



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SEGURANÇA PÚBLICA,**  
**DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA**

**LINHA DE PESQUISA: DEFESA SOCIAL, GESTÃO PÚBLICA E  
SUSTENTABILIDADE**

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA  
ENFERMAGEM FORENSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 31 DE  
MARÇO DE BOA VISTA - RORAIMA**

**ILONEIDE PEREIRA DA SILVA CARDOSO**

Dissertação/Produto Final

BOA VISTA/RR  
2023

**ILONEIDE PEREIRA DA SILVA CARDOSO**

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM  
FORENSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 31 DE MARÇO DE BOA  
VISTA - RORAIMA**

BOA VISTA/RR  
2023

## TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TCC, TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NO SITE DA UERR

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Estadual de Roraima – UERR a disponibilizar gratuitamente através do site institucional <https://www.uerr.edu.br/multiteca/>, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

### 1. Identificação do material bibliográfico:

( ) Trabalho de Conclusão de Curso (X) Dissertação ( ) Tese

### 2. Identificação do TCC, Dissertação ou Tese

**Autor:** ILONEIDE PEREIRA DA SILVA CARDOSO **E-mail:** iloneidepdasilva@gmail.com

**Agência de Fomento:** n

**Título:** VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM FORENSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 31 DE MARÇO DE BOA VISTA - RORAIMA

**Palavras-Chave:** Enfermagem Forense. Violência Contra a Pessoa Idosa. Unidade Básica de Saúde.

**Palavras-Chave em outra língua:** Forensic Nursing. Violence Against the Elderly. Basic Health Unit.

**Área de Concentração:** Saúde

**Grau:** Mestrado **Curso de Graduação:** Bacharel em Enfermagem

**Programa de Pós-Graduação:** Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania - MPSPDHC

**Orientador(a):** Profª. Dra. Leila Chagas de Souza Costa

**E-mail:** leilachagas\_rr@yahoo.com.br

**Co-orientador(a):** Profª. Dr. Ricardo Luiz Ramos

**E-mail:** rluizramos@gmail.com

**Membro da Banca:** Prof. Dr. Rildo Dias da Silva

**Membro da Banca:** Prof. Dr. Serguei Aily Franco de Camargo

**Membro da Banca:** Prof. Dr. Cláudio Travassos Delicato

**Data de Defesa:** 03/03/2023 **Instituição de Defesa:** Universidade Estadual de Roraima - UERR

### DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA

**O referido autor:** 1. Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade; 2. Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Estadual de Roraima os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

### Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização: (X) Total ( ) Parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões: ( ) Capítulos. Especifique. ( ) Outras restrições. Especifique. \_\_\_\_\_

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF e DOC ou DOCX da dissertação, TCC ou tese.

Assinatura do(a) autor(a): \_\_\_\_\_ Data: 03/03/2023.

**ILONEIDE PEREIRA DA SILVA CARDOSO**

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM  
FORENSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 31 DE MARÇO DE BOA  
VISTA - RORAIMA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade Estadual de Roraima.**

**Orientadora: Profa. Dra Leila Chagas de Souza Costa**

**BOA VISTA/RR  
2023**

**Copyright © 2023 by Iloneide Pereira da Silva Cardoso**

Todos os direitos reservados. Está autorizada a reprodução total ou parcial deste trabalho, desde que seja informada a **fonte**.

Universidade Estadual de Roraima – UERR  
Coordenação do Sistema de Bibliotecas  
Multiteca Central  
Rua Sete de Setembro, 231 Bloco – F Bairro Canarinho  
CEP: 69.306-530 Boa Vista - RR  
Telefone: (95) 2121.0946  
E-mail: biblioteca@uerr.edu.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C268v	Cardoso, Iloneide Pereira da Silva. Violência contra a pessoa idosa no âmbito da Enfermagem Forense na Unidade Básica de saúde 31 de Março de Boa Vista - Roraima / Iloneide Pereira da Silva Cardoso. – Boa Vista (RR) : UERR, 2023. 87 f. ; PDF  Orientador: Profa. Dra. Leila Chagas de Souza Costa.  Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Roraima (UERR), Programa de Pós-Graduação em Educação em Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania (MPSP).  1. Enfermagem. 2. Violência contra a pessoa idosa. 3. Enfermagem Forense. I. Costa, Leila Chagas de Souza (orient.) II. Universidade Estadual de Roraima – UERR III. Título.  UERR. Dis.Mes.Seg.Pub.2023 CDD – 362.8
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária  
Letícia Pacheco Silva – CRB 11/1135

**ILONEIDE PEREIRA DA SILVA CARDOSO**

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM  
FORENSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 31 DE MARÇO DE BOA VISTA -  
RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Segurança Pública Direitos Humanos e Cidadania a Universidade Estadual de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública Direitos Humanos e Cidadania.

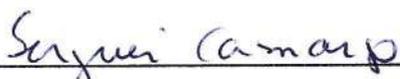
Dissertação de Mestrado defendida e aprovada em 03/03/2023, perante a Banca Examinadora, constituída pelos seguintes membros:

  
\_\_\_\_\_

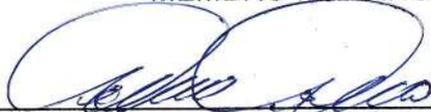
Prof.(a) Dr.(a) Leila Chagas de Souza Costa (Orientador(a) – Presidente(a))  
Universidade Estadual de Roraima – UERR

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Rildo Dias da Silva  
Universidade Estadual de Roraima – UERR  
MEMBRO INTERNO

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Serguei Aily Franco de Camargo  
Universidade Estadual de Roraima – UERR  
MEMBRO INTERNO

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Cláudio Travassos Delicato  
Universidade Estadual de Roraima – UERR  
MEMBRO INTERNO

\_\_\_\_\_

Prof. Dra. Márcia Teixeira Falcão  
Universidade Estadual de Roraima – UERR  
SUPLENTE

**BOA VISTA/RR  
2023**

Ó mar salgado, quanto do teu sal  
São lágrimas de Portugal!  
Por te cruzarmos, quantas mães choraram,  
Quantos filhos em vão rezaram!  
Quantas noivas ficaram por casar  
Para que fosses nosso, ó mar!

Valeu a pena? Tudo vale a pena  
Se a alma não é pequena.  
Quem quer passar além do Bojador  
Tem que passar além da dor.  
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,  
Mas nele é que espelhou o céu.

**Fernando Pessoa**

## DEDICATÓRIA

A fé que nos move e fortalece. Agradeço a Deus.

A família todo o carinho, que nos momentos difíceis soube compreender meu isolamento para que eu estudasse.

Ao meu esposo, obrigada pela parceria.

Ao meu filho por não me deixar desistir.

A minha linda professora e orientadora desta pesquisa, por ter aguentado firme.

A minha amiga de trabalho, pela compreensão.

A todos os meus professores da UERR, pela motivação de continuar.

A todos que direto e indiretamente participaram da construção desta pesquisa.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é o de identificar como os profissionais da enfermagem ajudam a enfrentar casos de violência contra a pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Trinta e Um de Março, da cidade de Boa Vista/RR, sem a presença da enfermagem Forense. O percurso transcorrido para a realização da pesquisa tem caráter bibliográfico e documental, de natureza qualitativa, onde os números subjetivamente subentenderam onde precisa ser trabalhado e o período de estudo se deu nos anos de 2010, 2018 a 2021. Os resultados encontrados se basearam no Censo Demográfico de 2010, no quantitativo de pessoas com 60 anos de idade ou mais, dos bairros de São Francisco, N. S. de Aparecida e Trinta e Um de Março, que compõem a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Trinta e Um de Março da cidade de Boa Vista – RR, onde no ano de 2010 teve um total de 1.049 indivíduos, e nos anos de 2018 a 2021 uma média aritmética de 1.977,75 indivíduos, o que equivalem a 88,56% de indivíduos a mais com a mesma faixa etária. Evidenciou-se que o envelhecimento é um fato e paralelo a isso as enfermidades, fragilidades e violências. A Enfermagem tem papel preponderante nesse contexto, assim como a inserção da violência nos currículos de graduação.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Violência contra a pessoa idosa. Enfermagem Forense.

## ABSTRAT

The objective of this research is to identify how nursing professionals help to face cases of violence against the elderly in the Basic Health Unit Trinta e Um de Março, in the city of Boa Vista/RR, without the presence of Forensic nursing. The path taken to carry out the research has a bibliographic and documentary character, of a qualitative nature, where the numbers subjectively implied where it needs to be worked on and the period of study took place in the years 2010, 2018 to 2021. The results found were based on the Census Demographic of 2010, in the number of people aged 60 or over, in the neighborhoods of São Francisco, N. S. de Aparecida and Trinta e Um de Março, which make up the coverage area of the Basic Health Unit Trinta e Um de Março in the city from Boa Vista - RR, where in 2010 there were a total of 1,049 individuals, and in the years 2018 to 2021 and arithmetic average of 1,977.75 individuals, which is equivalent to 88.56% more individuals with the same range age. It was evidenced that aging is a fact and parallel to it are illnesses, weaknesses and violence. Nursing has a leading role in this context, as well as the inclusion of violence in undergraduate curricula.

**Keywords:** Nursing. Violence against the elderly. Forensic Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAFS</b>	American Academy of Forensic Sciences
<b>ABS</b>	Atenção Básica de Saúde
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários da Saúde
<b>AIG</b>	Agência Internacional de Gerontologia
<b>AMREC</b>	Associação dos Municípios da Região de Carbonífera
<b>ANG</b>	Agência Nacional de Gerontologia
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>COBAP</b>	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>EI</b>	Estatuto do Idoso
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde de Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>EVCM</b>	Expectativa de Vida com Comorbidades
<b>EVSM</b>	Expectativa de Vida sem Comorbidades
<b>IAFN</b>	International Association of Forensic Nurses
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IPECE</b>	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
<b>LGBTQIA+</b>	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Interssexual, Assexual e demais sexualidades
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização não Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso
<b>PNSI</b>	Política Nacional de Saúde do Idoso

<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RR</b>	Roraima
<b>SAE</b>	Sistematização de Assistência em Saúde
<b>SBGG</b>	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
<b>SESC</b>	Serviço Social do Comércio
<b>SIH</b>	Sistema de Informações Hospitalares
<b>SMSA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SOBEF</b>	Sociedade Brasileira de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UESF</b>	Unidade de Estratégia Saúde da Família
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>QUADRO 1</b>	Estimativa de expectativa de vida no período de 1998 a 2013.....	24
<b>QUADRO 2</b>	Censo IBGE 2010 por bairro.....	50
<b>QUADRO 3</b>	Relatório de Consultas/Sintético da Unidade Básica de Saúde 31 de Março dos anos 2018/2019/2020/2021.....	51
<b>QUADRO 4</b>	Relatório de Cadastro Individual dos usuários/cidadão – sexo.....	52
<b>FIGURA 1</b>	UBS Trinta e um de março na cidade de Boa Vista (RR).....	48

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL: EXPECTATIVA DE VIDA, SAÚDE E QUESTÕES SOCIAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Como o sistema de saúde assiste a pessoa idosa?.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2</b>	<b>Os cuidados de enfermagem para a pessoa idosa.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3</b>	<b>A enfermagem forense como especialidade no atendimento a pessoa idosa.....</b>	<b>40</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>Resultados e Discussão dos resultados.....</b>	<b>50</b>
3.1.1	Resultados.....	50
3.1.2	Discussão dos resultados.....	52
<b>3.2</b>	<b>Produto da pesquisa.....</b>	<b>54</b>
3.2.1	Apresentação.....	54
3.2.2	Plano de palestra.....	55
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO A - Despacho da Prefeitura Municipal de Boa Vista – Relatórios das Unidades Básicas de Saúde.....</b>	<b>69</b>
	<b>ANEXO B - População residente por situação do domicílio e sexo/2010.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO C - População residente por situação do domicílio, sexo e grupos de idade/2010.....</b>	<b>86</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Muito se tem estudado para compreender e contribuir com o controle da violência intrafamiliar, que insistentemente está presente desde os tempos remotos até a atualidade. Outro fator observado com o passar dos tempos foi que a questão passou de competência de um domínio (Segurança Pública), para hoje ser compartilhada com multiprofissionais, para que juntos possam avançar e contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

As pessoas vulneráveis como mulheres, crianças, pessoas com deficiência e, nesse estudo, as pessoas idosas. Elas são as mais frequentemente atingidas nesse contexto. Os profissionais da saúde, que são da linha de frente do cuidado, se deparam diariamente atendendo pessoas acometidas de diversos tipos de agravos e acidentes, onde estão inclusos as vítimas e os perpetradores da violência.

