

Brazilian elderly victims of abuse: analysis of police records

ABSTRACT | Introduction: *The increase in the elderly population occurred quite rapidly in almost every country in the world. Parallel to this growth, there were also hidden problems such as abuse, exploitation and neglect against these individuals. Objective:* to identify the profile of the occurrence of abuse against the elderly, and determine the close relations between aggressors and victims. **Methods:** the police reports of the Women's Police Stations in a city of São Paulo were analyzed in two years, concerning aggression: Local; reason; victim-offender relationship; presence of drugs during aggression; sociodemographic characteristics of perpetrators and victims; search for victims in the health service and the medical report. We used the chi-square test for the analysis of 201 cases. **Results:** Most of the perpetrators were men (66.2%) with white skin (54.7%) and female victims (95.5%), white (70.6%). There were more bad emotional abuse (51.7%) being the residence (81.6%) the place of higher frequency of attacks. In most cases the perpetrator was a family member of the victim (36.7%) and the main reason related to desentendimentos (62.2%). There was a low frequency of use drugs (8.5%) and alcohol (15.4%) during the violent acts. Most victims did not seek medical help (67.2%). Among the injuries prevailed mild in nature (89.3%) in the region of the upper limbs (38.5%) followed by head and neck (30.8%). **Conclusion:** Most of the attacks occurred in the home for close relatives, related to emotional ill-treatment.

Keywords | Violence; Domestic violence; Aged; Elder abuse; Public Health.

Idosos brasileiros vítimas de maus tratos: análise de documentos policiais

RESUMO | Introdução: O aumento da população idosa ocorreu de forma bastante acelerada em quase todos os países. Paralelo a esse crescimento, surgiram também os problemas ocultos, como maus-tratos, exploração e negligência contra esses indivíduos. **Objetivo:** verificar o perfil da ocorrência de maus tratos contra idosos, e determinar as relações de proximidade entre agressores e vítimas. **Métodos:** Foram analisadas as ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município do estado de São Paulo, no período de dois anos, relativos à agressão: local; motivo; relação vítima-agressor; presença de drogas durante a agressão; características sociodemográficas de agressores e vítimas; procura das vítimas por serviço de saúde e o laudo médico. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para a análise dos 201 casos. **Resultados:** A maior parte dos agressores eram homens (66,2%) com pele branca (54,7%), e as vítimas, mulheres (95,5%), brancas (70,6%). Houve maior prevalência de maus-tratos emocionais (51,7%) sendo a residência (81,6%) o local de maior frequência de agressões. Na maior parte dos casos, o agressor era algum familiar da vítima (36,7%), e o principal motivo relacionado a desentendimentos (62,2%). Houve baixa frequência do uso drogas (8,5%) e álcool (15,4%) durante os atos violentos. A maioria das vítimas não procurou por ajuda médica (67,2%). Dentre as lesões sofridas, prevaleceu a de natureza leve (89,3%) na região de membros superiores (38,5%), seguida de cabeça e pescoço (30,8%). **Conclusão:** A maioria das agressões ocorreu nos lares por parentes próximos, relacionadas à maus-tratos emocionais.

Palavras-chave: Violência; Violência Doméstica; Idoso; Maus-Tratos ao Idoso; Saúde Pública.

¹Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, Araçatuba/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Embora a violência alcance todas as faixas etárias e classes sociais, causando morte, lesões, traumas físicos e emocionais¹, mulheres, crianças e idosos constituem os grupos mais vulneráveis.

A prática de violência contra idosos pode ser definida como realizar ato único ou repetido, ou ainda negligência na tomada de decisões necessárias, provocando dano a uma pessoa de idade avançada². De acordo com a Organização Mundial de Saúde, classificam-se as formas de violência sofrida nas seguintes categorias: maus-tratos físicos, maus-tratos emocionais, abuso econômico ou material, abuso sexual e negligência².

O envelhecimento carrega os estigmas da incapacidade funcional e social do indivíduo, tornando o idoso, muitas vezes, um fardo para os seus responsáveis³. Os idosos em condição de dependência requerem cuidados da parte dos familiares, necessitando de adaptações na organização da família e, consequentemente, alterando-lhe a dinâmica, o que pode gerar conflitos⁴.

