

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Lívia Reis de Souza

**Avaliação da estratégia de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a
pessoa idosa em um Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal**

Brasília

2021

Lívia Reis de Souza

Avaliação da estratégia de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa em um Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Egléubia Andrade de Oliveira.

Coorientadoras: Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Prof.^a Dra. Michele Souza e Souza.

Brasília

2021

Título do trabalho em inglês: Evaluation of the compulsory notification strategy of acts of violence committed against the elderly in a Hospital in the Eastern Health Region of the Federal District.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S729a Souza, Lívia Reis de.
Avaliação da estratégia de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa em um Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal / Lívia Reis de Souza. -- 2021.
107 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Egléubia Andrade de Oliveira.
Coorientadoras: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Michele Souza e Souza.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília-DF, 2021.

1. Idoso. 2. Abuso de Idosos. 3. Notificação de Abuso.
4. Vigilância em Saúde Pública. 5. Avaliação em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.6

Lívia Reis de Souza

Avaliação da estratégia de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa em um Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 26 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Dra. Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione
Universidade de Brasília

Dra. Marcela Abreu
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Michele Souza e Souza (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso. (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Egléubia Andrade de Oliveira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2021

Às pessoas idosas, que este trabalho possa contribuir com a melhoria do serviço de saúde
ofertado no HRL.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar essa dissertação, os agradecimentos que precisam ser feitos são muitos. Para que este momento chegasse contei com o apoio e o incentivo de pessoas que estiveram comigo e foram extremamente importantes ao longo dessa jornada.

Assim, quero agradecer aos meus pais, por sempre valorizarem a educação como um legado para uma filha, sempre presentes e os maiores incentivadores na minha trajetória profissional e acadêmica.

Às minhas orientadoras queridas, que tão gentilmente lançaram ideias e percepções sobre a temática escolhida, me conduziram nesse trabalho de forma sempre afetuosa e produtiva. Agradeço pela convivência respeitosa, pela plena disponibilidade de ensinar e pela capacidade de motivar a cada encontro permitindo que novas possibilidades fossem vislumbradas através do material que lhes era apresentado.

Aos gestores do HRL pela confiança que depositaram em mim, foi vital para a realização da coleta de dados em suas unidades de serviço.

Aos colegas e professores que tive o prazer de conhecer e conviver durante o curso de Mestrado Profissional na ENSP.

A banca de qualificação pelas valiosas contribuições na qualificação do projeto que deu origem a esta dissertação.

A Secretaria da Saúde do Distrito Federal pelo investimento na qualificação profissional de seu quadro técnico

E encerro com um agradecimento muito especial aos profissionais de saúde do HRL que gentilmente concordaram em serem entrevistados para esta dissertação, em prol da qualificação da atenção à saúde das pessoas idosas no SUS.

RESUMO

Introdução: A violência contra pessoa idosa é um problema de saúde pública com previsão de notificação compulsória pelos profissionais de saúde. Apesar de constituir uma diretriz legal, a notificação da violência pelos profissionais envolvidos no acolhimento e assistência à população idosa ainda é uma prática pouco adotada nos serviços, o que concorre para a sua subnotificação. Esta atividade, se exercida de forma sistemática e com qualidade, pode contribuir para acionar a rede de proteção social e ampliar a oferta de serviços de proteção e de assistência na esfera pública. Esse estudo apresenta uma avaliação da estratégia de notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa em um Hospital da Região Leste de Saúde do Distrito Federal e teve como base normativa o Estatuto do Idoso, publicado em 2003. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com recorte temporal, utilizando método de natureza qualitativa. Foram empregadas as dimensões conformidade/fidelidade, priorizando a subdimensão de disponibilidade de insumos, e a qualidade técnica, por meio da subdimensão resolutividade para verificar se o componente “notificação” da vigilância da violência foi implantado de acordo com a previsão legal estabelecida. **Resultados:** A subnotificação dos casos de abusos contra esse segmento no HRL indica que a qualidade do acolhimento e do registro das informações é insuficiente para identificação dos casos de violência e sua notificação. Na análise dos entrevistados, a subnotificação pode ser atribuída à indisponibilidade da Ficha de Notificação nos setores, ao desconhecimento da obrigatoriedade do registro, a indefinição de fluxo interno das informações coletadas e a inexistência de capacitações voltadas para a instituição desta prática no âmbito hospitalar. **Conclusão:** A ausência do principal insumo para a realização do registro pode contribuir com a subnotificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, além de fragilizar o monitoramento dessas ações para o provimento de subsídios necessários ao acionamento das normas de proteção ao idoso na qual a unidade hospitalar tem um papel estratégico.

Palavras-chave: Idoso. Maus-Tratos ao Idoso. Notificação de Negligência. Vigilância em Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Violence against the elderly is a public health problem with mandatory notification by health professionals. Despite constituting a legal guideline, the notification of violence by professionals involved in welcoming and assisting the elderly population is still a little adopted practice in services, which contributes to its underreporting. This activity, if carried out systematically and with quality, can contribute to trigger the social protection network and expand the offer of protection and assistance services in the public sphere. This study presents an evaluation of the compulsory notification strategy of acts of violence committed against the elderly in a Hospital in the Eastern Health Region of the Federal District and was based on the Statute of the Elderly, published in 2003. **Methodology:** It is about a descriptive study, with a time frame, using a qualitative method. The compliance/fidelity dimensions were used, prioritizing the sub-dimension of availability of inputs, and technical quality, through the resoluteness sub-dimension, to verify whether the “notification” component of the surveillance of violence was implemented in accordance with the established legal provision. **Results:** The underreporting of cases of abuse against this segment in the HRL indicates that the quality of reception and recording of information is insufficient to identify cases of violence and their notification. In the analysis of the interviewees, underreporting can be attributed to the unavailability of the Notification Form in the sectors, the lack of awareness of the mandatory registration, the lack of definition of the internal flow of collected information and the lack of training aimed at the institution of this practice in the hospital environment. **Conclusion:** The absence of the main input for the registration can contribute to the underreporting of suspected or confirmed cases of violence, in addition to weakening the monitoring of these actions to provide the necessary subsidies to trigger the norms of protection for the elderly in which the unit hospital has a strategic role.

Keywords: Elderly. Elder Abuse. Notification of Abuse. Public Health Surveillance. Health Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Tipos de violências e suas definições.....	23
Quadro 2 -	Notificações na Região de Saúde Leste e HRL entre 2015 a maio de 2020.....	30
Quadro 3 -	Caracterização do atendimento oferecidos nos CEPAVs do Hospital da Região Leste (HRL): modalidade de atendimento, público alvo e tipos de violências atendidas.....	32
Figura 1 -	Proteção a pessoa idosa: processo histórico e marcos estratégicos.....	33
Figura 2 -	Modelo lógico da linha de cuidados da pessoa em situação de violência.....	36
Figura 3 -	Modelo lógico da notificação de violência contra a pessoa idosa.....	38
Quadro 4 -	Perfil dos <i>stakeholders</i> potencialmente envolvidos com a notificação de casos de idosos em situação de violência no HRL.....	41
Quadro 5 -	Regiões de Saúde do Distrito Federal.....	45
Quadro 6 -	Total de leitos do Hospital da Região Leste/HRL 2020.....	46
Quadro 7 -	Blocos temáticos dos roteiros de entrevista segundo roteiro utilizado.....	49
Quadro 8 -	Matriz de Informação.....	51
Quadro 9 -	Caracterização dos entrevistados.....	54
Quadro 10 -	Quantidade de notificações realizadas na Região Leste e no HRL para as faixas etárias de 0 a 19 anos e acima de 60 anos - 2019 a junho de 2021.....	56
Gráfico 1 -	Tipos de violência mais citados pelos entrevistados.....	57
Quadro 11 -	Razões para não preenchimento da notificação da violência contra pessoa idosa no HRL.....	59
Figura 4 -	Fluxo da notificação da violência segundo o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede Pública de Saúde do DF.....	60
Quadro 12 -	Importância da ficha de notificação na opinião dos entrevistados.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADH	Centro de Atenção ao Diabetes e Hipertensão
CEPAV	Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNDI	Conselho Nacional do Idoso
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HRL	Hospital da Região Leste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
NASF-AB	Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEPAV	Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NHEP	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NUREM	Núcleo de Recepção e Emergência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
RA	Região Administrativa
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAP-Idoso	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TPD	Trabalho em Período Definido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	17
3	SITUAÇÃO-PROBLEMA	20
3.1	TIPOS DE VIOLÊNCIA PRATICADOS CONTRA A POPULAÇÃO IDOSA.....	22
3.2	SUBNOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	24
3.3	NOTIFICAÇÕES E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL: INSTRUMENTOS LEGAIS NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	25
3.4	ESTRATÉGIAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL.....	29
4	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO – A NOTIFICAÇÃO DE CASOS NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIA A PESSOA IDOSA	34
5	IDENTIFICAÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i>	40
6	PERGUNTA AVALIATIVA	42
6.1	PERGUNTA AVALIATIVA GERAL.....	42
6.2	PERGUNTAS AVALIATIVAS ESPECÍFICAS.....	42
7	OBJETIVOS	43
7.1	OBJETIVO GERAL.....	43
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
8	METODOLOGIA	44
8.1	LOCAL DE ESTUDO.....	44
8.2	OPÇÕES METODOLÓGICAS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	47
8.3	CRITÉRIOS E DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO.....	50
9	ASPECTOS ÉTICOS	52
10	RESULTADOS	53

10.1	DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	53
10.2	ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO HRL.....	56
10.3	NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA NO HRL.....	57
10.4	CAPACITAÇÃO, TREINAMENTO E MATERIAL INFORMATIVO SOBRE VIOLÊNCIA E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO HRL.....	63
11	DISCUSSÃO	65
11.1	CARACTERIZAÇÃO E FLUXO DO ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO HRL E CEPAV.....	67
11.2	PROFISSIONAIS E A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA NO HRL.....	70
11.3	CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DO HRL.....	75
12	LIMITES DO ESTUDO	77
13	RECOMENDAÇÕES	78
14	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Gestor	91
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Profissionais	93
	APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com profissionais que prestam assistência no serviço hospitalar do HRL	95
	APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com coordenador(a) do CEPAV-Região Leste	98
	APÊNDICE E - Roteiro para entrevista com profissionais da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde Leste	104
	APÊNDICE F - Roteiro para Observação Direta	107

ANEXO – Ficha de Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência do Distrito Federal.....

1 INTRODUÇÃO

Nessa dissertação serão apresentados os resultados da avaliação da organização e sistematização de dados acerca da notificação compulsória de violência contra os idosos no Distrito Federal (DF). A investigação foi um estudo de caso único fundamentado nos critérios da apreciação normativa no serviço hospitalar da Região de Saúde Leste do DF, com objetivo de responder como a notificação está implementada considerando conformidade com a legislação, qualidade técnica, importância do preenchimento da notificação e o papel do profissional de saúde na notificação na unidade hospitalar, na visão destes profissionais e dos gestores.

Meu primeiro contato com a temática do envelhecimento ocorreu em 2002 na graduação quando realizei estágio na Promotoria de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT). Enquanto profissional, entre os anos de 2007 e 2008 trabalhei na Secretaria Executiva do Conselho Nacional do Idoso (CNDI). Em 2009, na busca por qualificação realizei um curso de especialização em Direitos Sociais e Competências Profissionais, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) no qual me propus a estudar o Programa “Mestre do Saber”, que era um programa do governo local para socialização intergeracional de idosos por meio da transmissão de seu conhecimento a outras gerações. Desde então tenho desenvolvido um profundo interesse pela temática.

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial. Nos últimos anos houve um crescimento significativo da população idosa com relação aos demais grupos etários. Em 2019, aproximadamente 9% da população mundial tinha 65 anos ou mais. A proporção de idosos no mundo está projetado para atingir quase 12% em 2030, 16% em 2050 e pode atingir quase 23% em 2100, conforme perspectivas da população mundial publicada pela Organização das Nações Unidas em 2019. Europa e América do Norte têm 18% do total da população idosa registrada em 2019. Países como Austrália e Nova Zelândia também apresentam percentuais significativos, atualmente com 16% de idosos na população. Para a América Latina e o Caribe, a participação da população com 65 anos ou mais foi de 9% em 2019 com projeção de 19% em 2050. Da mesma

forma, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais no Leste e Sudeste Asiático deverá aumentar de 11% em 2019 para 24% em 2050 (ONU, 2019).

Existem países em que a proteção social é responsabilidade do Estado, ofertando serviços sociais de natureza universal e pública, independente das contribuições realizadas ou da comprovação da situação de pobreza, por exemplo os países escandinavos. No Brasil a proteção aos idosos, conforme o Estatuto do Idoso deve ser compartilhada entre Estado, família e sociedade. Entretanto, o Estado não consegue prover serviços adequados aos idosos e familiares sendo a família o principal sistema de suporte a esse grupo (BATISTA *et al*, 2009).

Verifica-se, no Brasil, uma grande mudança no que se refere à transição demográfica relacionada ao envelhecimento de sua população. Em 2011, a quantidade de idosos já era de 23,5 milhões, o que estava previsto para ser atingido apenas em 2020 (BRASIL, 2014). Em 2012, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio o número de pessoas acima de 60 anos¹ chegou a 24,8 milhões (BRASIL, 2014). De acordo com os dados censitários, em 2021 a população idosa estimada do Brasil já ultrapassa 31 milhões, que corresponde a aproximadamente 14% da população geral do Brasil. No Distrito Federal são quase 365 mil idosos, que corresponde a aproximadamente 12% da população geral do DF (IBGE, 2018).

Vale salientar que o processo de envelhecimento da população ocorreu de forma heterogênea a depender do contexto dos países e regiões. Nos países desenvolvidos, ele ocorreu de forma lenta e gradual, o que possibilitou a organização e expansão dos seus sistemas de proteção social. Portanto o crescimento do número de idosos “foi acompanhado pela elevação nos padrões de vida, redução das desigualdades sociais e econômicas e implementação de políticas sociais e outras estratégias que pudessem compensar os efeitos de desigualdades existentes” (SOUZA, 2018). Já nos países em desenvolvimento o acelerado processo de envelhecimento acontece em meio a uma conjuntura recessiva aliada a um contexto de profundas

¹ Para ONU marco etário para pessoa idosa é 65 anos ou mais. No Brasil, seguindo o Estatuto do Idoso, são considerados idosos aqueles com 60 anos ou mais. Entretanto, vale ressaltar que no Brasil algumas políticas adotam a faixa etária de 65 anos para acesso a serviços e benefícios, por exemplo, o direito ao transporte gratuito e o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

vulnerabilidades econômicas, sociais, políticas que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos (CAMARANO, 2004).

O envelhecimento é um processo biológico natural dos seres vivos caracterizado pela diminuição de algumas funções físicas ou psicológicas, que podem levar o indivíduo a determinado grau de dependência de cuidados, geralmente realizados pelos familiares ou pessoas próximas ao idoso. Além disso, o processo de envelhecimento pode trazer à vida do indivíduo desafios como a perda de papéis sociais, a finitude das atividades econômicas, o surgimento ou agravamento de doenças crônico-degenerativas, corroborando para o quadro de dificuldades desta população (CAMARANO, 2004). Estas situações podem aumentar a vulnerabilidade e suscetibilidade desse grupo a diversos problemas sociais. Dentre eles, destaca-se a violência, que merece atenção devido às consequências físicas e psicológicas irreversíveis que afetam na qualidade de vida das pessoas idosas ou não.

A violência é um fenômeno complexo e dinâmico que pode assumir as formas de abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros, negligências e autonegligência e pode acontecer nos campos social, institucional e familiar. Pode ocorrer em diferentes situações, o que pode dificultar a identificação, diagnósticos e notificações.

Entre os idosos, a violência constitui-se um fenômeno antigo que durante muito tempo foi considerado como problema particular de cada família, não cabendo qualquer intervenção por parte do Estado. Todavia, estudos como o desenvolvido por Yon (2017) e publicado na *Lancet Global Health* destacam que esse é um dos segmentos populacionais mais vulneráveis, uma vez que o abuso de idosos afeta um em cada seis idosos em todo o mundo. Portanto, constitui-se um importante problema social e de saúde pública mundial com implicações importantes.

No Brasil o principal marco para ações de proteção às pessoas com 60 anos ou mais e que avançou no que se refere ao enfrentamento à violência contra o idoso é o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003)². Este se configurou como uma política importante na medida em que estabelece implicações legais a qualquer ação ou omissão praticadas em local público ou privado que cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico ao idoso (BRASIL, 2014).

² Lei nº 10.741/2003.

Destaque-se ainda que a Lei determinou a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas, às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm papel importante porque são eles que mantêm contato com as vítimas, seja nas unidades de saúde ou em suas residências podendo identificar e romper o ciclo da violência (MICHELETTI, 2011).

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo ajustes ao longo do tempo para inclusão de novos agravos e violência tais como contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (BRASIL, 2016). Em 2014³ a violência contra o idoso foi contemplada na lista de modo a atender a obrigatoriedade, incluída por meio de lei que alterou o Estatuto do Idoso⁴ em 2011.

Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde. Contudo, os sinais de violência podem passar despercebidos pelos profissionais de saúde, ficando naturalizados no cotidiano das relações sociais (MINAYO, 2003; SANTOS, 2007). Um olhar atento é fundamental pois “trata-se de um problema com consequências devastadoras para os idosos, pois acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade” (MASCARENHAS *et al*, 2012, p. 2332).

A utilização de dados coletados pelos sistemas de informação brasileiros e o desenvolvimento de estratégias diversas para lidar com a violência contra os idosos têm sido feitas por algumas unidades da federação. No Distrito Federal (DF) que tem se caracterizado pelo número crescente de idosos em sua composição populacional, algumas ações têm sido desenvolvidas para lidar com as subnotificações de violência contra esse grupo, com destaque para o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV).

3 Portaria GM/MS nº1.271, de 06 de junho de 2014.

4 Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011.

2 JUSTIFICATIVA

A avaliação dos sistemas e métodos desenvolvidos no DF para quantificar e notificar os casos de violência contra pessoa idosa pode ajudar no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento deste grave problema social, considerando que os serviços de saúde são estratégicos para a percepção das repercussões da violência.

No Distrito Federal, o envelhecimento populacional se caracteriza pelo crescimento acelerado, acompanhando a tendência demográfica mundial e nacional. O número de idosos na região aumentou 73% entre 2010 (200.181) e 2020 (346.221) conforme dados censitários do IBGE (2018). A quantidade crescente de pessoas acima de 60 anos na região é um elemento que justifica a relevância de realizar a avaliação em uma unidade de saúde do DF.

Cabe apontar que a população idosa do DF é composta por migrantes e mulheres. Estudos da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) apontam que apenas 2,5% nasceram no Distrito Federal e 43% são vindos do Nordeste. Também sinalizam que os idosos são, em sua maioria, casados ou em união estável (55%) e 19,6% viúvos (CODEPLAN, 2020b).

O presente estudo também se mostra importante para o avanço das estratégias de enfrentamento a situações de violência contra pessoa idosa no âmbito do DF porque sabe-se o quão difícil é o ato de denúncia das violências contra os idosos. Estima-se que apenas uma pequena fração das mesmas seja notificada aos órgãos responsáveis.

Dados coletados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em todo o Brasil e publicados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram um crescimento das notificações de casos de violência para todos os segmentos populacionais, porém o volume e qualidade dessas notificações ainda pode ser considerado abaixo do esperado. No segmento de pessoas acima de 60 anos, se comparada ao total de notificações para todos os segmentos no Brasil, é mais baixo ainda. Como exemplo, entre os anos de 2009 a 2019 foram registradas 2.299.552 notificações no Datasus. Dessas, 1,7% (140.131) correspondiam ao segmento idoso. No caso do DF entre 2009 a 2019 foram contabilizadas 29.742 notificações, sendo que dessas 2,6 % (1.156) constituíam violência contra a

pessoa idosa. Esse cenário é preocupante uma vez que a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da saúde é um dispositivo de garantia de direitos, sendo a ficha de notificação um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2021).

