



Faculdade de Odontologia de Araçatuba-  
FOA/UNESP  
Departamento de Odontologia Preventiva e Social



*Perfil epidemiológico da  
violência contra idosos a  
partir de ocorrências  
policiais*

---

**Michele da Conceição Andrade**

**Araçatuba**

**2012**

**Michele da Conceição Andrade**

*Perfil epidemiológico da violência  
contra idosos a partir de ocorrências  
policiais*

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

**Orientadora:** Cléa Adas Saliba Garbin

**Araçatuba**

**2012**

*Michele da Conceição Andrade*

# *Dedicatória*

---

*“Beije seu filho. Sorria para ele. Invente uma brincadeira. Conte uma história de rir ou de chorar. Contemple sua obra. Você faz parte do milagre do amor que gera a vida.”*

*Gabriel Chalita*

## ***A Deus***

*Que sempre atendeu as minhas necessidades e me deu forças pra superar todas as dificuldades. Obrigada Senhor por mais uma conquista!*

## ***Aos meus pais***

*Que me deram a vida e que muitas vezes renunciaram seus sonhos para que eu e meus irmãos pudéssemos realizar os nossos. Se cheguei até aqui, foi graças a vocês que mesmo quando ausentes, estavam presentes em meu coração. Espero retribuir com a mesma dedicação e amor tudo o que recebi de vocês!*

## ***Aos meus irmãos***

*Diego e Douglas que sempre me incentivaram e acreditaram em mim.*

## ***Aos meus eternos amores***

*Meu marido Mateus e meu filho Lucas que tornam meus dias mais especiais e que ao lado deles me fazem acreditar que a vida vale a pena!*

# Agradecimentos

---

*“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”*

*Charles Chaplin*

*À Professora Cléa Adas Saliba Garbin, minha orientadora, docente e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Obrigada por todo apoio, pelos ensinamentos, dedicação e pelo exemplo de determinação em tudo que faz. Serei eternamente grata!*

*Aos Professores do Departamento de Odontologia Preventiva e Social e a todos Professores da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP por me proporcionarem uma formação privilegiada.*

*Aos Funcionários, Estagiários e Pós-Graduandos do Departamento de Odontologia Preventiva e Social pela agradável convivência e por toda a ajuda que me deram.*

*À Renata Colturato Joaquim, pelas orientações e disposição em me ajudar sempre! Você foi fundamental para o desenvolvimento desse trabalho, sempre muito dedicada e atenciosa. Obrigada pela amizade e carinho!*

*À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas da Diretora Professora Ana Maria Pires Soubhia e Vice-Diretor Professor Wilson Roberto Poi pela oportunidade de desenvolvimento do meu trabalho.*

*Michele da Conceição Andrade*

*À delegada de polícia da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, Dra. Luciana Pistore Frascino, que permitiu a realização da pesquisa na referida unidade e aos funcionários. Sem vocês essa pesquisa seria inviável.*

*Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) que me concedeu bolsa durante a realização desta pesquisa. Deixo aqui meu profundo agradecimento.*

*Michele da Conceição Andrade*

# *Epígrafe*

---

*“Devemos ser gratos a Deus pelos pequenos detalhes. Nos detalhes descobrimos o valor de uma realidade. Olhar as miudezas da vida faz a diferença.”*

*Padre Fábio de Melo*

# Resumo Geral

---

*“A educação é aquilo que permanece depois que tudo o que aprendemos foi esquecido”*

*Burrhus Frederic Skinner*



Andrade MC. **Perfil epidemiológico da violência contra idosos a partir de ocorrências policiais.** 2012 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2012.

### **Resumo**

Objetivou-se nesse estudo verificar o perfil da ocorrência de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência contra idosos. Foram analisadas as ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município paulista, no período de dois anos, relativos à agressão: local; motivo; relação vítima-agressor; presença de drogas durante a agressão; características sociodemográficas de agressores e vítimas; procura das vítimas por serviço de saúde e o laudo médico. Foram utilizados teste de Fisher e Qui-quadrado com nível de significância  $p < 0,05$ , para a análise dos 201 casos. Dentre as denúncias feitas, a maior parte dos agressores eram homens (66,2%) com pele branca (54,7%) e as vítimas mulheres (95,5%), brancas (70,6%). Houve maior prevalência de violência psicológica (51,7%) sendo a residência (81,6%) o local de maior frequência de agressões. Na maior parte dos casos o agressor era algum familiar da vítima (36,7%) e o motivo relacionado à discussões (62,2%). Houve baixa frequência do uso drogas (8,5%) e álcool (15,4%) durante os atos violentos. A maioria das vítimas não procurou por ajuda médica (67,2%). Dentre as lesões sofridas prevaleceu a de natureza leve (89,3%) na região de membros superiores (38,5%) seguida de cabeça e pescoço (30,8%). Conclui-se que a maioria das agressões ocorreu nos lares por parentes próximos, relacionadas à violência psicológica.

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



# General Abstract

*"A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás;  
mas só pode ser vivida olhando-se para a frente."*

*Soren Kierkegaard*



Andrade MC. **Epidemiological profile about police records of occurrences of elder abuse.** 2012 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2012.

