência de repetição, na própria residência, e entre os idosos mais velhos e a negligência/abandono, explicitando a fragilidade dessas pessoas. A fragilidade é definida como estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, causada pela redução das reservas homeostáticas e capacidade do organismo de enfrentar os desfechos de saúde, como internações, quedas, perda funcional, com aumento da chance de óbito (LOURENÇO et al., 2018). Nessa situação, os idosos precisam de cuidado que, na maioria dos casos, é ofertado por um só familiar que se encontra exposto a situações de estresse, tensão e conflito, (CURCIO et al., 2019), que favorecem a violência. Além disso, estudos mostram que a

dependência para as atividades da vida diária e AIVD aumentam as probabilidades de ocorrência de violência, especialmente entre idosas (CURCIO et al., 2019; MAIA et al., 2019). A negligência/abandono é especialmente comum entre idosos frágeis. Estudos mostram predomínio da desse tipo de violência nas idosas do sexo feminino, nas faixas etárias a partir de 70 anos, ocorrida na residência e de forma repetida (MASCARENHAS et al., 2012). Estudo mais recente também apontou o mesmo padrão, idosas vítimas de negligência/abandono, ocorrência maior com o aumento da idade, presença de violência de repetição, na própria residência (ROCHA et al., 2018). A negligência, se mostrou mais prevalente entre os idosos com 80 anos ou mais quando comparados aos idosos mais jovens e nos que relataram algum tipo de deficiência/transtorno (PAMPOLIM; LEITE, 2020). Além disso, estudo mostrou que a residência da vítima tem sido considerada como um local de risco para os idosos, principalmente para aqueles que possuem alguma dependência funcional (CURCIO et al., 2019), corroborando com os achados desse estudo, em que os idosos que relataram deficiência/transtorno, sofreram violências em suas próprias residências.

A associação entre idosas mais jovens, solteiras, violência psicológica e física e os meios de agressão ameaça e força/espancamento, evidenciadas nesta pesquisa para a análise do SINAN, também é consistente com a literatura. Estudo realizado com notificações do Estado de Minas Gerais, destacou a associação da violência física com a psicológica entre idosas (ROCHA et al., 2018). Contudo, esse mesmo estudo mostrou que a ocorrência apenas de violência física é maior em idosos se comparados às idosas (ROCHA et al., 2018), o que difere do padrão observado neste estudo. Em outro estudo, a violência física foi o principal tipo de violência, seguida por psicológica, e o meio de agressão foi força/espancamento e ameaça (MASCARENHAS et al., 2012). Entretanto, cabe ressaltar que a violência psicológica foi mais frequente entre idosas mais velhas (MASCARENHAS et al., 2012).

Em relação ao padrão que incluiu idosas viúvas e provável agressor filha do sexo feminino, a literatura confirma que mulheres que não possuem relação conjugal sofrem mais violações se comparadas aquelas que possuem, entretanto, o estudo agrupou solteiras, viúvas e separadas o que totalizou 65,3% das notificações (MASCARENHAS et al., 2012). Análise com dados das notificações da cidade de Recife (PE) também mostraram que as viúvas sofreram mais violências do que as

casadas e as solteiras (PARAIBA; SILVA, 2015).

Para os idosos do sexo masculino, uma das relações obtidas pela análise do SINAN, foi entre os casados, agressor do sexo masculino e 2 ou mais envolvidos. Estudo com dados de notificação, mostrou que 50,0% dos idosos vítimas de violência eram casados e a maioria das agressões (72,1%) foi por agressor do sexo masculino (MASCARENHAS, 2012). Em se tratando da situação conjugal, outro estudo mostrou que os idosos solteiros, divorciados (as) ou separados (as) tiveram maior chance de sofrer violência que os casados e viúvos, aproximadamente 66,0% (BOLSONI, 2016).

Outro padrão de violência para o sexo masculino, identificado no SINAN, foi, ser viúvo, agressor filho(a), do sexo feminino, violência psicológica e de repetição, na residência e com um envolvido. Entretanto, estudos mostram que a chance de um idoso sofrer violência psicológica é menor se comparados às idosas, e, em geral, esse tipo de violência ocorre principalmente entre idosos mais velhos (MASCARENHAS et al., 2012; ROCHA et al., 2018). Em contrapartida, estudo realizado em sete países europeus mostrou que os homens sofreram mais frequentemente violência psicológica do que as mulheres, sendo 20,0% e 18,9%, respectivamente (MELCHIORRE et al., 2019). Esses resultados explicitam a existência de diferenças entre as violências ocorridas no Brasil e as nos países da Europa.

Em relação à situação conjugal dos idosos (as), aqueles que não possuem um companheiro (a) ou familiar no convívio diário podem necessitar do apoio de cuidadores, sejam eles formal ou informal (QUEIROZ et al, 2010), fato que pode favorecer a ocorrência de violência nesse grupo etário, devido à intensa sobrecarga, consumo de álcool e estresse do cuidador (LINO et al., 2019).

Ressalta-se, no presente estudo, importante achado nos padrões de violência contra idosos do SINAN, com a filha como principal agressora nas violências cometidas para ambos os sexos, fato que contrasta com os dados disponíveis na literatura. Estudos mostram que a violência cometida por filho do sexo masculino é mais comum. Pesquisa com dados de notificação da Suíça mostrou que o filho foi responsável por 20,0% das violências contra idosos e a filha por 12,0% (LACHER et al., 2016). Estudo realizado no Brasil mostrou que a maioria das ocorrências de violência contra idosos

foi cometida por agressores do sexo masculino (66,4%), sendo que a maior parte era pelos filhos (32,2%) (MASCARENHAS et al., 2012). Além disso, nesse mesmo estudo, destacaram-se diferenças ao considerar o sexo da vítima, pois as idosas foram violentadas principalmente por filhos e parceiros conjugais em comparação à violência sofrida pelos homens (MASCARENHAS et al., 2012). Outro estudo realizado na cidade de Recife mostrou que a violência contra a pessoa idosa foi cometida mais frequentemente pelos filhos do sexo masculino, para as vítimas de ambos os sexos (PARAÍBA; SILVA, 2015).

A literatura afirma que as notificações de casos ou suspeitas de violências, realizadas no SINAN, vêm crescendo, o que corrobora a melhoria do Sistema (MALTA et al., 2018). Em estudo realizado com dados de notificação do período de 2009 a 2013, a proporção de notificação por violência contra os idosos foi 5,7%, e foi observado um aumento significativo no número de notificações entre os anos estudados (ROCHA et al., 2018). Neste estudo, a frequência obtida foi de 7,2% em relação ao total das notificações por violência, excluindo-se as lesões autoprovocadas. Embora tenha havido avanços, ressalta-se que a frequência encontrada de notificações no Brasil é menor se comparada aos estudos realizados internacionalmente. Com base nas evidências disponíveis, um estudo de revisão com metassíntese e metanálise obteve a prevalência combinada de 10,0% de violência na comunidade (HO et al., 2017). Cabe reforçar que podem haver diferenças na coleta dos dados, tipo análise, além do medo do idoso em relatar a violência (ROCHA et al., 2018) entre os estudos analisados, o que pode favorecer as variações observadas.

Em relação às regiões do Brasil, a análise do SINAN mostrou que a Região Nordeste foi a que menos notificou violência contra idosos. Esse resultado difere daqueles encontrados em estudo realizado com as notificações registradas em 2013, no qual a região com menor proporção de notificação de violência contra idosos foi a região Norte, seguida pela Nordeste (BRASIL, 2015). Contudo, ressalta-se que o Sistema VIVA foi implementado recentemente, e que as regiões com menor número de notificações, não necessariamente, têm menor número de violências ou notificam menos que as demais, pois, elas podem se encontrar numa fase inicial de implementação do Sistema e de sensibilização dos profissionais e serviços de saúde responsáveis pelas notificações (BRASIL, 2015).

Limitações

Embora existam vantagens na utilização de dados secundários, este estudo teve várias limitações. Dentre elas, destaca-se o tipo de estudo, transversal, no qual o desfecho e a exposição são avaliados no mesmo período, o que impossibilita verificar relação causal.

Sobre o VIVA INQUÉRITO, destaca-se o viés de seleção, uma vez que o público é composto apenas por idosos atendidos em serviços de urgência e emergência do SUS, localizados nas capitais do país, e, portanto, não é possível fazer generalizações para a população total. Ressaltam-se limitações na execução de estudos analíticos, devido à impossibilidade de estimar indicadores de ocorrência, uma vez que não se trata de amostra de base populacional. Os dados coletados são referidos pelos participantes ou pelos acompanhantes, ou são provenientes de registros dos prontuários, e, portanto, estão sujeitos a erros de informação. Além dessas limitações, cabe enfatizar o baixo número de artigos de violência contra idosos com análises da base de dados do VIVA INQUÉRITO e das violências atendidas nos serviços de emergência em geral, o que limitou a discussão dos resultados aqui apresentados.