Outro aspecto importante está ligado a escassez de estudos abordando esta questão. Neste trabalho será considerada a questão da violência contra os idosos, especificamente em uma unidade hospitalar no DF, pois ao analisar a literatura especializada, verifica-se o reduzido número de estudos, com recorte específico, sobre a temática da violência contra a pessoa idosa no DF. Além disso, o DF tem uma organização político-administrativa singular ao restante do país, pois acumula as competências de estados e municípios, o que pode trazer especificidades de demandas e desafios para a organização de políticas (MPDFT, 2019).

Outro fator importante se refere ao entendimento de que o trabalho de cada profissional de saúde que atende pessoas em situação de violência é estratégico para a obtenção de estimativas das ocorrências de violência que auxiliem no fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção de vítimas de violência. Portanto, a identificação de fragilidades e potencialidades dos serviços hospitalares da rede pública de saúde em notificar casos de violência contra idosos, podendo subsidiar ações específicas de profissionais e gestores (RIBEIRO *et al*, 2012).

Diante da relevância do tema, buscou-se conduzir uma avaliação normativa do sistema de notificação da violência contra a pessoa idosa utilizando como unidade de análise o serviço hospitalar ofertado no Hospital da Região Leste (HRL), que se configura como a unidade com maior quantitativo de notificações compulsória dos atos de violência praticados contra idosos naquela Região.

Esta dissertação está organizada nas seguintes partes: apresentação do tema da violência contra a pessoa idosa, abordando algumas mudanças sociodemográficas e epidemiológicas que incidem sobre a população idosa tornando-a mais suscetível. A situação problema, foco deste estudo: A estratégia de notificação da violência utilizada pelo Brasil e DF e possíveis aspectos da subnotificação dos casos, apresentada por meio da modelização da linha de cuidado a pessoas em situação de violência e do Modelo Lógico da Notificação de violência contra a pessoa idosa.

Apresenta as perguntas avaliativas norteadoras, bem como os objetivos, desenho do estudo e técnicas de coleta utilizadas para obtenção de evidências. Os resultados obtidos de entrevistas com profissionais de saúde da assistência e da gestão, além da observação direta dos processos de trabalho e sua discussão, foram consolidados em blocos temáticos envolvendo a descrição e caracterização dos participantes; o acolhimento às pessoas idosas vítimas de violência, processos e fluxos de notificação, bem como as iniciativas de sensibilização e capacitação dos profissionais para a notificação da violência no HRL.

Por fim aborda os limites do estudo conduzido durante a pandemia da COVID 19, bem como traz recomendações para o aprimoramento do sistema de vigilância da violência a pessoa idosa no serviço de saúde.

3 SITUAÇÃO-PROBLEMA

A longevidade pode ser considerada uma das maiores conquistas da sociedade. De forma inédita em 2018 o número de pessoas idosas em todo o mundo superou o de crianças menores de cinco anos (ONU, 2019). Projeções da ONU indicam que em 2050 haverá mais que o dobro de idosos comparado com crianças menores de cinco anos e que ultrapassará o número de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos (ONU, 2019).

O aumento da longevidade implicou na necessidade de os países reforçarem suas políticas de cuidado para os idosos. A proteção social a esse grupo difere entre os países. A começar pelas diferentes definições de idade. Em países desenvolvidos é considerada pessoa idosa aquela com 65 anos ou mais, em países em desenvolvimento essa idade cai para 60 anos. Essa definição foi pactuada em 1982 na “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento” realizada pela ONU (BRASIL, 2014).

O envelhecimento populacional junto com a transição epidemiológica gerou a necessidade prolongada de cuidados em saúde. A transição se caracteriza pela diminuição da prevalência e mortalidade por doenças infectocontagiosa e aumento de doenças crônicas degenerativas. Na atualidade, a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias vem declinando com o avanço da ciência e tecnológicas, associada a uma melhor condição de vida da população.

O aumento de idosos na composição populacional leva a uma maior preocupação com os cuidados que devem ser prestados, sobretudo para aqueles que perderam sua autonomia e independência por conta de agravos em saúde. Nesse sentido, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, aumento da escolaridade feminina e a conquista de maior autonomia e independência financeira da mulher têm afetado os contratos tradicionais de gênero, nos quais a mulher é tida como cuidadora e o homem como provedor (CAMARANO, 2014; SOUZA, 2015).

Todas essas mudanças demográficas e sociais têm impactado no cuidado aos idosos, levando a sobrecarga das famílias, gerando novas demandas as políticas públicas e deixando esse segmento mais vulnerável (SOUZA, 2015).

Oliveira *et al* (2018b, p. 2) reflete que as pessoas acima de 60 anos se tornam mais vulneráveis à violência “na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação”. Mascarenhas *et al* (2012, p. 2332) corroboram dessa percepção ao afirmarem que a violência contra a pessoa idosa se justificaria pela

“concepção socialmente aceita de que o idoso é considerado como algo descartável ou um peso social. Trata-se de um segmento da população pelo qual se nutre um “desejo social de morte”, que se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, maus-tratos e negligências nas esferas político-institucionais e, marcadamente, no âmbito do domicílio (p. 2332)”.

Esse contexto pode levar a um processo de exclusão familiar e social, e à violência intrafamiliar (Reis *et al*, 2014).

É possível identificar duas definições bem próximas que comportam o conceito de violência intrafamiliar: violência familiar e violência doméstica. A violência familiar, aquela praticada por familiares do idoso, por exemplo filhos, netos, cônjuges ou companheiros podendo ocorrer dentro ou fora do domicílio da vítima. Já a violência doméstica envolve pessoas que compartilhem o mesmo espaço doméstico que o idoso podendo ser praticada por familiares ou não familiares do idoso, tais como empregados e visitantes. Essas definições mostram que geralmente o agressor do idoso é alguém próximo a ele (FLORENCIO, 2007; OLIVEIRA, 2012).

Isso dificultaria o reconhecimento da violência como agravo à saúde, uma vez que a menor publicização do tema também pode estar ligada ao caráter da violência e, sobretudo, a quem geralmente a comete. Sobre isso, estudos revelam que a violência intrafamiliar contra o idoso ocorre na grande maioria das vezes no âmbito familiar e doméstico sendo o agressor alguém que cuida do idoso ou possui vínculo com ele. Esse tipo de violência é bastante complexo e delicado, pois diversas expressões dessa violência frequentemente são tratadas como uma forma de agir “normal” e “naturalizada” ficando ocultas nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas (MINAYO, 2005).

Quanto o ato de violência ocorre quando o agressor é uma pessoa desconhecida ou

distante ou é uma ação extremada, que deixa marcas visíveis, o ato é mais facilmente reconhecido como violência do que quando quem o pratica é uma pessoa com a qual se tem relações próximas. Por motivos de afetividade e parentesco com os agressores e considerando os sentimentos de inutilidade e dependência os idosos muitas vezes não têm coragem de denunciar sendo a maior parte das denúncias realizada por terceiros (SALES, 2014).

Isso se reflete nas (não) notificações. Estima-se que apenas uma pequena fração das mesmas seja notificada aos órgãos responsáveis, o que ocorre, muitas vezes, em função da gravidade do evento (PASINATO *et al*, 2006). Assim, a subnotificação dos casos de violência contra os idosos dificulta o desenvolvimento de ações para o enfrentamento deste problema.

De acordo com Minayo (2005, p. 16), “a epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema de saúde mede a magnitude das violências que ocorrem no cotidiano da vida privada, no espaço público e no interior das instituições que se transformam em informações quantificáveis”. Assim, a notificação é um valioso mecanismo de combate à violência, pois, por meio dela, é possível conhecer e trazer benefícios para cada caso em particular; ao mesmo tempo, serve como instrumento de controle epidemiológico da violência.

Dentre os desafios, o presente estudo buscará avaliar a implementação da ação de notificação desenvolvida em uma unidade de saúde localizada no Distrito Federal. Mas afinal, o que é a violência contra o idoso e que estratégias têm sido desenvolvidas no Brasil?

3.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA PRATICADOS CONTRA A POPULAÇÃO IDOSA

De acordo com orientações do Ministério da Saúde entende-se como violência, para fins de notificação “*qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial*” (BRASIL, 2016, p. 23).

Para designar as formas mais frequentes de violências praticadas contra a população idosa usualmente são empregadas diferentes tipologias: abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física; abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos; abuso sexual,

violência sexual; abandono; negligência; abuso financeiro e econômico; autonegligência (BRASIL, 2005), que estão oficializadas na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) e no Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2005).

Para esta avaliação o conceito de violência adotado foi o estabelecido pelo Estatuto do Idoso (2003) que considera violência contra a pessoa idosa qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. A violência contra o idoso pode ser classificada em seis categorias, conforme a Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Tipos de violências e suas definições

Tipos de violência	Definições das violências
<i>Violência física</i>	Se expressa pelo uso da força física com o intuito de causar dor ou lesão.
<i>Violência psicológica</i>	Inclui ações verbais ou gestuais com o objetivo de causar angústia ou dor de ordem emocional.
<i>Abuso sexual</i>	Abrange interações sexuais não consensuais.
<i>Abuso financeiro</i>	Refere-se ao uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais de uma pessoa idosa.
<i>Negligência e abandono</i>	Relacionam-se a omissão dos responsáveis quanto à responsabilidade assumida pelos cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social do idoso.
<i>Auto-infligida e Autonegligência</i>	Conduta da pessoa idosa que recusa prover a si mesma os cuidados com sua própria saúde ou segurança.

Fonte: Elaboração própria com base em Castro, 2018 e MPDFT, 2019.

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno multifatorial envolvendo, em sua gênese e desenvolvimento, vários segmentos e aspectos da segurança pública, de justiça, de educação, de assistência social ou de saúde, formando um aglomerado com todos esses componentes. Fenômeno de natureza multicausal, a violência onera o setor da saúde, principalmente em razão do número de mortes que provoca, bem como pelos efeitos negativos as vítimas, famílias e na sociedade (JORGE, 2002; SANCHES, 2008). Para o enfrentamento de toda essa problemática, os países precisam desenvolver mecanismos de proteção aos idosos envolvendo vários aspectos da violência.

3.2 SUBNOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

O Estado tem como atribuição prevenir e combater a violência. Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, declarou a violência como um problema de saúde pública no mundo. Uma atuação de combate a violência pode minimizar as ocorrências, possibilitar qualidade de vida e evitar gastos elevados nos serviços de atendimento (GARBIN *et al*, 2015). A atuação preventiva e o controle da violência podem ocorrer, principalmente, por meio de campanhas, programas e, principalmente, pela legislação específica (SALIBA *et al*, 2007). Alguns marcos legais têm sido desenvolvidos para proteção de pessoas em situação de violência, tais como a obrigatoriedade da notificação.

A notificação pode ser considerada a principal estratégia do Ministério da Saúde no enfrentamento a violência. Esse instrumento tem grande importância para a visibilidade da violência pois permite o dimensionamento epidemiológico do problema e definição de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas (VELOSO *et al*, 2013; SALIBA *et al*, 2007; GARBIN *et al*, 2015).

O profissional de saúde deve atuar conforme orientações normativas específicas e inerentes à função que exerce. Os avanços legais como a Constituição Federal (1988), Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2004) não tornaram visíveis o fenômeno da violência na rotina dos profissionais de saúde (GARBIN *et al*, 2015).

A subnotificação nos casos de violência pode ser considerada um problema grave, geralmente relacionada à ausência de informações técnicas e científicas da temática, despreparo técnico e emocional de profissionais para identificação dos casos, sobrecarga de trabalho, medo, falta de capacitação, desconhecimento do fluxo de notificação, entre outros (GARBIN *et al*, 2015; ROCHA *et al*, 2018). A falta de clareza sobre a maneira adequada de realizar essas notificações pode colaborar para falhas na identificação de situações (SALIBA *et al*, 2007).

Além disso, a notificação é um instrumento de acompanhamento dos casos, pois a partir dela é possível a inserção em serviços e estruturas de apoio e acolhimento. A rede

socioassistencial é fundamental para eficácia de aspectos relacionados à prevenção à violência e a proteção após o episódio de abuso. Ressalta-se que para a aplicação efetiva das medidas de proteção, é indispensável a existência de estruturas de serviços e de acolhimento vinculadas à rede socioassistencial (MINAYO *et al*, 2016).

Na maioria dos países a atuação dos órgãos competentes é falha (MPDFT, 2019). O sistema de referência para encaminhamento, acompanhamento e efetiva solução dos casos que chegam aos serviços, na maioria dos casos, é inexistente (MPDFT, 2019). Vale salientar que a omissão do Estado também incide no número insignificante de equipamentos públicos de apoio social às famílias, para cuidar de seus idosos (MINAYO *et al*, 2016), o que pode repercutir no aumento de situações de violência.

De modo geral, as estruturas existentes no país são insuficientes ao atendimento da demanda dos idosos e de seus cuidadores. Na saúde, por exemplo, faltam geriatras. Na assistência social, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) não ofertam serviços específicos as necessidades de pessoa idosa dependente. Minayo *et al* (2016) apontam que existiam em 2010 um total de 3.548 Instituições de Longa Permanência (ILPI) com capacidade de atendimento para menos de 0,5% da população idosa. A falta de uma estrutura de apoio aos idosos também pode contribuir para a subnotificação dos casos de violência.

3.3 NOTIFICAÇÕES E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL: INSTRUMENTOS LEGAIS NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Brasil estabeleceu instrumentos legais de garantias de direitos à pessoa idosa, dentre os quais se destacam a Constituição Federal (1988), a Política Nacional do Idoso (1994), o Conselho Nacional do Idoso (1994), além do Estatuto do Idoso (2003). Este último, conforme já mencionado, contribuiu para que a questão dos maus-tratos passasse a contar com um dispositivo legal, com previsão de pena caso não seja respeitado. No entanto, outros dispositivos foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para enfrentamento desse problema (OLIVEIRA, 2012).

Uma das estratégias de promoção da saúde e de prevenção de eventos de acidentes e

violências desenvolvidas e que destaca a importância do setor saúde no enfrentamento das violências e acidentes no Brasil pelo Ministério da Saúde foi a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁵ em 2001. Esta política buscou formular um conjunto de ações articuladas e sistematizadas e em conformidade com diretrizes e responsabilidades estabelecidas.

Contudo, ainda se faziam necessárias estratégias de monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica. De acordo com Veloso *et al* (2013), até o ano de 2006 não era possível conhecer o perfil das violências ocorridas no país analisando apenas os dados da declaração de óbito (DO), da autorização de internação em hospitais públicos ou da autorização de internação hospitalar (AIH). Tais informações são disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Por conta disso, foi lançado em 2006 um instrumento que tem sido utilizado para o combate à violência, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁶. Este é constituído por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

O VIVA Inquérito tem o objetivo de caracterizar as pessoas que foram vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais e municípios do Brasil. O Viva Inquérito foi realizado nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. De acordo com o MS o último inquérito foi realizado em 2017, incluindo 23 capitais, Distrito Federal e 13 municípios selecionados, totalizando 121 serviços sentinelas de urgência e emergência. Os resultados do Inquérito ainda não foram divulgados.

O VIVA Sinan, por sua vez, tem entre seus objetivos conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas que são geradas pela notificação de violência interpessoal/autoprovocada, de acordo com o tipo de violência: física; sexual; psicológica/moral; financeira/econômica; tortura; tráfico de pessoas; trabalho

⁵ Portaria GM/MS nº737 de 16/05/01 publicada no DOU nº 96 seção 1 de 18/05/01.

⁶ Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006.

infantil; negligência/abandono; intervenção legal.

Na temática da pessoa idosa o Ministério da Saúde, ainda no ano de 2006, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa por meio da portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Essa política tem como meta garantir atenção à saúde da população idosa de forma adequada, principalmente aqueles que passam por um processo de envelhecimento caracterizado por doenças e agravos que impactam na qualidade de vida.

A preocupação com a vigilância contínua da violência pelo Ministério da Saúde foi reforçada com a publicação de legislação específica voltada para os registros dessas informações. A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, estabeleceu como compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, a notificação de casos suspeitos ou confirmados de ‘Violência doméstica e/ou outras violências’. A Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, por sua vez, trouxe o caráter de imediatividade de 24h para o comunicado de casos de violência sexual e tentativa de suicídio.

Já a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 definiu 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.

Por fim, o Ministério da Saúde apresentou uma sistematização de diversas normas do SUS por meio da Lei de Consolidação nº 04, de 28 de setembro de 2017. Ao fazer essa sistematização de normas em uma única lei a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, foi revogada. Entretanto, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de saúde pública foi mantida, agora por força de lei.

De acordo com orientações publicadas em 2016 pelo Ministério da Saúde sobre notificação de violência interpessoal e autoprovocada, são objetos de notificação:

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. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2016, p. 26).

É possível perceber que a notificação de violência surgiu com o objetivo de dar visibilidade a esse fenômeno, que constitui um problema social, de saúde e de segurança pública. A vigilância de violências operacionalizada por meio da ficha de notificação é parte da estratégia do SUS frente à violência, assim como o desenvolvimento de outras estratégias tais como: a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e Cultura de Paz (2004)⁷, bem como a operacionalização dessa rede a partir da implementação de Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde em Estados e Municípios. É, portanto, mais um importante mecanismo de combate à violência, pois, por meio dela, é possível conhecer e trazer benefícios para cada caso em particular; ao mesmo tempo, servir como instrumento de controle epidemiológico da violência.

A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde é um instrumento de garantia de direitos. Após as etapas de acolhimento, atendimento e notificação, deve-se proceder ao seguimento na rede de proteção social. Por isso, a ficha de notificação deve ser percebida e utilizada como um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência. A notificação da violência é o momento do registro da ocorrência da suspeita da violência no formulário “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada”. O principal componente disparador da linha de cuidado às vítimas de violência doméstica, familiar e sexual é, portanto, a notificação dos casos, constituindo o principal instrumento de referência aos serviços especializados de apoio às vítimas (BRASIL, 2016).

⁷Portaria GM/MS nº 936 de 18 de maio de 2004. Sua missão é constituir-se em um espaço para problematização, formulação e troca de experiências relacionadas à implementação das diretrizes dessas Políticas (Violência e Promoção da saúde).

3.4 ESTRATÉGIAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal, dados do Ministério da Saúde/Datasus apontam que a violência doméstica, sexual e outras⁸ contra o idoso cresceu 26% entre os anos 2009 a 2017, passando de 35 casos em 2009 para 126 casos em 2017.

No DF entre os anos de 2012 e 2017 o tipo de violação mais frequente foi a negligência, seguida de violências psicológica e patrimonial. No mesmo período, houve uma redução na proporção da violência física, em 2011 era de 21% e passou em 2017 para 13,3%. Em relação a outras violações houve um aumento, com destaque para negligência que em 2011 era de 27,2% passando em 2017 para 34,9%. Na violência tipo negligencia os comportamentos mais observados foram a falta de amparo, a falta de cuidados que deveriam ser de responsabilidade legal da família ou cuidador e a alimentação do idoso. O detalhamento das violações psicológicas demonstra que as principais violações são referentes à hostilização, humilhação e ameaça (CODEPLAN, 2020a).

Em relação ao local da violação, 73,7% dos atos de violência denunciados no Disque 100⁹ entre 2011 e 2017 no DF, ocorreram na casa da vítima. Constatase que dessas violações ocorridas, cerca de 90% delas são cometidas por familiares. Observa-se ainda que, em média, ao longo do período analisado, mais de 57% dos atos violentos contra os idosos foram cometidas por filhos e filhas, percentual superior à média nacional, uma vez que no Brasil a proporção de filhos ou filhas que são responsáveis pela agressão é de 52,3% (CODEPLAN, 2020a).

Apesar dos números expressivos e que revelam o aumento da violência no estado, é preciso observar se a possibilidade do número total de registros de violência contra idosos ainda é aquém do real número de atos de violência cometidos contra esse grupo. Estima-se em estudos

⁸ Lesão Autoprovocada, Violência Física, Violência Psicológica/moral, Violência Tortura, Tráfico de Seres Humanos, Violência Financeira/Econômica, Violência Negligência/Abandono, Violência Trabalho Infantil, Violência Intervenção Legal, Outra Violência.

⁹ O Disque Direitos Humanos - Disque 100 é um serviço disseminação de informações sobre direitos de grupos vulneráveis e de denúncias de violações de direitos humanos.

internacionais que apenas um (01) em cada vinte e quatro (24) casos de violência contra idosos são reportados (CODEPLAN, 2020a, p. 14), apesar de ser um agravo de notificação compulsória.