### **Abstract**

The aim of this study was to verify the profile of occurrence of physical, psychological and sexual abuses and negligence against the elderly. It were analyzed the police occurrences of Defense of Woman Police from a city of São Paulo State during two years, about aggression: local, cause, relation victim:aggressor, presence of drug during aggression, social and demographic characteristics of aggressors and victims, the search of health services and medical reports by victims. It were used Fisher's Test and Chi-squared Test with p set at  $<0.05$ , to analyze the 201 cases. Among performed complaints, the major part of aggressors were men (66.2%) with white skin (54.7%) and the victims were women (95.5%), white (70.6%). There was higher prevalence of psychological abuse (51.7%) and the home (81.6%) was the most frequent local for aggressions. In larger part of cases, the aggressor was some relatives of victim (36.7%) and the cause was related to discussions (62.2%). There was low frequency of drug use (8.5%) and alcohol (15.4%) during violence. The majority of victims didn't search of medical help (67.2%). Among suffered lesions, it was more prevalent those that had mild level (89.3%) in area of upper limbs (38.5%) followed by head and neck (30.8%). It was concluded that the majority of abuses occurred at home by closed relatives, related to psychological violence.

**Keywords:** Domestic violence, Aged, Public Health, Elder abuse.

# *Lista de Tabelas*

---

<b>Tabela 1</b>	Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das vítimas e agressores de violência registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009.	<b>Página 20</b>
<b>Tabela 2</b>	Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das ocorrências policiais dos casos de violência contra idosos registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009.	<b>Página 21</b>
<b>Tabela 3</b>	Distribuição absoluta e percentual das lesões sofridas por idosos, segundo gravidade e região, registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009.	<b>Página 22</b>
<b>Tabela 4</b>	Distribuição absoluta e percentual do tipo violência contra idosos e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009.	<b>Página 23</b>
<b>Tabela 5</b>	Distribuição absoluta e percentual do tipo de agressor contra idosos e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba - SP nos anos de 2008 e 2009.	<b>Página 24</b>

# *Lísta de abreviaturas*

---

DDM- Delegacia de Defesa da Mulher

EI- Estatuto do Idoso

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

SIH- Sistema de Informação Hospitalar

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

VIVA- Vigilância e prevenção de violências e promoção da cultura da paz

WHO- World Health Organization

# *Lísta de Anexos*

---

**Anexo A** Comitê de ética e pesquisa

**Página 36**

# *Sumário*

---

<b>1</b>	<b>Perfil epidemiológico da violência contra idosos a partir de ocorrências policiais</b>	
1.1	Introdução	<b>14</b>
1.2	Metodologia	<b>16</b>
1.3	Resultado	<b>18</b>
1.4	Discussão	<b>25</b>
1.5	Conclusão	<b>30</b>
1.6	Referências	<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

Embora a violência alcance todos os grupos etários e classes sociais, causando morte, lesões, traumas físicos e emocionais<sup>1</sup>, existem grupos mais vulneráveis como mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

A população idosa apresenta maior risco de sofrer violência devido à fragilidade e dependência, atribuídas pelas limitações físicas, cognitivas e sociais. No ambiente doméstico as questões culturais também podem contribuir para que haja violência, uma vez que, frequentemente, o idoso passa a ser desvalorizado, considerado um peso, visto como uma pessoa inútil e relegado à marginalização<sup>2</sup>. Muitas vezes, os idosos em condição de dependência, requerem cuidados da parte dos familiares, necessitando de adaptações na organização da família e, conseqüentemente, alterando o estilo das mesmas, o que pode gerar conflitos. A falta de recursos financeiros somada à necessidade de cuidados com o idoso por parte de familiares dentro do ambiente doméstico podem gerar dependências multifacetadas de difícil administração<sup>2</sup>.

Para a *Action on Elder Abuse*, instituição especializada do Reino Unido, a violência ao idoso é definida como: “realizar ato único ou repetido, ou deixar de tomar determinadas providências necessárias, provocando dano ou angústia a uma pessoa de idade avançada”<sup>3</sup>. Em geral, classificam-se as formas de violência sofrida de acordo com as seguintes categorias<sup>4</sup>: Maus tratos físicos: causar dor ou lesões, exercer coerção física ou restringir a liberdade de movimentos mediante a força ou o uso de drogas; Maus tratos emocionais: infligir sofrimento psíquico; Abuso econômico ou material: explorar o idoso ou fazer usos de seus rendimentos ou recursos materiais de forma ilícita ou indevida; Abuso sexual: manter contato sexual não consentido de qualquer tipo com uma pessoa idosa; Negligência: não cumprir com a obrigação de atender ao idoso, nas suas necessidades básicas, como higiene, alimentação, afeto, cuidados com a saúde, entre outros.

As conseqüências ocasionadas pela violência nas pessoas idosas ainda não estão muito bem esclarecidas<sup>4</sup>, no entanto, o que se sabe é que podem ser especialmente graves pela condição fragilizada do indivíduo. Sentimentos como impotência, alienação, culpa, vergonha, medo, ansiedade, negação, desordem pós-traumática e experiências de depressão podem ser relacionados ao idoso violentado, além de aumentar o risco de morte<sup>5-7</sup>.