Em relação ao VIVA SINAN, destaca-se menor proporção de notificações ao considerar as regiões, especialmente a Nordeste. Outro aspecto importante é a elevada incompletude dos dados, especialmente para as variáveis escolaridade e consumo de álcool, o que limitou a análise das notificações na população idosa brasileira, e vale lembrar que, para o presente estudo, utilizou-se variáveis com completude $\geq 70,0\%$. Acredita-se que haja subnotificação de casos e de suspeitas, e que os dados apresentados não revelam a frequência verdadeira da violência cometida contra essa população. Além disso, os resultados apresentados mostram apenas as violências atendidas e notificadas pelos serviços de saúde, fato que impede a generalização dos padrões para a população do país. Contudo, salienta-se que por se tratar do universo das notificações de violência contra a pessoa idosa realizadas no Brasil, é importante destacar a relevância deste estudo para a identificação dos padrões de violência contra idosos e contribuir para melhores estratégias e adequação da oferta de ações e serviços de saúde às vítimas de violência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou as características e os principais padrões de violência contra idosos atendidos nos serviços de urgência e emergência, e das notificações de casos ou suspeitas registrados no SINAN.

Em ambos os componentes, a violência física foi o principal tipo de violência cometida contra os idosos. Houve, ainda, importantes diferenças ao considerar o sexo da vítima na análise dos dados. Em relação ao VIVA INQUÉRITO, destaca-se que a maioria das vítimas eram idosos e a maior parte das ocorrências foram na via pública. No SINAN, a maior parte das vítimas era de mulheres e o local de ocorrência foi a residência.

Ressalta-se, também, no presente estudo, os principais padrões de violência contra os idosos em ambos os componentes do sistema VIVA. Para as notificações, chama a atenção a incompletude das variáveis, especialmente escolaridade e suspeita de consumo de álcool, além da baixa frequência de notificações na Região Nordeste. Nesse contexto, destaca-se, ainda, a importância da complementariedade entre o VIVA INQUÉRITO e o SINAN no monitoramento contínuo das características e padrões de violência.

Os resultados do presente estudo podem subsidiar as ações de promoção à saúde, prevenção e controle das violências, além de contribuir para a atualização e desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento das violências contra os idosos. Cabe reforçar a necessidade de se considerar as diferenças relacionadas ao gênero nas estratégias. Recomenda-se, portanto, ampliar as estratégias de capacitação, treinamento e sensibilização dos profissionais e serviços de saúde para as notificações de violência, especialmente nas regiões onde houve menor número de notificações, como é caso da região Nordeste. Além disso, sugere-se a adoção de medidas para melhorar o preenchimento da ficha de notificação de violências e garantir a completude das variáveis.

Pelos cenário descrito, pode-se afirmar que é imprescindível o incremento de ações para o enfrentamento da violência contra os idosos no Brasil, por meio de políticas efetivas para a melhoria das condições materiais e sociais, de mudanças estruturais que

permitam reduzir as desigualdades e acabar toda natureza de discriminação, como gênero e idade, e a promoção de uma cultura de paz, prevenção e controle da violência em todas as faixas etárias, desconstruindo este processo perverso na sociedade brasileira. É imperativo avançar nas políticas públicas para enfrentar a violência contra a população idosa brasileira e na estruturação e implementação de uma Rede de Atenção aos Idosos Vítimas de Violência.

REFERÊNCIAS

ABATH, M.; BRITO et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>. Acesso em: 29 jun. 2020.

ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C. N.; HOGAN, V. K.; DE ARAÚJO, T. M.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. A. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. vol.13 n.31, p. 383-394, 2009. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000400012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2019.

AVANCI, J. Q.; PINTO, L.W.; ASSIS, S.G. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2825-2840, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13352017>. Acesso em: 02 set. 2019.

BARROS, M. B. A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional para avaliações de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 199-200, 2004. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742004000400001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400001>.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 21 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm. Acesso em: 16 jun. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 1 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 26 jul. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm. Acesso em: 17 de jul. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 04 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 10 jun. 2020.

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

Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. 90 p. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolenciaIdosogovfedweb.pdf>. Acesso em 23 jun. 2020. (b)

_____. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 ago. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em 22 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 07 jun. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 01 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 01 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 01 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 426 p.

_____. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 6 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Viva Inquérito 2017**: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil->

2014-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-das-causas-externas.pdf. Acesso em: 02 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde. 19 out. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 14 jun. 2020. (a)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 jun. 2006. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-devigilancia/doencas-cronicas-naotransmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020. (b)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº737, de 16 de maio de 2001. Aprovação da proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 16 maio. 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 10 jun. 2020.

_____. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 5 de out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. Presidência da República. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília, DF: Presidência da República. 2005 24 p. *in* Direitos Humanos e Cidadania: v. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BURSTON G. R. Letter: Granny-battering. **British Medical Journal**, Inglaterra, 1975; v.3, n. 5983, p. 592. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1674523/pdf/brmedj01463-0050b.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020. doi:10.1136/bmj.3.5983.592-a.

CARVALHO, M. S; STRUCHINER, C. J. Correspondence Analysis: An Application of the Method to the Evaluation of Vaccination Services. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3: p. 287-301, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/1992.v8n3/287-301>. Acesso em: 01 jun. 2020.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 777-785, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000800777&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2020.

CLAUSEN, S. E. **Applied correspondence analysis: An introduction**. 1.ed. England: Sage Publications, 1998.

COLLARD, R. M.; BOTER, H.; SCHOEVERS, R.; VOSHAAR, R. C. O. Prevalence of

frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 8, p. 1487-1492, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2012.0405.x>. Acesso em: 01 mai. 2020.

CURCIO, CL.; PAYÁN-VILLAMIZAR C.; JIMENEZ, A.; GÓMEZ, F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. **Colombian Medical (Cali)**, Colômbia, 2019, v. 50, n. 2, p. 77-88. Disponível em: <http://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4013>. Acesso em: 17 jun. 2020

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2020.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de Análise de Dados**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 705-710, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 17 out. 2019.

FRIENDLY, M. **Correspondence analysis: Visualizing categorical data**. 1. ed. Toronto. SAS Institute, 2000.

GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 465-470, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2020.

GREENACRE, M. Correspondence analysis in medical research. **Statistical Methods in Medical Research**, England, v. 1, n. 1, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/096228029200100106>. Acesso em: 12 jun. 2020.

GONÇALVES, M. T.; SANTOS, S. R. Aplicação da análise de correspondência a avaliação institucional da FECILCAM. In: ENCONTRO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA, 4., 2009. **Anais [...]** Campo Mourão: Núcleo de Pesquisa Multidisciplinar, 2009. Disponível em: http://www.fecilcam.br/nupem/anais_iv_epct/PDF/ciencias_exatas/07_GON%C3%87ALVES_SANTOS.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

HO, C.S.H.; WONG, S. Y.; CHIU, M. M; HO, R.C.M. Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta- analysis and Meta-regression. **East Asian Arch Psychiatry**, Hon Kong, v. 27, n.2, p. 43-55, 2017. Disponível em: <https://www.easap.asia/index.php/component/k2/item/771-1703-v27n2-p43>. acesso em: 15 mai. 2020.

INELMEN, E. M.; SERGI, G.; MANZATO, E. Elder abuse: are we turning a blind eye to a crucial issue? **Internal and Emergency Medicine**, Itália, v. 14, n.4, p. 503-505, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02063-x>. Acesso em: 11 nov. 2019.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1987000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000300001>.

KALACHE, A. Respondendo à revolução da longevidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3306, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803306&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.02362012>.

KROONENBERG, P.; GREENACRE, M. Correspondence Analysis. *Encyclopedia of Statistical Sciences*, 2004.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. The frailty syndrome in elderly: a narrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2014, v. 17, n.3, p. 673-680. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>. Acesso em: 23 abr. 2020.

LACHER, S.; WETTSTEINB, A.; SENNA, O.; ROSEMANNA, T.; HASLER, S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. **Swiss Medical Weekly**, Suíça, 2016;146:w14273. Disponível em: https://smw.ch/journalfile/view/article/ezm_smw/en/smw.2016.14273/826d7f6f83b6f1cac09a46f2333b7dd9c6636719/smw_2016_14273.pdf/rsr/jf. Acesso em: 31 jul. 2020.

LEITE, F. M. C.; AMORIN, M. H. C.; WEHRMEISTER, FC.; GIGANTE, D. P. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 33, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>. Acesso em: 7 jul. 2020.

LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001000002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>.

LINO, V. T. S.; RODRIGUES, N. C. P.; LIMA, I. S.; ATHIE, S.; SOUZA, E. R. Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: The hidden face of family violence. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 87-96, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000100087&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>.

LOPES, E. D. S.; FERREIRA, A. G.; PIRES, C. G.; de MORAES, M. C. S.; ELBOUX, M. J. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 628-638, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232018000500628&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>.

LOURENÇO R. A, MOREIRA V. G, MELLO R. G. B, SANTOS I. S, LIN S. M, PINTO A. L. F, et al. Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and

evaluation instruments. **Geriatrics Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 121-135, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v12n2a10.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.

LUZ, T. C. B.; MALTA, D. C.; de SÁ, N. N. B.; SILVA, M. M. A.; LIMA-COSTA, M. F. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2011, v. 27, n. 11, p. 2135-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.159s0/S0102-311X20110011000>. Acesso em: 15 mai. 2020.