Desta forma, buscando compreender o sistema de vigilância da violência contra a pessoa idosa, o presente estudo se centrará sobre o processo de implementação da notificação de violência contra esse grupo no serviço hospitalar do Hospital da Região Leste (HRL). O Quadro 2 mostra o número total das notificações feitas na Região de Saúde Leste entre os anos 2015 a maio de 2020. E qual o percentual de notificações realizadas no HRL, considerando o total de notificações registradas na Região Leste. Essa unidade foi responsável por quase 50% das notificações na Região de Saúde em praticamente todos os anos de 2015 a 2020.

Quadro 2 – Notificações na Região de Saúde Leste e no HRL entre 2015 a maio de 2020

Ano	Total de Notificações Registradas na Região Leste	HRL %
2015	3.180	52%
2016	3.185	48%
2017 ¹⁰	1.987	55%
2018	2.937	57%
2019	4.195	57%
2020	1.566	53%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela SRSLE/ Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, 2020a.

Para lidar com o cenário crescente de violência, um serviço de atendimento a vítima de acidentes e violência no Distrito Federal foi criado em 2003, o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), vinculado a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SILVA, 2017).

O DF atualmente conta com 15 CEPAV identificados por “nomes fantasia” de flores, como uma estratégia para humanização do atendimento (BRASÍLIA, 2020c; SILVA, 2017). Cada Centro conta com equipe multidisciplinar com abordagem de caráter psicossocial, tendo como principais atribuições à assistência às pessoas em situação de violência; a elaboração e divulgação de material educativo e informativo sobre a temática; a educação permanente para os

¹⁰ As quedas em 2017 e 2018 podem estar relacionadas à mudança na coordenação do CEPAV.

profissionais de saúde e outros parceiros da Rede de Proteção; a promoção e a articulação da Rede intra e intersetorial no território; apoio matricial as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e demais unidades de saúde; dentre outras atividades relacionadas a temática (BRASÍLIA, 2019a).

O CEPAV tem como principais atribuições¹¹:

- I - A assistência às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica, numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar;
- II - A elaboração e divulgação de material educativo e informativo relativo às ações de promoção, prevenção e atendimento na temática violência sexual, familiar e doméstica;
- III - A execução de ações de educação permanente para os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção e outros parceiros da Rede de Proteção e Responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e seguimento em Rede;
- IV - A promoção e a articulação da Rede Intra e Intersetorial no território;
- V - O apoio matricial as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB¹²) e demais unidades de saúde.

Na Região Leste de Saúde existem dois destes serviços: CEPAV Tulipa localizado na Unidade de Pronto Atendimento em São Sebastião (UPA) e CEPAV-Girassol, localizado no HRL. Apenas neste último tem a modalidade de atendimento a idosos. O Quadro 3 apresenta os dados disponibilizados a partir do portal da Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF) sobre as modalidades de atendimento na Região Leste. Todas partes da perspectiva do Acolhimento como diretriz transversal de cuidado:

¹¹ Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019, publicada no DODF nº 222 de 22/11/2019.

¹² Cabe destacar que o NASF foi finalizado no início de 2020.

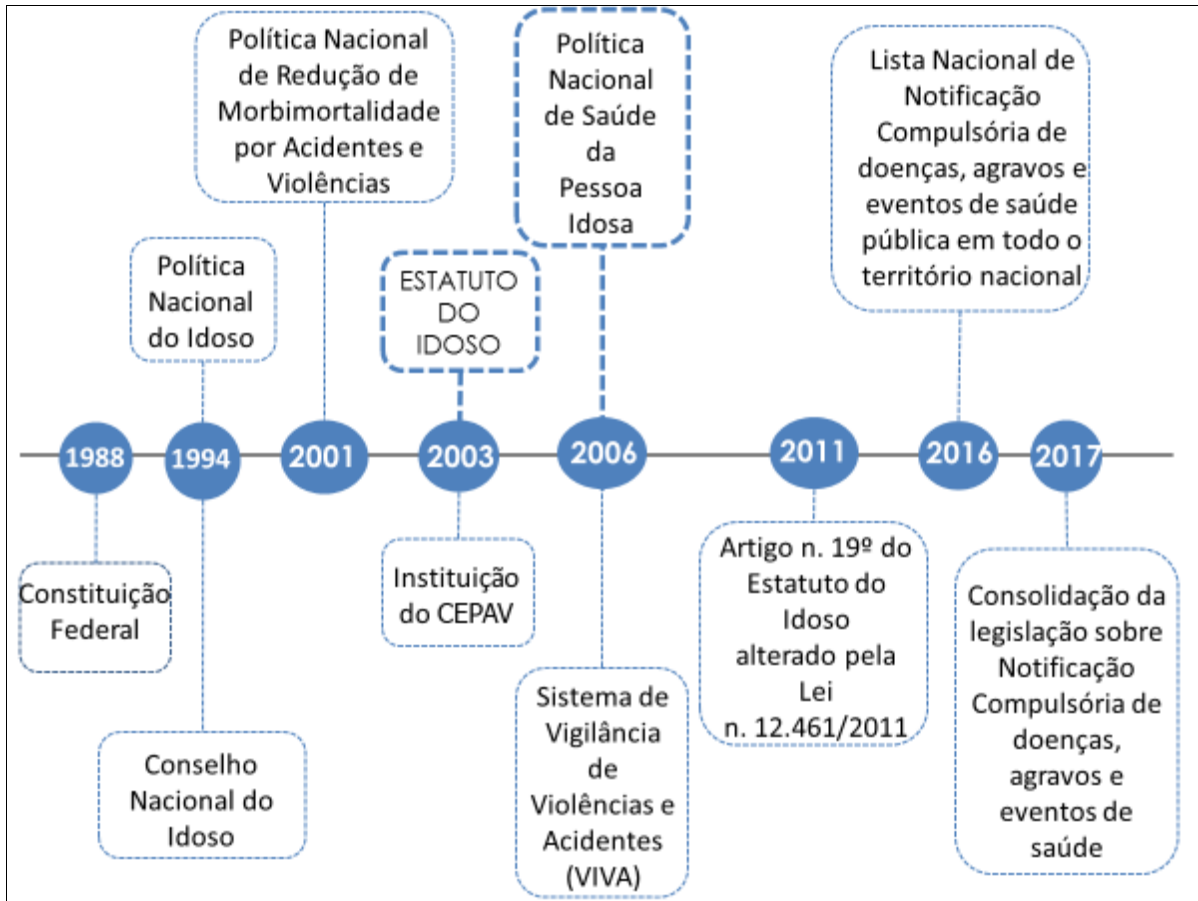
Quadro 3 – Caracterização do atendimento oferecidos nos CEPAVs do Hospital da Região Leste (HRL): modalidade de atendimento, público alvo e tipos de violências atendidas

CEPAVs na Região no HRL	Modalidade de atendimento	Público alvo	Tipos de violência atendidas
<i>GIRASSOL</i>	Individual e em grupo.	Crianças a partir de 04 anos, adolescentes e suas famílias, mulheres e idosos.	Violência sexual, Física, Psicológica e Violência Doméstica.
<i>TULIPA</i>	Individual e em grupo.	Crianças a partir de 07 anos e adolescentes vítimas de violência sexual.	Violência sexual.

Fonte: Elaboração própria com base em BRASÍLIA, 2019b.

As estratégias de proteção a idosos e as vítimas de violência adotadas no Brasil, assim como no Distrito Federal são parte da construção histórica. A linha do tempo na Figura 1 destaca os principais marcos estratégicos de garantias de direitos aos idosos e as vítimas de violência no Brasil e no Distrito Federal a partir da Constituição Federal de 1988 até 2017 com a consolidação da legislação sobre notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pelo governo federal.

Figura 1 – Proteção a pessoa idosa: processo histórico e marcos estratégicos



Fonte: Elaboração própria, 2021.

O fenômeno da violência sugere um campo maior de investigação dada a vulnerabilidade e os riscos aos quais o idoso é submetido. Os serviços de saúde são espaços privilegiados para detectar a violência devido à sua proximidade com a população e à sua ampla cobertura.

4 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO – A NOTIFICAÇÃO DE CASOS NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIA A PESSOA IDOSA

A finalidade da vigilância da violência é verificar a intensidade e as circunstâncias de ocorrência das violências por meio de dados epidemiológicos e definir ações para seu enfrentamento. O sistema de vigilância em violência no DF tem como principais ações a articulação da rede de proteção; a garantia da implantação da notificação de violências; e a realização de campanhas publicitárias e eventos em datas comemorativas (BRASÍLIA, 2020c).

Em relação ao cuidado às pessoas em situação de violência doméstica, familiar e sexual têm sido propostas ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A Linha de Cuidado adotada pelo DF segue orientações do Ministério da Saúde, que pode ser desenvolvida em diferentes pontos da Rede de Atenção em Saúde e nos sistemas de apoio e compreende os seguintes componentes: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2010; BRASÍLIA, 2020c).

A Linha de Cuidado é uma estratégia para integralidade da atenção à saúde. O primeiro passo para o cuidado de pessoas em situação de violência é o componente “Acolhimento”. O acolhimento é entendido como uma postura humanizada do profissional de saúde por meio de escuta qualificada do usuário. A qualidade do acolhimento possibilita maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais difíceis (BRASIL, 2010, p. 53). O acolhimento humanizado facilita muito a abordagem com a pessoa que se encontra num contexto de violência (BRASIL, 2010).

Em relação ao componente “Atendimento” dos casos de violência é uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e articulada com a rede de cuidado e de proteção social. Para evitar a revitimização é importante o registro em prontuário, resguardado sigilo profissional, sobre todos os acontecimentos sobre o caso, evitando que a vítima tenha que reviver o processo de violência, e também auxilia os diferentes profissionais envolvidos pela linha de cuidado. Em casos de violência sexual deve-se promover os cuidados profiláticos seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A revitimização ocorre quando o poder público faz

com que essa mesma vítima reviva as memórias da violência sofrida quando é chamada diversas vezes para depor ou relatar o abuso, ou seja, a submissão da vítima a descrições adicionais da situação vivenciada.

O componente “Notificação” é uma das dimensões da linha de cuidado, momento que é feito o registro da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública no formulário “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada”. Também, significa o seu encaminhamento ao sistema de proteção e vigilância da violência, sendo uma via da ficha para Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP) lógica e outra ao CEPAV. A notificação é um instrumento que subsidia a formulação de políticas públicas e a organização dos serviços que atenderão as vítimas (BRASIL, 2010; BRASÍLIA, 2020c).

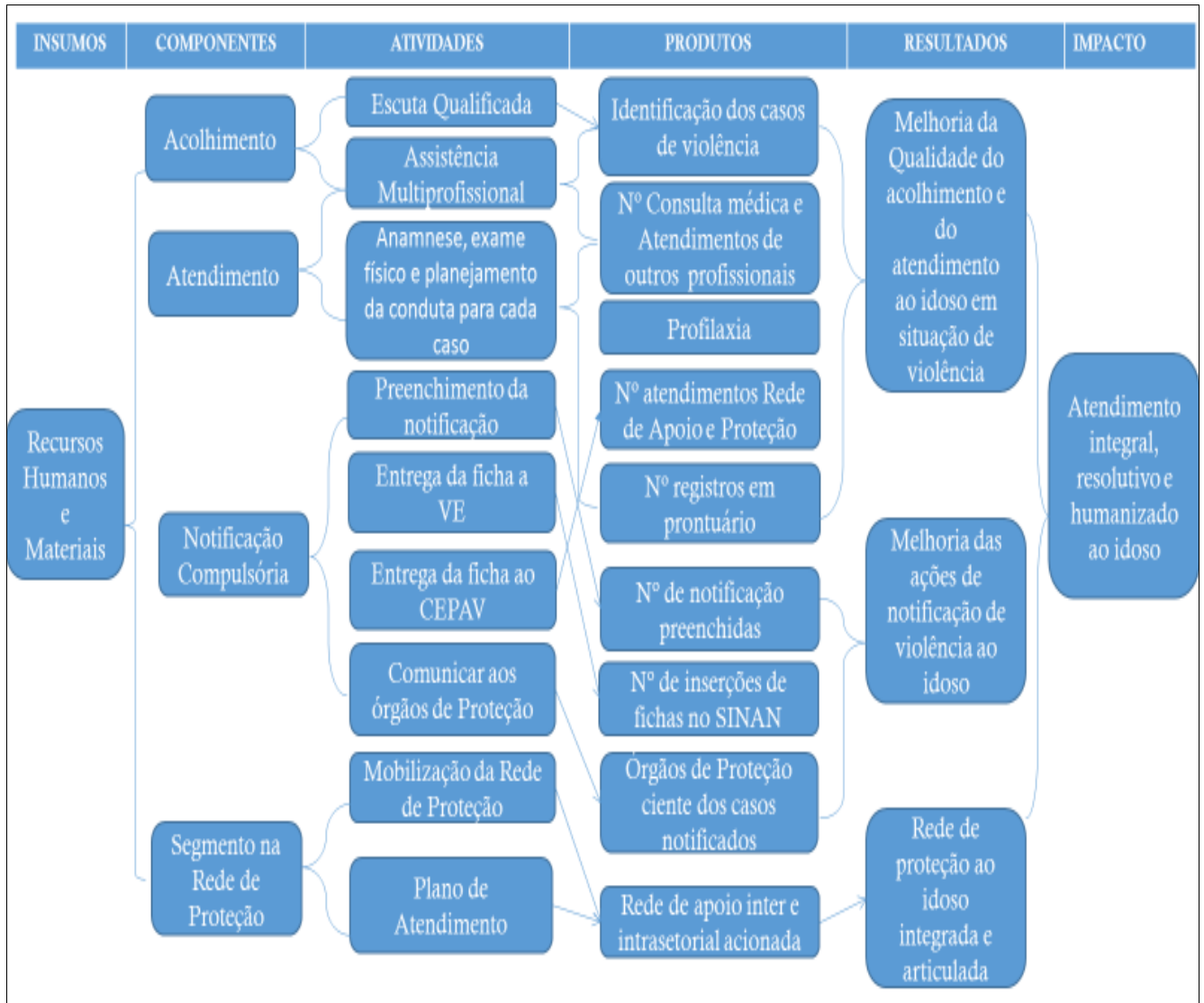
O componente “Seguimento na Rede” é a continuidade do acompanhamento com enfoque no cuidado individualizado e na proteção integral que pode ser feita pela própria rede de serviço de saúde no território da residência da pessoa em situação de violência ou em outro local. A Rede Intrasetorial da saúde é composta pelos diversos serviços, desde a atenção primária à saúde até os serviços mais especializados (BRASIL, 2010). Dependendo do levantamento de necessidades e planejamento individualizado para cada caso, pode ser acionada, também, a Rede Intersetorial de Proteção composta pelos sistemas de assistência social, educação, segurança pública, de justiça e direitos humanos (BRASÍLIA, 2020c).

No caso de pessoas idosas em situação de violência ainda são necessárias “Comunicações Externas” que são aquelas direcionadas ao Conselho do Idoso, Delegacias de Polícia, Ministério Público e demais órgãos de proteção e responsabilização. Tais comunicações têm o objetivo de contribuir para proteção da vítima e para a responsabilização do autor das violências (BRASÍLIA, 2020c).

A expectativa é que essa Linha de Cuidado seja concebida como um encadeamento de ações capazes de mobilizar recursos necessários e prover serviços de modo a alterar o curso do problema identificado. Uma ferramenta que possibilita descrever a lógica da intervenção, explicitando a organização de seus principais componentes estruturais e técnicos, propiciando o

levantamento de questões e informações relevantes necessárias ao monitoramento e avaliação é o modelo lógico (SOUSA, 2006) apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo lógico da linha de cuidados da pessoa em situação de violência



Fonte: Elaboração própria com base BRASIL, 2010 e BRASILIA, 2020a.

A linha de cuidado envolve vários componentes técnicos (acolhimento, atendimento, notificação e rede de proteção), sendo que o principal, disparador da linha de cuidado às vítimas de violência doméstica, familiar e sexual, é a notificação dos casos. A notificação corresponde ao

procedimento de informar o caso à vigilância em saúde para a tomada de decisões e a comunicação do caso aos órgãos de direitos e de proteção para a tomada das medidas protetivas. Ela é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao idoso (BRASIL, 2016).

Para este estudo buscou-se conhecer os aspectos relacionados à organização e sistematização de dados acerca da notificação de violência contra os idosos no DF conforme preconizados pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e demais normatizações emitidas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos 2011, 2014, 2016 e 2017. A modelização da notificação da violência contra a pessoa idosa no DF encontra-se desenvolvida na Figura 3 em seus vários componentes estruturais, ou seja, os insumos necessários para a execução das principais ações, com seus efeitos a curto, médio e longo prazo (produtos, resultados e impacto).

A etapa de modelização é fundamental para a construção do plano de monitoramento e/ou de avaliação de uma intervenção, pois explicita a racionalidade de funcionamento, ou sua teoria de funcionamento. Não podemos desconsiderar que as intervenções incluem atores envolvidos em seu planejamento e em sua execução nos seus diferentes níveis, que interagem para a obtenção dos efeitos esperados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

A Figura 3 apresenta a modelização do processo de notificação da violência contra o idoso, com base nas proposições legais vigentes.

Figura 3- Modelo lógico da notificação de violência contra a pessoa idosa



Fonte: Elaboração própria com base no Estatuto do Idoso, 2003.

O processo de notificação envolve algumas atividades que vão além do mero preenchimento da ficha. A primeira atividade é a identificação dos sinais de violência pelos profissionais da assistência. Ao suspeitar de sinais de maus tratos os profissionais precisam garantir proteção por meio do preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada para registro banco de dados nacional do Ministério da Saúde, mais especificamente no SINAN feito no HRL pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, bem como garantir atendimento pelo Núcleo de Serviço Social do HRL ou pelo CEPAV Leste para acompanhamento do caso e segmento na rede de proteção.

No caso de idosos, o Estatuto do Idoso (2003) ainda determina a realização de comunicado aos seguintes órgãos: Ministério Público, Conselho do Idoso e Autoridade policial.

No médio prazo os efeitos que se espera alcançar com a notificação são proteção ao idoso vítima de violência inserido em serviços para acompanhamento e ruptura do ciclo de violência no caso individual, por meio de registros qualificados da violência, e acesso a uma rede de proteção integrada e articulada. No longo prazo espera-se que a melhoria da notificação compulsória de violência interpessoal possa dar visibilidade a este problema social por meio de dados que permitam elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde do idoso. A melhoria da notificação compulsória também pode contribuir com o conhecimento de causas que levam as situações de violência e assim promover ações para evitá-las

5 IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

Na tentativa de melhor compreensão de uma intervenção e dos diversos interesses em um processo avaliativo se torna importante mapear seus principais atores, neste caso, denominados de *stakeholders*. A prática avaliativa ocorre em arenas compostas por diferentes atores que interagem, se apoiam e disputam ideias e projetos. Neste caso, foram identificados como possíveis interessados, diferentes gerências e serviços da SES no nível central e na Região de Saúde Leste, profissionais diretamente envolvidos nas ações de assistência e os usuários do serviço.