Além disso, o consumo de álcool e outras drogas pode agravar os casos de violência, seja como fator desencadeante, quando da busca do usuário por meios para financiar seu vício, seja alterando o estado emocional do agressor pelo efeito causado por esses entorpecentes.

Uma das grandes dificuldades em relação ao diagnóstico da violência familiar diz respeito ao segredo ou conluio familiar, impediendo do conhecimento, fora dos limites domésticos, da violência sofrida pelo idoso em seu próprio lar. Além do autoritarismo e da pressão psicológica exercida pelo agressor, contribui para essa falta de reação da vítima o medo de quebrar o vínculo com a família⁵.

A violência envolve não só o idoso vitimado, mas também familiares e cuidadores e, numa perspectiva maior, o próprio sistema de saúde, que tratará das consequências dessa situação na vida do idoso⁶, pois somada às possíveis limitações físicas e funcionais, inerentes ao processo de envelhecimento, a violência pode deteriorar ainda mais o estado de saúde dessa população⁷. Idosos que sofrem maus-tratos têm uma maior taxa de mortalidade e tendem a morrer mais cedo do que os idosos que não são abusados⁸.

Assim, é de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento das ocorrências de violência contra idosos, e suas consequências, e consigam identificar os casos que possam aparecer na prática diária dos serviços de saúde, atuando com a equipe de saúde no controle e prevenção do problema⁹. A maior parte das lesões físicas, quando presentes, aparece na face e membros superiores, locais de fácil visualização e, portanto, passíveis de levantar suspeitas de agressões, desde que o profissional de saúde esteja capacitado para isso¹⁰.

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de maus-tratos contra idosos, de ambos os sexos, registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município brasileiro, num período de dois anos, e determinar as relações de parentesco entre agressores e vítimas.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise documental, conduzido na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba-SP, num período de dois anos. O município não conta com uma delegacia especializada para idosos, portanto todos os crimes praticados contra esse público, de ambos os sexos, são encaminhados e registrados nessa unidade policial.

A coleta foi realizada com base em registros policiais: Boletins de Ocorrência e Termos Circunstanciados, disponibilizados na delegacia no momento da coleta. O Boletim de Ocorrência é o registro inicial do delito, apresentando os dados básicos do fato e das partes envolvidas. Em alguns casos, no entanto, faz-se o Termo Circunstanciado, usado apenas para crimes considerados de menor potencial ofensivo como lesões corporais leves, ameaças, entre outros. Além desses, também foi analisado, quando havia, o laudo médico-legal, que é o relato escrito proveniente de um exame pericial. Sempre que do crime resultarem vestígios, como lesões corporais, por exemplo, a autoridade policial é obrigada a solicitar o exame de “corpo de delito”, descrevendo o fato, local e data. De posse da requisição, a vítima ou indiciado é encaminhada ao Instituto Médico Legal, onde se realiza a perícia. Após o exame, o médico legista emite um laudo que deve ser enviado à unidade policial solicitante.

Esses registros policiais foram classificados de forma a facilitar a análise dos dados, de acordo com os tipos de abuso que a World Health Organization² utiliza. Foram excluídos da amostra crimes autoinfligidos, ou seja, praticado pelas próprias vítimas, como no caso de suicídio tentado. Considerou-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais¹¹.

O quadro abaixo demonstra como as ocorrências policiais foram classificadas:

Quadro 1 - Classificação das ocorrências policiais de acordo com a categoria de maus-tratos sofridos, Araçatuba-SP, Brasil, 2014

TIPOS DE VIOLÊNCIA	OCORRÊNCIAS POLICIAIS
Maus-tratos físicos	Lesão corporal, maus-tratos, vias de fato, sequestro e cárcere privado
Maus-tratos emocionais	Ameaça, calúnia, difamação e injúria.
Outros	Dano, desobediência, outro não criminal, perturbação de sossego, perturbação de tranquilidade, perturbação do trabalho ou do sossego alheios, preservação de direitos, violação de domicílio.

Não foi encontrada, entre as ocorrências registradas no período estudado, nenhuma que se enquadrasse na classificação de abuso sexual, negligência ou abuso econômico ou material.