Minayo (2005) considera que:

É preciso ressaltar que as únicas informações que, no momento presente, permitem obter estatísticas e construir indicadores de doenças, lesões e traumas provocados por violências contra idosos, em nível nacional, são os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles são insuficientes para dimensionar o problema (MINAYO, 2005, p. 26).

Desta forma, a autora relata a subnotificação por parte dos profissionais da saúde, que impossibilita realizações de pesquisas que contribuam para o enfrentamento da violência no setor. Os dados obtidos nesse sistema revelam que no ano 2000 foram realizadas 92.796 internações por violência e acidentes, sendo que, 52,1% se deveram a quedas; 19,1% a acidentes de trânsito, sobretudo a atropelamentos; 3,0% a agressões e 0,8% a lesões autoprovocadas. Neste mesmo período, (CHAVEZ, 2002 apud, MINAYO, 2005) estima que cerca de 70% das lesões e traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas.

Conforme Deslandes, Gomes e Silva (2000), os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde. Saliba, et al. (2007) considera que esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar, porém o não envolvimento do profissional em identificar o caso, pode estar relacionado à falta de preparo.

Santos et al. (2007) pontua que uma das queixas mais registradas nas Delegacias de Polícia especializadas para idosos e mulheres vítimas de violência é a patrimonial, que

decorre da apropriação indevida dos bens de outrem, através do uso da violência. Subentende-se que os dados considerados e o fator da subnotificação da violência, revela que a violência é uma questão de Saúde Pública (DAHLBERG; KRUG, 2007). Neste sentido, faz-se necessário a inclusão do tema nos currículos de graduação da área da saúde (SOUZA, et. 2009).

Para encontrar-se mais perto das situações de violência, Lima et al. (2011) considera que a participação dos profissionais da Atenção Básica em Saúde e a inserção na comunidade por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) podem favorecer a identificação precoce dos fatores de risco para a violência e a intervenção nas situações de vulnerabilidades.

Levantamentos realizados revelam que os tipos de violências predominantes entre os idosos são: física, psicológica e negligência, sendo o domicílio o ambiente onde frequentemente ocorrem as agressões e os familiares os principais agressores (OLIVEIRA, et al. 2013; ALENCAR, SANTOS, HINO, 2014; BARROS, et al. 2019).

Os dados levantados por essa pesquisa considerou o Censo 2010 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que observou o quantitativo de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Trinta e Um de Março, localizada na cidade de Boa Vista/RR. O local foi o escolhido nos período de 2018, 2019, 2020 e 2021, onde revelou aumento de 88,56% da quantidade de pessoas idosas na cobertura da Área de Abrangência da respectiva UBS, comparados com o ano do Censo 2010.

É de extrema importância o envolvimento dos profissionais da saúde considerando e respeitando cada fase do processo em suas devidas competências e nos serviços de saúde. A população é o foco dos cuidados nesse caso. O objetivo do estudo é identificar como os profissionais da enfermagem ajudam a enfrentar casos de violência contra a pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Trinta e Um de Março, Boa Vista/RR, sem a presença da Enfermagem Forense.

Não foi possível coletar dados de pessoas idosas que sofreram violências e que foram identificados pelos profissionais da saúde, os enfermeiros através da ESF, pois esses dados só seriam possíveis de análise através dos prontuários dos pacientes e isso necessitaria de mais tempo e os sinais e sintomas da violência se descrevem nas entrelinhas do processo de enfermagem.

De acordo com Moreira e Fernandes (2014) a Enfermagem Forense não se limita apenas ao cuidado do sofrimento físico e emocional, mas, também, na identificação e preservação das provas criminais. Os conceitos que envolvem a enfermagem não se limitam na técnica de aplicar injeção ou a inserção de sonda nasogástrica, mas em agravos e traumas que vão além das mazelas do corpo.

Um fator que favorece os profissionais da enfermagem que trabalham na ESF é o de poder conviver dentro da comunidade na qual se localiza a UBS daquela Área de Abrangência. De acordo com Rezende et al. (2021), a prática do enfermeiro em algumas comunidades específicas (quilombolas) é construída por meio do encontro do indivíduo/família/coletividade, do fortalecimento do vínculo e do respeito e valorização da cultura e modos de vida das pessoas.

Pode-se observar o quão a proximidade da enfermagem dentro da comunidade é importante e neste sentido favorece o trabalho de perícia da equipe de saúde dentro da ESF. Justifica-se essa pesquisa como de extrema importância, considerando as estatísticas da violência contra a pessoa idosa no ambiente familiar, o aumento da expectativa de vida e da explosão demográfica de pessoas com 60 anos ou mais, principalmente os idosos longevos (80 anos ou mais) (OLIVEIRA; OLIVEIRA; ALVES, 2020, p. 37).

Este estudo está estruturado em três capítulos. No primeiro a introdução da pesquisa. No segundo abordaram-se os seguintes tópicos: A população idosa no Brasil: expectativa de vida, saúde e questões sociais, onde se observou os fatores associados com a explosão demográfica, o aumento da expectativa de vida da população e como a questão da saúde se tornou um problema de políticas públicas; Como o sistema de saúde assiste a pessoa idosa? Para obter a resposta buscou-se nas Leis em vigor, principalmente no Estatuto do Idoso (2003) como as instituições nacionais e internacionais, as quais se referem e denominam a pessoa idosa; Os cuidados de enfermagem com a pessoa idosa, que apesar de remota, nos últimos tempos vem galgando esforços para transformar a prática do cuidado em ciência; A Enfermagem Forense como especialidade no atendimento a pessoa idosa, fortalecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), engajada nas demandas da comunidade.

No terceiro capítulo encontram-se: Metodologia, que descreve o percurso no qual foi transcorrido para a realização da pesquisa; Resultados e Discussões, onde foram utilizados dados do Censo 2010, do quantitativo de pessoas idosas dos bairros da cidade

de Boa Vista/RR: Nossa Senhora Aparecida, São Francisco e Trinta e Um de Março, bairros que compõem a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Trinta e Um de Março, local onde foi realizado o estudo e o quantitativo de pessoas atendidas nesta UBS nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, período do estudo; na discussão percebeu-se que existe a demanda para se realizar a investigação da violência contra a pessoa idosa nesta unidade.

## **2 A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL: EXPECTATIVA DE VIDA, SAÚDE E QUESTÕES SOCIAIS**

A explosão demográfica da população idosa no Brasil ocorreu a partir de 1940, dando destaque para os declínios da fecundidade e mortalidade, respectivamente, pelo surgimento da pílula anticoncepcional e dos antibióticos, diminuindo a taxa de natalidade e favorecendo o aumento na esperança de vida ao nascer. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), a taxa de fecundidade no Brasil demonstrou o primeiro declínio no ano de 1960 se intensificando nos anos seguintes, o que permitiu a ocorrência da explosão demográfica da pessoa idosa no país. O instituto afirma que este segmento populacional é o que mais cresce no Brasil, e que no período de 2012 a 2022 obteve taxa de aumento de 4% ao ano. A população com 60 anos ou mais chegou ao ano 2000 com cerca de 14,2 milhões, enquanto que em 2010 chegou a 19,7 milhões de idosos, devendo atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060, sendo esse último um número 3,75 vezes maior em relação ao ano de 2010 (IBGE, 2002). Neste sentido, esse quantitativo detectado em 2010 reforça a consciência da realidade da existência da velhice à medida que as pessoas vivem mais, devido ao aumento da expectativa de vida é imprescindível que as estratégias políticas sejam reformuladas, principalmente na área da saúde e na social, favorecendo a qualidade de vida dessa população.

A ciência e a tecnologia vêm trabalhando de modo multidisciplinar nas diversas áreas do conhecimento, contribuindo para os avanços no campo da saúde (TELESI JÚNIOR, 2016). Entre esses avanços destaca-se a expectativa de vida das pessoas. Para Veras (2003) está relacionada com a qualidade de vida que um país possui, já que fatores como educação, saúde, assistência social, saneamento básico, segurança no trabalho, índices de violência, ausência ou presença de guerras e de conflitos internos influenciam diretamente (VERAS, 2003).

Nestes termos, destaca-se que a partir do século XXI, a população com 60 anos de idade ou mais cresceu numa proporção de 5 para 16 vezes no Brasil, que é classificado como país em desenvolvimento, fato relacionado à baixa fecundidade (já mencionado) e da inserção da mulher no mercado de trabalho possibilitando um novo padrão sociocultural decorrente das mudanças inerentes a sociedade capitalista (IBGE, 2002; VERAS, 2003, p. 6). Para ilustrar este fato, países como Estados Unidos onde a população com 60 anos de idade ou mais cresceu 3,5 vezes está entre aqueles que vêm

galgando melhoria na qualidade de vida e na longevidade de sua população, apesar de valorizar apenas a população jovem e rica (BUSS, 2000; WHO, 2005; VERAS, 2003, p. 6). Na mesma trilha destacam-se países como: Japão e China (5 e 6,5 vezes, que são considerados países desenvolvidos. Diante deste ranque, ainda que o Brasil possua um sistema de saúde avançado como é o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de referência internacional, não consegue alcançar o mesmo patamar de qualidade de vida comparando com países desenvolvidos (BUSS, 2000; VERAS, 2003, p. 6). Nesse sentido, é impossível não observar as políticas públicas, reconhecer sua existência e a importância para o bom atendimento da população, tendo em vista que o SUS é um importante sistema de atendimento à população em todos os seguimentos e classes sociais, contribuindo para a qualidade de vida e, conseqüentemente, para a expectativa de vida.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2017), a expectativa de vida global aumentou de 64,2 anos em 1990 para 72,6 anos em 2019, devendo aumentar para 77,1 anos em 2050, pois apesar dos avanços permanecem grandes lacunas entre os países, pressionando os sistemas de proteção social em todo o mundo para atender a população em processo de envelhecimento.

Segundo o relatório produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984), em conjunto com os estados membros foi determinante para assentar as bases da política de saúde com metas regionais a serem cumpridas, de modo a atender as necessidades da população em processo de envelhecimento. O relatório estabelece um parâmetro etário onde a pessoa atinge a condição de idosa a partir dos 60 anos em países do terceiro mundo (OMS, 1984, p. 11; BRASIL, 2003). De acordo com Veras (2003, p. 11), o jornal *Demographic Yearbook* indica que a ONU também considera a velhice a partir dos 60 anos. No caso brasileiro, o decreto nº 1.948/96, e a Lei nº 8.842/94, da Política Nacional do Idoso (PNI); a Lei nº 10.741/2003, Estatuto do Idoso, definem 60 anos como período que se inicia a/o velhice/envelhecimento. Cada país tem seu parâmetro conforme suas realidades em determinar quando a pessoa é considerada idosa. Em Serra Leoa, por exemplo, a pessoa atinge a condição de idosa aos 39 anos de idade, enquanto o Japão estabelece a pessoa idosa a partir dos 81 anos de idade (VERAS, 2003, p. 11).

Veras (2003, p. 9) também define a expectativa de vida como a média do número de anos que a pessoa consegue viver livre de doenças. Para Gruemberg e Kramer (1977; 1980, *apud* VERAS, 2003), conforme a expectativa de vida aumenta, aumentam também

as comorbidades, onde a medicina moderna contribuirá para o alongamento do tempo de vida. Para Thomas (1977, *apud* VERAS, 2003) as doenças serão controladas, podendo até prever uma sociedade sem doenças. A idade é o principal fator de risco para as doenças crônicas e envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção que uma regra (VERAS, 2003).

Segundo Karla Giacomini (entrevista concedida a Liseane Morosini, 2019) no programa Radis Fiocruz, diz: “eu vejo que a velhice não começa aos 60 anos, ela se constrói ao longo da vida. Mas a vida tão pouco termina aos 60 anos: é preciso continuar investindo na dignidade do ser humano e aprendendo com ele até o fim”. Neste sentido, Veras (2003, p. 13) ressalta que um idoso saudável é aquele que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no cotidiano ainda que tenha mais de uma doença crônica mantendo sua capacidade funcional, o que contradiz o conceito de expectativa de vida já mencionado.