Como usuários potenciais dessa avaliação destacam-se, inicialmente, a gestão central dos serviços de atenção a vítimas de violência, o Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências (NEPAV), que tem como missão adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de vigilância de agravos e promoção da saúde às pessoas em situação de violência no Distrito Federal; a coordenação do CEPAV da Região de Saúde Leste com atribuições relacionadas à assistência às pessoas em situação de violência; o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica da Região Leste (NHEP) responsável pela gestão da informação, a Direção do Hospital da Região Leste. No âmbito das ações de assistência, identificamos os profissionais envolvidos com os cuidados aos idosos atendidos ou internados no serviço hospitalar do HRL, conforme apresentado no Quadro 4:

Quadro 4 – Perfil dos Stakeholders potencialmente envolvidos com a notificação de casos de idosos em situação de violência no HRL

Componente	Setor	Atores	Atribuições
GESTÃO	NEPAV	Coordenador(a)	Coordenação das ações de vigilância de agravos e promoção da saúde às pessoas em situação de violência no Distrito Federal
	Direção HRL	Diretor(a)	Gestão do Hospital HRL
	CEPAV	Coordenador(a)	Coordenação das ações de vigilância de agravos e promoção da saúde às pessoas em situação de violência na Região Leste
	NHEP	Coordenador(a)	Gestão da informação
ACOLHIMENTO	Núcleo de Recepção e Emergência	Técnicos administrativos responsáveis pela abertura do prontuário de atendimento	Abertura da Guia de Atendimento Emergencial
	Setor de Triage	Enfermeiros	Classificação de risco Notificação
ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL	Pronto Socorro Núcleo de Serviço Social Núcleo de Saúde Funcional Núcleo de Nutrição e Dietética	Médico Enfermeiros Técnicos em enfermagem Assistente Social Nutricionista Fisioterapeuta	Assistência Notificação
ACOMPANHAMENTO	CEPAV	Assistentes Sociais Psicólogos	Atendimento Biopsicossocial
ARTICULAÇÃO DA REDE	CEPAV Núcleo de Serviço Social	Assistentes Sociais Psicólogos	Articulação da rede de proteção ao idoso

Fonte: Elaboração própria, com base em BRASIL, 2010 e no possível fluxo de atendimento ao idoso no HRL.

6 PERGUNTA AVALIATIVA

As perguntas avaliativas são a base orientadora das avaliações. Elas delimitam o seu foco e abordagem, bem como as possibilidades de utilização dos achados. Nesta avaliação, pretende-se responder as seguintes perguntas:

6.1 PERGUNTA AVALIATIVA GERAL

A estratégia de notificação está implementada no serviço hospitalar da Região de Saúde Leste do Distrito Federal (DF)?

6.2 PERGUNTAS AVALIATIVAS ESPECÍFICAS

- a. A notificação da violência contra a pessoa idosa é realizada em conformidade com a legislação?
- b. A notificação está implementada com qualidade técnica (identificação dos sinais de violência e preenchimento da ficha de notificação)?
- c. Qual a importância do preenchimento da notificação na unidade selecionada?
- d. Qual o papel dos profissionais de saúde na notificação compulsória dos casos de violência contra o idoso no serviço hospitalar da Região de Saúde Leste do Distrito Federal (DF)?

7 OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação da estratégia de notificação compulsória de violências contra a pessoa idosa em um serviço hospitalar da Região Leste do Distrito Federal (DF).

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Descrever a estratégia de notificação da violência contra idoso na unidade de saúde;
- b. Verificar se a estratégia de notificação está em conformidade com a legislação;
- c. Analisar a qualidade técnica quanto a identificação dos sinais de violência e preenchimento da ficha de notificação, sob a ótica dos stakeholders;
- d. Identificar os fatores que facilitam ou dificultam a implementação da estratégia de notificação da violência contra pessoa idosa na unidade selecionada.

8 METODOLOGIA

Foi realizada uma avaliação normativa do sistema de notificação da violência contra pessoa idosa no HRL, no sentido de verificar os processos envolvidos na produção dos efeitos esperados por uma intervenção e sua relação com o contexto organizacional. Para Champagne *et al* (2011b), avaliar consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização apreciação da estrutura, ou em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, os serviços ou bens produzidos; apreciação do processo, ou em que medida os serviços são adequados (dimensão técnica, interpessoal e da organização) para atingir os resultados esperados; e a apreciação dos resultados. Em outras palavras, foi investigado se a intervenção (notificação da violência contra a pessoa idosa) foi implantada conforme havia sido previsto na legislação e se está sendo feito o que presumidamente se deve fazer, na perspectiva dos atores envolvidos.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, com recorte temporal transversal. A pesquisa qualitativa confere relevância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. “Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem” (AUGUSTO, 2013, p. 749).

8.1 LOCAL DE ESTUDO

Ao Distrito Federal são reservadas competências legislativas de Estados e Municípios, sendo vedada sua divisão em Municípios, sendo organizado em Regiões Administrativas.

Com o objetivo do uso racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e melhoria da qualidade de vida, o atual contexto da assistência na Secretaria de Estado de Saúde do DF é determinado pelo Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. De acordo com o decreto a estrutura administrativa da SES é composta por 07 Regiões de Saúde, as quais contemplam as 31 Regiões Administrativas (RA) do DF, como podem ser observadas a seguir no Quadro 5.

Quadro 5 – Regiões de Saúde do Distrito Federal

Região de Saúde		Região Administrativa
1	Região de Saúde Central	Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul, Lago Sul
2	Região de Saúde Centro-Sul	Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural
3	Região de Saúde Norte	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
4	Região de Saúde Sul	Gama e Santa Maria
5	Região de Saúde Leste	Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião
6	Região de Saúde Oeste	Ceilândia e Brazlândia
7	Região de Saúde Sudoeste	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia

Fonte: Elaboração própria com base no Decreto nº 38.982/2018 (BRASILIA, 2018).

A Região de Saúde Leste do Distrito Federal contempla as Regiões Administrativas do Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico. Contempla também demandas de outras Regiões Administrativas do DF, Entorno do DF, e demais Unidades Federativas (UF). O hospital foi inaugurado em 2002, localiza-se na Região Administrativa do Paranoá e atualmente é nomeado de Hospital da Região Leste (HRL).

O HRL caracteriza-se pelo perfil de atenção hospitalar de média complexidade, no nível secundário da assistência, desenvolvendo ações a toda população do Distrito Federal a ele referenciada, e emergencialmente a todos aqueles que necessitarem, no limite das especialidades disponíveis, dentro da lógica hierarquizada do sistema, também, atende um elevado percentual, por moradores do Entorno e de Estados não limítrofes da Capital Federal. O hospital possui 221 leitos ativos, sendo 180 leitos ativos para especialidades e 41 leitos ativos para serviço de urgência e emergência, conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Total de leitos do Hospital da Região Leste/HRL 2020

Leitos Especialidades		Total	Bloqueados	Ativos
Especialidades	Clínica médica	34	6	28
	Maternidade	30	0	30
	Pediatria	18	2	16
	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	15	2	13
	Clínica cirúrgica	20	3	17
	Ortopedia	46	0	10
	Leitos para sistema prisional	4	0	4
	Ginecologia	6	0	6
	UTI	10	0	10
	Centro obstétrico	15	2	13
Total de leitos Especialidades		198	18	180
Leitos Serviço de urgência e emergência		Total	Bloqueados	Ativos
Serviço de urgência e emergência	Clínicas cirúrgica e ortopédica	13	0	13
	Clínica Médica	14	0	14
	Isolamento	1	0	1
	BOX Clínico	7	3	4
	BOX Trauma	1	1	0
	Clínica	8	0	8
	BOX	2	1	1
Total de leitos Serviço de urgência e emergência		46	5	41
Total de leitos do HRL		244	23	221

Fonte: Elaboração própria com base em BRASILIA, 2020b.

Na atenção ambulatorial o HRL agrega diversas especialidades, com destaque para cardiologia, climatério, endocrinológica, geriatria, infectologia, ortopedia, psiquiatria, entre outras. Em relação à especialidade ortopedia, é referência para todo o DF, tanto na atenção hospitalar como na ambulatorial. Também é referência de atendimento ao Sistema Prisional Masculino. Conta com o Centro de Atenção ao Diabetes e Hipertensão (CADH), que atende crianças, adolescentes e adultos com doenças crônicas de alto/muito alto risco, identificadas pela atenção primária. Conta ainda com o CEPAV para atendimento às vítimas de violência.

8.2 OPÇÕES METODOLÓGICAS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Foram utilizados métodos qualitativos no sentido de integrar e complementar as fontes de evidências (Greene, Benjamin & Goodyear, 2001). As diferentes técnicas utilizadas compreenderam: revisão bibliográfica; análise documental (com ênfase em leis, normas e documentos federais) e de banco de dados de acesso livre Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); observação direta da unidade de saúde e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que prestam assistência no serviço hospitalar da Região Leste, o coordenador(a) CEPAV da Região de Saúde Leste do DF e o(a) chefe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Região Leste.

A primeira etapa para realização da pesquisa consistiu na sua estruturação por meio de revisão bibliográfica e análise documental (com ênfase em leis, normas e documentos federais e distritais) sobre a temática do idoso. Esta etapa privilegiou as publicações do Governo Federal e do Distrito Federal, sobretudo legislações, manuais, notas técnicas, dados demográficos e epidemiológicos referentes a programas, políticas e ações voltadas à violência contra idosos.

A revisão bibliográfica adotou como principais parâmetros temáticos Maus-Tratos ao Idoso; Notificação da violência; Vigilância em saúde. As principais bases de dados utilizadas para a busca foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de periódicos da Capes, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Repositório Institucional da Fundação Oswaldo Cruz (Arca) no período de 2003, logo após a publicação do Estatuto do Idoso até o dezembro de 2020. Em relação aos parâmetros linguísticos foram consultadas obras nos idiomas português e inglês.

A escolha desse período se deu em função do marco legal de aprovação do Estatuto do Idoso em 2003 e para obter opiniões mais atuais sobre a questão. Para o levantamento foram utilizados os seguintes descritores: idoso, maus-tratos ao idoso, notificação de negligência, vigilância em saúde, avaliação em saúde.

Foram incluídos na análise, os trabalhos que abrangiam a questão da violência, da notificação, e do papel do profissional de saúde nesta situação. Também foram analisados

documentos oficiais e artigos pautados no seguinte roteiro investigativo: violência e notificação contra idosos; descrição das formas de notificação; principais diretrizes para a sua realização; envolvimento dos profissionais nesse processo e a utilização das fichas de notificação.

Para a análise documental foram consultadas publicações do Governo Federal e do Distrito Federal, sobretudo legislações, manuais, notas técnicas, estudos, dados demográficos dados epidemiológicos referentes a programas, políticas e ações voltadas à violência contra a pessoa idosa.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na coleta de dados por meio entrevistas com os profissionais de saúde do serviço hospitalar do HRL, incluindo os profissionais do CEPAV e do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, bem como da observação direta de locais de atendimento e circulação de idosos no HRL. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado aos profissionais de saúde que concordaram em participar da pesquisa (Apêndice A e B).As entrevistas foram realizadas com base em roteiro semiestruturado. Os profissionais foram convidados a participarem através de abordagem presencial em seus locais de trabalho, com a devida anuência da chefia consignada no Termo de Anuência Institucional (TAI). O tempo médio de duração das entrevistas foi de trinta minutos sendo realizadas em ambiente e local adequado e em horário conveniente em relação às atividades dos profissionais e ao atendimento dos usuários.

As entrevistas utilizaram diferentes roteiros. O Roteiro 1 (Apêndice C) foi direcionado aos profissionais do HRL que prestam assistência aos idosos. O Roteiro 2 (Apêndice D) foi aplicado no coordenado do CEPAV buscando contemplar as atividades de gestão do serviço de atendimento especializado às vítimas de violência. O Roteiro 3 (Apêndice E) foi voltado ao coordenador do NHEP abordando aspectos da gestão da Vigilância Epidemiológica. Também foi elaborado um roteiro de observação direta (Apêndice F) sobre a disponibilidade de materiais de divulgação e das fichas de notificação nas enfermarias e nos setores de maior circulação da população na unidade de saúde.

Os roteiros de entrevista foram estruturados em Blocos Temáticos com o intuito de organizar os conteúdos que seriam abordados e facilitar a coleta e sistematização de dados. No

Quadro 7 estão elencados os Blocos Temáticos por tipo de roteiro de entrevista com os atores chave para essa avaliação.

Quadro 7 - Blocos temáticos dos roteiros de entrevista segundo roteiro utilizado

Roteiro 1 - Assistência a idosos	Roteiro 2 - Gestão Vigilância Epidemiológica	Roteiro 3 - Gestão CEPAV
Bloco I - Identificação e atuação profissional	Bloco I - Identificação e atuação profissional	Bloco I – Identificação e atuação profissional
Bloco II - Atendimento ao idoso	Bloco II – Estrutura e funcionamento	Bloco II – Estrutura e funcionamento
Bloco III – Notificação da violência ao idoso	Bloco III - Notificação da violência ao idoso	Bloco III - Fluxo atendimento ao idoso em situação de violência
Bloco IV - Capacitação sobre o componente “notificação” da linha de cuidado ao idoso em situação de violência.	Bloco IV - Capacitação sobre o componente “notificação” da linha de cuidado ao idoso em situação de violência	Bloco IV – Notificação da violência ao idoso
		Bloco V - Educação e material informativo
		Bloco VI – Considerações finais

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Os requisitos utilizados para selecionar os sujeitos da pesquisa foram: (1) ser profissional de saúde que presta assistência ao idoso no hospital da Região Leste lotado nas seguintes clínicas: assistência clínica, assistência cirúrgica, unidade de traumatologia e ortopedia, urgência e emergência; (2) ser profissional de saúde lotado no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HRL; (3) ser profissional de saúde lotado no Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV da Região Leste.

Além disso, foi realizada observação direta de fluxo e materiais educativos e informativos sobre a violência e sua notificação, por meio de um roteiro de observação. O roteiro de observação direta foi dividido em duas partes: identificação do local observado e disponibilidade de materiais impressos. A observação, como método de análise visual, foi adotada na perspectiva de aproximação do ambiente natural em que um determinado fenômeno ocorre, visando chegar mais perto da perspectiva dos sujeitos investigados (AUGUSTO, 2013).

A pesquisadora adotou uma conduta discreta procurando na medida do possível não interromper a rotina destes serviços com sua presença e adotando todas as medidas previstas no protocolo de segurança da COVID-19.

A terceira etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados. A análise das entrevistas foi apoiada em elementos da análise de conteúdo, buscando por meio de procedimentos sistemáticos, obter evidências que permitam identificar núcleos de sentido e tendências a partir da fala e lugar dos entrevistados e tecer recomendações úteis para os potenciais interessados nos achados da avaliação (BARDIN, 1977; AUGUSTO, 2013). Para a análise de conteúdo temático foram privilegiadas as dimensões da avaliação, conforme descrito a seguir.

8.3 CRITÉRIOS E DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO

A avaliação normativa consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, processos e resultados da intervenção em comparação com determinadas normas que servem de parâmetro. A avaliação normativa pode englobar cinco critérios: a fidelidade ou conformidade em relação ao previsto; a cobertura ou capacidade de alcançar a clientela alvo da intervenção; a qualidade, os efeitos e os custos (CHAMPAGNE *et al*, 2011b).

Para esta avaliação normativa foram empregadas as dimensões conformidade/fidelidade, priorizando a subdimensão de disponibilidade de insumos, e a qualidade técnica, por meio da subdimensão resolutividade. Assim, visou-se comparar se o componente “notificação” da vigilância da violência foi implantado de acordo com a previsão legal estabelecida no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), permitindo descrever e caracterizar a implantação da intervenção levando em consideração a disponibilidade de insumos (CHAMPAGNE *et al*, 2011b).

A apreciação da qualidade é determinada por um conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível tendo em vista os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais. O conceito de qualidade pode envolver três aspectos, de ordem técnica, interpessoal e organizacional (CHAMPAGNE *et al*, 2011b). Nesta avaliação priorizou-se a dimensão qualidade técnica de acordo com o conhecimento e a tecnológica disponível

envolvendo principalmente a resolutividade aqui considerada como a capacidade de resolver ou finalizar um processo, aumentando a qualidade da intervenção (SAMICO, 2010).

A Matriz de Informação apresentada no Quadro 8 apresenta o detalhamento das dimensões e subdimensões, os critérios, indicadores, parâmetros e técnicas de coleta para obtenção de evidências.

Quadro 8 – Matriz de Informação

Dimensão/ componente	Subdimensão	Critério	Técnica de coleta de dados
Conformidade	Disponibilidade de insumos	Ficha de notificação disponível	Entrevista profissionais HRL Observação direta
		Profissionais capacitados sobre a obrigatoriedade de notificar casos de violência contra idoso conforme a legislação	Entrevista com profissionais HRL e coordenador(a) CEPAV para verificar as capacitações realizadas e conteúdo selecionado
		Disponibilidade de informação, manual de orientação, folder, outras fontes para esse tipo de agravo além de capacitações	Entrevista com profissionais HRL e coordenador CEPAV para verificar divulgação do material informativo Observação direta
Qualidade Técnica	Resolutividade	Conhecimento e uso da notificação	Entrevista com profissionais HRL
		Completo dos dados registrados na notificação	Análise de banco de dados (SINAN)
		Série histórica de registros de violência	Análise de banco de dados (SINAN)
		Comunicação à Delegacias, Ministério Público, Conselho do Idoso do DF	Dados SINAN Entrevista CEPAV
		Referenciamento ao atendimento especializado	Entrevista CEPAV

Fonte: Elaboração própria com base em SAMICO, 2010 e CHAMPAGNE *et al*, 2011b.

9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação de eticidade aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), da Fiocruz, e Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (CEP/Fepecs), nos termos previstos nas Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016 que tratam dos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, tendo obtidos os pareceres de números 4.300.813 e 4.513.100, respectivamente.

Os aspectos éticos foram observados em todas as etapas da pesquisa em especial na fase da coleta de dados que foi realizada com a anuência da direção do HRL do DF e por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos entrevistados (Apêndice A e B).

Foram tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos de forma a tentar assegurar a confidencialidade e privacidade das informações coletadas: (1) Apenas os pesquisadores do projeto tiveram acesso aos dados; (2) No roteiro foram atribuídos códigos relacionados às funções exercidas pelos participantes, de modo a dificultar a identificação dos mesmos; (3) o material coletado foi armazenado em local seguro, sob responsabilidade da pesquisadora responsável pela condução da pesquisa.

10 RESULTADOS

A pesquisa de campo foi precedida da realização de um piloto, com o objetivo de revisar e aprimorar os roteiros semiestruturados elaborados para a condução de entrevistas com atores chave. Nesta etapa foram realizadas 05 entrevistas com colaboradores cujo perfil e atribuições permitissem uma representatividade dos profissionais a serem selecionados. No total foram entrevistados 03 profissionais da assistência, 01 do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Região Leste (NHEP) e 01 do Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV).

Os colaboradores foram informados de que se tratava de um piloto, tendo aceitado contribuir com a pesquisa por meio da assinatura do TCLE com a concessão das entrevistas e autorização para gravação dos depoimentos. Para o piloto, foi reservado o auditório do hospital, mas a maioria optou pela realização das entrevistas em seu local de trabalho e estas transcorreram sem interrupções por fatores externos ou imprevistos. Duas entrevistas foram transcritas e analisadas.

Esta etapa contribuiu com o aprimoramento dos roteiros de entrevista, ajustes na formatação do TCLE para facilitar a leitura e coleta das assinaturas pelo participante, assim como uma maior familiarização com os temas abordados possibilitando um melhor desempenho na condução das entrevistas na fase subsequente de coleta de evidências.

As entrevistas tiveram início em 10/3/2021 finalizando em 04/06/2021. No total, foram realizadas 11 entrevistas sendo 09 com profissionais da assistência, 01 com o gestor do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e 01 com gestor do CEPAV. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas agrupando as falas em núcleos proximais das perguntas norteadoras da pesquisa.

10.1 DESCRIÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As perguntas avaliativas foram respondidas por agrupamento de respostas elaboradas no roteiro da entrevista. O Bloco I é comum a todos os roteiros de entrevista, pois trata de uma

descrição/caracterização dos participantes. O quadro 9 demonstra a caracterização dos entrevistados:

Quadro 9 – Caracterização dos entrevistados

Nº de Entrevistados	Nome Fictício	Sexo	Ocupação	Tempo de atuação na atual função
1	Nara	Feminino	Assistência	15 anos
2	Sheila	Feminino	Assistência	07 anos
3	Maria	Feminino	Assistência	11 anos
4	José	Masculino	Assistência	10 anos
5	Simone	Feminino	Gestão	02 anos
6	Mateus	Masculino	Assistência	17 anos
7	Pablo	Masculino	Assistência	08 anos
8	Carlos	Masculino	Assistência	11 anos
9	Pedro	Masculino	Assistência	19 anos
10	Luana	Feminino	Assistência	03 anos
11	Carla	Feminino	Gestão	09 meses

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Esta caracterização abordou o sexo dos participantes, a formação profissional, a função atual dos entrevistados (ocupação e lotação) e o tempo de atuação conformando o perfil dos participantes no momento da realização das entrevistas. Com relação ao tipo de vínculo institucional, todos os participantes são servidores públicos da SES/DF. Dentre os profissionais que prestam assistência prevaleceram os lotados no Pronto Socorro. No que se refere ao tempo de atuação na função, a média prevalente é de 9,5 anos de atuação profissional, sendo 09 meses o menor e 19 anos o maior tempo de permanência.