Uma das grandes dificuldades em relação ao diagnóstico da violência familiar diz respeito ao segredo ou conluio familiar, pois este faz com que os idosos violentados não denunciem os seus agressores. Isso se deve, sobretudo, a vinculação à honra, à cumplicidade, à confiança estabelecidas no âmbito familiar, pelo medo da vítima em quebrar estes vínculos, além do autoritarismo e pressão psicológica exercidos pelo agressor<sup>8</sup>.

Deste modo, os idosos não se dispõem a relatar facilmente os episódios de vitimização que vivenciam por medo de represálias e de um abandono ainda maior, já que, muitas vezes, a violência é cometida por pessoas das quais dependem física e emocionalmente, responsáveis por seu cuidado<sup>9</sup>.

Além disso, outro fator que deve ser considerado é a falta de informação por parte do idoso violentado, que muitas vezes desconhece os serviços de assistência e proteção. Deste modo, sem receber ajuda na busca pelo socorro, eles hesitam em denunciar seus agressores<sup>10</sup>.

A questão da violência doméstica contra idosos tem se ampliado, nos dias atuais, em consequência do fenômeno de envelhecimento populacional e da grande divulgação pela mídia de casos violentos, gerando, dessa forma, a necessidade de um maior campo de investigação na área, dado o risco suposto ao qual a população mais idosa está submetida<sup>11</sup>.

A escassez de pesquisas na área restringe ainda mais a visualização e enfrentamento do problema. Além disso, é de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as ocorrências de violência contra idosos e suas consequências e dessa forma consigam identificar os casos que possam aparecer na prática diária dos serviços de saúde, atuando junto à equipe de saúde no controle e prevenção do problema. A maior parte das lesões físicas quando presentes aparecem na face e membros superiores, local de fácil visualização e, portanto fácil de levantar suspeitas de casos violentos, necessitando para tanto que o profissional de saúde esteja capacitado para isso.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de maus tratos físicos, psicológicos e/ou sexuais e negligência contra idosos, de ambos os gêneros, registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de um município brasileiro, nos anos de 2008 e 2009, e determinar o perfil de agressores e vítimas, bem como as relações de parentesco entre os envolvidos.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de análise documental, conduzido na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba-SP. A população do estudo foi composta pelas ocorrências registradas na instituição policial, no período de dois anos.

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

Foram analisados todos os boletins de ocorrência e termos circunstanciados dos anos de 2008 e 2009 e incluídos na pesquisa os que se referiam à violência física, psicológica, sexual e negligência, praticadas contra idosos de qualquer gênero. Considerou-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade<sup>12</sup>.

Nesses documentos, foram analisadas as seguintes variáveis:

*Agressão:* local da ocorrência; motivo; relação vítima-agressor e presença de drogas durante o ato. Quando bebida alcoólica ou drogas são mencionadas nas denúncias, significa que agressor estava sob efeito de álcool ou drogas ilícitas no momento da agressão.

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

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

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info, versão 3.5.1. Após o processamento dos dados, procedeu-se à análise estatística descritiva e analítica. Para verificar a associação entre os dados coletados foram utilizados

teste de Fisher e Qui-quadrado com nível de significância  $p < 0,05$  utilizando o software estatístico Bioestat<sup>13</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Brasil seguindo os preceitos da declaração de Helsinque e Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde<sup>14</sup>. A fim de preservar a identidade das vítimas e agressores, os documentos foram analisados de forma a ocultar nomes ou quaisquer outras informações que pudessem identificá-los. O estudo teve início após autorização da responsável pela Delegacia de Defesa da Mulher.

## RESULTADOS

Durante os dois anos foram registrados na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) de Araçatuba, 2.514 Boletins de Ocorrência e 474 Termos Circunstanciados, destes 201 correspondiam a ocorrências contra idosos.

O perfil da vítima (**Tabela 1**) mostra que do total, 95,5% pertenciam ao sexo feminino, com idade entre 70 e 79 anos em 63,7% dos casos; e do agressor, sendo 66,2% do sexo masculino, com idade não relatada na maior parte dos casos (48,3%). Porém, em relação à faixa etária do agressor informada nos dados coletados 15,5% pertenciam ao intervalo dos 41 aos 50 anos;

Quanto ao perfil da ocorrência (**Tabela 2**), em 81,6% dos casos a residência foi o local de maior prevalência, sendo o motivo da agressão relacionado à discussão/desentendimento em 62,2% dos casos. O principal tipo de ocorrência relaciona-se a violência psicológica (51,7%), representada pelos crimes de ameaça, calúnia e injúria, por entender que todas elas podem infligir transtornos psíquicos. A violência física foi a segunda mais acometida, sendo representada por de lesão corporal e vias de fato (33,3%).

Em 90% das ocorrências, o agressor era conhecido da vítima, sendo que 21,4% das agressões eram praticadas pelos próprios filhos. No que diz respeito à ingestão de álcool no momento da agressão, foi possível observar presente em 15,4% dos casos e em 8,5% o agressor havia consumido algum tipo de droga.

Em relação às vítimas que sofreram algum tipo de violência física observou-se que 32,8% destas passaram pelo serviço de saúde e em 89,3% dos casos, o Laudo Médico caracterizou lesão corporal de natureza leve sendo a região de membros superiores o local mais atingido (40%) seguida da região de cabeça e pescoço (24%). (**Tabela 3**)

Houve associação entre o agressor e o tipo de violência sofrida (**Tabela 4**). Quando o agressor era da família, predominou a violência psicológica em 42,5% ( $p=0,0017$ ) dos casos. Nas situações em que o agressor era parceiro da vítima a principal violência sofrida foi a física.