Certamente as políticas de proteção à pessoa idosa têm avançado principalmente no âmbito da medicina, que têm proporcionado de forma significativa no aumento da expectativa de vida aliada às políticas públicas para o seguimento do envelhecimento.

Além da evolução da medicina e das tecnologias, outro fator que contribuiu para a expectativa de vida da população no Brasil é à luta por direitos sociais, no qual houve uma eclosão a partir de 1980 juntamente com os movimentos dos Aposentados e Pensionistas, as pressões das organizações internacionais como a ONU e OMS na agenda internacional e nacional e no desenho da política dirigida aos idosos, considerado o marco do reaparecimento do envelhecimento na agenda social como problema social e político (TEIXEIRA, 2008).

Conforme Gohn (2011), análoga às lutas dos trabalhadores, a redemocratização do país fortaleciam os movimentos sociais fragmentados dos idosos, como dos Aposentados e Pensionistas com novas articulações em defesa de seus interesses, transformando o trabalhador velho como sujeito político capaz de se mobilizar e lutar em prol de sua causa, derrubando aos poucos o ditado de que “o velho não tem armas. Nós é que temos que lutar por ele”, no qual representava que o velho não conseguia se adaptar ao novo na era contemporânea, mas ao contrário, aprendeu a lutar com as armas da democracia liberal burguesa como a cidadania, os direitos humanos e sociais, de forma a garantir condições de reprodução social (GOHN, 2011; TEIXEIRA, 2008).

A organização dos movimentos dos Aposentados e Pensionistas foram tão importantes e consolidados, que são considerados o segundo grupo mais representativo que se viu nessa conjuntura. Os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte tiveram os idosos como principais interlocutores para as conquistas previdenciárias. Os idosos de todas as partes do Brasil demonstraram sua força política nas galerias do Congresso Nacional, na Praça dos Três Poderes, nas inúmeras passeatas, dentre outras, que sensibilizou toda sociedade (TEIXEIRA, 2008).

Com a promulgação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988, os idosos viram materializadas suas principais reivindicações. A luta dos idosos os colocou como forte grupo de pressão e depois continuaram participando ativamente dos embates judiciais e dos atos públicos.

Tal participação na esfera política revelou uma face da velhice completamente diferente daquela produzida socialmente por décadas, marcada pelo conformismo, apatia e resignação a uma “vida sem valor” e “sem necessidades” humanas. Essa nova fase rompeu com as imagens históricas de “inutilidade”, de “reclusão”, de “afastamento da vida política”, da “vida pública” para os trabalhadores idosos. Sem dúvida, as lutas sociais impuseram respeitabilidade e reconhecimento social aos trabalhadores idosos, contribuíram positivamente para a visibilidade do envelhecimento e por políticas públicas.

Uma instituição importante na visibilidade social do envelhecimento é o Serviço Social do Comércio (SESC), no qual não só gerou tradição na produção de conhecimento Gerontológico na formação de técnicos na área de gerontologia, através de intercâmbios com universidades dos EUA, Espanha, França, com cursos oferecidos por profissionais destas universidades, mas, também, criou centros de documentação, publicações, promoveu espaços de debates e discussões por meios de seminários e congressos envolvendo idosos e profissionais.

O SESC influenciou com as primeiras experiências de trabalho social com idosos, a mobilização destes na defesa dos direitos sociais; sensibilizou a sociedade e o Estado na questão do envelhecimento; prestou cooperação técnica a órgãos públicos; participou dos canais abertos à participação dos representantes dos idosos e difundiu um tipo de trabalho com idosos. Fundado em atividades socioculturais e direcionando suas reivindicações por melhores condições de vida, para melhor qualidade de vida, subjetivando em: lazer, educação, esporte, cultura e mascarando as desigualdades sociais no envelhecer.

Vale destacar sua capacidade de mobilizar idosos, profissionais, de formar lideranças e de orientar suas reivindicações, principalmente por meio dos seguintes eventos:

- 1º seminário: O Idoso na Sociedade Brasileira – SESC/Consolação em 21 e 26/06/1976;
- I Colóquio Internacional: Políticas Públicas e Envelhecimento Populacional, em parceria com a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (Cobap), e com o Centro Internacional de Gerontologia Social da Universidade de Sorbonne – Paris;
- I Encontro Nacional de Idosos de 19 a 22/09/1982, com o tema: “O Idoso e a Participação na Comunidade Nacional”;
- II Encontro Nacional de Idosos (1984), no qual foi elaborada a “carta de Declaração dos Direitos dos Idosos Brasileiros”;
- V Encontro Estadual de Idosos, com o tema: “O Idoso e a Constituição”, que deu origem à “Carta de Rio Preto”;
- O Estatuto do Idoso – no XII Encontro Estadual de Idosos “Manifesto de Campos de Jordão”: promover a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade.

O Manifesto de Campos de Jordão destacava a importância do Estatuto como instrumento capaz de promover a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade. Esses encontros estaduais e nacionais promovidos pelo SESC marcou a trajetória do movimento social dos idosos com força suficiente para mobilizar a opinião pública, autoridades governamentais, legisladores, órgãos públicos e empresas privadas. Destaca-se também pelo desenvolvimento da Gerontologia no Brasil, seguindo a Gerontologia Internacional.

As ONG's tiveram grande participação na defesa dos direitos dos idosos. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Agência Nacional de Gerontologia (ANG), com influência da OMS, ONU e AIG (Agência Internacional de Gerontologia), lutaram na defesa do envelhecimento como direito fundamental fortalecendo a Política Nacional do Idoso (PNI). Essas entidades empenharam-se em transformar o envelhecimento em questão política.

Os Geriatras supunham que o envelhecer era um curso da vida, um contínuo de etapas naturais e universais de desenvolvimento. Os Gerontólogos empenhavam-se em mostrar a dimensão cultural da velhice contra imagens negativas relacionadas às doenças. Lima destaca (1999, pag. 29) que:

o reconhecer a dimensão social como fator condicionante do envelhecimento, a Gerontologia de certa forma rompe com a representação “natural” da velhice, porém não abandona inteiramente a constituição de seu objeto como um “universal”. A velhice saiu dos limites do corpo, sem que os pressupostos homogeneizadores da representação da velhice sejam desfeitos.

A Gerontologia Internacional tem se esforçado para generalizar a problemática do envelhecimento, independente das diferenças de classes, gênero, etnia e processos históricos e estruturais particulares.

Portanto, é fato a importância dos movimentos sociais dos trabalhadores idosos por direitos fundamentais representados pela conquista da Previdência Social e o fortalecimento da classe, onde ficou constatado que o envelhecimento não é o fim, mas uma fase que pode também ser administrada com qualidade de vida, valorizando o bem-estar com mudanças de hábitos e contribuindo para a expectativa de vida. Existem vários conceitos que estão relacionados com o estilo de vida que a pessoa idosa assume. De acordo com Camargos et al. (2017), todo ser vivo passa por duas etapas da vida: o nascimento (começo) e a morte (fim) e neste sentido os pesquisadores fizeram uma análise da estimativa de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para o Brasil e grandes regiões no período de 1998 e 2013, onde mostra o quadro 1:

**Quadro 1 – Estimativa de expectativa de vida no período de 1998 a 2013.**

Ano/média para um indivíduo	Média de vida em anos	Padrão de mortalidade 1000/60 anos que chegou aos 80 anos de idade (média)
1940	13,2	212
2014	21,8	579

Fonte: Tabela Completa de Mortalidade para o Brasil, 2014 (IBGE, 2015)

Nesta análise conjunta de aumento na expectativa de vida total a partir dos 60 anos houve mudanças nos componentes da expectativa de vida em dois componentes: a expectativa de vida saudável e a expectativa de vida não saudável. Assim, Camargos e Gonzaga (2015) definem:

- Expectativa de Vida Saudável: combina informações sobre a mortalidade e

morbidade em um único índice – indicador de saúde da população. É o número médio de anos de vida que uma pessoa de determinada idade espera viver com saúde, quer dizer, os anos vividos com saúde. Ela é comumente estimada por meio da mensuração da expectativa de vida livre de incapacidade funcional, ou seja, livre de dificuldade em executar determinadas atividades. Conforme Paschoal (2002), o estudo da capacidade funcional avalia em que medida o envelhecimento da população ocorre de forma saudável, sem comprometer as atividades cotidianas dos idosos.

Outro conceito relevante nesta pesquisa é a expectativa de vida ao nascer e a expectativa de vida do idoso. É uma espécie de cálculo da idade média que um indivíduo irá falecer a partir do seu nascimento, ou seja, quanto tempo em média vive essa pessoa em anos, por isso também conhecida como esperança de vida. Ele guarda uma associação direta com boas condições ambientais, de saúde e de segurança pública da população (IPECE, 2007).

Segundo Guimarães e Andrade (2020), a expectativa de vida não reflete uma melhoria da qualidade dos anos vividos, já que não considera as mudanças nos níveis de morbidade, incapacidade ou outros indicadores de condições de saúde. Nesse mesmo estudo os autores tiveram como resultados, de forma geral, que as mulheres possuem expectativa de vida maior que a dos homens. Contudo, elas vivem proporcionalmente mais tempo com multimorbidade do que os homens. Para a população geral há um aumento na proporção de anos a serem vividos com multimorbidade – aos 60 anos, mais da metade (53,6%) da esperança de vida é com multimorbidade, mas esse percentual cresce aos 75 anos (57,3%). Merece destaque que independentemente da idade as mulheres viverão mais anos com multimorbidade do que sem, enquanto o oposto ocorre entre os homens. Apresentam com esses dados, os indicadores de expectativa de vida com comorbidade (EVCM) e expectativa de vida sem comorbidade (EVSC) (GUIMARÃES; ANDRADE, 2020; PNS, 2013).

É importante refletir os diversos conceitos de expectativa de vida, onde vão depender de fatores sociais, ambientais e culturais. A tomada de decisão para formulação de políticas na área da saúde, tanto para prevenção e controle, quanto para definição de prioridades e previsão de demandas futuras é feita com base nessas definições, pois quanto mais é a expectativa de vida e o envelhecimento populacional, maiores são as

doenças crônicas degenerativas, comparados com a população geral (PINTO; BASTOS, 2007).

Diante de toda essa evolução histórica, baseada em pesquisas já mencionadas, o indicador mais importante da qualidade e da expectativa de vida da população idosa se refere à saúde, onde associado ao indicador à educação é o que determina e caracteriza esses indicadores demográficos e outros como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no qual está relacionado com a saúde, educação e renda da população, que se classifica através da renda *per capita* se o país é subdesenvolvido ou desenvolvido.

Desta forma, observa-se que os pontos em discussão na pesquisa poderão, num futuro próximo, contribuir como fonte a outros estudos, pois não se discute a saúde sem discutir a educação, a segurança pública e a renda de uma classe, que proporcionam a dignidade do cidadão.

Outro evento que deixou evidente o fenômeno do cuidado com a pessoa idosa, principalmente no seguimento da saúde, foi o fenômeno da pandemia do Covid19<sup>1</sup>. O vírus infectou principalmente pessoas com comorbidades e idosas, tendo como desfechos um elevado número de mortes e casos positivos e, ainda, sem explicação de como centenários saíram da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recuperados. Todavia, a ciência explicará num momento próximo. A explicação das mortes e da decrepitude das pessoas idosas está relacionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no qual significa indicador de mortalidade e risco (idosos, pessoas com comorbidades), onde é considerado um dos grandes problemas de saúde pública em países de alta e média renda (BOSHUIZEN et.al. 2017; MALTA et.al. 2017; ZHAO et.al. 2018, *apud*, BOMFIM; CAMARGOS, 2021). Nesse contexto, o Brasil vem ganhando força no que diz respeito à longevidade possuindo relativamente maiores impactos em termos de ganhos de esperança de vida. Nesses estudos, as doenças do aparelho circulatório se configuram como o grupo de doenças que mais contribui positivamente para ganhos em expectativa de vida (BELON; BARROS, 2011; CORRÊA; MIRANDA-RIBEIRO, 2017, *apud*, BOMFIM; CAMARGOS, 2021). Com isso, os resultados encontrados nesse estudo mostraram que entre os anos 1990/95 e 2000/05 foi onde houve uma troca das idades que mais contribuíram para o ganho de expectativa de vida. O grupo com idade acima de 60 anos

---

<sup>1</sup>Covid19 - A pandemia causada pelo coronavírus, também conhecido como SARS-CoV-2, surgiu no final do ano de 2019, China, se alastrou pelo mundo, causando diversos agravamentos de saúde na população em geral, incluindo a pessoa idosa, sobretudo mortes. Atualmente a pandemia ainda está ativa, porém sendo controlada gradualmente em vários países após o desenvolvimento de vacinas que minimizam o impacto na saúde e mortes em pacientes contaminados.

teve contribuição de 43,1%, enquanto o de 0 a 14 anos de 31,6%. Segundo Bomfim e Camargos (2021, p. 14):

os resultados da contribuição passada e futura dos grupos etários mostraram que os grupos mais avançados estão contribuindo cada vez mais para ganhos em expectativa de vida ao nascer, principalmente entre as mulheres. As doenças crônicas não transmissíveis, como doenças do aparelho circulatório, estão entre as que mais contribuem para os ganhos de expectativa de vida ao nascer em um contexto mais atual. A tendência é que a contribuição do grupo de doenças crônicas passe a ser ainda maiores nas próximas décadas. Para a obtenção desses ganhos, será necessária uma atuação nas doenças crônicas não transmissíveis, um dos grandes males do século XXI.