Nesses documentos, analisaram-se as seguintes variáveis:

Agressão: local da ocorrência, motivo, relação vítima-agressor e presença de drogas durante o ato - bebida alcoólica ou drogas são mencionadas nas denúncias, quando o agressor agia sob efeito de álcool ou drogas ilícitas, não sendo, no entanto, possível identificá-las, pois a informação não consta nos registros policiais.

Características sociodemográficas de agressores e vítimas: sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

Lado médico: descrição do local e classificação legal das lesões; procura por pronto-socorro.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info. Após o

processamento dos dados, procedeu-se à análise estatística descritiva e analítica. Para verificar a associação entre os dados coletados, foi excluída a categoria “sem informação”, pois muitos registros não tinham todos os campos preenchidos, principalmente no que diz respeito às características do agressor. Foram utilizados os testes de Qui-quadrado e Qui-quadrado por simulação Monte Carlo, com nível de significância de 5%, utilizando o software estatístico SPSS¹².

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Brasil seguindo os preceitos da Resolução 466/12, que estabelece as diretrizes brasileiras para a pesquisa com seres humanos. A fim de preservar a identidade das vítimas e agressores, os documentos foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los. O estudo teve início após autorização da responsável pela Delegacia de Defesa da Mulher.

RESULTADOS |

Durante dois anos foram registrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba, 2.514 Boletins de Ocorrência e 474 Termos Circunstanciados, dos quais 206 correspondiam às ocorrências contra idosos. Foram excluídos da amostra cinco casos de tentativa de suicídio, uma vez que não era objetivo do presente estudo avaliar os casos de violência autoinfligida. Por conseguinte, o número de indivíduos do estudo foi de 201 registros policiais. Para as tabelas 1 e 2, foi utilizada toda a amostra – incluindo a categoria “sem informação”; para as tabelas 3 e 4 de associações, essa categoria foi excluída.

Na Tabela 1, destacam-se as características de vítimas e agressores, no que diz respeito ao sexo, tipo de pele, idade, estado civil, escolaridade e profissão.

Na Tabela 2, observam-se os achados em relação às características epidemiológicas das ocorrências policiais, no que se refere ao local de ocorrência, principais motivos envolvidos, relação de vítimas e agressores, a procura da vítima por atendimento médico, além da gravidade das lesões quando se tratava de violência física.

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual das características epidemiológicas de vítimas e agressores de maus tratos contra idosos registradas em dois anos de ocorrências policiais na DDM de Araçatuba-SP, Brasil, 2014

Sexo	Vítimas		Agressores	
	n	%	n	%
Masculino	9	4,5	133	66,2
Feminino	192	95,5	58	28,8
Sem informação	0	0,0	10	5,0
Total	201	100	201	100
Tipo de Pele				
Branca	142	70,6	110	54,7
Negra	6	3,1	7	3,5
Parda	28	13,9	39	19,4
Sem Informação	25	12,4	45	22,4
Total	201	100	201	100
Faixa Etária				
10 -- 19	0	0,0	04	2,0
20 -- 29	0	0,0	18	9,0
30 -- 39	0	0,0	19	9,4
40 -- 49	0	0,0	31	15,5
50 -- 59	0	0,0	13	6,4
60 -- 69	60	29,8	16	8,0
70 --79	128	63,7	03	1,4
>80	13	6,5	0	0,0
Sem Informação	0	0,0	97	48,3
Total	201	100	201	100
Estado Civil				
Casado	67	33,3	39	19,4
Separado	40	19,9	14	7,0
Solteiro	19	9,4	53	26,4
Viúvo	60	29,9	01	0,5
Sem Informação	15	7,5	94	46,7
Total	201	100	201	100
Escolaridade				
Analfabeto	19	9,5	01	0,5
Fundamental Completo	52	25,9	21	10,4
Fundamental Incompleto	12	6,0	10	5,0
Médio Completo	15	7,5	10	5,0
Médio Incompleto	01	0,5	01	0,5
Superior Completo	13	6,4	05	2,5
Superior Incompleto	01	0,5	00	0,0
Sem Informação	88	43,7	153	76,1
Total	201	100	201	100
Profissão				
Aposentado(a)	61	30,4	10	5,0
Desempregado	00	0,0	12	6,0
Do lar	70	34,9	05	2,4
Outras	39	19,4	64	32,0
Sem Informação	31	15,3	110	54,6
Total	201	100	201	100