Também houve associação quanto ao motivo da agressão e o tipo de violência (**Tabela 4**). Quando se tratava de dinheiro/bens em 72,7% ( $p=0,0029$ ) dos casos a violência psicológica prevaleceu. Do mesmo modo quando o motivo relatado era

discussão/desentendimento a violência psicológica foi a mais cometida, 52,8% ( $p=0,0029$ ) dos casos. Não houve associação entre as demais variáveis e o tipo de violência sofrida.

Na **Tabela 5**, observou-se a associação entre a idade da vítima e a relação de parentesco com o agressor. Dessa forma observa-se que no intervalo de 60 a 69 anos o percentual de agressores familiares é superior em relação a outros tipos (30,3%) ( $p=0,0002$ ), no entanto o fato que chama atenção é o aumento desse percentual para 70% ( $p=0,0002$ ) quando a idade era superior a 80 anos. Para o intervalo de idade de 70 a 79 anos, prevaleceu em 50,9% ( $p=0,0002$ ) dos casos outro tipo de agressor, não pertencendo a família ou sendo parceiro da vítima.

Quando se trata do local da agressão e parentesco do agressor com a vítima (**Tabela 5**), houve associação entre residência e família (46,3%,  $p=0,0003$ ) Quando a agressão sofrida ocorreu em via pública, outro tipo de agressor prevaleceu em 85,4% dos casos ( $p=0,0003$ ). Enquadra-se nessa categoria inquilino(a) da vítima, vizinho(a), amigo(a) entre outros.

Houve associação também quanto a ingestão de bebidas alcoólicas e a relação de parentesco, sendo 69% ( $p<0,0001$ ) dos agressores que ingeriram álcool eram da família e quanto ao consumo de drogas durante os atos violentos em 94,1% ( $p<0,0001$ ) dos casos o agressor também pertencia a família (**Tabela 5**).

**Tabela 1-** Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das vítimas e agressores de violência contra idosos registradas na DDM de Araçatuba – SP nos anos de 2008 e 2009.

Características	Vítima		Agressor	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	9	4,5	133	66,2
Feminino	192	95,5	58	28,8
Sem informação	-	-	10	5,0
<b>Tipo de Pele</b>				
Branca	142	70,6	110	54,7
Negra	6	3,1	7	3,5
Parada	28	13,9	39	19,4
Sem Informação	25	12,4	45	22,4
<b>Faixa Etária</b>				
60  -- 69	60	29,8	-	-
70  --79	128	63,7	-	-
> 80	13	6,5	-	-
<b>Faixa Etária</b>				
10  -- 20	-	-	04	2,0
21  -- 30	-	-	18	9,0
31  -- 40	-	-	19	9,4
41  -- 50	-	-	31	15,5
51  -- 60	-	-	13	6,4
61  -- 70	-	-	16	8,0
71  --80	-	-	03	1,4
Sem Informação	-	-	97	48,3
<b>Estado Civil</b>				
Casado	67	33,3	39	19,4
Separado	40	19,9	14	7,0
Solteiro	19	9,4	53	26,4
Viúvo	60	29,9	01	0,5
Sem Informação	15	7,5	94	46,7
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	19	9,5	01	0,5
Fundamental Completo	52	25,9	21	10,4
Fundamental Incompleto	12	6,0	10	5,0
Médio Completo	15	7,5	10	5,0
Médio Incompleto	01	0,5	01	0,5
Superior Completo	13	6,4	05	2,5
Superior Incompleto	01	0,5	-	-
Sem Informação	88	43,7	153	76,1
<b>Profissão (Ocupação)</b>				
Aposentado(a)	61	30,4	10	5,0
Desempregado	-	-	12	6,0
Do lar	70	34,9	05	2,4
Outras	39	19,4	64	32,0
Sem Informação	31	15,3	110	54,6

**Tabela 2-** Distribuição absoluta e percentual do perfil epidemiológico das ocorrências policiais dos casos de violência contra idosos registradas na DDM de Araçatuba – SP nos anos de 2008 e 2009.

<b>Características das ocorrências</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ocorrência</b>		
Violência psicológica (ameaça/injúria/calúnia)	104	51,7
Violência Física (lesão corporal/vias de fato)	67	33,3
Outros	30	15,0
<b>Dia da Semana</b>		
Dia de Semana (segunda-sexta)	149	74,1
Final de Semana (sábado e domingo)	51	25,4
Sem Informação	01	0,5
<b>Horário</b>		
00:01 – 06:00	13	6,5
06:01 – 12:00	61	30,3
12:01 – 18:00	79	39,3
18:01 – 24:00	47	23,4
Sem Informação	01	0,5
<b>Motivo</b>		
Dinheiro/Bens	22	10,9
Discussão/Desentendimento	125	62,2
Motivo não relatado	53	26,4
Outros	1	0,5
<b>Local</b>		
Residência	164	81,6
Via pública	23	11,4
Outro	14	7,0
<b>Relação Vítima-Agressor</b>		
Família	73	36,3
Parceiro	36	17,9
Outro	65	32,4
Sem Informação	27	13,4

**Tabela 3-** Distribuição absoluta e percentual das lesões sofridas por idosos, segundo gravidade e região, registradas na DDM de Araçatuba- SP nos anos de 2008 e 2009.