Além da caracterização dos entrevistados também é importante conhecer os setores da vigilância epidemiológica e do serviço de atendimento a vítimas de violência quanto a estrutura e funcionamento. O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HRL (NHEP) tem a função de investigar doenças, fazer as comunicações e alimentar os sistemas de informação, conforme portarias do Ministério da Saúde. Seu espaço físico consiste em duas salas, uma de trabalho para a equipe e uma sala de vacinas que atende profissionais do hospital e são equipadas com os

recursos necessários para o seu funcionamento.

A equipe do NHEP é composta por 10 servidores sendo enfermeiros, técnicos administrativos e técnicos de enfermagem. No dimensionamento da equipe elaborado em março de 2021 foi verificado déficit de enfermeiros e técnico de enfermagem. O NHEP é responsável pela inserção das fichas de notificação compulsória nas bases de informação do Ministério da Saúde, tais como SINAN, SIPNI, SINASC, no caso da DNV; E-SUS, por isso cada servidor escalado tem disponível 01 (um) computador.

O CEPAV atende pessoas submetidas a situações de violência sexual, familiar e doméstica, em todos os ciclos de vida. É um serviço ambulatorial que funciona em horário comercial. No momento da coleta de evidências, o CEPAV tinha uma equipe profissional que contava com 01 assistente social, 02 psicólogas (concurso temporário com validade de 02 anos e uma voluntária), além de 01 enfermeira. A estrutura do CEPAV estabelecida pela Portaria 942 de 18/11/2019 preconiza que além da oferta de atenção psicossocial, deve compor a equipe de referência um médico pediatra, um ginecologista e um psiquiatra. No CEPAV Leste tem um pediatra como referência, que pode ser acionado em casos de demanda para crianças ou adolescentes.

A notificação é uma das portas de acesso deste serviço. De acordo com a coordenadora do CEPAV o volume de notificações é mais que o triplo em relação à carga horária dos profissionais disponíveis para o atendimento. Entretanto, este volume se refere às notificações de todos os tipos de violência (crianças, adolescentes, mulheres e idosos). Para idosos em situação de violência, o serviço ofertado também é o psicossocial com caráter de orientação para idosos e familiares que conseguem acessar este serviço. O volume maior de notificações no CEPAV se concentra no ciclo de vida infante-juvenil, juventude e adultos. No caso dos idosos o número de notificações é menor e geralmente são registrados casos de violências muito graves, referenciados pelo setor de emergência hospitalar, conforme Quadro 10 com a quantidade de notificações realizadas na Região Leste e no HRL para as faixas etárias de 0 a 19 anos e idoso entre 2019 a junho de 2021.

Quadro 10 – Quantidade de notificações realizadas na Região Leste e no HRL para as faixas etárias de 0 a 19 anos e acima de 60 anos - 2019 a junho de 2021

Faixa Etária	Unidade Notificadora	2019		2020		2021	
		Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Menor 01 até 19 anos	Notificações da Região Leste	392	56%	381	68%	126	60,60%
	Notificações do HRL	268	38,50%	143	25,50%	67	32,20%
60 a 80 anos e mais	Notificações da Região Leste	32	4,50%	24	4,30%	11	5,30%
	Notificações do HRL	4	0,50%	12	2,20%	4	1,90%
Total		696	100%	560	100%	208	100%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados Sinan fornecidos pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HRL em 24/06/2021.

10.2 ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO HRL

Sobre o atendimento a pessoas idosas vítimas de violência, dos 09 profissionais da assistência entrevistados, 03 declararam nunca ter realizado atendimento a idosos vítimas de violência e 06 afirmaram ter prestado esse tipo de atendimento no exercício de suas funções.

A conduta no atendimento de casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso é descrita da seguinte maneira: 03 entrevistados informaram que acionam o Serviço Social, 01 deles informou acionar o Serviço Social e a Polícia e outros 02 profissionais declararam que acolhem os casos conforme seguinte relato:

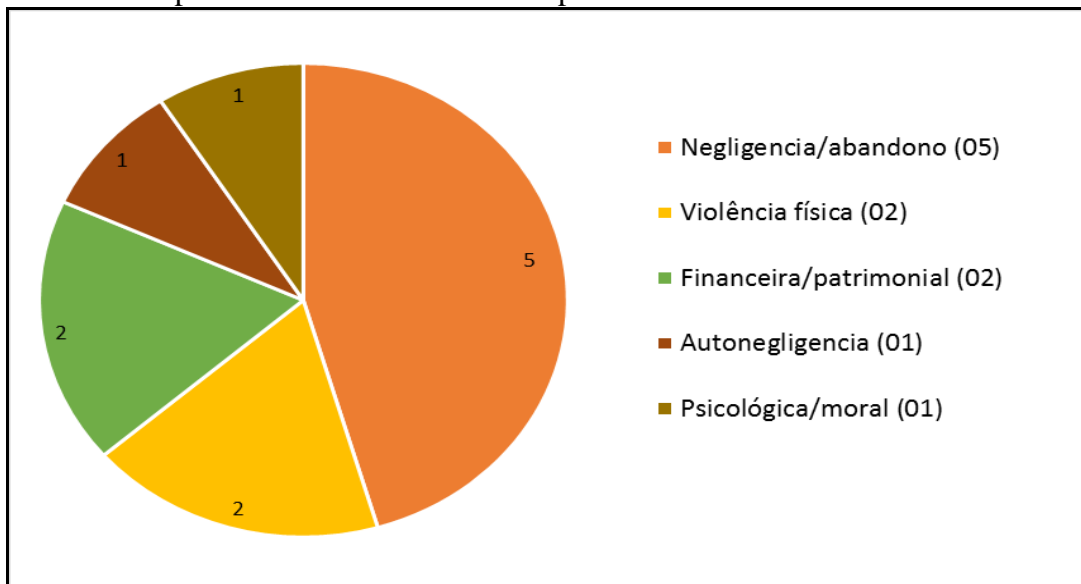
Geralmente primeiro contato e suspeita é feita pela equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem se ela suspeitar geralmente ela aciona o serviço social. [...] É preenchida também a ficha de notificação do SINAN (Luana).

[...] a suspeita é a primeira providência que o profissional que está lá na ponta nos dá [...]. Porque é importante esse matriciamento do conhecimento da identificação das violências para o profissional que atua na ponta. E muitas vezes a violência passa despercebida se você não tem o olhar diferenciado para essa questão da violência. E algumas coisas são pontuais, pacientes idosos que estão frequentando a emergência muitas vezes caquético, desnutrido, sempre passando pela clínica, a identificação dos mesmos sintomas aquilo é uma violência.

Agora as outras violências é que você observa na questão da avaliação clínica que é a questão do descontrole da diabetes, descontrole da hipertensão, entendeu, e paciente com anemia e geralmente é negligência e abandono, que geralmente são as violências. Eu só atendi um caso de violência sexual (Nara).

Os tipos de violência mais citados nas entrevistas foram a negligência/abandono com 05 menções, seguido da violência física com 02 respondentes e da violência financeira/patrimonial, também com 02 respondentes, violência psicológica/moral e autonegligência com 01 citação cada tipo, conforme ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1- Tipos de violência mais citados pelos entrevistados



Fonte: Elaboração própria, 2021.

10.3 NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA NO HRL

O Bloco Temático referente à notificação da violência ao idoso é comum a todos os instrumentos. São abordados os desafios na implantação da notificação de violência à pessoa idosa no serviço hospitalar da Região de Saúde Leste do Distrito Federal considerando aspectos da assistência e da gestão de serviços do CEPAV e NHEP.

Para os profissionais da assistência, as dificuldades vivenciadas começam pela disponibilização da ficha de notificação. Apenas 02 profissionais lotados nos setores do Serviço Social e CEPAV têm acesso a este instrumento. Nos demais setores do hospital não há disponibilidade nos locais de trabalho. Além disso, dentre os profissionais da assistência, 03 declararam desconhecer a ficha de notificação.

Sobre a obrigatoriedade do seu preenchimento 07 dos 09 respondentes da assistência, ou seja, 63% declararam ter ciência da exigência, sendo que 02 deles alegaram desconhecer a norma ou portaria que trata dessa obrigatoriedade. Dentre os entrevistados (03) que declararam desconhecer a ficha, 01 deles informou ter ciência da obrigatoriedade da notificação.

Considerando o tempo médio de atuação profissional naquela Unidade, aproximadamente 09 anos e meio, apenas 02 informaram ter preenchido a ficha de notificação de violência e apontaram como principais dificuldades a falta de informações sobre o endereço dos usuários, formas de contato, dados como raça/cor e escolaridade, além da precariedade dos relatos elaborados pelo primeiro profissional que identifica a violência ou seus sinais, conforme relatado:

Porque é ele que está fazendo a primeira escuta, e a escuta mais completa muita das vezes é dessa pessoa. Aí chega para a gente aí a pessoa precisa contar tudo de novo e aí a gente tem uma revitimização da situação (Luana).

Na verdade, eu recebo a ficha de notificação. Aí através da ficha de notificação eu tento preenche-la, porque muitas vezes ela vem incompleta e nós precisamos dessas informações para poder repassar a Central-CJI por exemplo: endereço, telefone, tudo isso nós temos que ter. Só que ela já vem sem raça cor que é importante, escolaridade. Ainda com muita dificuldade a gente consegue o nome completo, endereço completo. Tudo isso muito vezes não é informado na ficha de notificação pelo preenchimento incompleto (Nara).

No Quadro 11 estão sintetizadas as principais razões alegadas para o não preenchimento da notificação de violência contra pessoa idosa.

Quadro 11 – Razões para não preenchimento da notificação da violência contra pessoa idosa no HRL

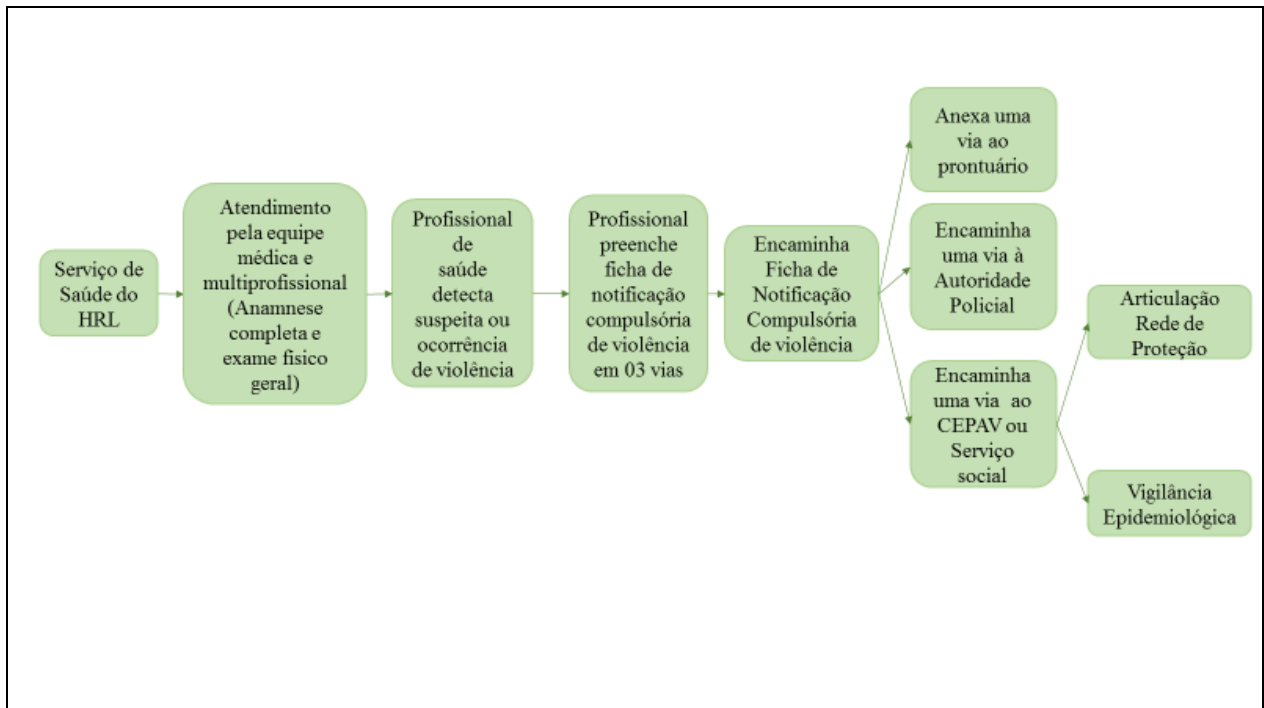
Núcleos de sentido para não preenchimento da ficha	Razões alegadas para não notificar
1. Não atendimento a casos de violência contra pessoa idosa.	Não realizou notificações de situação de violência
	Não tem acesso a ficha de notificação. Não reconhece a utilidade deste instrumento para notificar.
2. Falta de conhecimento sobre a obrigatoriedade de preenchimento da notificação.	Desconhece a ficha de notificação.
	Desconhece o caráter obrigatório da notificação de casos de violência contra o idoso.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Quando questionados aos profissionais da assistência sobre a responsabilidade no preenchimento da ficha notificação, 03 profissionais declararam desconhecer de quem seria formalmente essa atribuição. Outros 02 indicaram os profissionais da Enfermagem como os mais adequados para o contato inicial, 02 deles consideram que a notificação deveria ser feita por quem identifica o caso e outros 02 conferiram a responsabilidade a todos os profissionais, indiscriminadamente.

De acordo com o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede Pública de Saúde do DF (Brasília, 2009) os procedimentos para atendimento de idosos com suspeita de violência em hospitais são os seguintes: realização de exame clínico pela equipe médica, anamnese, encaminhamento do paciente para acompanhamento social e psicológico pelo CEPAV. A notificação deve ser preenchida em 03 (três) vias da Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais devendo ser anexado uma via da Ficha ao prontuário. Encaminhar uma via da Notificação à Delegacia de Polícia. Encaminhar uma via para o Serviço Social ou CEPAV da unidade de saúde para realizar intervenção e posterior encaminhamento ao Sistema de Informação da SES/DF, sendo esse fluxo apresentado na figura 4.

Figura – 4 Fluxo da notificação da violência segundo o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede Pública de Saúde do DF



Fonte: Elaboração própria, com base no Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede Pública de Saúde do DF (Brasília, 2009), 2021.

Após o preenchimento da notificação, 04 dos entrevistados não souberam descrever o encaminhamento dado à ficha. Dois destes entrevistados, por exemplo, alegaram entregar a ficha ao Serviço Social do hospital, outro profissional as encaminha ao posto policial do hospital, um outro entrevistado afirmou que as envia para o judiciário do DF, por meio da Central Judicial do Idoso do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (CJI/TJDFT) e 01 encaminha para a vigilância epidemiológica do hospital para registro no SINAN. Esse cenário sugere que não há fluxo previsto para os procedimentos sequenciais, além de evidenciar a desinformação sobre a conduta a ser adotada diante de situações de violência contra o idoso. Apenas 01 entrevistado definiu a existência de um fluxo estabelecido:

[...] após preenchimento da ficha de notificação de violência, por qualquer profissional do pronto socorro, eles entregam a ficha ao serviço social, que por sua vez encaminha à Vigilância Epidemiológica que encaminha para o CEPAV que faz os encaminhamentos (Luana).

Do ponto de vista do gestor do CEPAV a notificação de situação de violência regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde nº 264, de 17/02/2020, é um instrumento legal de Vigilância Epidemiológica e de notificação compulsória. A ficha de notificação é a principal porta de entrada sendo estruturante para o funcionamento do setor. Citou como desafios para a implementação das notificações a disponibilidade do profissional para o preenchimento da ficha de notificação, bem como o receio de identificação, apesar do caráter anônimo da mesma, frente a eventuais represálias.

Outra dificuldade é a qualidade do preenchimento dos dados. Para o CEPAV a inconsistência dos dados informados na ficha de notificação, parte deles incorretos ou incompletos, impede ou dificulta a localização das vítimas de violência para acolhimento no serviço ofertado. De acordo com a coordenadora, no último levantamento realizado, 26% das notificações foram perdidas por falta de dados que os levassem à localização das vítimas de violência para acolhimento. Adicionalmente, as notificações recebidas não resultaram em ações por parte da SES/DF voltadas à resolução ou mitigação do problema.

Para a gestão do NHEP a notificação é atribuição da equipe assistencial que deve identificar o agravo ou doença de notificação compulsória. O NHEP tem a atribuição de inserir as notificações nas bases de informação do Ministério da Saúde. Atualmente, a notificação pode ser realizada de duas formas: a equipe da assistência preenche e entrega ao NHEP ou a própria equipe do núcleo realiza busca ativa nos prontuários e ao identificar sinais de violência relatados faz o preenchimento da ficha, insere no sistema SINAN e encaminha ao CEPAV para dar sequência ao atendimento do caso.

A notificação de violência tem início no preenchimento da ficha. É por meio desses dados de identificação da vítima, tipo de violência, data de ocorrência da violência, dentre outros dados que a vítima de violência passa a ser acompanhada. O Quadro 12 apresenta como os profissionais entrevistados percebem a relevância da notificação da violência.

Quadro 12 – Importância e potencialidades da ficha de notificação segundo entrevistados

Percepções sobre as fichas de notificação	Núcleos de sentidos
1. Traçar as políticas voltadas para o idoso.	Importância da notificação para o planejamento e proposição de ações para os idosos
2. Importante para que o caso não ocorra outras vezes, para que o familiar também seja abordado de forma a não agredir novamente, e, também, porque é um respaldo legal.	Notificação como instrumento de prevenção à violência
3. É um respaldo para você mesmo como cidadã. Que você verificou e que você teve a correção da coisa	Pela dimensão ética no exercício profissional
4. A ficha é importante, até porque ela que documenta e tudo. Mas o que eu acho mais importante é a questão dar segmento na prática, porque a gente vê tanto papel, tanta coisa, mas é o prático, é o paciente que está sofrendo e depois, e depois disso. Porque a vezes a gente tem a questão tem que fazer isso, segue esse quadradinho lá, mas aí quando chega lá na hora o quadrado não adianta, o quadrado fica aqui só para nós. Parece que é só para questão de números. Mas é a atenção que vai ser direcionada a quem está sofrendo.	A notificação para além do registro de casos/Enquanto dispositivo para o seguimento do cuidado
5. Acho que é primordial, importantíssimo.	Para o monitoramento do que ocorre com a população em situação de vulnerabilidade
6. Acho que é importante para poder ver o que está acontecendo de forma geral na população e estar protegendo os idosos. Para dar prosseguimento nisso	
7. Bom, é fundamental a importância dela. Onde vai haver primeiro registro, além do registro em prontuário, que é necessário também. Havendo suspeita a ficha de notificação vai dar sequência a essa primeira suspeita para posterior averiguação. Então é fundamental a existência de uma ficha.	O registro como apoio à responsabilização institucional
8. Para que seja combatida essa violência doméstica.	Para subsidiar políticas públicas de apoio à população; Rede de proteção estruturada para atender demandas dessa população (violência doméstica)
9. Subsidiar as políticas públicas no que diz respeito ao enfrentamento das violências e servir como um instrumento de busca ativa dos casos para que eles possam receber aí um segmento de proteção na rede de atendimento psicológico de atendimento social e uma tentativa de interrupção desse ciclo da violência mesmo.	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

De forma geral, os entrevistados consideram a notificação da violência importante, capaz de romper com o ciclo da violência e traçar ações políticas voltadas ao idosos. Pontos importantes apresentados pelos entrevistados como potencialidades da ficha: possibilidade de traçar políticas públicas, respaldo legal, visibilidade para os casos. Também foi ressaltado a importância do seguimento dos atendimentos após a notificação.