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual das características epidemiológicas de ocorrências policiais dos casos de maus tratos contra idosos, procura das vítimas por serviço de saúde e lesões sofridas, registradas na DDM, durante dois anos de coleta, Araçatuba-SP, Brasil, 2014

	n	%
Ocorrência		
Maus tratos emocionais (ameaça/injúria/calúnia)	104	51,7
Maus tratos físicos (lesão corporal/vias de fato)	67	33,3
Outros	30	15,0
Total	201	100
Motivo		
Dinheiro/Bens	22	10,9
Discussão/Desentendimento	125	62,2
Motivo não relatado	53	26,4
Outros	1	0,5
Total	201	100
Local		
Residência	164	81,6
Via pública	23	11,4
Outro	14	7,0
Total	201	100
Relação Vítima-Agressor		
Família	73	36,3
Parceiro	36	17,9
Outro	65	32,4
Sem Informação	27	13,4
Total	201	100
Procura da vítima por serviço de saúde		
Sim	28	41,8
Não	39	58,2
Total	67	100
Gravidade		
Ausência de Lesões	3	10,7
Natureza Leve	25	89,3
Total	28	100
Região		
Cabeça e Pescoço	8	32,0
Tronco	1	4,0
Membros Superiores	10	40,0
Membros Inferiores	6	24,0
Total	25	100

Houve associação entre o agressor e o tipo de maus tratos sofrido, como pode ser observado na Tabela 3. Também houve associação quanto ao motivo da agressão e o tipo de maus tratos, no entanto, para as demais variáveis e o tipo de maus-tratos sofridos, não houve associação estatisticamente significativa. Nessa tabela foi utilizado o teste de qui-quadrado por simulação Monte Carlo para todas as associações.

Na Tabela 4, observou-se a associação quanto à idade da vítima e à relação de parentesco com o agressor. Quando a agressão sofrida ocorreu em via pública, outro tipo de agressor prevaleceu em 85,4% dos casos ($p=0,0003$). Enquadram-se nessa categoria inquilino(a) da vítima, vizinho(a), amigo(a) entre outros. Também houve associação quanto à ingestão de bebidas alcoólicas e à relação de parentesco.

Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual do tipo de maus tratos contra o idoso e demais variáveis registradas na DDM, durante dois anos de coleta, Araçatuba-SP, Brasil, 2014

		Maus tratos físicos	Maus tratos emocionais	Outros	p valor
Sexo	Masculino	4 (44,4%)	5 (55,6%)	-	p=0,529
	Feminino	63 (32,8%)	99 (51,6%)	30 (15,6%)	
Idade	60 a 69	42 (32,8%)	67 (52,4%)	19 (14,8%)	p=0,944
	70 a 79	21 (35,0%)	31 (51,7%)	8 (13,3%)	
	> 80	4 (30,8%)	6 (46,1%)	3 (23,1%)	
Pele	Branca	52 (36,6%)	72 (50,7%)	18 (12,7%)	p=0,531
	Parda e Negra	9 (26,5%)	20 (58,8%)	5 (14,7%)	
Agressor	Família	29 (39,7%)	31 (42,5%)	13 (17,8%)	p=0,003*
	Parceiro	16 (44,4%)	19 (52,8%)	1 (2,8%)	
	Outro	11 (16,9%)	44 (67,7%)	10 (15,4%)	
Motivo	Dinheiro/Bens	1 (4,6%)	16 (72,7%)	5 (22,7%)	p=0,009*
	Discussão/Desentendimento	46 (36,8%)	66 (52,8%)	13 (10,4%)	
	Motivo não relatado	19 (35,9%)	22 (41,5%)	12 (22,6%)	
Local	Residência	54 (32,9%)	87 (53,1%)	23 (14,0%)	p=0,175
	Via pública	6 (26,1%)	14 (60,9%)	3 (13,9%)	
	Outros	7 (50,0%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	
Agressor e álcool	Sim	15 (48,4%)	12 (38,7%)	4 (12,9%)	p=0,072
	Não	37 (27,6%)	77 (57,5%)	20 (14,9%)	
Agressor e Drogas	Sim	9 (52,9%)	5 (29,4%)	3 (17,7%)	p=0,096
	Não	43 (30,5%)	78 (55,3%)	20 (14,2%)	

A categoria "sem informação" foi excluída para a análise de associação entre as variáveis.