Com a pandemia do Covid19 ficou mais evidente a involução das políticas públicas no que se refere ao progresso em relação à pessoa idosa, deixando na vulnerabilidade os menos favorecidos que são representados pela base da pirâmide econômica, os aposentados com salário mínimo, pela maioria dos idosos que utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde e do Serviço Social. Por isso, a questão do envelhecimento é considerada pelos estudiosos como um desafio em todas as esferas, principalmente na mudança de comportamento.

Mendes et al. (2005), afirma que a não adequação da estrutura de saúde e econômica a essa nova realidade, por certo trará efeitos negativos sobre a qualidade de vida da população brasileira que está vivenciando o processo de transição, onde, em curto e médio prazo, os idosos serão a grande maioria, com necessidades altamente diferenciadas em relação à situação anterior.

## **2.1 Como o sistema de saúde assiste a pessoa idosa?**

Através das conquistas consolidadas pela Constituição Federal de 88, a maior vitória representativa e legal foi o Estatuto do Idoso (EI) Lei nº 10.741/2003, através da Política Nacional do Idoso (PNI) Lei nº 8.842/1994, Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Portaria Ministerial nº 1.395/1999, fruto de movimentos sociais da classe trabalhadora dos idosos, já mencionada nesta pesquisa. Vale ressaltar, que o direito integral e universal à saúde foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), e as responsabilidades de cada esfera de governo que considera a Atenção Básica como um conjunto de ações que favorece a pessoa idosa. As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população idosa, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios e diretrizes do SUS (OHARA; SAITO, 2014, p. 345; AGUIAR, 2015).

A integralidade e a universalidade da saúde no que tange o Art. 2º do Estatuto do Idoso dispõe:

Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

É assegurado na CF/88 no *caput* do seu artigo 230, o direito do idoso ao status de direito fundamental, que deve ser protegido pelo Estado, pela sociedade e pela família. Dispõe no Art. 3º do Estatuto do Idoso:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Ao Estado, no qual é responsável pela efetivação das políticas públicas, dispõe no Art. 9º do Estatuto do Idoso:

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

Apesar de todas essas garantias conquistadas há mais de duas décadas, estudos vêm investigando como estão a efetivação e execução dessas garantias, tanto por parte dos usuários como por parte dos recursos humanos que estão na linha de frente do cuidado, que não são muito promissoras (FALEIROS JÚNIOR; MANÍGLIA, 2012).

Na pesquisa realizada por Vieira e Vieira (2016), em onze municípios onde compõe a AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera) do estado de Santa Catarina, que obtêm o melhor índice em expectativa de vida no Brasil, teve como objetivo geral identificar se os tais municípios têm conhecimento e aplicam a Política Nacional Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) durante as ações realizadas na Atenção Básica à Saúde, em especial nas UESF (Unidade de Estratégia Saúde da Família), no que dispõe o EI e CF/88. Como resultado, constatou-se que a PNSPI está sendo aplicada parcialmente em 60% dos municípios da AMREC e integralmente nos outros 40.

Conforme a PNSPI, instituída pela Portaria nº MS 2.528/2006 dispôs como ações estratégicas:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa – para indução de ações de saúde, tendo como referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Programa de Educação Permanente a Distância – implementar programa específico na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para os profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;
- Acolhimento – reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
- Assistência Farmacêutica – desenvolver ações que visem a qualificar a dispensa de medicamentos e o acesso da população idosa;
- Atenção Diferenciada na Internação – instituir avaliação geriátrica global, realizada por equipe multidisciplinar a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar e;
- Imunização e Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2006; OHARA; SAITO, 2014)

Refletindo sobre as garantias e leis que asseguram, protegem e apoiam a pessoa idosa no âmbito do SUS e como estão disponíveis para a comunidade em geral acessar e se informar, já que é a realidade de muitos e depois de todos, torna-se inadmissível que a sociedade em geral não se sensibilize a respeito das condições e fatos das pessoas idosas, a ponto de pensar que é apenas com os outros e que não nos tornaremos velhos, como um processo biológico e natural das espécies animais na qual pertencemos.

Segundo Aguiar (2015, p. 44), o sistema é considerado único porque os princípios e diretrizes que regem a organização dos serviços e ações de saúde devem ser os mesmos nas três esferas de governos (federal, estadual e municipal), que também terão comando único em cada nível de gestão. O SUS fundamenta-se em uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. É de relevância informar que a Constituição Federal de 88 passou a ser conhecida como cidadã, por se

caracterizar pelo reconhecimento de direitos, inclusive o da saúde, a todos os cidadãos e serem garantidos pelo Estado por meios de políticas públicas. Destaca-se por trazer um título inteiro dedicado à saúde – o Título VIII, referente à Ordem Social, cujo Capítulo II, o da Seguridade Social (onde o SUS é representado), especificamente nos artigos 196 a 200. Sendo regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (AGUIAR, 2015).

Portanto, a efetivação desses direitos nas políticas públicas é, desde sua concepção na CF/88, um desafio: por parte dos usuários por ser ambíguo, por parte dos profissionais por ser desestruturante e por parte das políticas públicas onde o SUS é definido, pelo Artigo 198, como ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada de acordo com os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade com os princípios organizativos da hierarquização, descentralização e participação da comunidade.

Segundo Brasil (2007), o Ministério da Saúde na perspectiva de superar tais dificuldades, em 2005, define a agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Dentro do Pacto em Defesa da Vida tem especial relevância a atenção básica à saúde do idoso.

Conforme Araújo, Brito e Barbosa (2008), apesar de avanços em termos de leis e políticas que regulamentam os direitos dos idosos, a realidade está aquém de tais garantias. Questiona-se a atenção básica ao idoso e a qualificação de profissionais dentro dos programas de prevenção às doenças mais constantes no idoso. Os autores compreendem que:

no Brasil com uma sociedade heterogênea, e sendo uma das dez maiores economias do mundo, a concentração de recursos está nas mãos de relativamente poucos. Isso reflete nas condições de vida dos idosos, cuja fragilização econômica intensifica a fragilização da saúde, com repercussões negativas sobre esta, que dificilmente o profissional de saúde conseguiria incentivar esse cidadão a desenvolver hábitos mais saudáveis.

Nesta ótica, o Pacto em Defesa da Vida além da relevância em direcionar sua atenção à pessoa idosa, também se destaca pelas diretrizes da promoção da saúde do idoso, no qual estão estabelecidas da seguinte maneira:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Ação integral, integrada à saúde da população idosa; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à pessoa idosa; Estímulo

à participação e fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde; Divulgação e informação para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudo e pesquisa. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; OHARA; SAITO, 2014; AGUIAR, 2015)

Conforme Ohara e Saito (2014), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria nº 648, de 28/03/2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica deve ser organizada de modo que se constitua o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2007, OHARA; SAITO, 2014, p. 84). A política define Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2007, p. 23).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para organizar e fortalecer a Atenção Básica e tem, entre suas responsabilidades, o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial. Segundo as autoras Ohara e Saito (2014, p. 93), os meios de operacionalização para a implantação do PSF ficam a cargo dos municípios com o apoio estadual, sendo necessária a criação de Unidades de Saúde da família (USF), no qual é caracterizada como sendo:

unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, por meio de equipe multiprofissional. Esses serviços devem dispor de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Dos critérios para a construção de uma USF, considera-se que seja o mais próximo da residência dos usuários, constituindo-se dessa forma no primeiro contato da população com o sistema de saúde. O conjunto de ações deve ser definido de acordo com realidades locais, tendo por base a programação e o planejamento descentralizados, devem assegurar resolubilidade dentro do seu contexto de complexidade, tendo como diferencial o trabalho em equipe. (OHARA; SAITO, 2014, p. 93; AGUIAR, 2015; BRASIL, 2008).

De acordo com o exposto, a política de saúde já se encontra vigente. Segundo destaca Barletta (2014), não são poucos os direitos dos idosos, mas sua concretização ainda é escassa. Neste caso, necessitam do esforço das autoridades e dos profissionais de saúde mais habilidade, competência, sensibilidade e humanização para que as ações e serviços conquistados e sancionados pela CF/88 chegue ao seio dos menos favorecidos e caia por terra as desigualdades sociais, valorizando os princípios e diretrizes que regem o SUS, onde é constituído de Princípios éticos doutrinários:

- Universalidade: acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem discriminação;
- Integralidade de assistência: garantia de assistência em todos os níveis de atenção do sistema de saúde em nível nacional e consideração da saúde como processo dinâmico que exige atenção sobre as diferentes dimensões de necessidades (biopsicossocial) do ser humano;
- Equidade: dispor de recursos para o restabelecimento do equilíbrio saúde-doença na proporção das necessidades e para aqueles em situação de maior vulnerabilidade e risco de agravos à saúde (OHARA; SAITO, 2014, p. 93; AGUIAR, 2015; BRASIL, 2008).

Vale ressaltar, que a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência em saúde são características holísticas de cuidados de toda a população com foco nos mais vulneráveis, onde estão incluídas as crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiências e os LGBTQIa+ e onde a população idosa, através da explosão demográfica se apresenta em destaque, forçando as políticas públicas a se reorganizar e o PSF passa a ser considerado não mais como um programa tradicional do MS, mas como uma estratégia.

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003) que descrevem a Estratégia de Saúde da Família (ESF):

de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003, BRASIL, 2007).

Sendo assim, a ESF é instrumento importante no monitoramento da pessoa idosa dentro da comunidade e, em particular na sua residência podendo identificar, portanto, fatos que poderão vir a acontecer de maneira preventiva. O Ministério da Saúde, desde 1994, vem adotando a Saúde da família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares e multidisciplinares planejadas por equipes que se responsabilizam pela saúde de determinada população que compõem aquela área

abrangente e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. (BRASIL, 2007; AGUIAR, 2015; ARAÚJO, BRITO, BARBOSA, 2008)

No que concerne como direito à saúde, se encontra na lei que é exclusiva a pessoa idosa - Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003, CAPÍTULO IV - Do Direito à Saúde.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Desta forma, o SUS é o sistema articulador de todas as ações e planejamentos de intervenções direcionadas à comunidade, à família e ao próprio idoso, de forma intersetorial e multidisciplinar, onde todos devem ser acompanhados por profissionais capacitados. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é instrumento de cidadania, onde terá informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde (BRASIL, 2007).

Outro ponto a ser observado está relacionado à condição funcional da pessoa idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e pessoas idosas frágeis. As ações devem ser direcionadas de acordo com as especificidades. A portaria nº 2.528/2006, que constitui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) retrata, também, do envelhecimento ativo e saudável, tendo como objetivo primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde (OHARA; SAITO, 2014, p. 347)

O envelhecimento ativo pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, prevenção às situações de violência familiar e urbana, acesso à alimentos saudáveis e redução do consumo do tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um

envelhecimento que signifique também ganho substancial em qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2007).

O envelhecimento ativo tem uma relação direta com a qualidade de vida e com isso os serviços de saúde estão despreparados para o atendimento da demanda de idosos (OHARA; SAITO, 2014, p. 398). Vale ressaltar que este serviço está garantido na Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM nº 687/2006), Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM nº 648/2006), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM nº 2.528/2006) e no Estatuto do Idoso. As novas estratégias da saúde pública para o envelhecimento saudável têm como objetivo prever das doenças crônicas e adiar as incapacidades consequentes a essas doenças (COSTA, 2003).