<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gravidade</b>		
Ausência de Lesões	3	10,7
Natureza Leve	25	89,3
Total	28	100,0
<b>Região</b>		
Cabeça e Pescoço	8	32,0
Tronco	1	4,0
Membros Superiores	10	40,0
Membros Inferiores	6	24,0
Total	25	100,0

**Tabela 4-** Distribuição absoluta e percentual e associação das variáveis do tipo violência contra o idoso e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba-SP nos anos de 2008 e 2009.

<b>Características</b>		<b>Violência Física</b>	<b>Violência Psicológica</b>	<b>Outros</b>	<b>p valor</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	4 (44,4%)	5 (55,6%)	-	p=0,5161
	Feminino	63 (32,8%)	99 (51,6%)	30 (15,6%)	
<b>Idade</b>	60 a 69	42 (32,8%)	67 (52,4%)	19 (14,8%)	p=0,9095
	70 a 79	21 (35,0%)	31 (51,7%)	8 (13,3%)	
	> 80	4 (30,8%)	6 (46,1%)	3 (23,1%)	
<b>Pele</b>	Branca	52 (36,6%)	72 (50,7%)	18 (12,7%)	p=0,5311
	Parda e Negra	9 (26,5%)	20 (58,8%)	5 (14,7%)	
<b>Agressor</b>	Família	29 (39,7%)	31 (42,5%)	13 (17,8%)	p=0,0017* <sup>1</sup>
	Parceiro	16 (44,4%)	19 (52,8%)	1 (2,8%)	
	Outro	11 (16,9%)	44 (67,7%)	10 (15,4%)	
<b>Motivo</b>	Dinheiro/Bens	1 (4,6%)	16 (72,7%)	5 (22,7%)	p=0,0029* <sup>1</sup>
	Discussão/Desentendimento	46 (36,8%)	66 (52,8%)	13 (10,4%)	
	Motivo não relatado	19 (35,9%)	22 (41,5%)	12 (22,6%)	
<b>Local</b>	Residência	54 (32,9%)	87 (53,1%)	23 (14,0%)	p=0,1378
	Via pública	6 (26,1%)	14 (60,9%)	3 (13,9%)	
	Outros	7 (50,0%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	
<b>Dia da Semana</b>	Semana	43 (28,8%)	84 (56,4%)	22 (14,8%)	p=0,0739
	Fim de semana	23 (45,1%)	20 (39,2%)	8 (15,7%)	
<b>Agressor e álcool</b>	Sim	15 (48,4%)	12 (38,7%)	4 (12,9%)	p=0,0784
	Não	37 (27,6%)	77 (57,5%)	20 (14,9%)	
<b>Agressor e Drogas</b>	Sim	9 (52,9%)	5 (29,4%)	3 (17,7%)	p=0,0886
	Não	43 (30,5%)	78 (55,3%)	20 (14,2%)	

\*Estatisticamente significante 1. Qui-quadrado



**Tabela 5-** Distribuição absoluta e percentual do tipo de agressor de violência contra o idoso e demais variáveis registradas na DDM de Araçatuba- SP nos anos de 2008 e 2009.

		<b>Família</b>	<b>Parceiro</b>	<b>Outro</b>	
<b>Sexo</b>	Masculino	4 (57,1%)	-	3 (42,9%)	p=0,5316
	Feminino	69 (41,3%)	36 (21,6%)	62 (37,1%)	
<b>Idade</b>	60 a 69	42 (38,5%)	33 (30,3%)	34 (31,2%)	p=0,0002* <sup>1</sup>
	70 a 79	24 (43,6%)	3 (5,5%)	28 (50,9%)	
	> 80	7 (70,0%)	-	3 (30,0%)	
<b>Pele</b>	Branca	44 (36,7%)	28 (23,3%)	48 (40,0%)	p=0,2157
	Parda e Negra	16 (53,3%)	4 (13,4%)	10 (33,3%)	
<b>Motivo</b>	Dinheiro/Bens	6 (31,6%)	2 (10,5%)	11 (57,9%)	p=0,3043
	Discussão/Desentendimento	49 (43,4%)	27 (23,9%)	37 (32,7%)	
	Motivo não relatado	18 (42,8%)	7 (16,7%)	17 (40,5%)	
<b>Local</b>	Residência	69 (46,3%)	32 (21,5%)	48 (32,2%)	p=0,0003* <sup>1</sup>
	Via pública	1 (6,3%)	1 (6,3%)	14 (85,4%)	
	Outros	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	
<b>Dia da Semana</b>	Semana	55 (43,0%)	23 (18,0%)	50 (39,0%)	p=0,2990
	Fim de semana	17 (37,8%)	13 (28,9%)	15 (33,3%)	
<b>Agressor e álcool</b>	Sim	20 (69,0%)	8 (27,6%)	1 (3,4%)	p<0,0001* <sup>2</sup>
	Não	42 (36,5%)	21 (18,3%)	52 (45,2%)	
<b>Agressor e Drogas</b>	Sim	16 (94,1%)	1 (5,9%)	-	p<0,0001* <sup>1</sup>
	Não	41 (34,2%)	27 (22,5%)	52 (43,3%)	