10.4 CAPACITAÇÃO, TREINAMENTO E MATERIAL INFORMATIVO SOBRE VIOLÊNCIA E NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO HRL

A realização de capacitações e treinamentos para profissionais com foco na importância da notificação de situações de suspeição ou de violência constatada contra idosos foi abordada pelos entrevistados. Dentre os profissionais apenas 27% receberam algum tipo de treinamento com este foco. Cabe ressaltar que os profissionais treinados estão lotados no CEPAV e no Serviço Social e declararam que as capacitações foram organizadas por este órgão e abordaram temas como o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA - um instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do SINAN e formas de abordagem no atendimento a vítimas de violência. A respeito do tema do idoso foi relatado por um dos entrevistados que houve treinamento organizado por iniciativa da Promotoria de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do MPDFT.

Sobre a disponibilização de materiais para orientar o preenchimento da ficha de notificação ou outras orientações (Manual de preenchimento, *folders*, *cartazes*), todos afirmaram desconhecer este tipo de material instrucional nos locais onde atuam na instituição. Alguns declararam ter tido acesso a materiais de divulgação em congressos de Medicina e em buscas realizadas na Internet.

Por meio da observação direta foram encontrados cartazes direcionados aos profissionais de saúde sobre notificação de violências em geral no CEPAV. Também cartazes sobre identificação dos sinais de violência contra a mulher direcionados tanto para profissionais como para a própria mulher na entrada do ambulatório, no ambiente de espera da radiologia e nas

portas e mural do CEPAV. Todavia, não foram identificados cartazes ou materiais de divulgação abordando a violência contra a pessoa idosa.

Ao término das entrevistas, os participantes foram convidados a complementares aspectos que não tivessem sido abordados no roteiro e consideraram relevantes. As questões relatadas envolveram desde a necessidade de equipamentos sociais capazes de acolher idosos vítimas de violência, até aspectos relacionados à capacitação profissional.

[...] especificamente para o idoso eu acredito que seria o fortalecimento da consulta com o geriatra. Porque aqui só temos um geriatra [...]. Eu acho que deveria ter uma rede maior de geriatras. Olha a oferta de serviços que observo que muitos idosos são abandonados moram sozinhos, acho que o que nos daria esse suporte é a questão de uma ILPI para o idoso. Não assim um abrigo definitivo, mas um abrigo temporário onde tivesse uma equipe de profissionais que pudessem cuidar desse idoso temporariamente até esse ele se restabelecer e poder se recuperar para ser entregue novamente a família porque a própria família não tem condições de cuidar dele. Ela não tem nem emocional nem financeiro para cuidar dele. Esse idoso as vezes precisa de um local onde ele possa ser recuperado porque as vezes ele está tão fragilizado, tanto na saúde mental como da física que ele acaba morrendo que é o que acontece. Porque um idoso chegar na emergência com violência física é uma coisa grave, então até você identificar o que aconteceu e geralmente são por familiares próximos, entendeu? E isso é uma coisa que ele precisa ser afastado desse ambiente. Como você vai afastar o idoso se você não tem para onde mandar? E isso é uma coisa que nós estamos pecando muito. Você não pode simplesmente tapar o sol com a peneira dizendo que está sendo resolvido, que não está. Nós precisamos de um local que a gente possa abrigar, cuidar, dar o apoio psicológico, organizar/ver a questão financeira dele como está, se ele está recebendo, se não está recebendo (Nara).

Até aspectos relacionados à capacitação profissional:

É o que mais tem aqui é curso. Às vezes a gente não pode participar por causa da demanda, do setor. Às vezes estando de folga, mas não aconteceu comigo ainda infelizmente (Sheila).

11 DISCUSSÃO

Para facilitar a compreensão dos tópicos sob discussão, a análise dos resultados a seguir irá privilegiar os eixos temáticos relacionados a caracterização e fluxo do atendimento a pessoas idosas vítimas de violência, a notificação da violência contra pessoa idosa no HRL do ponto de vista dos profissionais de saúde e aspectos sobre capacitação e treinamento dos profissionais do HRL. A análise de conteúdo abrangeu a análise de informações das instituições governamentais, incluindo o DF, que desenvolveram estudos associados à população idosa e à violência (dados demográficos, dados quantitativos acerca da violência e notificações), como IBGE, base de dados do Datasus, do Ministério da Saúde e outras bases de informação locais, tais como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Como já exposto, a vigilância de violências é operacionalizada no âmbito da saúde por meio da sua notificação. Assim, torna-se necessário que este instrumento, ou seja, a ficha de notificação, seja identificada como um disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência e como uma ferramenta auxiliar de garantia de direitos pela cadeia de profissionais envolvidos.

No entanto, apesar dos avanços normativos recentes tais como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), persistem importantes desafios à sua implantação. Apesar de constituir uma diretriz, a notificação da violência ainda não é uma prática naturalizada nos serviços, como observado no HRL.

No âmbito do sistema de saúde do DF, o cuidado aos idosos (as) vítimas de violência acompanha as orientações do MS, podendo ser identificado em diferentes pontos da Rede de Atenção em Saúde e compreende os seguintes componentes: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2010; BRASÍLIA, 2020c). O acolhimento com qualidade pode proporcionar maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais sutis (BRASIL, 2010). No

acolhimento, é muito importante que o profissional da saúde esteja atento à identificação de sinais de violência, e, além disso, realize o registro detalhado na notificação.

11.1 CARACTERIZAÇÃO E FLUXO DO ATENDIMENTO A PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO HRL E CEPAV

A saúde de pessoas idosas requer, cada vez mais, atenção específica. O HRL oferece serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física e assistência social por onde ocorrem diariamente idosos que podem estar em situação de sofrimento e abuso. Por isso é importante entender como ocorre o atendimento desses idosos no HRL.

Neste tópico iremos tratar da organização do serviço para o atendimento ao idoso em situação de violência no HRL. No DF é adotado um protocolo de linha de cuidado para pessoas em situação de violência de modo geral (BRASÍLIA, 2020c).

No serviço hospitalar do HRL o acesso pode ser por demanda espontânea ou por encaminhamento da rede inter e intrasetorial. O fluxo de inclusão no serviço hospitalar é para o público em geral, quando detectado sinais de violência deve ser adotado o protocolo de atendimento a situações de violência. No caso do CEPAV a inclusão no serviço poder ser via demanda espontânea, via notificação ou demanda da rede de proteção (BRASÍLIA, 2020c). Toda a rede de saúde deve estar sensibilizada e apta a prestar o atendimento adequado às pessoas vítimas de violência (RIBEIRO *et al*, 2012).

A conduta adotada pelos profissionais do HRL entrevistados no atendimento destes casos envolveu prioritariamente o acionamento do serviço social do hospital para investigação das situações e seus desdobramentos, o que sugere a percepção do serviço social como um canal para resolutividade dos casos (GONÇALVES *et al*, 2015). O serviço social do hospital comunicação aos órgãos de direitos e de proteção para a tomada das medidas protetivas cabíveis (BRASIL, 2016). Também os casos são informados à vigilância hospitalar em saúde para inserção de dados no sistema. e encaminhados para atendimento pelo CEPAV.

No caso de pessoas idosas em situação de violência em conformidade com o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003, que foi alterada pela Lei n. 12.461/2011) ainda é necessária à comunicação aos seguintes órgãos: Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso; autoridade policial, Ministério Público e demais órgãos de proteção e responsabilização

para reverter a situação e garantir a integridade e os direitos da vítima (GARBIN *et al*, 2015).

Ressalta-se que no DF existe a Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por Orientação Sexual ou contra a Pessoa Idosa ou com Deficiência (Decrin) (BRASÍLIA, 2020c).

Essa comunicação é obrigatória e pode ocorrer com ou sem o consentimento da vítima ou responsável conforme normas legais. Como medida de proteção aos profissionais ou ao serviço que notificou, essas comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não precisam ser feitas com a cópia da ficha de notificação, mas em um informe sintético (BRASIL, 2017).

No caso do HRL a comunicação é feita apenas em casos de violência grave a Central Judicial do Idoso (CJI) que é uma unidade de atendimento do Tribunal de Justiça do DF. O Ministério Público, considerando o fluxo com o CEPAV, não é um órgão receptor de comunicação de casos de violências contra idoso, mas demandante de intervenção do referido serviço de saúde, ou seja, o Ministério Público encaminha ao CEPAV situações de violação para acompanhamento, sendo predominantemente situações de violação de direitos de crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência doméstica.

O fenômeno da violência é complexo e multifatorial sendo o segmento em rede fundamental para prevenção e promoção da saúde de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL, 2010). A rede de proteção e a garantia de direitos da pessoa idosa na Região Leste é composta por uma estrutura de atendimento de saúde, social, jurídico e de segurança. Entre os órgãos que podem prestar atendimento ao idoso nessa Região encontram-se Delegacia, Defensoria Pública, Tribunal de Justiça, Ministério Público, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho de Saúde, OAB-DF Seção Paranoá, os serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade do atendimento podendo inclusive ser o CEPAV de outra Região levando em consideração local de moradia do idoso (RIBEIRO *et al*, 2012).

As instituições da rede citadas parecem não funcionar de forma articulada e integrada. O governo federal reconhece a precariedade das políticas de direitos da pessoa idosa e vem por

meio do Pacto Nacional para Implementação da Política de Direitos da Pessoa Idosa (2020) buscar alianças com os gestores locais para o fortalecimento das redes de proteção e atendimento ao idoso como uma forma de prevenção a violência, bem como estimular a criação de conselhos da pessoa idosa, reativar os conselhos já criados que estejam inativos e capacitar os conselheiros (BRASIL, 2020).

No caso do HRL, o Conselho do Idoso não foi identificado como ponto de apoio para casos de violação de direitos, sendo o principal ator da rede intersetorial a Central Judicial do Idosos (CJI). Não foram apontadas articulações intersetoriais, nem mesmo com a previdência e assistência social, que compõem o tripé da seguridade social no Brasil. Falta na rede centros de convivência para idosos e ILPI para afastamento dos familiares agressores ou para aqueles que não possuem rede familiar e precisam de local para permanecer durante o dia.

O CEPAV Leste também realiza atendimento aos familiares das vítimas. A conduta descrita prevê a organização de grupo multifamiliar que é uma roda de conversa com os responsáveis por crianças, idosos, adultos responsáveis por pessoas com deficiência, que tem como metodologia trabalhar a comunicação não violenta e a necessidade da proteção e do cuidado.

O CEPAV não tem conseguido desempenhar suas atribuições sendo uma delas a prevenção da violência junto a atenção primária. O relatado foi que somente os casos graves ou de idosos dependentes ou acamados chegam até o órgão.

Considerando que a notificação é uma das vias de acesso ao serviço do CEPAV, o não preenchimento ou a falta de dados na ficha de notificação impede o acolhimento de idosos. O NHEP tenta minimizar a incompletude das informações fazendo uma revisão dessa ficha para preencher possíveis lacunas na notificação que possam ter vindo incompletas para inserção nas bases de informação do Ministério, que no caso de violência é o SINAN e encaminhamento ao CEPAV. Essa revisão tem como fonte de busca os dois principais sistemas de prontuário eletrônico da saúde do DF: o “trackcare” e o E-SUS. O “trackcare” é utilizado pela atenção secundária e especializada, já o E-SUS pela atenção primária, sendo que esses sistemas não estão interligados e são utilizados pelos diferentes segmentos de saúde. Assim, os profissionais da

atenção primária não têm acesso ao prontuário eletrônico disponível no trackcare e os profissionais da atenção especializada não sabem os procedimentos da atenção primária.

Ressalte-se ainda que esses sistemas também têm déficit de informação seja por incompletude de dados ou por desatualização de dados dos pacientes que se movimentam dentro do território com mudança de endereço e contatos.

A equipe do CEPAV é composta por 01 assistente social, 02 psicólogas temporárias, 01 enfermeira e 01 pediatra como referência. Essa equipe atende parcialmente aos requisitos da sua portaria de criação (BRASÍLIA, 2019a). No caso de idosos não há profissional médico como referência.

A subnotificação dos casos de abusos contra esse segmento encontrados no HRL indica que a qualidade do acolhimento e atendimento é insuficiente para identificação dos casos de violência. Ou ainda, mesmo com o reconhecimento da situação da violência, os profissionais do HRL não estão realizando a notificação por meio da Ficha de Notificação, pois desconhecem a ficha de notificação, a mesma não se encontra disponível aos profissionais na maior parte dos setores, não existe um treinamento ou não sabem da obrigatoriedade da notificação, além da sobrecarga com volume de atendimento.

11.2 PROFISSIONAIS E A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA NO HRL

Atendimentos realizados em prontos-socorros de hospitais podem ser uma oportunidade de detecção ou relato de abuso ou negligência ao idoso, com potencial para melhorar substancialmente sua qualidade de vida, razão pela qual os profissionais da saúde precisam estar atentos aos fatores de risco, como um ambiente familiar conflituoso, sinais de violência, ausência de suporte social, insuficiência ou insegurança econômica (BRASIL, 2017).

A primeira questão é a capacidade de identificação de casos de violência contra os idosos por parte dos profissionais envolvidos com o atendimento no HRL. Esse processo requer uma anamnese capaz de identificar sinais de possível abuso, articulação interprofissional e a

notificação propriamente dita. Muitos estudos apontam as limitações dos profissionais em identificá-los e as causas ainda são mal compreendidas. Os fatores que podem estar ligados à subnotificação de casos são a dificuldade em identificar os sinais da violência, a pouca familiaridade com o protocolo de notificação, treinamento inadequado, falta de tempo e espaço para realizar uma avaliação completa, desejo de evitar o envolvimento no sistema legal, a indisponibilidade da ficha de notificação no local de trabalho, entre outros (RIBEIRO *et al*, 2012; ROSEN *et al*, 2018).

Para Bond *et al* (2013) os profissionais de saúde podem não relatar adequadamente os casos de abusos pelos seguintes motivos: o não reconhecimento dos abusos e violências; a atribuição da situação à outra condição; limitação de tempo; dificuldades na abordagem do paciente e sua família (preocupação em ofendê-lo), negação da possibilidade de um membro da família ser o agressor, especialmente se o potencial agressor também for paciente do médico; pouca familiaridade com as leis de relatórios obrigatórios; desconhecimento dos recursos disponíveis, tais como a ficha de notificação; preocupação com a segurança pessoal, o que levaria o medo de se envolver; e ausência de treinamento para lidar com ferramentas de triagem utilizados para interpretar os sinais do paciente.

Rosen (2018) exemplifica essa dificuldade em identificar sinais de violência com um estudo realizado nos EUA que descobriu que o abuso de idosos foi diagnosticado em apenas 0,013% das visitas ao pronto-socorro dos EUA. O mesmo estudo apontou que apenas 1,4% dos casos relatados para os Serviços de Proteção de Idosos vêm de médicos. Existem várias limitações à notificação no Brasil, como falta de regulamentos que estabeleçam os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (GARBIN *et al*, 2015).

Para Shimbo *et al* (2011) constituem aspectos que dificultam o rastreamento da violência intrafamiliar no município de Curitiba pelos integrantes da equipe da ESF, o fato de o idoso não falar a respeito do assunto, 22%, a presença de doença mental, 21%, e a comunicação deficiente do idoso, 20%. Também foram citados como problemas para o reconhecimento a falta de

denúncia representada, 15%, conhecimento dos integrantes da ESF, 7%, a ausência de instrumento, 9% e, dificuldade de acesso às vítimas, 6%.

A maior parte dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa se deparou com casos suspeitos ou confirmados de violência contra pessoa idosa no exercício de suas funções. Os profissionais declararam que na maioria das situações, apesar da identificação ou suspeição de casos de violência, a ficha de notificação em geral não foi preenchida. O cenário corrobora com achados do estudo realizado em 2008 por Shimbo e colaboradores (2011) com a equipe de Saúde da Família em Curitiba. Neste, 91% dos membros da equipe do serviço de atenção primária pesquisada afirmaram que podem reconhecer abusos contra idosos como parte da realidade das famílias curitubanas, porém não realizavam a notificação desses casos.

Estudo desenvolvido por Lima e colaboradores (2010) sobre os serviços hospitalares de atendimento às urgências e emergências às vítimas de acidentes e violências na população idosa de cinco capitais do país identificou que de modo geral, as unidades hospitalares pesquisadas não têm acatado plenamente a recomendação de notificar os casos suspeitos e confirmados de violência, mesmo metade possuindo ficha de notificação, “de forma que a notificação sistemática ocorre em menos da metade dos serviços incluídos no estudo” (LIMA *et al*, 2010, p. 2693).

A principal dificuldade apontada pelos profissionais é o não reconhecimento de situações de violência vivenciadas pelos usuários, o que impediria a comunicação. Tal fato é muito comum, sobretudo nos casos em que a violência ocorre de forma velada, sem sinais físicos visíveis. Ademais, deve-se considerar o medo do profissional de sofrer represália por parte do agressor, o que também concorre para aumentar o índice de subnotificações (OLIVEIRA *et al*, 2018a).

De acordo com a instrução do MS sobre o instrumento de notificação (BRASIL, 2017) a responsabilidade do preenchimento da ficha notificação deve ser de todos os profissionais de saúde, sendo recomendado que o profissional que realizou a primeira escuta também faça a notificação, evitando assim a revitimização da situação. Ocorre que essa atribuição generalizada a todos os profissionais dificulta a definição de quem seria responsável pela notificação propriamente dita.

O MS orienta ainda que a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência (BRASIL, 2017). No presente estudo, 27% dos entrevistados alegaram desconhecer de quem seria formalmente essa atribuição, considerando a Enfermagem como a profissão de referência para essa função. No eixo anterior que tratou sobre o atendimento ao idoso, os profissionais que se depararam com casos suspeitos acionaram o serviço social para investigação. Mas quando perguntados sobre quem deveria preencher a ficha de notificação no seu local de trabalho, essa responsabilidade foi atribuída a Enfermagem.

O local onde desenvolvemos o nosso estudo é um hospital de referência na região que conta com atendimento de urgência e emergência, tem equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) para atendimento 24 horas e acesso facilitado para idosos. O HRL ocupa área física própria, conta com recursos tecnológicos para exames complementares necessários ao trabalho dos profissionais que atuam no setor hospitalar, tais como laboratório, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultrassonografia, banco de sangue (LIMA *et al*, 2010). Os equipamentos existem, entretanto, chama atenção o fato de parte dos entrevistados alegarem não terem atendido casos de violência sendo essa uma das principais razões para o não preenchimento da ficha de notificação.

Outro aspecto sinalizado foi a indisponibilidade da ficha de notificação nos principais pontos de atendimento da unidade hospitalar. A ausência do principal insumo para a realização do registro pode contribuir com a subnotificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, além da fragilidade no monitoramento dessas ações para o provimento dos subsídios para o acionamento das normas de proteção ao idoso na qual a unidade hospitalar tem um papel estratégico. No estudo empreendido, apenas 18% dos profissionais declararam ter acesso a este dispositivo no seu local de trabalho. Nos demais setores do hospital, não há registro de oferta das fichas nos locais de trabalho, segundo relato dos demais entrevistados. Também, por meio de observação direta, foi detectado que não há disponibilidade de fichas de notificação nas enfermarias.

Após o preenchimento da notificação, a ficha deve ser encaminhada ao sistema de

vigilância da violência, sendo que na Região de Saúde Leste uma via é entregue ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HRL para digitação, consolidação, análise dos dados e disseminação das informações (BRASIL, 2016). Após o manejo da ficha, o setor de vigilância epidemiológica direciona esta notificação ao CEPAV para acompanhamento psicossocial e ambulatorial. Entretanto, boa parte dos entrevistados desconhecem este fluxo e apenas 01 deles declarou encaminhar a ficha ao setor de vigilância epidemiológica do hospital.

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia tem a atribuição de inserir as notificações nas bases de informação do Ministério da Saúde, mais especificamente no sistema SINAN. Mas, em função da subnotificação, a equipe do setor tem realizado atividades de busca ativa nos prontuários e, ao identificar sinais de violência relatados, realiza o seu preenchimento. Atualmente, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia pode ser considerado o maior notificador das situações de violência no Hospital da Região Leste. No entanto, é preciso considerar que a identificação de sinais de violência baseada apenas no que está descrito nos prontuários apresenta limitações importantes.