De acordo com o envelhecimento saudável, o mais importante é a pessoa idosa manter sua autonomia, pois preservada, mesmo tendo multicomorbidades, ela é considerada saudável devido estas políticas de saúde, onde os profissionais que trabalham a frente do cuidado têm papel de extrema importância na qualidade da assistência.

## **2.2 Os cuidados de enfermagem para a pessoa idosa.**

A enfermagem no Brasil desde o início do século XX era centrada no serviço hospitalocêntrico e como coadjuvantes na prática médica curativa. A formação de enfermeiros está regulamentada desde 1949, pela Lei nº 775, de 6 de agosto, e pelo Decreto nº 27.462/1949 que aprovou o Regulamento Básico nº 618/1949 dos cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem (LOPES; NÓBREGA-TERRIEN; ARAÚJO, 2018, OGUISSO, 1977; KLETEMBERG; et al. 2010). Diante do exposto, a enfermagem com todas as suas retrospectivas, até esse momento não tinha evidências dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas (FREITAS; GUEDES, 2019).

Conforme Alvarez, *et al.* (2013), as publicações da Enfermagem Gerontológica, aqui no Brasil, se dá a partir da década de 1980. O mesmo autor relata que o crescimento da população de idosos exige maiores e intensivos esforços das políticas, programas e ações com vista ao envelhecimento saudável, contemplando a promoção e a proteção da velhice no cuidado. Neste sentido, a Enfermagem Gerontológica, apesar de ser emergente no Brasil, vem sendo impulsionada a dar respostas concretas para o cuidado à

pessoa idosa e à sua família tomando para si a responsabilidade, já que as políticas não são efetivas na qualidade do cuidado prestado.

Gerontologia é a ciência que estuda o fenômeno do envelhecimento de modo global considerando os aspectos biopsicossociais, políticos e culturais; envolvem todas as áreas da nossa sociedade, incluindo habitação, educação e negócios e, para que se concretize, necessita de trabalho integrado de multiprofissionais. O termo Enfermagem Gerontológica foi utilizado para “salvaguardar e melhorar a saúde na medida do possível e fornecer conforto e cuidados na medida do necessário.” (WOLD, 2013).

Destra forma, a enfermagem vem galgando e consolidando um espaço de cuidado específico à pessoa idosa através das necessidades emergentes e de um futuro próximo relacionado à demografia da população idosa no Brasil. Assim como todas as áreas do conhecimento vem se especializando. A enfermagem além da linha de frente do cuidado vem demonstrando sua importância e ocupando espaços merecidos, por isso a necessidade dos programas e ações se adaptarem a nova realidade em paralelo as demais áreas do conhecimento com foco na população idosa.

Segundo Ohara e Saito (2014, p. 348), as ações estratégicas da área temática na saúde do idoso foram desenvolvidas com base nas diretrizes contidas na PNSPI e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006, objetivando promover o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente, onde se destacam:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
- Caderno de Atenção Básica nº 19.
- Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.
- Curso de Gestão em Envelhecimento.
- Oficinas Estaduais de Prevenção de Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas.
- Avaliação Global.

O Brasil também tem se destacado, a partir de 2006, nas práticas em integralidade do cuidado e na melhoria da qualidade de vida da população. Foi aprovada nesse mesmo ano a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela portaria nº 687, no qual é compreendida como uma estratégia de articulação transversal que busca

promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde (GUERRA, *et al.* 2021; BRASIL, 2010).

Em consonância, a enfermagem tem na construção do conhecimento a arte do cuidar. O cuidar no sentido amplo da palavra tem a ver com zelo, desvelo, solicitude, diligência, atenção e concretiza o contexto da vida em sociedade (SOUZA *et al.* 2005). Nos escritos de Ferreira (2008) é a ciência e a arte de cuidar de seres humanos e se expressa em prática social que se objetiva no atendimento das coletividades, das famílias e do sujeito individual. A abordagem humanística se destaca tanto na ação (cuidar) como no seu objeto de trabalho (o cuidado).

Para tanto, a humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia a dia dos serviços. Com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2013), o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde (BRASIL, 2010).

Esse humanizar abre espaço para diversas expressões relativas ao gênero, à geração/idade, à origem, à etnia, à raça/cor, à situação econômica, à orientação sexual, ao pertencimento a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo situações especiais.

A operacionalização da PNH dá-se pela oferta de dispositivos – tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o “Acolhimento”, que se caracteriza em um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários (BRASIL, 2010).

A PNH propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde. O Acolhimento não é um espaço ou um local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que estima a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias, e que são constantemente renovados.

O processo de trabalho das equipes de saúde da família já retratada nessa pesquisa deve caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações proativas. O planejamento torna-se fundamental para a efetivação do acolhimento, levando-se em conta o “acolher na família/comunidade.” (BRASIL, 2010, OHARA; SAITO, 2014, AGUIAR, 2015).

Para a efetivação do Acolhimento da pessoa idosa os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, devem:

- Estar preparados para lidar com questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais, pois é preciso reconhecer a complementariedade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências;
- Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- Investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

No Acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos, entre outros aspectos, para:

- O estabelecimento de relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias; desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidos por isso;
- A Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigir primeiramente a seu acompanhante;
- Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- A utilização de uma linguagem clara evitando a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

As equipes de saúde na Atenção Básica, em especial quando organizadas pela Saúde da Família, dispõem de importantes ferramentas para a garantia de uma atenção humanizada. É importante que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários frente suas

necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Dentre as características do processo de trabalho das equipes destacam-se:

- 1) Atenção Continuada ou Longitudinalidade – a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente no acompanhamento da pessoa idosa, como:
  - Não é necessário esgotar todos os assuntos num único contato;
  - É possível negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada ou, quando necessário, novas negociações podem ser estabelecidas;
  - É possível haver maior agilidade na percepção de reações inadequadas ao uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando a correção dessas condutas;
  - Estreitam-se os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos.
  
- 2) Visita Domiciliar – é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada. Por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde.

Na visita domiciliar é possível estabelecer junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Essa atividade confere maior conforto, tranquilidade e segurança no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, no primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados (BRASIL, 2010; AGUIAR, 2015).

Outro cuidado de relevância nesse contexto são os relacionados à espiritualidade, religiosidade e a fé que tanto a pessoa idosa como seu familiar precisam estar em equilíbrio. Assim o profissional de saúde também necessita estar em equilíbrio para respeitar e apoiar o contexto daquela família em qualquer etapa do envelhecimento como: na doença, na morte e até mesmo na sua independência, priorizando o conforto do

paciente e a satisfação da família. Segundo Marques (2003), numa pesquisa realizada com 506 adultos de ambos os gêneros e idades entre 16 a 78 anos, com o objetivo de investigar a relação mútua entre o bem-estar espiritual e a saúde geral, concluiu que a espiritualidade relaciona-se significativamente com a saúde global, ou seja, que há uma relação positiva estatisticamente entre saúde e bem-estar social.

Mesmo que o assunto religiosidade/espiritualidade ainda seja controverso entre as rodas de conversas, cabe ao enfermeiro avaliar por meio do Diagnóstico de Enfermagem o sofrimento espiritual através das seguintes características: alienação, desesperança, sentimento de abandono de Deus e culpa. Neste sentido, as intervenções de enfermagem podem, segundo *Wold* (2013, p. 240/1):

- Determinar se existem práticas espirituais especiais ou restrições;
- Identificar pessoas significativas que prestam apoio espiritual;
- Determinar se o enfermeiro pode ajudar de alguma maneira a pessoa idosa a satisfazer suas necessidades espirituais;
- Oferecer oportunidades para a pessoa idosa expressar suas necessidades espirituais e preocupações;
- Determinar objetos espirituais que têm significado para a pessoa idosa; obtê-los se possível;
- Oferecer oportunidades para orientação espiritual com o devido respeito pela privacidade;
- Incentivar o contato com um conselheiro espiritual em tempos de crise;
- Fazer arranjos que permitam que os idosos mantenham suas práticas religiosas.

É fundamental que o profissional da enfermagem esteja apto e identifique, em sua abordagem, a relação da espiritualidade/religiosidade da pessoa idosa no sentido de incentivar e apoiar, encorajando e reforçando a fé do paciente, para que possa promover conforto e segurança que a espiritualidade e a religiosidade oferecem (NASCIMENTO, *et al.* 2013). Além do resgate da espiritualidade existem outros eventos sociais que precisam ser trabalhados.

A intervenção do resgate da espiritualidade na pessoa idosa e de sua família conduz à efetivação do processo de cuidados da equipe de saúde. Por meio dessa intervenção o profissional deverá trabalhar a questão dos preconceitos e da discriminação

que a cultura ocidental insiste em trazer em sua bagagem, fortalecendo a autoestima e os desafios do envelhecimento.

A promoção da saúde através da equipe de enfermagem deve garantir, dentro da sua abrangência, o acompanhamento e maior atenção à pessoa idosa, considerando a complexidade do processo do envelhecimento, que requer além da promoção da saúde na prevenção de adoecimentos e complicações e na implementação de estratégias de recuperação (FREITAS; GUEDES, 2019, p. 11).

Conforme Ohara e Saito (2014, p. 351), as atribuições do enfermeiro são:

- Realizar atenção integral às pessoas idosas;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Realizar consulta de enfermagem, incluindo avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Supervisionar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem;
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe;
- Orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos.

A atenção integral realizada faz com que o profissional direcione todo cuidado e esteja aberto as possibilidades discutidas pela equipe multidisciplinar. Os aspectos do cuidado no envelhecimento trazem reflexões e devem conduzir para a melhoria do cuidado no acolhimento a população idosa.

### **2.3 A Enfermagem Forense como especialidade no atendimento a pessoa idosa.**

Percebe-se que os crimes, apesar de complexos, estão cada vez mais noticiados. Os meios de comunicação a todo instante transmitem um caso desvendado ou em investigação envolvendo pessoas idosas. Nesse sentido, o profissional da enfermagem com especialização em Ciências Forenses, em articulação com a equipe multiprofissional,

se torna um investigador forense no processo inserido no ambiente de violência, na comunidade e, principalmente no ambiente familiar.

Segundo Garrido e Giovanelli (2009), as Ciências Forenses são compostas por todos os conhecimentos científicos e técnicas utilizadas para apurar crimes e assuntos legais diversos como: cíveis, penais ou administrativos (GARRIDO; GIOVANELLI, 2009). Conforme Silva e Rosa (2013), o principal papel desta ciência é auxiliar as investigações relativas às justiças civil e criminal, empregando métodos científicos para averiguar danos, mortes e crimes (SILVA; ROSA, 2013).

A criminalística como ciência teve seu início com Hans Gross no final do século XIX, ao propor que os métodos da ciência moderna fossem utilizados para solucionar casos criminais (GARRIDO; GIOVANELLI, 2009). Desde então, as Ciências Forenses associadas ao avanço tecnológico apontaram como cada área do conhecimento poderia contribuir para solução de crimes, tais como: a Medicina Forense, Biologia Forense, Química Forense, Odontologia Forense, Enfermagem Forense, Psicologia Forense, Contabilidade Forense, Computação Forense, Documentoscopia, Papiloscopia (DINIS-OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2016, COIMBRA; CRUZ, 2017).

Por conseguinte, as diferentes áreas do conhecimento estão percebendo o quão podem contribuir para o controle da violência. Cada uma construindo suas competências de forma intersetorial, multiprofissional e transdisciplinar, com foco na resolução de crimes cada vez mais articulados (BRASIL, 2010; FREITAS; OGUISSO; TAKASHI, 2022).

Conforme mencionado, a enfermagem direciona suas ações à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde do paciente, no qual todas as competências e procedimentos se realizam num momento íntimo entre o profissional e o paciente (BRASIL, 2010; ALVAREZ, 2019).

Segundo Duarte e Petroni (2022), a violência interfere diretamente no bem-estar e na segurança de todos na sociedade e interliga dois grandes sistemas, o sistema de saúde e o da justiça. Nas pesquisas que Minayo (2006) tem realizado, observou que a violência afeta fortemente a saúde. Segundo a IAFN, a especialidade da enfermagem Forense é definida como aplicação da ciência aos aspectos forenses do cuidado à saúde, relacionados às questões judiciais combinando a formação biopsicossocial do enfermeiro na investigação científica da morte e/ou tratamento do trauma de vítimas, agressores,

atividades criminais, acidentes traumáticos e de abusos físico, emocional e sexual (SILVA; SILVA, 2009, p. 90).