MAIA, P. H. S.; FERREIRA, E. F.; MELO, E. M.; VARGAS, A. M. D. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 64-70, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000800064&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0014>.

MALLET, S. M.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; GIACOMIN, K. C.; GONTIJO, E. D. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2016, v. 26, supl. 8, p. S408-S413. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2188>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MALTA, D. C.; dos REIS, A. A. C.; JAIME, PC.; NETO, O. L. M.; da SILVA, MMA; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601799&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>.

MASCARENHAS, M. D. M.; ANDRADE, S. S. C. A; NEVES, A. C. M.; PEDROSA, A. A. G.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000900014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>.

MASCARENHAS, M.D.M.; TOMAZ, G. R; MENESES, G. M S.; RODRIGUES, M. T. P.; PEREIRA, V. O. M.; CORASSA, R. B. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, e200007. SUPL.1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2020000200405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>.

MELCHIORRE MG.; DI ROSA M.; LAMURA G.; TORRES-GONZALES F.; LINDERT J.; STANKUNAS M et al. Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. **Plos One**, v. 11, n. 1: e0146425, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>.

MICHAEL, G. J. B.; BLASIUS, J. **Correspondence Analysis in the Social Sciences**. 1. ed. London: Academic Press, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701997000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MONTALI, L. Rearranjos familiares de inserção, precarização do trabalho e empobrecimento. **Revista Brasileira De Estudos De População**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 195-216, 2004. Disponível em: https://www.rebep.org.br/revista/article/view/269/pdf_250

PATHAK, N.; DHAIRYAWAN, R.; TARIQ, S. The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. **Maturitas**, London, v. 121, p. 63-75, 2019. Disponível em: <https://www.maturitas.org/action/showPdf?pii=S0378-5122%2818%2930773-4> Acesso em: 15 jun. 2020.

PLATTS-MILLS, T. F., DAYAA, J. A., REEVE, B. B., KRAJICK, K., MOSQUEDA, L., HAUKOOS, J. S., PATEL, M. D., MULFORD, C. F., MCLEAN, S. A., SLOANE, P. D., TRAVERS, D., ZIMMERMAN, S. Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, vol. 30, n. 4, p. 247-270, 2018. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1460285>.

NACIONES UNIDAS. **DECLARACIÓN POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**. Nova York: Naciones Unidas, 2003. Disponível em: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>. Acesso: 10 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. WHO; Brasília, 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000300014>.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1035-1041, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000601035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>.

PARAIBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2015. v. 18, n. 2, p. 295-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232015000200295&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14047>.

PILLEMER, K.; BURNES, D.; RIFFIN, C.; LACHS, M. S. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. **The Gerontologist**, Oxford, v. 56, supl. 2, p. S194-S205, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291158/pdf/gnw004.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PUGÊDO, F. S. F. **Revisão da produção científica do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA):** características da violência em todos os ciclos de vida e os fatores associados à violência praticada contra o adolescente. 2018. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/33321>.

RAMOS, E.; ALMEIDA, S. S.; ARAÚJO, A. R. **Segurança pública: uma abordagem estatística e computacional**. Belém: EDUFPA, 2008.

ROCHA, R.C.; CÔRTEZ, M. C. J. W. DIAS, E. C.; GONTIJO, E. D. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 81-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s406>. Acesso em: 05 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s406>.

RODRIGUES, R. A. P.; MONTEIRO, E. A.; SANTOS, A. M. R.; PONTES, M. L. F.; FHON, J. R. S.; BOLINA, A. F.; SEREDYNSKYJ, F. L.; ALMEIDA, V. C.; GIACOMINI, S. B. L.; DEFINA, G. P. C.; SILVA, L. M. Violência contra idosos em três municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 783-791, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000400783&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>.

RUELAS-GONZÁLEZ, M. G.; DUARTE-GÓMEZ, M. B.; FLORES-HERNÁNDEZ, S.; ORTEGA-ALTAMIRANO, D. V.; CORTÊS-GIL, J. D.; TABOADA, A.; RUANO, L. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. **Internacional Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 35, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0315-y>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRAO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2020.

SANDMOE, A.; WENTZEL-LARSEN, T.; HJEMDAL, O. K.; **Violence and Abuse against Elderly People in Norway: A national prevalence study**. Oslo: Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies, 2017.

SANTOS, F. S.; SAINTRAIN, M. V.L.; VIEIRA, L. J. E. S; SAMPAIO, E. G. M. Characterization and Prevalence of Elder Abuse in Brazil. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 1, 886260518781806, 2018. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260518781806?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 17 jun. 2020.

SANTOS, I. B.; LEITE, F. MC.; AMORIM, MHC.; MACIEL, PMA, GIGANTE, DP. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1935-1946, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000501935&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>.

SANTOS, T. M. B.; CARDOSO, M. D.; PITANGUI, A. C. R.; SANTOS, Y. G. C.; PAIVA, S. M.; MELO, J. P. R.; SILVA, L. M. P. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3907-3916, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001203907&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>.
SANZ-BARBERO, B.; BARÓN N.; VIVES-CASES, C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. **PLOS ONE**, v. 14, n. 10, e0221049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SILVA, L. M. P.; SANTOS, T. M. B.; SANTIAGO, S. R. V.; MELO, T. Q.; CARDOSO, M. D. Análise da completitude das notificações de violência perpetradas contra crianças. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 1, p. 91-100, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23306/25900>. Acesso em: 01 mai. 2020.

SILVA, M. M. A.; MASCARENHAS, M. D. M.; LIMA, C. M.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, R. A.; FREITAS, M. G.; MELO, A. C. M.; BAHIA, C. A.; BERNAL, R. T. I. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 183-194, 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742017000100183&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2020.

SOURIAL, N.; WOLFSON, C.; ZHU, BIN.; QUAIL, J.; FLETCHER, J.; KARUNANANTHAN, S.; BANDEEN-ROCHE, K.; BÉLAND, F.; BERGMAN, H. Correspondence analysis is a useful tool to uncover the relationships among categorical variable. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 638-646, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.008>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. **JAMA**, New York, v. 320, n. 16, p. 1678-1687, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741>. Acesso: 01 de jul. 2020.

UNITED NATIONS. General Assembly. **Declaration on the elimination of violence against women**. New York: United Nations, 1993, A/RES/48/104. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/3b00f25d2c.html>. Acesso em: 16 mai. 2020.

_____. **World Population Ageing 2017: Highlights**. New York: United Nations, 2017. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **World Population Prospects 2019: Ten Key Findings**. New York: United Nations, 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020. (a).

_____. **World Population Prospects 2019: Volume II: Demographic Profiles**. New York: United Nations, 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II. Acesso em: 01 jun. 2020. (b)

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F.; Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300007>.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

_____. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2671-2673, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600004>.

WARMLING, D.; LINDNER, SR.; COELHO, EBS. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3111-3125, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002903111&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017>.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Network for the Prevention of Elder Abuse. (WHO/INPEA). **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. WHO; Genebra, 2002. Disponível em: http://www.inpea.net/resources/WHO_NMH_VIP_02_1.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

_____. **World report on violence and health**. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua. Acesso em: 10 fev. 2020.

_____. **Fifty-Sixth World Health Assembly A56.24**. WHO; Genebra, 2003. Disponível em: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea5624.pdf Acesso em: 20 jun. 2020.

_____. **Global status report on violence prevention 2014**. WHO; Genebra, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086> (a). Acesso em: 17 jun. 2020

_____. **World report on ageing and health (summary)**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 27 mai. 2020.

_____. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. WHO; Genebra, 2013.

YON, Y.; MIKTON, C. R.; GASSOUMIS, Z. D.; WILBER, K. H. Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. **Lancet Global Health**, v. 5, n. 2. P. e147-e156, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2). Acesso em: 01 jun. 2020.

APÊNDICE A - Quadro 1. Categorias e descrição das variáveis utilizadas no estudo. Sistema de Notificação de Agravos de Notificação - VIVA INQUÉRITO, 2017.