*Estatisticamente significante.

DISCUSSÃO |

Frente aos achados deste estudo, observa-se que apenas uma pequena parcela das ocorrências policiais registradas contra pessoas acima de 60 anos. Uma peculiaridade do município estudado diz respeito ao fato de todos os casos de crimes praticados contra crianças, mulheres e idosos serem apurados pela DDM, ou seja, não existe uma delegacia especializada para o atendimento ao idoso, o que pode dificultar ainda mais a denúncia.

Quanto às características da vítima, o sexo feminino foi o mais prevalente, isso porque a violência de gênero associada ao preconceito de idade torna as mulheres ainda mais vulneráveis a sofrerem maus-tratos^{13,14}. Por serem as vítimas mais frequentes de violência doméstica, o abuso pode não ser um evento isolado, e sim um fato

que acontece repetidamente, podendo prolongar-se por toda a vida¹⁰.

Em relação à idade da vítima, o intervalo dos 70 aos 79 anos encontrados nesta pesquisa difere, em parte, do trabalho realizado por Minayo e Souza⁵, no qual os autores relatam que no intervalo de idade dos 60 até os 75 anos existem mais denúncias de maus-tratos e violências, uma vez que, nessa faixa etária, as vítimas possuem maior autonomia e condições de buscar ajuda. A diferença de idade encontrada nos estudos de violência contra idosos pode ser explicada pelas diferentes expectativas de vida encontradas em cada região do país¹⁶.

Quanto à cor de pele ou raça das vítimas, observa-se uma maior proporção de brancos, população predominante no município, o que difere de outros achados,^{16,17}

Tabela 4- Distribuição absoluta e percentual do tipo de agressor de maus tratos contra o idoso e demais variáveis registradas na DDM, durante dois anos de coleta, Araçatuba-SP, Brasil, 2014

		Família	Parceiro	Outro	
Sexo^{***}	Masculino	4 (57,1%)	0(0,0%)	3 (42,9%)	p=0,475
	Feminino	69 (41,3%)	36 (21,6%)	62 (37,1%)	
Idade^{***}	60 a 69	42 (38,5%)	33 (30,3%)	34 (31,2%)	p=0,001*
	70 a 79	24 (43,6%)	3 (5,5%)	28 (50,9%)	
	> 80	7 (70,0%)	0(0,0%)	3 (30,0%)	
Pele^{**}	Branca	44 (36,7%)	28 (23,3%)	48 (40,0%)	p=0,216
	Parda e Negra	16 (53,3%)	4 (13,4%)	10 (33,3%)	
Motivo^{***}	Dinheiro/Bens	6 (31,6%)	2 (10,5%)	11 (57,9%)	p=0,264
	Discussão/ Desentendimento	49 (43,4%)	27 (23,9%)	37 (32,7%)	
	Motivo não relatado	18 (42,8%)	7 (16,7%)	17 (40,5%)	
Local^{***}	Residência	69 (46,3%)	32 (21,5%)	48 (32,2%)	p<0,001*
	Via pública	1 (6,3%)	1 (6,3%)	14 (85,4%)	
	Outros	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	
Agressor e álcool^{**}	Sim	20 (69,0%)	8 (27,6%)	1 (3,4%)	p<0,001*
	Não	42 (36,5%)	21 (18,3%)	52 (45,2%)	
Agressor e Drogas^{***}	Sim	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0(0,0%)	p<0,001*
	Não	41 (34,2%)	27 (22,5%)	52 (43,3%)	

A categoria "sem informação" foi excluída para a análise de associação entre as variáveis.

*Estatisticamente significante.

**Teste de Qui-quadrado.

***Teste de Qui-quadrado por simulação Monte Carlo.

demonstrando, assim, que não existe um padrão relacionado a essa característica. Essa questão é complexa e controversa, pois quando associada a outras variáveis, a raça ou a cor da pele pode estar relacionada à ocorrência da violência, no entanto, isoladamente, constitui atributo biológico que não deve ser considerado como fator determinante do fenômeno¹⁸.