Nesse sentido, o cuidado forense realizado pelo profissional da enfermagem, somente começou a ser introduzido em 1986, com Virgínia Lynch, numa investigação científica da morte, na *American Academy of Forensic Sciences* (AAFS), nos Estados Unidos. A autora conseguiu chamar a atenção com sua pesquisa para o seguinte fato: a enfermagem estudando as Ciências Forenses, não poderá contribuir para a elucidação de crimes, já que conhece a história clínica do paciente? Somente em 1991 a academia reconheceu a Enfermagem Forense como uma ciência forense (GOMES, 2014a, ARAÚJO, 2016).

Gomes (2014a), afirma que a enfermagem combinada com as ciências forenses e o sistema de justiça originou uma disciplina distinta: a Ciência da Enfermagem Forense. No Brasil só foi reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como especialidade em 2011 pela Resolução 389/2011 e, em 2017, através da Resolução 556/2017 que foi regulamentada as áreas de atuação desse profissional (SOBEF, 2017, DUARTE; PETRONI, 2022).

Para iniciar uma nova etapa nesse contexto, segundo o COFEN, a primeira especialização lato-sensu em Enfermagem Forense no Brasil se deu na cidade de Pernambuco em 2016 onde começou essa nova especialidade que vem conquistando adeptos na Enfermagem Forense, através de profissionais que não consideram a profissão mera execução de tarefas, mas de maneira humanizada e solidarizada. Para Gomes (2014a), a Enfermagem Forense veio para preencher um espaço que existe entre a prestação de cuidados na saúde e na justiça.

Segundo Duarte e Petroni (2022, p. 92) esses profissionais têm habilidades relacionada à análise criteriosa e sistematizada da abordagem de casos de violência doméstica/interpessoal, abuso sexual, negligência médica ou fisiológica, abuso psicológico, tráfico de órgãos, aborto ilegal, uso abusivo de drogas e álcool, erros médicos, investigação de morte acidental – violenta e súbita –, avaliação de incapacidades temporárias e permanentes, investigação de lesões por acidente, lesões por suicídio e homicídio e investigação inadequadas de suicídio. Podem também atuar na comunidade e na investigação criminal, recolher provas e participar no tribunal como testemunha (SANTOS; VIEIRA; SILVA, *et al.* 2017, DUARTE; PETRONI, 2022, p. 22).

É importante que o profissional esteja constantemente atualizado com relação as questões de identificação da violência, pois segundo Silva e Dias (2016) a violência contra a pessoa idosa se classifica em 7 tipos apresentados a seguir:

1. Violência Física: utiliza a força física para coagir a pessoa idosa a realizar aquilo que deseja, ocasionando algum ferimento, dor, incapacidade ou morte a esses indivíduos;
2. Violência Psicológica: agressões verbais ou gestuais com a finalidade de aterrorizar, causar humilhação, delimitar a liberdade ou restringir o convívio social;
3. Violência Sexual: ato ou jogo sexual, de modo homo ou heterorrelacional, que apresentam o objetivo de alcançar a excitação, relação sexual ou práticas eróticas mediante a realização de outros tipos de violência para seu alcance;
4. Abandono: se expressa pela ausência ou abjuração daqueles que são considerados responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de concederem socorro a um idoso que carece de proteção e cuidado;
5. Negligência: renegação ou omissão de cuidados à pessoa idosa por parte dos responsáveis familiares ou institucionais;
6. Financeira: exploração inapropriada, ilegal ou não consentida pelo idoso dos seus recursos financeiros e/ou patrimoniais;
7. Autonegligência: a conduta da própria pessoa idosa em relação a sua saúde e/ou segurança, pela recusa de exercer cuidados necessários a si mesmo (SILVA; DIAS, 2016, p.121).

Freitas, Oguisso e Takashi (2022, p. 96) incluem mais um tipo de violência contra a pessoa idosa:

A Violência Medicamentosa: administração por familiares, cuidadores e profissionais dos medicamentos prescritos de forma indevida, aumentando-os, diminuindo-os ou mesmo excluindo-os.

Cada tipo de violência provoca graves lesões físicas e emocionais, podendo culminar com o óbito. No Brasil os tipos mais frequentes são violência estrutural, institucional e familiar contra a pessoa idosa, que conforme descrevem Minayo (2006) e Freitas, Oguisso, Takashi (2022):

- Violência Estrutural: reúne aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza, miséria e a discriminação que se expressa de variadas formas;
- Violência Institucional: atualizada e reproduzida pelo Estado, por instituições públicas e privadas de prestação de serviços de longa permanência, no atendimento ao idoso;
- Violência Familiar: ocorrida no seio da família. Em geral os processos de agressão familiar têm as seguintes características: a) a pessoa idosa vive na mesma casa que o agressor; b) é um filho ou parente, dependente financeiramente da pessoa idosa em idade avançada; c) a pessoa idosa é dependente da família para a sua manutenção e sobrevivência; d) a pessoa idosa ou outra pessoa da família é um etílico ou usuário de drogas; e) a pessoa idosa tem ou manteve, ao longo da vida, vínculos afetivos conflituosos com os familiares; f) os familiares ou a pessoa idosa se isolam socialmente; g) a pessoa idosa é ou foi muito agressiva nas relações com seus familiares; h) A pessoa idosa ou seu cuidador têm história de violência intrafamiliar; i) os cuidadores são ou foram vítimas de violência familiar, padecem de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico.

Outro tipo de violência que precisa ser abordada e incluída nas demais formas de intervenção é o suicídio, que segundo Freitas, Oguisso e Takashi (2022, p. 100) é uma forma de violência autoinflingida, na qual o indivíduo tira a própria vida. As pessoas idosas são o grupo populacional de maior risco para a ocorrência do suicídio, constituindo um grave problema de saúde pública que envolve questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais. A depressão, o transtorno mental e outros agravos efetivos, ocasionam fragilidades e potenciais de riscos para o suicídio entre os idosos, sobretudo no caso de personalidades rígidas, ansiosas e obsessivas (SOUSA, 2014).

O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência da OMS (2014) deduziu que o número absoluto de óbitos por suicídio pode ser superior aos dados disponibilizados nos sistemas mundiais de informação sobre mortalidade. Conforme Rosa (2017), essa questão implica na subnotificação, aonde os casos não chegam aos registros oficiais.

Subentende-se que o fenômeno da violência tem diversas formas ou facetas (MEZINSKI, 2007, MODERNA, 2016, MINAYO, 2006), porém você pode estar se perguntando: o que o profissional da enfermagem tem a ver com esse assunto? Esse

profissional está presente nos principais setores de uma comunidade, como na maternidade, escola, instituições públicas e privadas, zona rural e ribeirinha, centros prisionais e centros hospitalares, principalmente no momento mais debilitado do ser humano, prestando o primeiro cuidado numa emergência, prevenindo e intervindo em fatores de risco identificados, no qual condiz com o ofício de sua profissão. Neste contexto, Gomes (2014) relata que o enfermeiro (a) com sua sensibilidade e seu olhar holístico identifica todas as facetas da violência (GOMES, 2014a).

Minayo (2006) descreve que qualquer que seja a violência pode causar traumas, doenças físicas e mentais, desestruturando um ambiente que antecipadamente já teria sido identificado pelo profissional. O tema da violência nunca tinha entrado na pauta das políticas públicas, por causa de sistemas patriarcais que vem desde o início dos tempos.

Foi em 1993, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) escolheu a prevenção de traumas e acidentes como tema do Dia Mundial da Saúde (07 de abril), cujo objetivo era chamar a atenção às prioridades da saúde global. Nunca um tema provocou e continua a provocar resistências em relação a sua inclusão na pauta do setor da saúde como o das violências e acidentes (MINAYO, 2006, p. 46). Portanto, percebe-se que o problema da resistência na aceitação da responsabilidade do tema das violências e acidentes no plano da saúde tem instigado os profissionais da saúde de maneira a construir essa nova especialidade, principalmente no profissional da enfermagem.

A OMS revelou em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que “todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais, por causas violentas” (2002, p. 20). Conforme Minayo (2006, p. 46) no Brasil, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e dessas, 400 mil faleceram por homicídios. A autora acrescenta que tanto no Brasil como no mundo, os óbitos infligidos por outros ou auto infligidos constituem sério problema social e afeta fortemente a saúde pessoal e coletiva. Os dados estatísticos demonstram que de qualquer modo, tanto os óbitos como os traumas, as violências e acidentes afetam a saúde de todos os envolvidos, direta ou indiretamente e, desta forma, sobrecarrega os sistemas de saúde e conseqüentemente demanda mais custos para o Estado.

O autor ainda destaca que a violência, por ser um fenômeno sócio histórico, não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema típico de médicos, mas afeta fortemente a saúde de várias formas (MINAYO, 2006, p. 45).

- Provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- Diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- Exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- Coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e
- Evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando as necessidades do cidadão.

A autora declara que o setor de saúde introduziu o tema violência em sua pauta nos últimos anos, consciente de que pode contribuir para sua discussão e prevenção (MINAYO, 2006, p. 45).

Essa é uma discussão complexa e resistente por parte dos profissionais da saúde, porém com a mesma velocidade que evoluíram as tecnologias, novos campos do conhecimento, o profissional da enfermagem, assim como o qualquer outra área, precisa estar constantemente buscando novas capacitações, pesquisando e construindo novas ideias que contribuam para um melhor serviço e melhor assistência.

A Enfermagem a partir da Resolução 358/2009-COFEN prevê a disposição da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), onde é um método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao paciente através do planejamento individualizado das ações de Enfermagem; e a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) que é a conduta deliberada de resolução de problema para atender às necessidades de enfermagem e de cuidados de saúde das pessoas (BRUNNER & SUDDARTH, 2014, p. 27), em ambientes que acontecem o cuidado de Enfermagem. Divide-se em cinco etapas, segundo COFEN (2009): 1) Coleta de Dados (Histórico de Enfermagem); 2) Levantamento de Diagnóstico; 3) Resultados Esperados; 4) Planejamento da Assistência e 5) Avaliação. É nesse contexto que a Consulta de Enfermagem direcionada à pessoa idosa deve ser consistente e atender as referidas etapas (SOUTO, 2022, p. 126).

A anamnese realizada na consulta de enfermagem é importante instrumento de detecção dos vários tipos de violências que a pessoa idosa pode estar sofrendo. Depois da consulta o profissional observa os primeiros vestígios de violência, paralelamente pode preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada – Casos Suspeitos e Confirmados (BRASIL, 2016).

As lesões também devem ser fotografadas para integrar a documentação (fotodocumentação) da consulta, caso o paciente autorize, em situação de violência

confirmada, pode ser realizado ainda o diagrama corporal no qual indicará a descrição da lesão, local, tamanho e forma (GOMES, 2014a).

A visão holística do enfermeiro deve ser baseada nos vários tipos de violência que envolve os fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, tanto por parte do agressor como da vítima. Segundo a Resolução do COFEN 556/2017, regulamenta as áreas de atuação do enfermeiro Forense em:

- Violência Sexual;
- Sistema prisional;
- Psiquiátrico;
- Perícia, assistência técnica e consultoria;
- Coleta, recolha e preservação de vestígios;
- Pós-morte;
- Desastre em massa, missões humanitárias e catástrofes; e
- Maus tratos, Traumas e outras formas de violência nos diversos ciclos da vida.

É importante salientar que o foco do cuidado da enfermagem é no bem-estar do paciente (vítima ou agressor), família e comunidade. O do enfermeiro forense, além de todas as competências do exercício da profissão, conforme o Decreto nº 94.406/1987 que regulamenta o exercício da profissão engloba funções anteriormente limitadas aos médicos, agentes da autoridade e advogados tornaram-se funções, apesar de não se tratar de substituições, para os profissionais de Enfermagem Forense (GOMES, 2014a, p. 55). Mesmo desafiados a assumir essa nova responsabilidade, o profissional por prestar assistência individual estará no âmbito da violência interrompendo um emaranhado de teias formadas no ambiente familiar.

### 3 METODOLOGIA

Essa pesquisa encaixa-se na classificação bibliográfica, exploratória e documental, de corte transversal, realizado na Área de Abrangência da Unidade Básica de Saúde Trinta e Um de Março, onde compõe os bairros: Nossa Senhora Aparecida, São Francisco e 31 de Março, conforme a figura 1.