Grupo	Variável	Categoria	Descrição ou observações
Características da vítima	Sexo	Masculino Feminino	
	Faixa etária	60 a 69 anos 70 ou mais	A categorização nessas duas faixas etárias ocorreu, devido o número reduzido de atendimentos por violência contra os idosos registrados no VIVA INQUÉRITO.
	Escolaridade	Baixa Alta Ignorado	A faixa etária denominada “Baixa” refere-se ao agrupamento do 1ºCiclo Ens Fund (1º ao 5º ano) e 2ºCiclo Ens Fund (5º ao 9º ano). Para a categoria “Alta” foram agrupados aqueles que responderam que tinham Ensino médio ou superior. Os ignorados incluem os missings e os que responderam ignorado.
	Raça/cor da pele	Branca Não branca	Na categoria “Não branca”, incluem-se os pardos, pretos e amarelos.
	Deficiência permanente	Sim Não Ignorado	Questionamento se a pessoa possui alguma deficiência permanente.
	Consumo de álcool vítima	Sim Não Ignorado	Ingestão de bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência.
Características da violência	Tipo de violência	Física Outras	Na categoria “Outros” foram inseridas a negligência/abandono e a violência psicológica, financeira e outras.
	Meio da violência	Força/espancamento Objeto perfurocortante Ameaça Outros Ignorado	Na categoria “Outros” foram agrupadas arma de fogo, objeto contundente, envenenamento e outros.
	Natureza da lesão	Sem lesão Contusão Corte/laceração Traumatismo Outros	Na categoria “Contusão” foram agrupados entorse/luxação e em “Traumatismo” foram agrupadas fraturas, amputação, traumatismo crânio-

		Ignorado	encefálico, politraumatismo e traumatismo dentário.
	Local da ocorrência	Residência Via pública Outros Ignorado	Na categoria “Outros” agrupou-se habitação coletiva, bar ou similar, comércio/serviços e outros.
	Parte do corpo atingida	Região da cabeça Tórax e quadril Membros superiores e inferiores Múltiplos órgãos Outros Ignorado	Na categoria “Cabeça” foram inseridas outra região da cabeça/face, em “Tórax” agrupou-se abdome/quadril e em “Outros” inseriu boca, dentes e pescoço.
	Gravidade	Leve Média Alta ignorado	Na categoria “Leve”, inseriu-se alta, evasão e ignorado. Para a “Média” agrupou-se encaminhamento outro hospital e alta. e para a categoria “Alta” considerou-se internação e óbito.
Características do agressor	Provável agressor	Companheiro Outro familiar Amigo/conhecido Desconhecido Outros Ignorado	Na categoria outros agrupou-se pai/mãe, agente legal público e outros.
	Sexo do provável agressor	Masculino Feminino Ambos Ignorado	
	Suspeita de consumo de álcool pelo agressor	Sim Não Ignorado	Se houve suspeita que o agressor usou bebida alcoólica.

APÊNDICE B - Quadro 2. Categorias e descrição das variáveis utilizadas no estudo.
Sistema de Notificação de Agravos de Notificação - VIVA SINAN, 2017.

Grupo	Variável	Categoria	Descrição ou observações
Características da vítima	Sexo	Masculino Feminino Ignorado	
	Faixa etária	60 a 64 anos 65 a 69 anos 70 a 79 anos 80 e mais	Somou -se os intervalos entre as faixas etárias.
	Escolaridade	0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 e mais Ignorado	Na categoria Analfabeto somou-se as respostas de 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) e 4ª série completa. Na categoria de “5 a 8 anos” incluiu-se 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) e Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau). Para a categoria 9 e mais, somou-se Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), Educação superior incompleta e Educação superior completa.
	Raça/cor da pele	Branca Parda/negros Amarela/Indígena Ignorado	Na categoria “Parda/ negros”, somou-se ambas categorias, o mesmo para Amarela/indígena.
	Situação conjugal	Solteiro Casado Viúvo Ignorado	Na categoria “Solteiro” incluiu-se os separados. E na categoria “Casado” considera-se também união consensual.
	Deficiência/ transtorno	Sim Não Ignorado	Questionamento se a pessoa possui alguma deficiência/transtorno.
	Regiões administrativas	Norte Nordeste Centro-oeste Sul Sudeste Ignorado	As regiões foram categorizadas conforme divisão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em (https://www.ibge.gov.br/explica/codigos-dos-municipios.php).

Características da violência	Tipo de violência	Física Financeira Psicológica Negligência/abandono Outras violências	Na categoria “Outras violências” incluiu-se às violências sexual, tortura, tráfico humano e violência legal. Para cada tipo de violência foi considerado as opções. Sim, Não e Ignorado.
	Meio da violência	Força/espancamento Objeto perfurocortante Objeto contundente Ameaça Outros Ignorado	Na categoria “Outros” foram agrupadas arma de fogo, substância/objeto quente, envenenamento/intoxicação e outro.
	Local da ocorrência	Residência Via pública Outros	Na categoria “Outros” agrupou-se escola, habitação coletiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção, local de prática esportiva e outros.
	Violência de repetição	Sim Não Ignorado	Considerou-se a resposta para o questionamento se a violência ocorreu outras vezes?
Características do agressor	Provável agressor	Familiar Companheiro Filho (a) Amigo/conhecido Desconhecido Cuidador Outros Ignorado	Na categoria “Familiar” agrupou-se pai/mãe, padrasto/madrasta e irmão. Na categoria “Companheiro” agrupou-se conjugue/ex-cônjuge, namorado/ex-namorado, e em “Outros” somou -se patrão, pessoa com relação institucional, policial e outros.
	Sexo do provável agressor	Masculino Feminino Ambos Ignorado	
	Autor idoso	Sim Não Ignorado	Considerou-se autor idoso todas as pessoas com idade ≥ 60 anos e não idoso as demais idades.
	Suspeita de consumo de álcool pelo agressor	Sim Não Ignorado	Se houve suspeita que o agressor usou bebida alcoólica.

APÊNDICE C - Sintaxe das análises estatísticas.

*****PADRÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA
IDOSOS*****

***** VIVA INQUÉRITO

***** ANÁLISE DESCRITIVA

***** Banco de dados

use "Base_VIVA2017"

* Especificar quais variáveis se quer manter no banco de dados:

keep if TP_OCOR == 6

keep if IDADE >= 60 & IDADE ~=.

* Gerar variáveis e categorizar os dados:

***** Variáveis Sociodemográficas

* Sexo

keep if sexo1 ==2

gen sexo1 = SEXO

label define sexo1 1 "masculino" 2 "feminino"

label values sexo1 sexo1

* Faixa etária

gen fx_etaria2 = IDADE

recode fx_etaria2 60/69=1 70/max=2

label define fx_etaria2 1 "60 a 69" 2 "70 e mais"

label values fx_etaria2 fx_etaria2

* Escolaridade

gen escolaridade2 =.

replace escolaridade2 =1 if ESCOLAR <=3

replace escolaridade2 =2 if ESCOLAR ==4 | ESCOLAR ==5

replace escolaridade2 =3 if ESCOLAR ==.

la de escolaridade2 1 "baixa escolaridade" 2 "alta escolaridade" 3 "ignorada"

la val escolaridade2 escolaridade2

* Raça

gen raca1 =.

replace raca1 = 1 if RACA ==1

replace raca1 = 2 if RACA >=2 | RACA ==5

replace raca1 = 3 if RACA ==.

la de raca1 1 "branca" 2 "não branca" 3 "ignorada"

la val raca1 raca1

* Deficiência

gen def_perm =.

replace def_perm = 1 if DEFICIENCIA ==1

replace def_perm = 2 if DEFICIENCIA ==2

replace def_perm = 3 if DEFICIENCIA ==.

la de def_perm 1 "sim" 2 "não" 3 "ignorada"

la val def_perm def_perm

* Região

destring IBGE_OCOR, replace

gen regio =.

replace regio =1 if IBGE_OCOR <= 270770

replace regio =2 if IBGE_OCOR >= 280030 & IBGE_OCOR <= 292740

replace regio =3 if IBGE_OCOR >= 310620 & IBGE_OCOR <= 355030

replace regio =4 if IBGE_OCOR == 410690

replace regio =5 if IBGE_OCOR >= 500270

replace regio =6 if IBGE_OCOR ==.

la de regio 1 "norte" 2 "nordeste" 3 "sudeste" 4 "sul" 5 "centro-oeste" 6 "ignorado"

la val regio regio

* Uso de álcool vitima

gen alcool =.

replace alcool =1 if ALCOOL_VIT ==1

replace alcool =2 if ALCOOL_VIT ==2

replace alcool =3 if ALCOOL_VIT ==.

label define alcool 1 "sim" 2 "não" 3 "ignorado"

label values alcool alcool

***** Características da violência

* Local de ocorrência

gen local =.

replace local =1 if LOC_OCOR ==1

replace local =2 if LOC_OCOR ==6

replace local =3 if LOC_OCOR ==2 | LOC_OCOR ==5 | LOC_OCOR ==7 | LOC_OCOR ==9

replace local =4 if LOC_OCOR ==.

label define local 1 "residencia" 2 "viapublica" 3 "outros" 4 "ignorado"

label values local local

* Tipo de violência

**** outras (negligência, psicológica e outro)

gen tipo_viol =.

replace tipo_viol =1 if TP_VIOL ==1

replace tipo_viol =2 if TP_VIOL ==3 | TP_VIOL ==4 | TP_VIOL ==5

label define tipo_viol 1 "Fisica" 2 "outras"

label values tipo_viol tipo_viol

* Meio de violência

* Agrupei envenenamento e outros meios.

gen meio_violen =.

replace meio_violen =1 if MEIO_VIOL ==1

replace meio_violen =2 if MEIO_VIOL ==2

replace meio_violen =3 if MEIO_VIOL ==3

replace meio_violen =4 if MEIO_VIOL ==4

replace meio_violen =5 if MEIO_VIOL ==5

replace meio_violen =6 if MEIO_VIOL ==7 | MEIO_VIOL ==8

replace meio_violen =7 if MEIO_VIOL ==.