\*Estatisticamente significante      1. Qui-quadrado      2. Teste de Fisher

## DISCUSSÃO

A violência contra o idoso vem sendo amplamente discutida nos dias atuais, isso porque com o envelhecimento populacional, temas antes pouco debatidos agora ganham destaque no cenário científico nacional e internacional. Fatores como as dificuldades socioeconômicas por grande parte da população, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, favorecem a disseminação da violência, tornando o problema bastante frequente, e de grande relevância para o país<sup>15</sup>. No entanto trata-se de uma problemática complexa por não ter um fator uni causal e principalmente pela dificuldade em diagnosticar os casos, visto que a maioria dos episódios notificados de violência contra o idoso ocorre no ambiente doméstico<sup>16</sup>. A aparente proteção conferida aos idosos pela residência torna esse tipo de abuso praticamente invisível, o que reforça a necessidade de estudos que demonstrem suas características, de modo a facilitar seu enfrentamento.

Neste contexto, sabendo-se da dificuldade do idoso em denunciar os abusos sofridos por eles, optou-se por investigar o perfil da violência denunciada pelos próprios idosos que registraram suas ocorrências na delegacia. No município sede do estudo, todos os casos de crimes praticados contra crianças, mulheres e idosos são apurados pela DDM.

Tendo em vista o grande número de registros policiais nos anos de 2008 e 2009, na delegacia estudada, foi possível observar que uma pequena parcela tratava de ocorrências contra pessoas acima de 60 anos. Esse fato pode ser explicado exatamente pela relação de dependência da pessoa idosa com seu agressor, o que leva a muitos casos de subnotificação, pois o idoso por medo de represálias e de um abandono ainda maior dificilmente se dispõe a relatar os episódios de vitimização<sup>8</sup>.

Segundo estudo realizado recentemente por Souza et al.<sup>16</sup>, no qual os autores fizeram um levantamento dos artigos relacionados ao tema, foi possível identificar o perfil da vítima da violência contra pessoas idosas: trata-se de mulheres, com idade superior a 75 anos, viúvas, podendo ser físico ou emocionalmente dependentes, portadoras de doenças crônicas e normalmente residentes junto aos familiares. Outros fatores apontados pelos autores são: o histórico de violência familiar, alcoolismo e distúrbios psiquiátricos. Da mesma forma, nessa pesquisa, o gênero feminino prevaleceu, com idade entre 70 e 79 anos e casadas.

Outro estudo realizado em 1997, na cidade de Ribeirão Preto –SP, demonstra que a faixa etária das vítimas apresentou maior frequência entre os 69 e os 74 anos, tanto para os

homens quanto para as mulheres, no entanto na faixa etária de 60 a 64 anos, as mulheres predominam sendo as mais vitimizadas<sup>17</sup>.

Quanto aos agressores, o presente estudo apontou os filhos como os mais frequentes. Corroborando com esse achado, Nelson et al.<sup>18</sup> afirmam que em 90% dos casos, o agressor é um membro da família, na maioria das vezes um filho adulto ou cônjuge. Esse fato pode ser explicado pelo choque de gerações, problemas com o espaço físico, dificuldades financeiras e mesmo a ideia de decadência associada à velhice, que geralmente desencadeiam situações conflituosas<sup>19-21</sup>. Da mesma forma Ruiz et al.<sup>22</sup> identificaram os agressores na maioria dos casos sendo filhos e filhas (57%); genros e noras (23%); um dos cônjuges (8%). Não há dúvidas da importância do núcleo familiar como principal responsável pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o proteja de todo tipo de abuso<sup>23</sup>.

No presente estudo, corroborando com achados na literatura, os crimes mais cometidos foram o de violência psicológica e física. Apratto Junior<sup>15</sup> em seu estudo, aponta que 43,2% das ocorrências foram de violência psicológica e 6,1% violência física grave. Porto e Koller<sup>24</sup> demonstraram que idosos, entrevistados em uma instituição de longa permanência para idosos de Porto Alegre, relataram sofrer agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros e de formas menos incidentes, agressões físicas.

Observa-se que a agressão psicológica foi a de maior prevalência quando o agressor era familiar e o motivo para esse tipo de violência era a discussão ou desentendimento. Isso reforça a questão da problemática do convívio familiar, muitas vezes imposto pela situação de dependência física ou financeira do idoso. Essa situação altera a dinâmica familiar podendo levar os cuidadores familiares a situações de estresse e negligência no atendimento às suas necessidades, podendo acarretar em situações de abuso e maus-tratos<sup>25</sup>. Dessa forma, muitas vezes, os familiares, sem paciência, agredem o idoso na forma de violência psicológica, e as ameaças feitas por esses, trazem transtornos emocionais irreparáveis para o idoso, que já se encontra numa condição fragilizada.

Os idosos procuram a delegacia para notificar casos de agressões e ameaças por temerem pela própria vida, na tentativa de buscar ajuda das autoridades competentes. No que diz respeito à baixa taxa de denúncias sobre negligência, o fato pode ser explicado por muitas vezes o idoso não ter consciência de que se trata de um crime o fato do familiar não cuidar corretamente do seu estado de saúde, garantindo dessa forma bem estar e qualidade de vida.