**Figura 1 – UBS Trinta e um de março na cidade de Boa Vista (RR).**



**Fonte:** Ildeban Pereira da Silva, fotógrafo Boa Vista/RR.

Seu desenvolvimento foi realizado através de pesquisa bibliográfica, na qual foram utilizados livros, artigos, leis, dados do IBGE Censo 2010 e documentos disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Boa Vista/Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, em anexo, que correspondem a dados secundários sobre o quantitativo de pessoas idosas atendidas na Unidade Básica de Saúde Trinta e Um de Março nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021.

De acordo com as Resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de estudo que analisa dados agregados e sem identificação das

peças, disponíveis em bancos de dados de domínio público e dispensa-se a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

As amostras coletadas foram transferidas para os Quadros: 2, 3 e 4, onde: no quadro 2 foram expostos o quantitativo de pessoas idosas com 60 anos ou mais nesses três bairros nomeados através do IBGE Censo 2010; foi exposta a quantidade de pessoas idosas com 60 anos ou mais atendidas nesta UBS Trinta e Um de Março, nos anos 2018, 2019, 2020 e 2021 que constata a demanda de atendimentos conforme o que preconiza o SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização, participação e controle social (AGUIAR, 2015).

No quadro 3 - Relatório de Consultas/Sintético da UBS 31 de Março dos anos 2018/2019/2020/2021 - considerou-se a relação com o sexo, por considerar que a mulher sofre mais agressões que o homem no ambiente familiar, por obter multimorbidades e/ou capacidade funcional limitada quando idosa, de acordo com o IBGE (2010) 55,5% da população idosa é feminino (feminização da velhice) e sua vulnerabilidade é proporcional a sua idade. O cálculo utilizado nos dados foi uma regra de três simples para se chegar à porcentagem apresentada e no quadro. Primeiro foi usado a média total, utilizando a soma dos valores dos 4 anos (2018 a 2021) e dividido por 4, têm-se a média total, depois foi utilizado a regra de Três simples para transformar esses valores em porcentagem.

No quadro 4 se tem o Relatório de Cadastro Individual dos usuários/cidadão – sexo dispõe do sexo feminino ter mais acessibilidade aos serviços de saúde sexo masculino.

Foi proposto na qualificação do projeto apresentado dia 15 de junho de 2022 à banca composta por doutores da UERR que seriam feitas entrevistas com os enfermeiros da UBS Trinta e Um de Março, com o objetivo de consultar sobre qual seria a conduta do profissional diante de casos de violência sobre a pessoa idosa, se haveria um protocolo de conduta na UBS e se conhecia a Enfermagem Forense, porém não foi possível proceder desta forma pelo curto espaço de tempo disponibilizado neste curso, resultando na busca de dados públicos sobre a quantidade de pessoas idosas fornecidas pelo IBGE Censo 2010 e pelo quantitativo sintético de consultas realizadas nos anos de 2018 a 2021 fornecido pela Prefeitura Municipal de Boa Vista/RR.

### 3.1 Resultados e discussão dos resultados

#### 3.1.1 Resultados

A apresentação dos resultados se baseia na extração do quantitativo de pessoas idosas acima de 60 anos disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Conforme o Censo de 2010, dos bairros Nossa Senhora Aparecida, São Francisco e Trinta e Um de Março, localizados na zona norte da cidade de Boa Vista/RR, no qual compõem a Área de Abrangência da Unidade Básica de Saúde Trinta e Um de Março, tendo os seguintes dados apresentados no quadro 2:

**Quadro 2: Censo IBGE 2010 por bairro.**

<b>Bairros</b>	<b>População residente, por situação do domicílio e sexo – sinopse /Brasil e Bairro (tabela 608).</b>	<b>População residente, por situação do domicílio, sexo e grupos de idade – sinopse/grupo de idade – Soma (60 a 64 anos + 65 a 69 anos + 70 a 74 anos + 75 a 79 anos + 80 anos ou mais - Tabela 3107).</b>
NS Aparecida	4.860	431
São Francisco	3.992	455
Trinta e Um de Março	1.631	163
Total	10.483	1.049

Fonte: IBGE, 2010.

Observando-se que os três bairros que compõem a Área de Abrangência da UBS Trinta e Um de Março, têm um quantitativo de pessoas idosas com 60 anos ou mais igual a 1.049 indivíduos, isso equivale a 10% da população total dos três bairros, segundo o Censo IBGE 2010.

Outro fator preponderante extraído do banco de dados da Prefeitura Municipal de Boa Vista/Secretaria Municipal de Saúde – SMSA se refere aos dados secundários da quantidade de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) atendidos nesta UBS 31 de Março

nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, para compor a coleta de dados da referida tese, exposta no quadro 3 por:

**Quadro 3: Relatório de Consultas/Sintético da Unidade Básica de Saúde 31 de Março dos anos 2018/2019/2020/2021.**

<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	
<b>Quant.</b>	2020	1958	1744	2189	
<b>Total</b>					<b>7.911</b>
<b>Média/ano</b>	7.911 ÷ 4				<b>1.977,75</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Boa Vista/Secretaria Municipal de Saúde - SMSA, 2022.

Nos dados de 2022 houve um aumento de 88,56% comparados com o quantitativo do Censo 2010 (único dado do IBGE disponível). Outra observação dentro desses quatro anos é que mesmo com a pandemia do SARS Covid19, se manteve a média de atendimentos favorecendo a cobertura dos serviços de saúde da Atenção Primária.

Mais um dado fornecido pela Prefeitura Municipal de Boa Vista/SMSA/e-SUS (2022) está relacionado ao sexo dos cidadãos atendidos pela UBS 31 de Março, da seguinte maneira, exposta no quadro 4:

**Quadro 4: Relatório de Cadastro Individual dos usuários/cidadão – sexo**

<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Masculino</b>	237	276	356	379
<b>Feminino</b>	425	507	611	657

Fonte: Prefeitura Municipal de Boa Vista/Secretaria Municipal de Saúde – SMSA/eSUS, 2022.

Com relação a esses dados é visível que a mulher é mais acessível aos serviços de saúde que os homens. Não consta, nesses dados, o motivo pela qual os cidadãos procuraram os serviços de saúde, motivo para que essa pesquisa seja abordada em outro momento, pois seria necessário um maior tempo para análise dos prontuários dos pacientes da UBS.

### 3.1.2 Discussão dos resultados

Nos dados apresentados constatou-se a presença da pessoa idosa na Área de Abrangência da UBS Trinta e Um de Março. Este número representa uma cobertura dos programas de saúde como do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Segundo Souza e Minayo (2010), o envelhecimento é um processo universal e irreversível que traz diversas alterações gradativas e gerais, tanto corporais como orgânico-funcionais verificados em todas as idades em graus diferenciados dependendo da hereditariedade de cada um. Uma das alterações encontradas é a redução da força muscular, associada à diminuição das fibras musculares e, como consequência, a perda da massa muscular (SOUZA; MINAYO, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) a capacidade funcional da pessoa idosa se define com a dificuldade, devido a uma deficiência para realizar as atividades típicas e, pessoalmente, desejada na sociedade. Porém, essas alterações nas pessoas idosas aqui relacionadas não representam necessariamente fragilidade, pois se a pessoa tiver tido uma qualidade de vida a base de exercícios e alimentação balanceada é fator de retardo dessas modificações.

Tais modificações fazem da pessoa idosa dependente dos familiares e cuidadores, que muitas vezes negligenciam esse cuidado tornando-os mais suscetíveis à fragilidade e à dependência. Numa pesquisa realizada por Dias *et al.* (2019) em cinco UBS com idosos longevos constatou-se uma parcela de idosos apresentando evidência possível de fraturas, desidratação, diarreia, queimaduras, pouca higiene, falha na resposta de doença óbvia, queixa de negligência repetida, queixa de exploração repetida, incapacidade de controlar bens/dinheiro.

Lima *et al.* (2010) relata que à medida que a idade aumenta as pessoas tornam-se menos ativas, diminuindo a capacidade física e causando alterações psicológicas como estresse, depressão e sentimentos de velhice. Com isso, observa-se que as limitações do envelhecimento se tornam fator de risco para a violência, que conforme Farias e Santos (2012) descrevem, que podem ser superadas ou minimizadas com hábitos de vida saudáveis, oportunidades de integração social, segurança e bem-estar que não dependem exclusivamente de escolha pessoal, mas das oportunidades oferecidas pelo contexto social (FARIAS; SANTOS, 2012).

Quanto aos dados relacionados à procura pela pessoa idosa aos serviços de saúde, observou-se que, apesar de não possibilitar comparação no mesmo espaço de tempo em que foram coletados esses dados, pode considerar a projeção que o Censo 2010 gerou nos anos de 2018 a 2021. Desta forma, o quantitativo do Censo 2010 que era de 1.049 pessoas acima de 60 anos ou mais de idade, aumentou para 88,56% nos anos de 2018 a 2021. Outra observação relacionada em percentual nos anos 2012 a 2022 foi que o Brasil teve uma taxa de 4%/ano de aumento populacional de pessoas idosas, enquanto na área de abrangência da UBS 31 de Março obtiveram-se 8,05%/ano, o dobro do quantitativo nacional.

Segundo Guibu et al. (2017), 73% da comunidade procura sempre por atendimento nas unidades de Atenção Primária de Saúde (APS), variando em menor proporção na região Norte (GUIBU, et al. 2017, PNAD, 2003). Nos relatos de Mendes (2013), os idosos estão insatisfeitos com o atendimento oferecido pela UBS.

Para Barros et al. (2019), 78,7% de idosos afirmaram já terem sofrido algum tipo de violência. Já para outros autores, foi verificado que a proporção de 67,7% dos idosos foi vítimas de violência física e 29,1% de violência psicológica (BARROS et al. 2019, MASCARENHAS et al. 2010, PAIVA; TAVARES, 2015, APRATTO JUNIOR, 2010).

Em análise a esses dados, observa-se que a demanda da população idosa se encontra de fato diante dos serviços de saúde. Assis et al (2012) observou que poucos municípios notificaram violência no ano 2010. Alencar, Santos e Hino (2014) também relatam a importância da devida notificação de casos de violência por parte dos serviços de saúde. Sendo, neste sentido, de autonomia das instituições a notificação de casos suspeitos ou confirmados, para que haja um planejamento eficiente das intervenções desses agravos.

Outro dado apresentado nesse estudo está direcionado ao sexo da pessoa idosa, onde se constatou que dentro desses quatro anos estudados (2018 a 2021), 63,80% de mulheres foram atendidas nesta UBS e isto quer dizer que a mulher idosa procura mais os serviços de saúde que o homem idoso, fortalecendo o que outros estudos já haviam constatado (SALIBA et al. 2007; IBGE, 2009; DIAS et al. 2019).

Minayo (2003) afirma que nos lares as mulheres idosas são mais abusadas que os homens. Já Alencar, Santos e Hino (2014); Guimarães e Andrade (2020) observaram que 58% dos sujeitos da pesquisa eram do sexo feminino, considerando que as mulheres

possuem expectativa de vida maior que dos homens, mas convivem mais com multimorbidade.

Essas informações detectadas geram a necessidade de mais pesquisas no assunto e a reorganização de políticas públicas de saúde, considerando que a Organização Mundial de Saúde (2002) reconheceu que a violência está inserida no campo da saúde.

### **3.2 Produto da pesquisa**

#### **Capacitação sobre Enfermagem Forense aos profissionais da Enfermagem, com foco no acolhimento as pessoas idosas vítimas de maus tratos.**

##### **3.2.1 Apresentação**

Desde a promulgação da CF de 1988 o Brasil vem lutando contra as mazelas do corporativismo, sempre favorecendo a classe dominante, onde o mais vulnerável, negro, velho e pobre, não mereciam a tão dignidade referida. Através dos movimentos sociais por mais saúde, educação, segurança, dignidade e respeito, no qual está representado no artigo 6º “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Em relação a cada item deste Artigo, a educação aponta como um dos principais fatores de desenvolvimento de um país, cuja demonstração está em países de primeiro mundo, como é o exemplo dos Estados Unidos, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,915, enquanto no Brasil, que se enquadra em país em desenvolvimento ou emergente, o IDH se encontra na casa de 0,759.