Sobre os tipos de violência mais encontrados no HRL estão a negligência, violência física e patrimonial, seguidos da autonegligência e da violência psicológica/moral. Um estudo divulgado pela CODEPLAN em 2020 no DF, entre os anos de 2012 e 2017, aponta a negligência como o tipo de violação mais frequente, seguida de violência psicológica e patrimonial (CODEPLAN, 2020a). Outro estudo conduzido por Mallet *et al* (2016), com base na atuação do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, no período de 2011 a 2013, a tipologia de violência mais identificada nas denúncias foi a negligência (34%), seguida pela violência psicológica (20%) e o abandono (19%). Também um artigo de Bond *et al* (2013) que tem o objetivo de aumentar a conscientização sobre o abuso de idosos, revisando os dados demográficos, epidemiológicos e os fatores de risco do abuso de idosos, o tipo de dano mais comum foi a negligência (48,7%), seguida da psicológica (35,4%) e financeira (30,2%).

Shimbo *et al* (2011) em 2008 num estudo realizado em Curitiba constatou que os tipos de violência intrafamiliar mais comuns contra os idosos percebidas pelos membros da ESF aparecem a negligência e o abandono (25%), a violência econômica (24%), a psicológica (21), e

a autonegligência (19%). Por sua vez, dados divulgados pelo Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal revelam que mais de 60% dos casos referem-se à negligência e a violência psicológica (MPDFT, 2019). Também para os entrevistados desse estudo o tipo de violência mais identificada foi a negligência. Estes achados corroboram sobre a identificação dos sinais de violência e sua tipificação, os tipos de violência mais descritos pelos profissionais entrevistados foram: negligência e abandono; seguidos da violência financeira/patrimonial, da violência física, psicológica/moral e por último da autonegligência.

11.3 CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DO HRL

Nesse eixo temático abordaremos as ações de sensibilização e capacitação para a notificação correta de casos de abusos de idosos atendidos no HRL por profissionais dos serviços de urgência e atenção especializada. E também a responsabilidade do CEPAV para capacitação e treinamento para identificação e notificação dos casos de violência.

Para o efetivo preenchimento da ficha de notificação de violências é importante o desenvolvimento de educação permanente e continuada para sensibilizar e instrumentalizar o profissional de saúde na geração de informações de qualidade.

Além da indisponibilidade da ficha de notificação, a insuficiência de recursos humanos treinados para realizar esta ação concorre para a baixa notificação verificada. A sensibilização dos profissionais e a oferta de capacitações e treinamentos são fatores estratégicos para a implantação de um fluxo de notificação de violências eficaz. Nesse estudo, 64% profissionais entrevistados declararam não ter participado de qualquer tipo de capacitação com esta finalidade. A preparação de recursos humanos é prevista pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade (2001), entretanto, os poucos com participação em capacitações e treinamentos tinham relação direta com as funções desempenhadas.

Para Garbin *et al* (2015) existem em muitos atendimentos a subnotificação, pela ausência de monitoramento e de orientação para um registro continuado, padronizado e adequado sobre violência. Sendo importante o desenvolvimento de programas de formação continuada aos

profissionais de saúde inseridos na assistência ao idoso.

No HRL a execução de ações de educação permanente para os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção e outros parceiros da Rede de Proteção e Responsabilização para as ações de promoção, prevenção, atendimento, notificação e seguimento em Rede para a assistência assertiva e eficaz é atribuição do CEPAV (BRASÍLIA, 2019a). No caso do HRL não existe um programa continuado de treinamento com foco na notificação de casos de violência.

De acordo com a gestão do CEPAV foi elaborado um Acordo de Gestão Regional (AGR) que tem como meta monitorar as notificações que se desdobram para o matriciamento, considerado uma forma de sensibilização dos profissionais para o ato de notificar. A questão da sensibilização também foi apontada pela chefe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP), como ficou evidenciado na fala da entrevistada:

Gostaria de acrescentar a questão da sensibilização da equipe assistencial que hoje a gente precisa desse dado dessa sensibilização porque a busca ativa por meio de prontuário não é a melhor forma de você fazer uma notificação. A notificação com o paciente ela tem uma riqueza e qualidade de informação muito maior. Então precisa, um campo que eu vejo que precisa fortalecer é a visão dessa equipe assistencial para os casos de violência para que esses pacientes sejam acolhidos pelo serviço de saúde também no pós para serem acompanhados. Então eu vejo essa questão de a sensibilização da equipe assistencial é um ponto primordial para a gente poder melhorar essa sensibilidade da vigilância da violência contra o idoso (Simone).

A dificuldade para capacitação de profissionais inseridos na assistência, principalmente das clínicas do HRL é pensar um modelo de treinamento que não prejudique a organização e funcionamento do serviço. De modo geral a capacitação institucional pela SES é difícil de ser realizada.

12 LIMITES DO ESTUDO

Durante a realização da pesquisa, em função da epidemia de COVID 19, o HRL foi reconfigurado para atendimento da população, passando a ser referência para o atendimento COVID-19 com sintomas menos severos. O Ambulatório Geral, por exemplo, foi um dos setores fechado, e seus profissionais realocados nos serviços de urgência e nos centros de saúde para realização do processo de testagem e vacinação. A equipe técnica do hospital, referência em uma área de grande densidade populacional ficou sobrecarregada em função da pandemia, o que incidiu nas condições emocionais para participar do estudo em curso, em um contexto de grande pressão sobre os profissionais de saúde.

Outra dificuldade foi o acesso aos atores chave para realização das entrevistas, sobretudo os gestores e responsáveis pelos serviços, em função da prioridade conferida ao enfrentamento do quadro sanitário. Também não tivemos acesso ao sistema SINAN para visualização dos dados das fichas de notificação, pois requer a liberação de acesso pela Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis – GEDANT. Este acesso permitiria verificar os encaminhamentos assinalados, tipos de violência predominante na região leste bem como o perfil das vítimas e do agressor. Assim, não foi possível verificar a completude das informações contidas nas fichas, como previsto no desenho do estudo (matriz de informação).

13 RECOMENDAÇÕES

Esta avaliação evidenciou que o registro e comunicação da violência contra idosos ainda não consiste em uma prática rotineira dos profissionais de saúde do HRL, uma vez que o atendimento às situações de violência, parte das suas atribuições, não é realizado de forma sistemática. Dificuldades na identificação de situações de abuso, e na sua formalização, têm contribuído para a subnotificação e a invisibilidade dos casos.

A legislação brasileira deixa explícita a obrigatoriedade de notificação, entretanto existem vários entraves no sistema vigente, como a escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, a ausência de segurança e proteção aos profissionais encarregados de notificar, falhas na identificação da violência nos serviços de saúde, bem como falta de orientação e/ou capacitação para o seu preenchimento obrigatório. Uma estratégia de sensibilização e capacitação permanente dos profissionais poderia minimizar o atual quadro de subnotificação, além de abordar conteúdos relacionados ao diagnóstico precoce, ao atendimento e orientação à vítima e sua família, bem como a efetuação de registros com qualidade.

Tendo em vista que a subnotificação pode ser resultante da incompletude do fluxo/processo de notificação, os resultados corroboram as falhas no atendimento caracterizado por dificuldades na identificação de sinais de violência, pela insuficiência das informações coletadas, pela indisponibilidade de fichas de notificação nos locais de trabalho e a ausência de ações educativas e de sensibilização dos profissionais, com foco na importância do registro das diversas formas de agressão envolvendo a pessoa idosa.

Também é importante que a direção do HRL elabore um plano de monitoramento das notificações realizadas por seus servidores visando a qualidade e a adequação dos registros das informações coletadas. Para isso, reuniões periódicas com os serviços, seriam recomendáveis, com vistas ao aprimoramento dos processos envolvidos.

A parceria com o CEPAV, órgão responsável pelas ações de atendimento a vítimas de acidentes e violência no Distrito Federal precisa ser reconfigurada. Para os profissionais do HRL ficou explícita a dificuldade de identificação dos recursos disponíveis neste serviço. É necessário

que o conteúdo das capacitações aborde anamneses capazes de identificar sinais de possível abuso, fluxos de referência e contrarreferência de casos, a importância das ações interprofissionais e a notificação propriamente dita. Em muitas situações, a resolução dessas situações requer suporte jurídico, apoio psicossocial, além de situações emergenciais como, por exemplo, o abrigo provisório.

Adicionalmente, sabemos que a notificação da violência é um problema de saúde pública e o Hospital é um *locus* privilegiado na sua detecção e na articulação da rede de apoio social disponível. O aprimoramento da capacidade de registro, da descrição das situações e de resposta às demandas desta população é parte da missão do SUS e dos desafios postos na implementação de uma assistência à saúde integral e de qualidade.

Finalmente, a adoção da notificação com base em procedimentos técnicos pode ajudar a estimar o cenário de iniquidades a que está exposta esta parcela crescente da população e apoiar a formulação de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos esse estudo constatamos o quão difícil é o ato de notificação da violência contra os idosos, razão pela qual consideramos que uma análise descritiva fundamentada nos critérios da apreciação normativa, em um hospital da Região de Saúde Leste do DF, poderia subsidiar o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento deste grave problema social e de saúde pública.

O nosso objetivo foi avaliar a implementação da estratégia de notificação de violência contra o idoso considerando o número reduzido de notificações realizadas nos anos 2019 a 2021, da Região Leste e do HRL fornecido pelo NHEP (base de dados com autorização para uso).

Embora a legislação brasileira explicita a obrigatoriedade da notificação da violência contra o idoso, existem vários entraves no sistema de notificação vigente, como a escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos, a ausência de segurança e proteção aos profissionais encarregados de notificar, bem como falhas na identificação da violência nos serviços de saúde.

A conduta no atendimento de casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso foi descrita pelos entrevistados de maneira heterogênea. Os profissionais entrevistados desconhecem a existência de um fluxo interno de notificação e dos procedimentos para a realização do registro adequado das situações de violência. As fichas, principal instrumento para este fim, só estavam disponíveis no Serviço Social, no NHEP e no próprio CEPAV.

Em relação à identificação dos sinais de violência os profissionais da assistência entrevistados declararam ter atendido casos de idosos nesta situação e ter ciência da obrigatoriedade da sua notificação. No entanto, a não obtenção de informações sobre o encaminhamento desses casos ao serviço de atendimento especializado (CEPAV), não nos permite atestar a qualidade do preenchimento das informações e os desdobramentos adotados diante da constatação dos sinais de violência. Da mesma forma, a impossibilidade de acesso à base de dados do SINAN constituiu um limite da pesquisa, uma vez que a análise das fichas de

notificação no sistema nos permitiria observar a qualidade da inserção dos dados, cuja incompletude foi sinalizada por diferentes profissionais durante a realização das entrevistas.

Diante das dificuldades para condução deste estudo, em um contexto institucional extremamente adverso, considero que, com limites já sinalizados, buscamos trazer visibilidade ao tema no âmbito da saúde e lançar luz sobre a importância da notificação dos casos de violência contra a população idosa. Esta atividade, se exercida de forma sistemática e com qualidade, pode contribuir para acionar a rede de proteção social e ampliar a oferta de serviços de proteção e de assistência na esfera pública.

Pesquisas futuras desenvolvidas em condições mais favoráveis poderão abordar outros recortes e dimensões de análise vinculadas ao processo de envelhecimento populacional no Brasil. Este fenômeno impõe enormes desafios ao SUS e ao sistema de proteção social, considerando as inúmeras expressões da violência, da discriminação e do abandono a que estão expostos grande parte dos idosos em nosso país, particularmente os situados nas faixas de renda mais baixas, sujeitos a condições de profunda vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Cleiciele Albuquerque et al. **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011)**. Revista de Economia e Sociologia Rural, 2013, v. 51, n. 4, pp. 745-764.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Capítulo II: A Codificação. São Paulo: Edições 70, 2011, pp. 105-108.

BATISTA, Analia Soria et al. **Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil**. Texto para discussão n. 1402. Série Seguridade Social. Ipea, 2009. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4727. Acesso em: 03 mar. 2020.

BOND, Michael C. et al. **Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening**. Clinics in Geriatric Medicine, v. 29, Issue 1, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23177610/>. Acesso em 05 ago. 2021. pp. 257–273.

BRASIL. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil n.º 96, seção 1E de 18/5/01**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Série E. Legislação de Saúde. 2. ed. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Lei n. 1074, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-6.

BRASIL. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf. Acesso em 03 mar. 2019.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. **Pacto Nacional de Implementação dos Direitos da Pessoa Idosa. Compromisso da Década do Envelhecimento 2020 – 2030.** Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/CARTILHA_PACTO_ENVELHECIMENTO_.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 de setembro de 2021.

BRASÍLIA. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2ª edição, 2009.

BRASÍLIA. **Decreto nº 38.982/2018.** Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal: Seção 1, Brasília, DF, ano XLVII, edição 69, p. 17-30, 11 de abril de 2018.

BRASÍLIA. Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019a. **Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV.** Diário Oficial do Distrito Federal, p. 13. Brasília, 22 nov. 2019a.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Rede de Serviços de Atenção Integral em Situação de Violência – “Flores em Rede” – Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV,** versão NEPAV -

dezembro de 2019b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Tel-dos-Centros-de-Especialidades-para-Pessoas-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Viol%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Superintendência de Saúde da Região Leste. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, 2020a.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Superintendência de Saúde da Região Leste. Núcleo de Gestão da Internação, 2020b.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica no Distrito Federal**, 2020c. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Informacao_Tecnica_39578952_Linha_de_Cuidado_versao_preliminar_consulta_publica_.pdf. Acesso em: 3 jun. 2020.

CAMARANO, A. A. **Introdução**. In: CAMARANO, A. A.(Organizadora). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5476. Acesso em: 09 out. 2019. pp. 01-21.

CAMARANO, A. A. **Considerações Finais**. In: CAMARANO, A. A. (Organizadora). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? – Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23975. Acesso em: 09 out. 2020. pp. 62-653.

CHAMPAGNE, François; BROUSSELLE, Astrid; HARTZ, Zulmira; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Capítulo 3: Modelizar as Intervenções**. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira. (Orgs.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. pp. 61-74.

CHAMPAGNE, François; BROUSSELLE, Astrid; HARTZ, Zulmira; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Capítulo 04: A apreciação normativa**. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira. (Orgs.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. pp. 77-94

CODEPLAN. **Nota Técnica: Um olhar sobre a violência contra o idoso no Distrito Federal - 2011 a 2017**, Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-Um-olhar-sobre-a-viol%C3%Aancia-contra-o-idoso-no-Distrito-Federal-2011-2017.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

CODEPLAN. **Estudo: A população idosa no Distrito Federal.** Série: Retratos Sociais DF 2018, Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Estudo-Retratos-Sociais-DF-2018-A-popula%C3%A7%C3%A3o-idosa-no-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

CASTRO, Vivian Carla de; RISSARDO, Leidyani Karina; CARREIRA, Lígia. **Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações** hospitalares. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2018, v. 71, supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>. Acesso em: 08 jun. 2020. pp. 777-785.

FLORENCIO, Marcia Virgínia di Lorenzo et al. **A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 9, n. 3, set./dez. 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7512>. Acesso em: 09 out. 2020. pp. 847-857

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Acesso em: 9 out. 2020. pp. 1879-1890.

GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes et al. **Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades.** Artigo extraído da dissertação - Atendimento em rede aos adolescentes em situação de violência: o olhar dos profissionais da saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Hebiatria da Universidade de Pernambuco (UPE), em 2014. Texto & Contexto – Enfermagem, v.24, n.4, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/KkJyFdT7kNQfVL3sLChbFpC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2020. pp. 976-983.

GREENE, JC; BENJAMIN, L & GOODYEAR, L. **The Merits of Mixing Methods in Evaluation.** *Evaluation*, p. 25-44, 2001.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População IBGE.** Edição 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 15 set. 2021.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello. **Violência como problema de saúde pública.** Ciência e Cultura. São Paulo, 2002, v. 54, n. 1. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252002000100024. Acesso em: 03 mar. 2020, pp. 52-53.

LIMA, Maria Luiza Carvalho de et al. **Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências.** Ciência & Saúde Coletiva, 2010, v. 15, n. 6 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600007>. Acesso em: 28 jul. 2021, pp. 2687-2697.

MALLET SM, Côrtes MCJW, Giacomini KC, Gontijo ED. **Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento.** Revista Médica Minas Gerais. 2016, v. 26. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2188>. Acesso em: 28 jul. 2021, pp. 408-413.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 9, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>. Acesso em: 6 set. 2021, pp. 2331-2341.

MPDFT. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal: análise das denúncias recebidas entre 2008 e 2018 realizada pela Central Judicial do Idoso.** Central Judicial do Idoso/Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios/Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Defensoria Pública do Distrito Federal. Edição 4. Brasília: MPDFT, 2019. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/informacoes/cidadania/central-judicial-do-idoso/publicacoes/mapa-da-violencia-1/mapa_violencia_pessoa_idosa_df_4a_edicao_2019-7.pdf. Acessado em: 09 out. 2020.

MICHELETTI, Ana Lydia N. S. et al. **Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs.** Psicólogo Informação. São Paulo, v. 15, n. 15, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100004. Acesso em: 09 out. 2020, pp. 51-68

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300010>. Acesso em: 11 nov. 2019, pp. 783-791.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra Idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Capítulo 18: Importância da Política Nacional do Idoso no enfrentamento da violência.** In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões / ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMINI, Karla Cristina. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF. Acesso em: 09 out. 2019, pp. 435-456.

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

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2020, p. 555-566.

OLIVEIRA, Bruno Gonçalves de et al. **Responsabilidade dos profissionais de saúde I notificação dos casos de violência**. Revista Bioética, v. 26, n. 3, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263260>. Acesso em: 13 ago. 2021, pp. 403-411.

OLIVEIRA, Kênnia Stephanie Morais et al. **Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção**. Revista Gaúcha de Enfermagem, n. 39, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Acesso em: 13 ago. 2021, pp. 01-09.

ONU. Organização das Nações Unidas. **World Population Prospects 2019: Highlights**. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

PASINATO, Maria Tereza; CAMARANO, Ana Amélia; MACHADO, Laura. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia**. Texto para discussão N° 1200, IPEA, RJ, 2006. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4360. Acesso em: 11 nov. 2019.

REIS, Luana Araújo dos et al. **Expressão da violência intrafamiliar contra idosos**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19820194201400072>. Acesso em: 20 out. 2021, pp. 434-439.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; VALADARES, Fabiana Castelo. **Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 5, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500011>. Acesso em: 11 nov. 2019, pp. 1167–1177.

ROCHA, Regina da Cunha et al. **Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações**. Saúde em Debate, v. 42, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S406>. Acesso em: 11 nov. 2020, pp. 81-94.

ROSEN, Tony et al. **Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department**. Clinics in Geriatric Medicine, v. 34, issue 3, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057151/pdf/nihms961991.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021, pp.435-451.

SALES, D. S., Freitas, C. A., Brito, M. C., Oliveira, E., Dias, F., Parente, F., & Silva, M. J. **A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde**. Estudos interdisciplinares sobre

envelhecimento, 19(1), 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/36910>. Acesso em: 09 nov. 2019, pp. 63-77.

SALIBA, Orlando et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 3, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>. Acesso em: 27 set. 2021, pp. 472-477.

SAMICO, Isabella. et al. (EDS.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANCHES, Ana Paula R. Amadio; LEBRÃO, Maria Lúcia e DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **Violência contra idosos: uma questão nova?** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300010>. Acesso em 09 nov. 2020, pp. 90-100.

SANTOS, Ana Carla Petersen de Oliveira et al. **A construção da violência contra idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10019>. Acesso em: 09 ago. 2020, pp. 115-128.

SHIMBO, Adriano Yoshio; LABRONICI, Liliana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima. **Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família.** Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300009>. Acesso em: 05 ago. 2021, pp. 506-510.

SILVA, Maria Marta Duval da; STROHER, Lucy Mary Cavalcanti; ANDRÉEV, Walkíria Gentil Almeida. **Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e avaliação.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, volume 41, Número especial, Rio de Janeiro, 2017, pp. 372-386.

SOUSA, M. Goretti de G. **Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco.** Dissertação (mestrado) - ENSP/Fiocruz, Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5095/2/958.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SOUZA, Michele Souza e. **Desafios do envelhecimento populacional: como as legislações destinadas ao idosos têm lidado com essa nova demanda?** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROEXT/UFRGS. Porto Alegre v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/46425/34927>. Acesso em 03 mar. 2020, pp. 159-175.