Nos casos de agressão física a vítima é encaminhada para exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal para averiguação dos danos sofridos. No entanto, dentre os idosos que procuraram a delegacia para denunciar esses casos observou-se que um número muito pequeno procurou pelo serviço de saúde ou realizou o exame acima citado, fato esse que corrobora com pesquisas semelhantes encontradas na literatura<sup>26,27</sup>. Dentre os casos registrados com o exame do IML, as lesões sofridas foram consideradas de natureza leve na maioria dos casos, dados esses que estão de acordo com a literatura como no estudo realizado por Dossi et al<sup>28</sup>.

Muitas vezes pelo fato do agressor ser o filho da vítima ou algum outro parente próximo, o idoso pode não realizar o exame com medo de levar adiante o processo policial, ainda mais nos casos onde o idoso convive sob o mesmo teto do seu agressor.

Na presente pesquisa observou-se que a residência foi o local onde ocorreu a maioria das ocorrências, havendo associação com o agressor familiar, como era de se esperar. Dados semelhantes são facilmente encontrados na literatura como no estudo realizado por Santos et al.<sup>10</sup>, que relata que a convivência dos idosos com pessoas mais jovens e a dependência de cuidados podem gerar conflitos de relacionamento, em sua residência. A violência contra idosos no âmbito familiar é considerada como a mais frequente forma de agressão. Kleinschmidt<sup>17</sup> demonstrou que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra as pessoas acima de sessenta anos ocorrem nas residências.

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

Assim, outros fatores de risco inerentes à violência e maus tratos ao idoso podem ser destacados: o ciclo de violência inter geracional – crianças que foram violentadas quando adultos podem propiciar maus tratos aos pais e/ou avós; dependência – alto grau de dependência em todos os sentidos (psicológico, físico, econômico); estresse do cuidador pela dependência do idoso e pela falta de uma rede de suporte familiar mais ampla e o isolamento social – pessoas idosas que vivem sozinhas são menos propensas a serem violentadas, no entanto, podem ser negligenciadas ou auto-negligenciadas<sup>29</sup>.

Desse modo, quando investigado o motivo da agressão, os casos de desentendimento e discussão foram os mais prevalentes. Alguns fatores podem influenciar diretamente nessas discussões, tais como, a apropriação indevida da aposentadoria e a omissão nos cuidados, entre outros<sup>30</sup>. Referindo-se ao problema econômico, Louzá et al.<sup>31</sup> afirmam que o agressor frequentemente ameaça e agride a vítima com a finalidade da doação de um bem, da antecipação de uma herança ou para evitar gastos desnecessários ou inúteis feitos pelos idosos. Além dos conflitos gerados pelo convívio entre vítima e agressor, muitas vezes existe o agravante do agressor ser usuário de álcool e drogas, prejudicando ainda mais a relação fragilizada da família. Este dado foi obtido por informação dos próprios idosos quando notificaram a agressão à polícia.

Quanto à associação ao consumo de drogas e bebidas alcoólicas quando o agressor era familiar, pode ser explicado pelo fato do familiar que faz uso dessas substâncias ser obrigado a conviver com o idoso na sua residência e, dessa forma, acabar descontando seus problemas e frustrações nesse indivíduo fragilizado, devido a proximidade e convivência.

Conforme salienta Santos et al.<sup>10</sup> há que se avançar na compreensão do fenômeno violência, que desafia a ciência, produz estresse, fobias e traumas que ferem silenciosamente. Além do mais, os Conselhos do Idoso e Ministério Público devem estar atentos, principalmente à violência velada, de modo a supervisionar as instituições de idosos, para que tais entidades e os profissionais que delas fazem parte possam ser responsabilizados, quando assim o couber. De fato, nos últimos anos tem-se observado no território brasileiro uma tendência ao crescimento da legislação de proteção ao idoso em diversas dimensões da vida do mesmo, fato que pode contribuir para uma prática mais responsável de cuidado por parte de familiares e cuidadores<sup>32</sup>.

Recentemente, avaliando as limitações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) que descrevem apenas as características dos casos violentos que tenham como desfecho o óbito ou a internação, respectivamente, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de obter dados e divulgar informações sobre violências e acidentes, possibilitando dessa forma conhecer a dimensão desses graves problemas de saúde pública<sup>33</sup>. Neste contexto observa-se o esforço dos órgãos públicos, o empenho do Estado na prevenção e controle da violência, por meio de programas e estabelecimento de campanhas<sup>34</sup>. Mas ainda assim, são necessárias mais ações,

principalmente no que diz respeito à capacitação dos profissionais da área da saúde, pois, de acordo com o artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941<sup>35</sup>, admite-se como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho<sup>34</sup>. No entanto nem sempre os mesmos estão preparados para identificar estes casos, sendo fundamental sua capacitação. Além disso, como o problema ocorre na maioria das vezes dentro das residências, os agentes comunitários de saúde (ACS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), também devem ser capacitados para identificar os casos suspeitos e notificar aos órgãos competentes. Entretanto, não basta apenas identificar os casos violentos, há necessidade também de dar suporte para as famílias que se encontram nessa situação conflituosa e amparo às vítimas, garantindo-lhes melhores condições de vida<sup>36</sup>.