label define meio_violen 1 "forca" 2 "perfuro" 3 "arma" 4 "contundente" 5 "ameaca" 6 "outros" 7 "ignorado"

label values meio_violen meio_violen

* Parte do corpo atingida

* Agrupei 1 = (boca/dentes + cabeça/face + pescoço) 2= (torax/dorso + abdome/quadril) 3= (membros superiores + infer)

gen part_corpo =.

replace part_corpo =1 if CORPO ==1 | CORPO ==2 | CORPO ==3

replace part_corpo =2 if CORPO ==5 | CORPO ==6

replace part_corpo =3 if CORPO ==7 | CORPO ==8

replace part_corpo =4 if CORPO ==.

label define part_corpo 1 "cabeça" 2 "Torax" 3 "membros" 4 "mult_org" 99 "ignorado"

label values part_corpo part_corpo

* Meio da lesão

* Agrupei 2= (contusao + entorse/luxação) 5= (traumatismo dentário + cranio + politrauma) 6= (amputação + outra)

gen meio_lesao =.

replace meio_lesao = 1 if LESAO ==1

replace meio_lesao = 2 if LESAO ==2 | LESAO ==4

replace meio_lesao = 3 if LESAO ==3

replace meio_lesao = 4 if LESAO ==5

replace meio_lesao = 5 if LESAO ==7 | LESAO ==8 | LESAO ==9

replace meio_lesao = 6 if LESAO ==6 | LESAO ==12

replace meio_lesao = 7 if LESAO ==.

label define meio_lesao 1 "sem lesao" 2 "contusão" 3 "corte" 4 "fratura" 5 "trauma" 6 "outro" 7 "ignorado"

label values meio_lesao meio_lesao

* Gravidade da lesão:

gen gravidade2 =.

replace gravidade2= 1 if EVOLUCAO ==1 | EVOLUCAO ==4 | EVOLUCAO ==9

replace gravidade2= 2 if EVOLUCAO ==3

replace gravidade2= 3 if EVOLUCAO ==2 | EVOLUCAO ==5

la de gravidade2 1 "LEVE" 2 "MÉDIA" 3 "ALTA"

la val gravidade2 gravidade2

***** Características do agressor

* Provável autor

* Agrupei pai/mãe + outro familiar

gen tp_agressor =.

replace tp_agressor =1 if AGRESSOR ==1 | AGRESSOR ==3

replace tp_agressor =2 if AGRESSOR ==2

replace tp_agressor =3 if AGRESSOR ==4

replace tp_agressor =4 if AGRESSOR ==6

replace tp_agressor =5 if AGRESSOR ==5 | AGRESSOR ==7

replace tp_agressor =6 if AGRESSOR ==.

label define tp_agressor 1 "familiar" 2 "Companheiro" 3 "Amigo" 4 "Desconhec" 5 "outros" 6 "ignorado"

label values tp_agressor tp_agressor

```
* Sexo do agressor
gen sex_agr =.
replace sex_agr =1 if SEXO_AGR ==1
replace sex_agr =2 if SEXO_AGR ==2
replace sex_agr =3 if SEXO_AGR ==3
replace sex_agr =4 if SEXO_AGR ==.
label define sex_agr 1 "masculino" 2 "feminino" 3 "ambos" 4 "ignorado"
label values sex_agr sex_agr
```

```
* Uso de álcool agressor
gen agr_alcool =.
replace agr_alcool =1 if ALCOOL_AGR ==1
replace agr_alcool =2 if ALCOOL_AGR ==2
replace agr_alcool =3 if ALCOOL_AGR ==.
label define agr_alcool 1 "sim" 2 "não" 3 "ignorado"
label values agr_alcool agr_alcool
```

***** TABELAS *****

**** Tabela 1. Características das vítimas.

```
svy linearized : tabulate sexo, miss column ci percent
svy linearized : tabulate fx_etaria2, miss column ci percent
svy linearized : tabulate escolaridade2 , miss column ci percent
svy linearized : tabulate raca1 , miss column ci percent
svy linearized : tabulate def_perm , miss column ci percent
svy linearized : tabulate regiao , miss column ci percent
```

**** Tabela 2. Características da violência segundo sexo:

```
svy linearized : tabulate raca1 sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate def_perm sexo , miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate regiao sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate alcool sexo , miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate local sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate tipo_viol sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate meio_violen sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate part_corpo sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate meio_lesao sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate gravidade sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate gravidade2 sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate tp_agressor sexo, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate sex_agr sexo, miss column ci percent
svy linearized : tabulate agr_alcool sexo, miss column ci percent
```

**** Tabela 3. Características da violência, segundo faixa etária:

```
svy linearized : tabulate raca1 fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate def_perm fx_etaria2 , miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate regiao fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate alcool fx_etaria2 , miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate local fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate tipo_viol fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate meio_violen fx_etaria2, miss column ci percent pearson
```

```
svy linearized : tabulate part_corpo fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate meio_lesao fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate gravidade fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate gravidade2 fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate tp_agressor fx_etaria2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate sex_agr fx_etaria2, miss column ci percent
svy linearized : tabulate agr_alcool fx_etaria2, miss column ci percent
```

**** Tabela 4. Características da violência, segundo escolaridade:

```
svy linearized : tabulate raca1 escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate def_perm escolaridade2 , miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate regioao escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate alcool escolaridade2 , miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate local escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate tipo_viol escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate meio_violen escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate part_corpo escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate meio_lesao escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate gravidade escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate gravidade2 escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate tp_agressor escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate sex_agr escolaridade2, miss column ci percent pearson
svy linearized : tabulate agr_alcool escolaridade2, miss column ci percent pearson
```

***** ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

***** Banco de dados

```
use "C:\Users\Usuário\Desktop\Análise Inquérito 2020.07.03\Base_VIVA Inquérito.dta", clear
```

**** Gerar tabela de frequência por sexo:

```
use "C:\Users\Usuário\Desktop\Análise Inquérito 2020.07.03\Base_VIVA Inquérito.dta", clear
```

**** Comando para gerar frequência considerando o peso de pós-estratificação.

```
gen aux=1
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( alcool sexo1)
```

*** Repetir os comandos para abrir a base e pra gerar a variável sempre antes de rodar o collapse, copiar os resultados para o excel.

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( raca1 sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tipo_viol sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( local sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_violen sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_lesao sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( gravidade2 sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tp_agressor sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( sex_agr sexo1)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( agr_alcool sexo1)
```

**** Gerar tabela de frequência por faixa etária:

```
use "C:\Users\Usuário\Desktop\Análise Inquérito 2020.07.03\Base_VIVA Inquérito.dta", clear
```

```
gen aux=1
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( raca1 fx_etaria2)
```

*** Repetir os comandos para abrir a base e pra gerar a variável sempre antes de rodar o collapse.

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( alcool fx_etaria2)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tipo_viol fx_etaria2)
```

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( local fx_etaria2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_violen fx_etaria2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_lesao fx_etaria2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( gravidade2 fx_etaria2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tp_agressor fx_etaria2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( sex_agr fx_etaria2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( agr_alcool fx_etaria2)
```

**** Gerar tabela de frequência por escolaridade:

```
use "C:\Users\Usuário\Desktop\Análise Inquérito 2020.07.03\Base_VIVA
Inquérito_ACS_2020.07.03.dta", clear
gen aux=1
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( raca1 escolaridade2)
```

*** Repetir os comandos para abrir a base e pra gerar a variável sempre antes de rodar o collapse.

```
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( alcool escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tipo_viol escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( local escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_violen escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( meio_lesao escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( gravidade2 escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( tp_agressor escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( sex_agr escolaridade2)
collapse (sum) aux [pw= peso ], by ( agr_alcool escolaridade2)
```

**** Base para ACS

```
import excel "C:\Users\Usuário\Desktop\Dissertação\Análise VIVA Inquérito 2020.07.05\BASE
ACS_2020.07.05.xlsx", sheet("Planilha1") firstrow clear
```

* Renomear as variáveis da base:

```
la de Violência 7 "D1" 8 "D2" 9 "E1" 10 "E2" 11 "F1" 12 "F2" 13 "G1" 14 "G2" 15 "G3" 16 "H1" 17
"H2" 18 "H3" 19 "H4" 20 "H5" 21 "H6" 22 "I1" 23 "I2" 24 "I3" 25 "I5" 26 "I6" 27 "I7" 28 "J1" 29
"J2" 30 "J3" 31 "K1" 32 "K2" 33 "K3" 34 "K4" 35 "K5" 36 "L 1" 37 "L2" 38 "L3" 39 "M1" 40 "M2"
la val Violência Violência
```

```
la de Demográfico 1 "A1" 2 "A2" 3 "B1" 4 "B2" 5 "C1" 6 "C2"
la val Demográfico Demográfico
```

***** Rodar ACS:

```
ca Violência Demográfico [fweight = freq], dimensions(2)
cabiplot , legend(off) xline(0) yline(0) scale(.7)
cabiplot, origin nocol xline(0) yline(0) scale(.7)
cabiplot, origin norow xline(0) yline(0) scale(.7)
```

***** Excluir variáveis com contribuições <2,5 e contribuição semelhante em ambas dimensões:

```
drop if Violência ==9
drop if Violência ==15
drop if Violência ==17
drop if Violência ==18
drop if Violência ==19
drop if Violência ==20
```

```

drop if Violência ==21
drop if Violência ==22
drop if Violência ==25
drop if Violência ==26
drop if Violência ==27
drop if Violência ==29
drop if Violência ==30
drop if Violência ==31
drop if Violência ==32
drop if Violência ==33
drop if Violência ==35
drop if Violência ==36
drop if Violência ==38

```

***** Rodar ACS:

```

ca Violência Demográfico [fweight = freq], dimensions(2)
cabiplot , legend(off) xline(0) yline(0) scale(.7)
cabiplot, origin nocol xline(0) yline(0) scale(.7)
cabiplot, origin norow xline(0) yline(0) scale(.7)

```

```

*****
***** VIVA SINAN

```

** A base para ACS deverá ser gerada por meio do comando para tabelas cruzadas, onde será feito o cruzamento da variável de interesse segundo as sociodemográficas.

* NÃO USAR O COMANDO COLLAPSE

* Na análise do SINAN a base de dados foi separada segundo o sexo da vítima.