SOUZA, Michele Souza e. **Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características.** Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>>. Acesso em: 04 ago. 2020, p.1263-1272.

YON, Y. et al. **Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis.** *The Lancet Global Health*, v. 5, n. 2, fev. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30006-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30006-2/fulltext). Acesso em: 13 nov. 2019, pp. 147–156.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Gestor



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - GESTOR

Prezado(a) participante,

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO NORMATIVA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS ATOS DE VIOLÊNCIA PRATICADOS CONTRA A PESSOA IDOSA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO LESTE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL”, realizada por Lívia Reis de Souza, discente de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Egléubia Andrade de Oliveira e Michele Souza e Souza.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação da estratégia de notificação de violências contra a pessoa idosa no serviço hospitalar da Região Leste do Distrito Federal (DF), localizado na Região Administrativa do Paranoá.

O convite à sua participação se deve ao fato de coordenar o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), serviço ambulatorial de assistência às vítimas de violência na Região de Saúde Leste do DF, que é considerado um serviço fundamental para o enfrentamento da violência no DF.

Sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas ao sistema de vigilância a violência na Região de Saúde Leste, por meio de entrevista, com roteiro semiestruturado para a pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua prévia autorização. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente quarenta minutos e será realizada em ambiente e local adequado e em horário que não atrapalhe o atendimento aos usuários.

Caso esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à aluna que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento, bem como retirar sua participação sem qualquer prejuízo.

Destaque-se que os arquivos de áudio e as transcrições serão armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora principal. Informo o prazo mínimo de guarda das entrevistas de 5 anos. O material gravado e armazenado contribuirá no alcance dos objetivos da pesquisa atual.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos: (1) Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; (2) Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; (3) o material coletado será armazenado em local seguro.

Ressalto que a qualquer momento sua participação na pesquisa poderá ser interrompida sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

Ressaltamos que a sua participação como entrevistado/a trará como benefício a contribuição para a melhoria da vigilância da saúde da pessoa idosa atendida no serviço hospitalar da Região Leste de Saúde. Os únicos riscos eventuais de sua participação na pesquisa se relacionariam à sua identificação como entrevistado, direta ou indiretamente. No entanto, todas as medidas cabíveis para preservar a identidade dos atores estão previstas, especialmente na divulgação dos resultados da pesquisa, que será feita de forma agregada.

Caso ocorra algum dano, decorrente da pesquisa, o participante tem o direito de solicitar indenização via judicial.

Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante.

O/A senhor(a) receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da aluna e de sua orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contato com a aluna responsável: Livia Reis de Souza, e-mail: liviareis61@gmail.com, telefone: (61)98493-4448.

Contato com a orientadora principal: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, e-mail: gisela.cardoso@gmail.com.

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: (21) 2598-2863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br, endereço eletrônico: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Autorizo o registro de minha imagem por foto/filmagem

Não autorizo o registro de minha imagem por foto/filmagem

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar.

Paranoá-DF, ___/___/___

(Nome e assinatura do participante da pesquisa)

(Livia Reis de Souza – pesquisadora de campo)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Profissionais



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado participante,

O/A senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO NORMATIVA DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS ATOS DE VIOLÊNCIA PRATICADOS CONTRA PESSOA IDOSA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO LESTE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL”, realizada por Livia Reis de Souza, discente de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Egléubia Andrade de Oliveira e Michele Souza e Souza.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação da estratégia de notificação de violências contra pessoa idosa no serviço hospitalar da Região Leste do Distrito Federal (DF), localizado na Região Administrativa do Paranoá.

O convite à sua participação se deve ao fato de ser um profissional de saúde que presta assistência às pessoas idosas atendidas ou internadas no serviço hospitalar da Região de Saúde Leste do Distrito Federal e que pode contribuir para a melhoria das estratégias de vigilância a violência contra pessoas idosas.

A sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à operacionalização institucional da notificação de violência, por meio de entrevista, com roteiro semiestruturado para a pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua prévia autorização. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente quarenta minutos e será realizada em ambiente e local adequado e em horário que não atrapalhe o atendimento aos usuários.

Caso esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, poderá ser solicitado à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento, bem como retirar sua participação sem qualquer prejuízo.

Destaque-se que os arquivos de áudio e as transcrições serão armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora principal. Informo o prazo mínimo de guarda das entrevistas de 5 anos. O material gravado e armazenado contribuirá no alcance dos objetivos da pesquisa atual.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos: (1) apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; (2) qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; (3) o material coletado será armazenado em local seguro.

Ressalto que é garantido ao participante interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

Ressaltamos que a sua participação como entrevistado/a trará como benefício a contribuição para a melhoria da vigilância da saúde da pessoa idosa atendida no serviço hospitalar da Região Leste de Saúde. Os únicos riscos eventuais de sua participação na pesquisa se relacionariam à sua identificação como entrevistado, direta ou indiretamente. No entanto, todas as medidas cabíveis para preservar a identidade dos atores estão previstas, especialmente na divulgação dos resultados da pesquisa, que será feita de forma agregada.

Caso ocorra algum dano, decorrente da pesquisa, o participante tem o direito de solicitar indenização via judicial.

Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante.

O/A senhor(a) receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da aluna e de sua orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contato com a aluna responsável: Lívia Reis de Souza

E-mail: liviareis61@gmail.com

Telefone: (61)-98493-4448

Contato com a orientadora principal: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

E-mail: gisela.cardoso@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Telefone: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço eletrônico: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Contato com a mestrando do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Autorizo o registro de minha imagem por foto/filmagem

Não autorizo o registro de minha imagem por foto/filmagem

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e assinatura do participante da pesquisa):

(Lívia Reis de Souza – pesquisadora de campo)

Paranoá-DF, ___/___/___

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com profissionais que prestam assistência no serviço hospitalar do HRL



Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde



Roteiro para entrevista com profissionais que prestam assistência no serviço hospitalar do HRL

Data: ____/____/____ Hora início: _____ Hora fim: _____

Controle: |__||__||__||__|

Bloco I - IDENTIFICAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Sexo (apenas anotar): (___) Masculino (___) Feminino
2. Qual a sua formação? _____
3. É servidor(a)/funcionário(a) público(a)? (apenas anotar) (___) SIM (___) NÃO
4. Qual é a sua função atual? _____
5. Há quanto tempo exerce atual função? Qual sua trajetória profissional?

Bloco II - ATENDIMENTO AO IDOSO

1. Na sua atuação profissional já atendeu algum caso suspeito ou confirmado de violência contra pessoa idosa?

2. No seu local de trabalho como é realizado o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de idosos em situação de violência?

3. Quais os tipos de violência mais comum que o senhor(a) atende?

4. Quais as mais frequentes?

Bloco III – NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA AO IDOSO

1. No seu local de trabalho tem ficha de notificação?

2. Senhor(a) tem ciência da obrigatoriedade do preenchimento da ficha para casos de violência contra o idoso?

3. Na sua atuação profissional, já preencheu uma ficha notificação de violência contra idoso?
(___)SIM (___)NÃO

4. Se sim, quais as dificuldades encontradas no preenchimento da ficha de notificação?

5. Caso não, quais as razões para o não preenchimento?

6. No seu local de trabalho quem é o responsável pelo preenchimento da notificação? (Todos os profissionais preenchem?)

7. Após o preenchimento da notificação, qual o encaminhamento dado à ficha?

8. Tem algum fluxo estabelecido?

9. Na sua opinião, qual a importância da ficha de notificação?

Bloco IV - CAPACITAÇÃO SOBRE O COMPONENTE “NOTIFICAÇÃO” DA LINHA DE CUIDADO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

1. Participou de treinamento específico para preenchimento da notificação?

2. Tem acesso a outros meios de informação que não a capacitação sobre o preenchimento da ficha? Tais como manual de orientação, folderes, outras fontes para esse tipo de agravo?

3. Gostaria de acrescentar algo que não tenha sido contemplado neste roteiro?

APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com coordenador(a) do CEPAV-Região Leste



Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde



Roteiro para entrevista com coordenador(a) do CEPAV-Região Leste

Data: ____/____/____ Hora início: _____ Hora fim: _____

Controle: |__||__||__||__|

Bloco I - IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo (apenas anotar) (___) Masculino (___) Feminino
2. Qual a sua formação? _____
3. É servidor(a)/funcionário(a) público(a)? (apenas anotar) (___) SIM (___) NÃO
4. Função que desempenha: _____
5. Há quanto tempo exerce atual função?(Verificar rotatividade da função)

6. Há quanto tempo atua com a temática da violência? (Violência geral, idoso)

Bloco II – ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO CEPAV - REGIÃO DE SAÚDE LESTE

1. Quais os tipos de violência são atendidos? (sexual, física, patrimonial)

2. Qual o público-alvo do serviço ofertado? (criança, adolescente, mulheres, idosos)

3. Qual o horário de funcionamento? (final de semana)

4. Fora do horário de funcionamento, como as pessoas vítimas de violência acessam o serviço? (Que estratégias existem? Algum telefone de contato? Alguma rede para ser acionada?)

5. Qual a atual composição da equipe do CEPAV Região Leste? (Equipe completa? Quais profissionais? Falta algum profissional? Porquê?)

6. Quantas pessoas são atendidas/acompanhadas pelo CEPAV Região Leste?

7. Quantos são idosos? (Proporção de idosos em comparação com os demais casos de violência) (Quem pode responder? Qual setor pode responder?)

8. Quais são os serviços ofertados para os idosos em situação de violência?

9. Senhor (a) identifica algum serviço que deveria compor a oferta de serviço disponível pelo CEPAV? Qual?

Bloco III - FLUXO ATENDIMENTO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: ACOLHIMENTO, NOTIFICAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E SEGUIMENTO NA REDE.

1. Qual é o fluxo de acesso ao serviço do CEPAV da Região de Saúde Leste nos casos de idosos em situação de violência?

2. Há um fluxo de atendimento estabelecido para idosos em situação de violência?

()SIM ()NÃO

3. Qual é o fluxo? (Em caso negativo, a que o(a) senhor(a) atribui essa dificuldade?)

4. Os casos de violência contra idosos são comunicação à Delegacias, Ministério Público, Conselho do Idoso do DF?

5. Como é o acompanhamento dos idosos atendidos no CEPAV da Região Leste? (Quais os profissionais envolvidos? Quanto tempo leva esse acompanhamento? Existe referência e contrarreferência?)

6. Existe alguma articulação intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no CEPAV da Região Leste? Com quais setores? Caso negativo, a que senhor(a) atribui essa dificuldade?

7. Como a rede de apoio ao idoso em situação de violência é acionada pela equipe do CEPAV da Região Leste?

8. Existe algum serviço de apoio e/ou assistência aos familiares daqueles em situação de violência assistidos pelo CEPAV da Região Leste? (psicológica, assistência social, jurídica)

Bloco IV - NOTIFICAÇÃO

1. Existe alguma diretriz e/ou normativa que orienta a atuação dos profissionais no que se refere a notificações de situação de violência? Se sim, quais são?

2. Qual a importância da ficha de notificação no fluxo do serviço ofertado pelo CEPAV? (Como a notificação serve para pensar o serviço)

3. Como ocorrem as notificações de violência contra pessoa idosa no CEPAV?

4. Quais os principais desafios para a implementação das notificações no serviço?

5. As notificações recebidas geram alguma ação de enfrentamento do problema por parte da SES? Se sim, quais?

Bloco V - EDUCAÇÃO E MATERIAL INFORMATIVO

1. Como são realizadas as capacitações, principalmente aos profissionais de saúde do HRL?

2. A partir da obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra idosos, quantos profissionais de saúde do HRL foram capacitados até o presente momento?

3. Saberia informar quais foram as categorias e lotação dos profissionais de saúde do HRL que já participaram das capacitações realizadas pelo CEPAV da Região Leste?

4. É feita a divulgação sobre a prevenção da violência pelo CEPAV da Região Leste para os profissionais de saúde do HRL? Se sim, como é realizada? Com qual frequência?

5. Forma disponibilizados materiais educativos pelo CEPAV Região Leste aos profissionais de saúde do HRL? Quais? E com que frequência?

Bloco VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O que apontaria como relevante para a melhoria do serviço ofertado aos idosos em situação de violência na Região Leste?

2. Quais são os desafios para implantação do serviço de atendimento aos idosos em situação de violência na Região Leste?

3. Senhor(a) gostaria de acrescentar algo que não tenha sido contemplado neste roteiro?

APÊNDICE E - Roteiro para entrevista com profissionais da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde Leste



Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde



Roteiro para entrevista com profissionais da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde Leste

Data: ____/____/____ Hora início: _____ Hora fim: _____

Controle: |__||__||__||__|

Bloco I - IDENTIFICAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Sexo (apenas anotar): (___) Masculino (___) Feminino
2. Qual a sua formação? _____
3. É servidor(a)/funcionário(a) público(a)? (apenas anotar) (___) SIM (___) NÃO
4. Qual é a sua função atual? _____
5. Há quanto tempo exerce atual função? Qual sua trajetória profissional?

Bloco II - ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE

1. Qual a estrutura da VE? (Física, tecnologia disponível)

2. Qual equipe que compõe a VE? A equipe é completa?

3. Como funciona a VE? (Dinâmica interna e horário de funcionamento?)

Bloco III – NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA AO IDOSO

1. No seu local de trabalho é realizada a notificação?

2. Senhor(a) tem ciência da obrigatoriedade do preenchimento da ficha para casos de violência contra idoso?

3. Na sua atuação profissional, já preencheu uma ficha notificação de violência contra idoso?
(___)SIM (___)NÃO

4. Como as notificações de violência chegam à VE? Qual o tratamento dado a esta ficha? (Insero no sistema? Encaminha para algum outro serviço? Fluxo?) Se sim, qual?

5. Saberá informar o quantitativo de notificações de violência contra idosos na Região Leste? (Proporção de idosos em comparação com os demais casos de violência) (Quem pode responder? Qual setor pode responder?)

6. Qual a importância da ficha de notificação?

Bloco IV - CAPACITAÇÃO SOBRE O COMPONENTE “NOTIFICAÇÃO” DA LINHA DE CUIDADO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

1. Participou de treinamento específico para preenchimento da notificação?

2. Tem acesso a outros meios de informação que não a capacitação sobre o preenchimento da ficha? (Tais como manual de orientação, folderes, outras fontes para esse tipo de agravo?)

3. Gostaria de acrescentar algo que não tenha sido contemplado neste roteiro?

APÊNDICE F - Roteiro para Observação Direta



Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde



Roteiro para observação direta

Data: ____/____/____ Observações feitas por: _____

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL OBSERVADO

1. Setor do HRL: _____

DISPONIBILIDADE DE MATERIAS IMPRESSOS OBSERVADO

1. No setor _____ observado foi encontrado algum tipo de material educativo e informativo sobre o tema? (___)SIM (___)NÃO

2. Tipo de material educativo e informativo sobre o tema da violência contra idoso encontrado no setor: (Realizar registro visual do material por fotografia)

3. Esse material estava direcionado para qual público:


(___) Profissional de saúde (___) Usuário (___) Crianças (___) Adolescentes (___)Mulheres
(___) Idosos (___) LGBTQ (___) Outros: _____

4. Ficha de notificação disponível no setor? (___)SIM (___)NÃO

5. Caso negativo, local de realização do registro:

6. Outras observações: _____

ANEXO I - Ficha de Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência do Distrito Federal

	GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE	SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Nº 			
DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres, homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares, de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e seus atos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).						
DADOS GERAIS	1 - Tipo de Notificação			2 - Individual		
	2 - Agravado/Doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 - Data da Notificação	
	4 - UF		5 - Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 - Unidade Notificadora		1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	7- Nome da Unidade Notificadora		Código da Unidade		9- Data da ocorrência da violência	
	8- Unidade de Saúde		Código (CNES)			
	10- Nome do paciente				11- Data de Nascimento	
	12-(ou) Idade		13- Sexo	14- Gestante		15- Raça/Cor
1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		M- Masculino F- Feminino	1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5- Não se aplica 6- Não se aplica 9- Ignorado		1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
16- Escolaridade						
0- Analfabeto 1- 1º ao 5º ano incompleto do EF (antigo 1ª a 4ª série) 2- 5º ano completo do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 6º ao 9º ano incompleto do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino Médio Incompleto (2º grau) 6- Ensino Médio Completo (2º grau) 7- Educação Superior Incompleta 8- Educação Superior Completa 9- Ignorado 10- Não se aplica						
17- Número do Cartão SUS		18- Nome da Mãe				
DADOS DE RESIDÊNCIA	19-UF		20- Município de Residência		Código (IBGE))	
	22- Bairro		23- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código	
	24- Número		25- Complemento (apto, casa,...)		26- Geo Campo 1	
	27- Geo Campo 2		28- Ponto de Referência		29- CEP	
	30-(DDD) Telefone		31-Zona		32- País (se reside fora do Brasil)	
			1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9- Ignorado			
Dados Complementares						
DADOS DA PESSOA ATENDIDA	33- Nome Social			34- Ocupação		
	35- Situação Conjugal/Estado Civil					
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3- Viúvo 4 - Separado 8- Não se aplica 9 - Ignorado					
	36- Orientação Sexual		37- Identidade de gênero			
1-Heterossexual 2- Homossexual(gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		1- Travesti 2- Mulher Transexual 3- Homem Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado				
38- Possui algum tipo de Deficiência/ transtorno?						
1-Sim 2-Não 9- Ignorado		39- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento				
DADOS DA OCORRÊNCIA	40-UF		41- Município de Ocorrência		Código (IBGE))	
	43- Bairro		44- Logradouro (rua, avenida, quadra...)		Código	
	45- Número		46- Complemento (apto, casa,...)		47- Geo Campo 3	
	49- Ponto de Referência		50 - Zona de Ocorrência		51- Hora de Ocorrência (00:00-23:59 horas)	
			1-Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado			
	52- Local de Ocorrência		07- Comércio/serviços		53- Ocorreu outras vezes?	
01- Residência 02- Habitação Coletiva 03- Escola 04- Local de Prática Esportiva 05- Bar ou similar 06- Via Pública		08- Indústrias/Construção 09- Outro 99- Ignorado		1-Sim 2-Não 9- Ignorado		
				54- A lesão foi autoprovocada?		
				1-Sim 2-Não 9- Ignorado		

Mod. 110.195

c.c. 11.000

Formato: 210x297

07/2015

N. Prod. Gráfica/SES

VIOLENCIA	55-Essa violéncia foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância Religiosa 88-Não se aplica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 05-Xenofobia 06-Conflito Geracional 07-Situação de Rua 08-Deficiência 09-Outros 99-Ignorado			
	56-Tipo de Violéncia 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		57-Meio da Agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de Seres Humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção Legal	<input type="checkbox"/> Força Corporal/Espancamento	
<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Outros:Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação	
<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/abandono	<input type="checkbox"/> Outros: Automutilações	<input type="checkbox"/> Obj. Contundente <input type="checkbox"/> Arma de Fogo	
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Obj. Pêrfuro-Cortante <input type="checkbox"/> Ameaça	
			<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Outros	
VIOLENCIA SEXUAL	58- Se ocorreu violéncia sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Assédio Sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____			
VIOLENCIA SEXUAL	59- Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência			
<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLENCIA	60-Número de envolvidos <input type="checkbox"/>	61- Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		62-Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/>
	1- Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padastro <input type="checkbox"/> Ex-namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoal com relação institucional		
63-Suspeita de Uso de álcool <input type="checkbox"/>				
1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTOS	64- Ciclo de vida do provável autor da violéncia:			
	1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2- Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9- Ignorado			
65- Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
<input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, outras)		<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso		<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher
<input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)		<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso		<input type="checkbox"/> Outras Delegacias
<input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, Escola, outras)		<input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos		<input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude
<input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)		<input type="checkbox"/> Ministério Público		<input type="checkbox"/> Defensoria Pública
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar		<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
66- Violéncia Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		67- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/>		68- Circunstância da lesão CID 10 -
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		
69- Data de encerramento				
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone
Observações Adicionais:				
Disque-saúde Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque Direitos Humanos 100