Embora o estudo tenha sido realizado em apenas um município, a relevância e justificativa do trabalho contribui para a visualização do problema, devendo, portanto ser expandido para outros municípios. O alerta para a importância do profissional de saúde estar atento aos casos suspeitos, também deve ser mais discutido no meio científico, para que dessa forma, sejam construídas novas estratégias no enfrentamento da subnotificação dos casos de violência doméstica.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que a de violência do tipo psicológica foi a mais prevalente contra o idoso, e o agressor, na maioria dos casos, tratava-se do próprio filho da vítima, o que pode agravar as relações familiares.

Viver sob constante ameaça por familiares tão próximos pode gerar constrangimento, humilhação, dentre tantos outros aspectos negativos para a qualidade de vida do idoso violentado podendo até mesmo levar a quadros de depressão.

Com os resultados, espera-se fornecer subsídios para implementação e fortalecimento de políticas públicas que garantam um maior controle e prevenção da problemática da violência contra os grupos mais vulneráveis.

## **AGRADECIMENTOS**

À delegada de polícia da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, Dra. Luciana Pistore Frascino, por permitir a realização da pesquisa na referida unidade.

## REFERÊNCIAS

1. Machado L, Queiroz Z. Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. p. 791-7.
2. Leite MT, Hilderbrandt LM, Santos AM. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. Rev Bras Geriatr Gerontol 2008; 11(2): 209-21.
3. What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin, 1995, 11 (May-June). Disponível em: <http://www.elderabuse.org.uk/> (accessed on 3/Ago/2011).
4. World Health Organization. Action on Elder Abuse. What is elder abuse? Action on Elder Abuse Bulletin 1995: 11. In: World Health Organization. World report on violence and health. [http://www.who.in/violence\\_injury\\_prevention](http://www.who.in/violence_injury_prevention) (accessed on 3/Ago/2011).
5. Wolf, RS. Maltrato en ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E. (Org.). Atención de los ancianos: un desafio para los noventa. Washington: OPAS, 1995. p.35-42.
6. Minayo, MCS, Coimbra Junior, CE, organizadores. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo, MCS, Coimbra Junior, CE, Organizadores. Antropologia, envelhecimento e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.11-24
7. Minayo, MCS, Souza, ER, organizadores. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo, MCS, Souza, ER, organizadores. Violência sobre o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.223-242
8. Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa; 2007.
9. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(10):2289-300.
10. Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10(1):115-27.



11. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? Saude Soc 2008; 17(3):90-100.
12. Senado Federal. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 Set 2003.
13. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat : aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 2007. Belém: MCT/CNPq;2007.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Disponível em: <http://www.wma.net>. (Accessed on 18/ Dec/ 2011).
15. Apratto Junior, PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). Ciênc. Saúde Coletiva 2010; 15(6): 2983-95.
16. Souza DJ, White HJ, Soares LM, Nicolosi GT, Cintra FA, D'Elboux MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(2): 321-8.
17. Kleinschmidt KC. Elder abuse: a review. Ann Emerg Med 1997; 30(4):463-72.
18. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004; 140(5):387-96.
19. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 783-91.
20. Reay AM, Browne KD. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. Aging Ment Health 2001; 5(1):56-62.
21. Willianson GM, Shaffer DR. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. The family relationship in late life project. Psychol Aging 2001; 16(2):217-26.
22. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violência doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; 27:331-4.
23. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev Latino-Am Enfermagem 2008; 16(3):465-70.
24. Porto I, Koller SH. Violência contra idosos institucionalizados. Psic Rev Psicol Vetor Ed 2008; 9(1):1-9.

25. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(6):2815-24.
26. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(2):256-64.
27. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. da Unesp; 2005.
28. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1939-52.
29. Araujo LF, Lobo Filho JG. Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicol Reflex Crit* 2009; 22(1): 153-60.
30. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
31. Louzá JR, Louzá Neto MR, Cohen C. Os avós maltratados. *Rev Paul Med* 1987; 105(2):108-11.
32. Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lolli LF. O idoso no Brasil: aspectos legislativos de relevância para profissionais da saúde. *Rev Espaço Saúde* 2009; 10(2):61-9.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de vigilância de violência e acidentes: VIVA. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32127](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127)> Acesso em: 20 nov. 2011.
34. Saliba, O.; Garbin, C.A.S.; Garbin, A.J.I.; Dossi, A.P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41(3): 472-7.
35. Brasil. Lei nº.3.688, de 3 de outubro de 1941. lei das contravenções penais. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3688.htm>> Acesso em: 20 nov. 2011.

36. Junqueira, MFR. Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes. 2003. 106f. Dissertação (Mestrado) Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia. Goiânia, 2003.

# Anexos

---

*“A boa educação é moeda de ouro:  
em toda a parte tem valor”  
(Padre Antônio Vieira)*



# Anexo A - Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba



## CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto "*Perfil epidemiológico das vítimas de violência a partir de ocorrências policiais*", sob a responsabilidade de CLÉA ADAS SALIBA GARBIN, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 07/5/2010, de acordo com o Processo FOA-0829/10.

Araçatuba, 07 de maio de 2010.

ALBERTO CARLOS BOTAZZO DELBEM  
Coordenador do CEP