```

tab var1 var2

```

* RODAR ACS

** INSERIR LOCAL DA BASE

```

import excel "C:\Users\Usuário\Desktop\2020.06.18\Base ACS_Sexo Masc.xlsx", sheet("masculino")
firstrow clear

```

```

label define var2 1 "B0" 2 "B1" 3 "B2" 4 "B3" 7 "E0" 8 "E1" 9 "E2" 11 "F1"

```

```

label values var2 var2

```

```

label define var1 0 "L0" 1 "L1" 2 "L2" 3 "R1" 4 "1B" 5 "2B" 6 "3B" 7 "4B" 8 "5B" 9 "MB" 10 "MD"
11 "MG" 12 "MI" 13 "V0" 14 "V1" 15 "V2" 16 "T0" 17 "T1" 18 "P3" 19 "P5" 20 "P7" 21 "P9" 22
"P11"

```

```

la val var1 var1

```

```

rename var1 Violência
rename var2 Demográfico

```

```

ca Violência Demográfico [fweight = freq], dimensions(2)
cabiplot, dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, nocol dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, norow dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)

```

* Excluir variáveis com contribuição >2,5 e contribuição semelhante em ambas dimensões:

* Para excluir categorias

```

drop if [nome da variável] == [número da categoria]

```

* Sexo feminino

```
drop if Violência == 1
drop if Violência == 2
drop if Violência == 6
drop if Violência == 8
drop if Violência == 10
drop if Violência == 11
drop if Violência == 15
drop if Violência == 20
drop if Violência == 21
drop if Violência == 22
```

* Rodar ACS:

** INSERIR LOCAL DA BASE

```
import excel "C:\Users\Usuário\Desktop\2020.06.18\Base ACS_Sexo Fem", sheet("feminino")
firstrow
```

```
label define var2 1 "B0" 2 "B1" 3 "B2" 4 "B3" 7 "E0" 8 "E1" 9 "E2" 11 "F1"
label values var2 var2
```

```
label define var1 0 "L0" 1 "L1" 2 "L2" 3 "R1" 4 "1B" 5 "2B" 6 "3B" 7 "4B" 8 "5B" 9 "MB" 10 "MD"
11 "MG" 12 "MI" 13 "V0" 14 "V1" 15 "V2" 16 "T0" 17 "T1" 18 "P3" 19 "P5" 20 "P7" 21 "P9" 22
"P11"
la val var1 var1
```

```
rename var1 Violência
rename var2 Demográfico
```

```
ca Violência Demográfico [fweight = freq], dimensions(2)
cabiplot, dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, nocol dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, norow dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
```

* Sexo masculino

* Rodar ACS:

```
ca Violência Demográfico [fweight = freq], dimensions(2)
cabiplot, dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, nocol dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, norow dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
```

* Excluir variáveis com contribuição >2,5 e contribuição semelhante em ambas dimensões:

```
drop if Violência == 2
drop if Violência == 6
drop if Violência == 8
drop if Violência == 10
drop if Violência == 11
drop if Violência == 12
drop if Violência == 15
drop if Violência == 18
drop if Violência == 21
drop if Violência == 22
```

```
ca Violência Demográfico [fweight = freq], dimensions(2)
cabiplot, dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, nocol dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
cabiplot, norow dim(2 1) origin originlopts(lwidth(medthin)) xline(0) yline(0) scale(.8)
```