A maioria das vítimas eram casadas, trabalhavam nos próprios lares e possuíam baixa escolaridade, fatores esses que, associados, podem revelar um perfil de dependência da vítima em relação ao seu agressor, tornando-a ainda mais vulnerável^{14,17,19}.

O presente estudo apontou os filhos como os agressores mais frequentes. Os maus-tratos emocionais prevaleceram quando o agressor era familiar, motivados por desentendimento ou discussão. Alguns fatores podem contribuir para o abuso, como a realocação dos filhos adultos de volta para a casa, problemas financeiros, padrões de violência intergeracional, despreparo e estresse por parte dos cuidadores^{4,20}. É

importante notar que o núcleo familiar deveria ser o principal fator responsável pelo bem-estar dos idosos²¹, no entanto, muitas vezes pode ser o responsável direto pelo sofrimento infligido a esse grupo populacional²².

Os maus-tratos físicos foram o segundo tipo de ocorrência mais frequente. Nesses casos, a vítima que procura uma instituição policial é encaminhada para exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal para averiguação dos danos sofridos. Todavia, dentre os idosos que procuraram a delegacia para denunciar esses casos, apenas uma pequena parcela procurou pelo serviço de saúde ou realizou o exame acima citado, fato esse que corrobora com pesquisas semelhantes encontradas na literatura^{23,24}. Essa situação pode ser explicada pela proximidade da vítima com o agressor – o idoso pode muitas vezes não realizar o exame pelo receio de levar adiante a investigação policial, por conviver sob o mesmo teto que o seu algoz.

Em observância aos casos registrados com o exame de corpo de delito, a maior parte das lesões sofridas era de

natureza leve, localizada, principalmente, nos membros superiores e região de cabeça e pescoço. Esses sítios de localização dos ferimentos são comumente encontrados na literatura^{18,19}, refletindo um caráter simbólico de humilhação, que o agente imprime ao atingir o rosto da vítima, e o comportamento defensivo por parte da vítima, que usa os membros superiores como proteção²⁵.

A residência foi o local onde se deu a maioria das ocorrências, havendo associação com o agressor familiar. Dados semelhantes são encontrados na literatura, como no estudo realizado por Santos *et al.*²⁶, que aponta a convivência dos idosos com pessoas mais jovens e a dependência de cuidados, como geradoras de conflitos de relacionamento, em sua residência. A violência contra idosos no âmbito familiar é considerada como a mais frequente forma de agressão.

Outra associação encontrada nos resultados analisados foi entre a idade da vítima e o agressor familiar. Para as vítimas com idade superior a 80 anos, o agressor, em 70% dos casos, tratava-se de algum membro da família. Essa relação enquadra-se no conceito do ambiente familiar desfavorável e na condição de dependência e fragilidade do idoso, tendo em vista que quanto mais velho o idoso, maior sua dependência do familiar com quem convive, o que favorece o aparecimento das diversas formas de violência.

Quanto à associação dos maus-tratos ao consumo de drogas e bebidas alcoólicas, quando o agressor era um parente próximo à vítima, pode ser explicada pelo fato de o familiar usuário dessas substâncias ser obrigado a conviver com o idoso em seu lar; acaba, então, por descontar seus problemas e frustrações nesse indivíduo, devido à proximidade e convivência. Além disso, sabe-se que essas substâncias podem estimular o comportamento violento, pois houve associação entre o consumo de drogas e a agressão física - quando o agressor não estava sob efeito desses entorpecentes, a maioria das agressões foi psicológica.

No entanto, existem controvérsias sobre essa questão. Apesar das evidências empíricas envolvendo o uso de drogas e álcool nos atos violentos, ainda não está esclarecido se a presença dessas substâncias interfere no comportamento dos envolvidos, e não é possível saber se, sem o uso de algum tipo de droga lícita ou ilícita, teriam ocorrido às mesmas ações²⁷.

A prevenção do abuso de idosos depende da conscientização da sociedade em relação ao bem-estar geral das pessoas

mais velhas bem como de mecanismo mais amplo que ajudem no suporte da unidade familiar²⁸.

Este estudo foi baseado em dados secundários e, sendo assim, limitado às variáveis e categorias de maus-tratos registrados nos documentos policiais da DDM. Embora tenha sido realizado em apenas um município, a relevância e justificativa do trabalho contribuem para a visualização do problema e deve ser estendido para outros municípios de forma a ampliar a discussão dessa temática com base em novos achados.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que as mulheres são as principais vítimas de maus-tratos contra o idoso, e o abuso psicológico foi o mais prevalente. O agressor, na maioria dos casos, tratava-se do próprio filho da vítima, o que pode agravar as relações familiares. O presente estudo conseguiu dimensionar o problema da violência no âmbito das denúncias policiais, mas todos os desfechos devem ser investigados, e a somatória desses achados ajudará a formular estratégias de prevenção e enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS |

1. Machado, L.; Queiroz, Z. Negligência e maus-tratos. In: Freitas, E.V. *et al.* (Org.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan. 2002:791-797.
2. World Health Organization. Action on Elder Abuse. What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin 1995. In: World Health Organization. *World report on violence and health*. Disponível em: URL: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/>. Acesso em: 20 set. 2014.
3. Oliveira, AAV de, Trigueiro, DRSG; Fernandes, MGM, Silva, AO. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013; 66(1):128-133.
4. Nishi, A, Tamiya, N, Kashiwagi, M, Takahashi, H, Sato, M, Kawach, I. Mothers and daughters-in-law: a prospective study of informal care-giving arrangements and survival in Japan. *Geriatrics*. 2010; 10:61 Disponível em: URL: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/61>>.

5. Faleiros, V.P. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Iniversa. 2007.
6. Kurata, S And Ojima, T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*. 2014; 14:39. Disponível em: URL: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/39>>.
7. Jerliu, N, Toçi, E, Burazeri, G, Ramadani, N, Brand, H. Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey. *BMC Geriatrics*. 2013; 13:22. Disponível em: URL: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/22>>.
8. Dong X, Simon M, Mendes De Leon C, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009; 302:517-26.
9. Thompson, La, Tavares, M, Ferguson-Young, D, Ogle, O, Halpern, Lr. Violence and Abuse Core Competencies for Identification and Access to Care. *Dent Clin N Am*. 2013; 57:281-299.
10. Santos, CM dos et al. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Braz. oral res.* [online]. 2013; 27(3):197-202. Epub 19-Abr-2013.
11. Brasil. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 set 2003.
12. Statistical Package For The Social Sciences For Windows. (SPSS): release 11.5. (software). Chicago; 2002.
13. Rezende, EJC et al. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo. 2007; 10(2):202-214.
14. Nogueira, C.F.; Freitas, M.C.; Almeida, P.C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro. 2011; 14(3):543-554.
15. Minayo, M.C.S.; Souza, E.R. Violência contra idosos: é possível prevenir? In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde. 2005:141-170.
16. Pinheiro JS, Silva, RC, Andrade MC. Perfil dos idosos que sofreram violência atendidos em uma instituição de Salvador no ano de 2008. *Rev. Baiana Saúde Pública*, Salvador. 2011; 35(2):264-276.
17. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(10):2289-2300.
18. Cecilio LPP, Garbin CAS, Roviada, TAS, et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2012; 21(2):293-304.
19. Dossi, AP. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(8):1939-1952.
20. Abbey L. Elder abuse and neglect: when home is not safe. *Clin Geriatr Med*. 2009; 25(1):47-60.
21. Gaioli CCL, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos domésticos. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008; 16 (3): 465-70.
22. Bond, MC and Butler KH. Elder Abuse and Neglect Definitions, Epidemiology, and Approaches to Emergency Department Screening *Clin Geriatr Med*. 2013; 29:257-273.
23. Schraiber, L. B. et al. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. da Unesp. 2005.
24. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. 2006; 40(2):256-264.
25. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(12):2567-2573.

26. Santos ACPO, et al. A construção da violência contra idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro. 2007; 10(1):115-127.

27. Minayo, MCS, Deslandes, SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1998; 14(1):35-42.

28. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing*. 2012; 41(1):98-103.

Correspondência para/ Reprint request to:

Cléa Adas Saliba Garbin

Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA/Unesp

Departamento de Odontologia Infantil e Social

Rua José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça, Araçatuba - SP, Brasil

CEP: 16015-050

Tel.: (18) 3636-3249

E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

Submetido em: 25/02/2015

Aceito em: 26/06/2015