```
*****
*****
```

ANEXO A - Parecer consubstanciado da CONEP - VIVA INQUÉRITO.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVA Inquérito 2017
 Pesquisador: MARTA ROBERTA SANTANA COELHO
 Área Temática:
 Versão: 2
 CAAE: 67709417.0.0000.0008
 Instituição Proponente: Secretaria de Vigilância em Saúde
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.234.509

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "apresentação do projeto", "objetivo da pesquisa" e "avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_883900.pdf", gerado em 24.04.2017.

RESUMO

As lesões ou causas externas (acidentes e violências) são importantes causas de morte em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento, como consequência das transições epidemiológica, demográfica e socioeconômica. Dados do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito), realizado em 2014, mostraram que do total de 55.950 atendimentos, 91,2% foram devidos a causas acidentais e 8,8% foram classificados como eventos resultantes de violência. Considerando a relevância do tema e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as características e tendência dos atendimentos de emergência por causas externas, além da consolidação da vigilância epidemiológica de acidentes e violências no Sistema Único de Saúde, propõe-se a continuidade desse tipo de Inquérito periódico. O objetivo é descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços sentinela de urgência e emergência selecionados, segundo aspectos demográficos, tipos de ocorrência (violências e acidentes), circunstâncias, natureza das

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.208

lesões e evolução do atendimento. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa. A população de estudo compreende as vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência públicos. Para tanto, será calculada amostra representativa das vítimas de causas externas atendidas em serviços selecionados nas 26 capitais brasileiras e DF e de alguns municípios do país. Espera-se que, por meio da realização deste Inquérito, sejam produzidas informações, no período especificado, acerca das vítimas de agressão, das circunstâncias do evento e das lesões acidentais de menor gravidade, e que não tiveram a morte ou hospitalização como desfecho.

HIPÓTESE

Espera-se que, por meio da realização deste Inquérito, sejam produzidas informações, no período especificado, acerca das vítimas de agressão, das circunstâncias do evento e das lesões acidentais de menor gravidade, e que não tiveram a morte ou hospitalização como desfecho.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa. A população de estudo compreende as vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência públicos. Será calculada amostra representativa das vítimas de causas externas atendidas em serviços selecionados nas 26 capitais brasileiras e DF e de alguns municípios do país (Anexo B – Capitais e Municípios que participarão do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2017). As bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informações de Hospitais do SUS (SIH/SUS) foram consultadas a fim de identificar os estabelecimentos de saúde elegíveis para a realização do Inquérito, assim como será verificado, junto aos municípios o quantitativo de atendimentos por causas externas realizados nos serviços. Os serviços selecionados (Anexo C e Anexo D) foram validados pelos gestores e coordenadores da vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da SES e SMS participantes da pesquisa. Para definição do tamanho da amostra, será considerado o critério de precisão para as estimativas de prevalências fixadas para o estudo.

Assim, atendendo ao critério de coeficiente de variação inferior a 30% e erro padrão < 3 , o tamanho da amostra está previsto para, no mínimo, 1500 e 2000 atendimentos por causas externas nos municípios do interior e capitais do estado, respectivamente. O número de turnos sorteados em cada estabelecimento será obtido pela razão entre o tamanho mínimo da amostra de atendimentos por causas externas (1.500 ou 2.000) e a média de atendimentos por causas

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-621
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.528

externas realizados no mesmo estabelecimento no mês de setembro de 2016, somando-se um total de aproximadamente 80 mil entrevistas. As entrevistas serão realizadas em turnos de 12h previamente sorteados por município e serviço. A coleta está prevista para setembro de 2017, por um período de 30 dias (60 turnos).

A coleta de dados será realizada por uma equipe de entrevistadores previamente treinada por supervisores capacitados pela equipe técnica do DEVDANTPS. Será utilizado um formulário estruturado onde serão coletados dados sobre identificação da unidade de coleta de dados, pessoa atendida (vítima de violência e acidente), tipo de ocorrência (acidente de transporte, queda, queimadura, suicídio, maus-tratos, agressão, violência sexual, intervenção legal), provável autor da agressão, natureza da lesão, tratamento, evolução e encaminhamentos (Anexo E – Formulário de coleta de dados para o Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2017). Ao final de cada turno será verificada a evolução do caso e/ou complementação das informações, a fim de garantir o preenchimento correto da ficha. Os dados coletados em cada município serão digitados no programa Epi Info e, ao final da etapa de digitação, o banco de dados do nível local será enviado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), onde será submetido à análise de consistência e duplicidades, utilizando o programa Reclink 3.1.6.3160. Após esta etapa, as bases serão consolidadas e formarão o banco de dados oficial do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito 2017). A análise dos dados será processada no programa STATA 14, do qual se utilizará o módulo "svy", adequado para obtenção de estimativas não viesadas quando os dados são provenientes de planos de amostragem complexos. A análise descritiva será realizada por meio da tabulação de frequências simples absolutas e relativas, cálculos de indicadores epidemiológicos para causas externas padronizadas pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSA (62). A variável que definirá a estrutura do plano amostral, denominada de Unidade Primária de amostragem (UPA), e os pesos dos estratos serão considerados nas análises estatísticas.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A população de estudo compreende as vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência públicos.

Para tanto, será calculada amostra representativa das vítimas de causas externas atendidas em serviços selecionados nas 26 capitais brasileiras e DF e de alguns municípios do país (Anexo B – Capitais e Municípios que participarão do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3315-5878 E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer 2.234.508

de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2017).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não apresentados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços sentinela de urgência e emergência selecionados, segundo aspectos demográficos, tipos de ocorrência (violências e acidentes), circunstâncias, natureza das lesões e evolução do atendimento.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Descrever o perfil do (a) provável autor (a) da agressão;
2. Identificar fatores de risco ou de proteção associados à ocorrência de violências e acidentes;
3. Propor medidas específicas de vigilância e prevenção de violências e acidentes e promoção da saúde e cultura da paz;
4. Elaborar indicadores nacionais para o monitoramento de violências e acidentes;
5. Orientar políticas públicas de prevenção de violências e acidentes e promoção da saúde e cultura de paz.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Considerando-se o fato de que se trata de um Sistema de Vigilância em que a população de estudo está sendo atendida em serviços de urgência e emergência, os quais possuem uma rotina de atendimento que requer agilidade e decisões rápidas, não será elaborado termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Todavia, será requerido o consentimento verbal, obtido pelo paciente ou por seu familiar ou responsável ou pelo corpo clínico, sempre antes de cada entrevista (Anexo F – Termo de consentimento verbal a ser lido pelo entrevistador antes de iniciar as entrevistas do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2017).

Antes do início da coleta de dados, o entrevistador irá certificar-se de que está no momento adequado para realizar a entrevista, evitando interferir no atendimento prestado pelos profissionais dos serviços de urgência e emergência, respeitando sempre o paciente (a vítima de violência e acidente) e considerando sua situação clínica. Por conta dessas características, os riscos, se houver, são de natureza psicológica e o paciente, ou seu representante, poderá

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.526

Interromper a resposta a qualquer tempo.

BENEFÍCIOS

O respondente será beneficiado indiretamente por colaborar com pesquisa que visa a produzir informações acerca das vítimas de agressão, das circunstâncias do evento e das lesões acidentais, a elaborar indicadores nacionais para o monitoramento de violências e acidentes; a propor medidas específicas de vigilância e prevenção de violências e acidentes e promoção da saúde e cultura da paz e a orientar políticas públicas de prevenção de violências e acidentes e promoção da saúde e cultura de paz.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Pesquisa que tem por objetivo primário a descrição do perfil epidemiológico das vítimas de violências e de acidentes, atendidas em serviços sentinela de urgência e emergência selecionados, segundo aspectos demográficos, tipos de ocorrência (violências e acidentes), circunstâncias, natureza das lesões e evolução do atendimento.

- De acordo com o pesquisador responsável, a pesquisa se configura como um estudo descritivo, do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa.

- A população de estudo compreenderá as vítimas de acidentes e de violências atendidas em serviços selecionados de urgência e emergência públicos. Será calculada amostra representativa das vítimas de causas externas, atendidas em serviços selecionados nas 26 capitais brasileiras e no DF e de alguns municípios do país. Planeja-se randomizar um total de aproximadamente 80.000 pacientes. O estudo não é multicêntrico no Brasil e não será conduzido em nenhum outro país do mundo.

- Para definição do tamanho da amostra, será considerado o critério de precisão para as estimativas de prevalências fixadas para o estudo. Assim, atendendo ao critério de coeficiente de variação inferior a 30% e erro padrão < 3 , o tamanho da amostra está previsto para, no mínimo, 1500 e 2000 atendimentos por causas externas nos municípios do interior e das capitais de estado, respectivamente. O número de tumos sorteados em cada estabelecimento será obtido pela razão entre o tamanho mínimo da amostra de atendimentos por causas externas (1.500 ou 2.000) e a média de atendimentos por causas externas realizados no mesmo estabelecimento no mês de setembro de 2016, somando-se um total de aproximadamente 80 mil entrevistas.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.539

- As entrevistas serão realizadas em turnos de 12h, previamente sorteados por município e serviço. A coleta está prevista para setembro de 2017, por um período de 30 dias (60 turnos).

- A coleta de dados será realizada por uma equipe de entrevistadores previamente treinada por supervisores capacitados pela equipe técnica do DEVDANTP8. Será utilizado um formulário estruturado onde serão coletados dados sobre a identificação da unidade de coleta de dados, pessoa atendida (vítima de violência e acidente), tipo de ocorrência (acidente de transporte, queda, queimadura, suicídio, maus-tratos, agressão, violência sexual, intervenção legal), provável autor da agressão, natureza da lesão, tratamento, evolução e encaminhamentos. Ao final de cada turno, será verificada a evolução do caso e/ou complementação das informações, a fim de garantir o preenchimento correto da ficha.

- Os dados coletados em cada município serão digitados no programa Epi Info e, ao final da etapa de digitação, o banco de dados do nível local será enviado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), onde será submetido à análise de consistência e duplicidades, utilizando o programa RecLink 3.1.6.3160.

- Após esta etapa, as bases serão consolidadas e formarão o banco de dados oficial do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito 2017).

- O projeto contempla recursos financeiros do Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS n. 882, de 31 de março de 2017 (DOU 03/04/17) que autoriza o repasse de recursos financeiros ao Distrito Federal, às capitais e aos municípios selecionados para a realização do Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – VIVA Inquérito 2017.

- Foram apresentados arquivos contendo as especificações do Protocolo de Pesquisa ("ProjetoVIVA2017CONEP17032017Carlos240417.docx") e o questionário, que será utilizado nas entrevistas ("Ficha_VivaInquerito_170327.pdf"), além dos Currículos dos pesquisadores que farão parte desse estudo e do TCLE.

- Patrocinador do estudo: Ministério da Saúde.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3º ANDAR, Edifício Ex-IBAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.509

- País de origem do estudo: Brasil.
- Países Participantes: Brasil.
- Centro Coordenador do Estudo: Secretaria de Vigilância em Saúde - MS.
- Número estimado de coparticipantes: 26 capitais, Distrito Federal e outros municípios selecionados.
- Tamanho da amostra no Brasil: 80.000 participantes.
- Duração estimada do estudo no Brasil: Aprox. 15 meses.
- Haverá aplicação de questionário ("Ficha_VivaInquerito_170327.pdf").
- Não haverá uso de fontes secundárias de dados, segundo a pesquisadora responsável.
- Foram apresentados ainda os seguintes documentos:
 - ProjetoVIVA2017CONEP17032017Carlos240417, em "Word" e "Pdf";
 - Ficha_VivaInquerito_170327.pdf (questionário da entrevista).

Além desses, foram submetidos os Currículos Lattes dos membros da equipe científica que participarão da pesquisa no Brasil:

- CV_2_Gheila_Lima.pdf;
- CV_1_Marta_Coelho.pdf;
- CV_Rosane_Monteiro.pdf;
- CV_Regina_Bernal.pdf;
- CV_Rayane_Costa.pdf;
- CV_Marta_Silva.pdf;
- CV_Mariana_Freitas.pdf;
- CV_Marcio_Mascarenhas.pdf;
- CV_Laura_Barufaldi.pdf;

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conepeg@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.539

- CV_Isabella_Finto.pdf;
- CV_Carlos_Vidotti.pdf;
- CV_Camila_Bahia.pdf;
- CV_Ana_Pedrosa.pdf.

Diante do exposto, a Conep considera que esse projeto se enquadra nos parâmetros de apreciação ética sob sua competência, por se tratar de pesquisa oriunda do Ministério da Saúde, do qual a Conep é o CEP responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. O cronograma de execução deve apontar o início do estudo em data compatível com a tramitação do protocolo no Sistema CEP/Conep. Deve-se apresentar compromisso explícito de iniciar o estudo somente após a aprovação final do Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS nº 001, de 2013, Item 3.4.1.9). Diante do exposto, solicita-se adequação.

RESPOSTA: O cronograma de atividade foi reformulado (página 15). Sendo acrescentado que a data de coleta e de envio dos bancos de dados dependerá da data do parecer final da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Quanto ao "Consentimento":

2.1 Ainda nesses mesmos arquivo e página, no 2º parágrafo, verificam-se as seguintes informações: "Para a obtenção do consentimento verbal, serão consideradas duas situações: 1. (...) se a vítima for criança desacompanhada **OBTER CONSENTIMENTO DO CORPO CLÍNICO**. (...); 2. Paciente inconsciente ou em estado de confusão mental: obter consentimento verbal (...) **DO CORPO CLÍNICO** no caso do paciente estar desacompanhado." (destaques nossos).

Não é razoável, do ponto de vista ético, que o "corpo clínico" ou "terceiros" tomem decisões no lugar do participante, isso fere o princípio da autonomia (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3315-5878 E-mail: conepeg@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.509

II, Artigo 3º, Incisos I, II e III; e Seção I, Artigos 10º e 12º). Apenas o próprio participante ou seu representante legal podem autorizar a participação em uma pesquisa. Nesse sentido, solicita-se adequação.

RESPOSTA: "Consentimento Verbal: Este procedimento se justifica pelo fato do VIVA ser um Sistema de Vigilância em Saúde e monitoramento das causas de acidentes e violências e pela peculiaridade da coleta, realizada em unidades de referência em atendimentos de urgência e emergência, que tem como características ritmo acelerado, estressante de trabalho e atendimento de grande número de ocorrências em cada plantão, com pessoas sendo atendidas em risco de morte, portanto a coleta deve respeitar e contribuir com o ambiente de trabalho, não introduzindo elementos que possam afetar a rotina dessas unidades. Todavia, será requerido o consentimento verbal, obtido pelo paciente ou por seu familiar ou acompanhante, sempre antes de cada entrevista.

Para a obtenção do Consentimento Verbal, devem-se considerar duas situações:

1. Paciente consciente: obter Consentimento Verbal do próprio paciente. Se a vítima for menor de 12 anos obter Consentimento do familiar ou acompanhante.
2. Paciente inconsciente ou em estado de confusão mental: obter Consentimento do familiar ou acompanhante.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 Considerando os direitos dos participantes de pesquisa e a necessidade de garanti-los no processo de consentimento, dispostos na Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 15 parágrafo primeiro, solicita-se a apresentação de um documento, que deverá ser entregue ao participante ou responsável legal, contendo:

2.2.1 Informações suficientes para uma ampla compreensão do objeto da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, Artigo 8º; Artigo 9º, inciso I; Seção I, Artigo 10º; e seção II, Artigo 17º);

2.2.2 Que seja expressamente garantido o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, Artigo 8º; e Artigo 9º, inciso II);

2.2.3 Que seja expressamente garantido o direito e o respeito à privacidade do participante da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, Artigo 8º; e Artigo 9º, inciso III);

2.2.4 Que seja expressamente garantida a confidencialidade das informações pessoais do

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-PLAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Processo: 2.234.539

participante da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, Artigo 8º; e Artigo 9º, Inciso IV);

2.2.5 Apresentar/Trazer, de forma explícita, os meios de contato com o pesquisador responsável (endereço, E-MAIL e TELEFONE) (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, Inciso VIII);

2.2.6 Apresentar/Trazer, de forma explícita, os meios de contato com a Conep (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário explicar em linguagem simples o que representa a Conep (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, Inciso IX).

RESPOSTA: Realizamos a adequação conforme solicitado.

Termo de Apresentação da Pesquisa

"Bom dia (tarde, noite)! O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa do Ministério da Saúde para descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidos em serviços sentinelas de urgência e emergência selecionados, segundo aspectos demográficos, tipos de ocorrência (violências e acidentes), circunstâncias, natureza das lesões e evolução do atendimento.

Se o (a) senhor (a) autorizar, eu farei algumas perguntas, anotando suas respostas neste formulário. Suas respostas serão mantidas em sigilo, em total anonimato e você não será identificado em seus dados pessoais. Todas as informações que você fornecer serão de uso exclusivo do setor saúde. Vale deixar claro que sua participação não comprometerá o seu atendimento neste serviço, pois a entrevista só ocorrerá após o (a) entrevistador (a) certificar-se de que está no momento certo para lhe fazer as perguntas, evitando interferir no atendimento prestado pelos profissionais do serviço e considerando sua situação clínica. Por conta dessas características, os riscos, se houver, são de natureza psicológica e o paciente, ou acompanhante, poderá interromper a resposta a qualquer tempo e será devidamente acompanhado na Rede de Atenção pelo tempo que se fizer necessário.

Por outro lado, você ou o (a) acompanhante será beneficiado indiretamente por colaborar com pesquisa/inquérito que visa produzir informações acerca das vítimas de agressão, das circunstâncias do evento e das lesões acidentais, a elaborar indicadores nacionais para o monitoramento de violências e acidentes; a propor medidas específicas e a orientar políticas públicas de prevenção de violências e acidentes e promoção da saúde e cultura de paz.

Você ou o (a) acompanhante tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que sua desistência lhe traga qualquer tipo de prejuízo ou interferência no seu

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.539

atendimento. Durante a entrevista, será garantido o direito e o respeito à privacidade e à confidencialidade das informações pessoais do participante da pesquisa. Você concorda em participar da pesquisa?"

Caso o (a) senhor (a) tenha alguma dúvida ou queira obter mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com os responsáveis da pesquisa nos seguintes estabelecimentos:

Ministério da Saúde

Endereço: Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis/Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS/ Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde.

SRTVN 701, Via W5 Norte, Ed. PO700, 6º andar CEP: 70719-040. Brasília/DF

Telefone: 61 – 3315-7720

E-mail: cgdan@saude.gov.br

Horário de atendimento: 08h às 18 horas

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde. Asa Norte. CEP: 70.750-521. Brasília/DF

Telefone: 61 - 3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

Horário de atendimento: 08h às 18 horas

A CONEP é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, criada através da Resolução 196/96 e com constituição designada pela Resolução 246/97, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa.

A resposta do Termo de Apresentação da Pesquisa é preenchida assinalando uma das categorias apresentadas no campo 6 da ficha, como abaixo:

[A Plataforma Brasil não permite que se cole imagens no parecer, entretanto, o documento de resposta encaminhado contém imagem do campo indicado].

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: SEPEN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.559

3. Quanto ao arquivo intitulado "Ficha_Vivainquerito_170327.pdf", postado em 10.04.2017, no item "Dados da Pessoa Atendida", no número 21, no subitem 2, solicita-se a correção da palavra "gaU" para a palavra "gaY".

RESPOSTA: Feito a correção conforme solicitado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_883500.pdf	11/08/2017 14:17:05		Acelto
Outros	RespostaCONEPVIVA2017agosto2017.docx	11/08/2017 14:14:43	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	ProjetoVIVA2017CONEPAlteracoesnegritoconforme parecerConsustanciadoagosto2017.docx	11/08/2017 14:14:14	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovoTermoFinalagosto.pdf	11/08/2017 14:13:27	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovoTermoCOMmarcacoesagosto2017.pdf	11/08/2017 14:13:05	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovoTermodeApresentacaodaPesquisaVivainquerito2017finalAgosto.docx	11/08/2017 14:12:41	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovoTermodeApresentacaoPesquisaVivainquerito2017comalteracoes.docx	11/08/2017 14:11:47	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovaFichaVIVAINquerito2017agosto2017.pdf	11/08/2017 14:07:53	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovaFichaVIVA25072017A.pdf	10/08/2017 17:27:43	Carlos Cezar Flores Vidotti	Acelto
Outros	NovoTermoFinal10082017.pdf	10/08/2017	Carlos Cezar Flores	Acelto

Endereço: SEPN 516 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-PLAN - Unidade 3 - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefonic: (61) 3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.509

Outros	NovoTermoFinal10082017.pdf	17:26:34	Vidotti	Aceito
Outros	NovoTermoCOMmarcacoes100817.pdf	10/08/2017 17:22:01	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	ProjetoVIVA2017CONEPAteracoestexto negritoconforme parecerConsustanciad oagosto2017.docx	10/08/2017 17:08:51	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	25/07/2017 16:35:01	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoVIVA2017RecomendacaoCONE PporChella_Julho2017.pdf	25/07/2017 16:27:32	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimento25Julho2017.PDF	25/07/2017 16:18:24	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	RespostaCONEPVIVA2017Julho2017.P DF	25/07/2017 16:12:07	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	viva250717.pdf	25/07/2017 15:51:04	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoVIVA2017RecomendacaoCONE PporChella_Julho2017.docx	25/07/2017 15:49:54	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_2_Chella_Lima.pdf	24/03/2017 17:59:06	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_1_Marta_Coelho.pdf	24/03/2017 17:58:35	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Rosane_Monteiro.pdf	24/03/2017 17:50:58	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Regina_Bemal.pdf	24/03/2017 17:50:31	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Rayone_Costa.pdf	24/03/2017 17:50:02	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Marta_Silva.pdf	24/03/2017 17:49:31	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Mariana_Freitas.pdf	24/03/2017 17:49:07	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Marcio_Mascarenhas.pdf	24/03/2017 17:48:48	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Laura_Banufaldi.pdf	24/03/2017 17:48:28	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Isabella_Pinto.pdf	24/03/2017 17:48:14	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Carlos_Vidotti.pdf	24/03/2017 17:48:00	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Camila_Bahia.pdf	24/03/2017 17:47:22	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito
Outros	CV_Ana_Pedrosa.pdf	24/03/2017 17:41:28	Carlos Cezar Flores Vidotti	Aceito

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.234.509

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 23 de Agosto de 2017

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-PLAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61) 3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br