Para cada autor um ou outro critério é mais importante para classificar um país em desenvolvido ou subdesenvolvido como o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), expectativa de vida ao nascer, PIB (Produto Interno Bruto), educação, saúde, segurança, dentre outros. Com isso, destaca-se a educação que representa um peso significativo nas classificações dos referidos países. Portanto, como já mencionado, a CF 88 deu a valorização merecida com as Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e 8.142/1990, elaboradas para regulamentar juridicamente o SUS na participação da comunidade na gestão

tripartites dos recursos financeiros na área da saúde e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), onde aponta que:

a condução da PNEPS está ancorada nos marcos teóricos e metodológicos da EPS, compreendida como uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde. Pressupõe a integração entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, objetivando transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em prol da humanização e melhoria do acesso e da qualidade do cuidado prestado à população. (CECCIM, 2005).

A PNEPS foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, representando continuamente uma necessidade agora regionalizada, já que as realidades se diferenciam fortalecendo, assim, os princípios e diretrizes do SUS. Por acreditar nessa contínua construção do sistema que o produto desta pesquisa representa uma pequena contribuição para toda sociedade embasando-se na Educação Permanente em Saúde (EPS) e esta capacitação vem de encontro às necessidades observadas nesta UBS Trinta e Um de Março, na cidade de Boa Vista/RR.

### 3.2.2 Plano da capacitação

**DOCENTE:** ILONEIDE PEREIRA DA SILVA CARDOSO

**DIA:** 24/11/2022 SÁBADO

**HORÁRIO:** 08h00min às 12h00min

**DURAÇÃO:** 04h00min

**TÍTULO/TEMA:** VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM FORENSE

**OBJETIVO:** Apresentar a Enfermagem Forense como novo instrumento operacional aos profissionais da enfermagem da UBS Trinta e Um de Março, cidade de Boa Vista/RR, capaz de reequilibrar/reestabelecer a saúde na pessoa idosa que sofre de maus tratos; assegurar e oportunizar outras maneiras de encarar o percurso da violência e proporcionar maneiras para uma melhor qualidade de vida.

**PÚBLICO:** Enfermeiros da UBS Trinta e Um de Março, cidade de Boa Vista/RR.

**LOCAL:** UERR, SALA 20.

**FORMATO:** POWERPOINT

## **CRONOGRAMA DO CONTEÚDO**

1. Histórico da Enfermagem Forense.
2. Conceito de Enfermagem Forense.
3. Legislação no Brasil.
4. Competências.
5. Violência contra as pessoas idosas.
6. Notificação da Violência.
7. Construção de uma Rede de Proteção Multidisciplinar e Multisetorial.
8. Construção de um protocolo de atendimento a vítimas de violência e o perpetrador.

**MÍDIA:** será divulgado na Universidade Estadual de Roraima – UERR através de folders, na UBS Trinta e Um de Março e nos grupos de whatsapp da turma de mestrado MPSPDHC/UERR.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa fortalece a necessidade de se produzir mais estudos em relação à violência contra a pessoa idosa, neste momento em que presenciamos o fenômeno da explosão demográfica do envelhecimento, do aumento da expectativa de vida da população e dos novos desafios para cuidarmos dessa população. As políticas públicas reorientadas para essa nova demanda no campo da segurança pública, saúde e qualidade de vida da população.

Os dados coletados se limitaram no quantitativo de pessoas idosas com 60 anos ou mais, pelo Censo 2010 dos bairros que compõem a área de abrangência da UBS Trinta e Um de Março e do quantitativo de pessoas idosas com o mesmo parâmetro etário atendidas nesta UBS nos anos de 2018 a 2021. Por meio desses números observou-se o aumento significativo em números de pessoas idosas nesta comunidade, o de 88,56%, comparados com o Censo de 2010.

Não foi possível coletar dados sobre a situação de violência dessas pessoas idosas, pois requereria de investigação nos prontuários e necessitaria de um tempo maior deixando para posterior estudo e torna essencial a ampliação do tema em questão. Desta forma, pode-se considerar que o envelhecimento é real e atual, o processo de senescência é um estágio natural e todos estão inseridos nesse contexto. Quanto mais esse processo avança é imprescindível atenção e cuidados especializados.

Junto a esse processo, vêm as enfermidades, fragilidades e a violência. Nessa perspectiva, salienta-se que o setor de saúde tem papel preponderante na missão. O SUS traz a bandeira da promoção, da prevenção, da proteção, diagnóstico e tratamento de lesões e agravos. Cabe aos profissionais da enfermagem que estão na linha de frente do cuidado, identificar, notificar, encaminhar e prevenir a violência contra as pessoas idosas no âmbito familiar.

Dada à importância do tema da violência contra a pessoa idosa no campo da saúde é relevante que seja inserido nos currículos de graduação, capacitando e levando para os serviços de saúde trabalhadores competentes.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª Ed. São Paulo: Martinari. 2015.

ALENCAR, K. C. A.; SANTOS, J. O.; HINO, P. Vivência de situação de violência contra idosos. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 3, n.1, p. 74-83, 2014. Disponível em: < <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/932> >. Acesso em: 13 mar. 2022.

ALVAREZ, A. M. Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. esp., p. 177-81, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/sH4GTKMbbPHjVCh6yjkPHJb/?lang=pt> >. Acesso em: 28 abr. 2022.

APRATTO JUNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosas nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência Saúde Colet**. v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZfYYKkLNR3gmJ5fB7RDZMCs/?lang=pt> >. Acesso em: 10 jan. 2022.

ARAÚJO, M. A. S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção Básica à saúde do Idoso no Brasil: limitações e desafios, **Geriatrics e Gerontologia**. v. 3, n. 2, p. 122-125, 2008. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v2n3a06.pdf> >. Acesso em: 22 fev. 2022.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra criança no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/ByJ6GGgry88Kq6g6ycSqVRy/?lang=pt> >. Acesso em: 04 set 2020.

BARLETTA, F. R. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.15, n.1, p. 119-136, mar./ jun. 2014. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82809> >. Acesso em: 01 mar. 2022.

BARROS, R. L. M. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 793-804, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/b3mNTPPVJskjRc4kPjmbSHq/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 04 set. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >. Acesso em: 28 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Coordenação de Edições Técnicas, Brasília: Senado Federal, 2017. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos) >. Acesso em: 28 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.842%2C%20DE%204%20DE%20JANEIRO%20DE%201994.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.>](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.842%2C%20DE%204%20DE%20JANEIRO%20DE%201994.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.>) >. Acesso em: 15 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. Brasília: Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/l775.htm#:~:text=LEI%20No%20775%2C%20DE%206%20DE%20AGOSTO%20DE%201949.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20o%20ensino%20de%20enfermagem%20no%20Pa%C3%ADs%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l775.htm#:~:text=LEI%20No%20775%2C%20DE%206%20DE%20AGOSTO%20DE%201949.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20o%20ensino%20de%20enfermagem%20no%20Pa%C3%ADs%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs) >. Acesso em: 10 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html) > Acesso em: 15 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: revisão da Portaria MS/GM n.

687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf) >. Acesso em: 18 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa: Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ed. 4, Brasília, DF, 2007. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf) >. Acesso em: 1 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2013. Disponível em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) >. Acesso em: 10 abr. 2022.

BOMFIM, W.C.; CAMARGOS C. S. Mudança na Expectativa de Vida no Brasil: Analisando o Passado e o Futuro, de 1950 a 2095. **Revista NUPEM**. v. 13, n. 29, p. 210-223, Campo Mourão, maio/ago, 2021.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. Traduzido por: Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux. ed. 12º, vol. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Tradução de: Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 12th ed.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/> >. Acesso em: 17 out. 2022.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, 2015; v. 31, n. 7, p. 1460-72, 2015.

CAMARGOS, M. C. S. et al. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 24, n. 3, p. 737-47, 2019.

CARVALHO, O. F. As políticas públicas como concretização dos direitos sociais. **Rev. Investig. Const.** v. 6, n. 3, p. 773-794, nov/dez, 2019. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/rinc/a/JsrYZ4CfJsDSRntd3L6BpHj/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 11 fev. 2023.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu). v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 06 mai. 2020.

COFEN. **1º Especialização de Enfermagem forense do Brasil começa em Recife**. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/primeira-especializacao-em-enfermagem-forense-da-america-latina-sera-realizado-em-pernambuco\\_37987.html](http://www.cofen.gov.br/primeira-especializacao-em-enfermagem-forense-da-america-latina-sera-realizado-em-pernambuco_37987.html) >. Acesso em: 28 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014\\_27457.html#:~:text=Art.,reabilita%C3%A7%C3%A3o%20e%20nos%20cuidados%20paliativos](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html#:~:text=Art.,reabilita%C3%A7%C3%A3o%20e%20nos%20cuidados%20paliativos) >. Acesso em: 28 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO Nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 389/2011**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3892011\\_8036.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3892011_8036.html) >. Acesso em: 25 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 556/2017**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05562017\\_54582.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05562017_54582.html) > Acesso em: 25 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 2.604, de 17 de setembro de 1955**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 1970. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955\\_4169.html](http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955_4169.html) >. Acesso em: 25 mai. 2022

COIMBRA e CRUZ, C. M. P. **Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses**. Dissertação (mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal, 2017.

COSTA, M. F. L. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. ed. 6º. Rio de Janeiro: Medsi, cap. 16, p. 499-510, 2003.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, supl., p. 1163-78, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdfhpcdw/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 19 mai. 2022.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, CC. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher, atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 16, n. 1, p. 129-37, 2000. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/c9mBfX8bKfCcnK5cmjvwbyF/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 10 jan. 2021.

DIAS, V. F. et al. Dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência contra idosos longevos. **Rev. Saúde Col.** UEFS, Feira de Santana, v. 9, p. 186-192, 2019. Disponível em: < <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3685> >. Acesso em: 27 dez. 2022.

DINIZ-OLIVEIRA, R. J.; MAGALHÃES, T. **O que são as Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspectivas futuras**. Praia da Vitória (Lisboa) Pactor, 2016.

DUARTE Y. A. O.; PETRONI, T. N. Enfermagem Forense e a violência contra a pessoa idosa. In: FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; TAKASHI, M. H. **Enfermagem Forense**. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2022.

FALEIROS JÚNIOR, R. G; MANÍGLIA, E. A efetivação das políticas públicas no Estado brasileiro: possibilidades de concretização dos direitos humanos. **Rev. Espaço Acad.** v. 11, n. 132, p. 97-103, maio de 2012. Disponível em: < <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/14825> >. Acesso em: 11 fev. 2023.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto enfermagem**. v. 22, n. 1, p. 167-76, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/GhzvJMJmT8vPTq8DLNPJKdG/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 16 out 2022.

FERREIRA, M. A. A prática da ciência e da arte de cuidar e as exigências à produção e difusão do conhecimento. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**. v. 12, n. 2, p.205-7, 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/i/2008.v12n2/> >. Acesso em: 18 abr. 2022.

FREITAS, G. F; OGUISSO, T.; TAKASHI, M. H. **Enfermagem Forense**. ed. 1. Santana da Parnaíba (SP): Manole, 2022.

FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C. **Desafios na formação de enfermeiros para a gestão do cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde**. Proenf, Saúde do Idoso, Porto Alegre: Artmed pan-americana, v. 1, ciclo 2, 2019.

GARRIDO, R. G.; GIOVANELLI, A. **Criminalística: Origens, Evolução e Descaminhos**. Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas, n. 4/6. p. 43-60, 2009. Disponível em: < <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/1921> >. Acesso em: 28 abr. 2022.

GUERRA et al. Atuação da Enfermagem na Saúde do Idoso: perspectivas de ações intersetoriais e multiprofissionais para a melhoria do estilo de vida. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e11210111536, 2021. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/11536/10190/152577> >. Acesso em: 28 abr. 2022.

GIACOMIN, K. **A velhice não começa aos 60 anos**. [Entrevista concedida a] Liseane Morosini. Radis, 01 de outubro de 2019. Disponível em: <[https://Liseane Morosini \(fiocruz.br\)](https://Liseane Morosini (fiocruz.br)) >. Acesso em: 25 mai. 2022.

GOMES, A. **Enfermagem Forense**. Vol. 1, Lisboa: Lidel, 2014.

GRUENBERG, E. M.; KRAMER, M. **The failures of success**. Milbank Memorial Fund Quarterly. v. 55, n. 1, p. 3-24, 1977.

GUIBU, I. A. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 51, supl. 2, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJkn64RZGRRBWjG/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 27 dez. 2022.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, F. C. D. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Estudos de Populações**. v. 37, e0117, p. 1-15, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. **Fecundidade e Mortalidade Infantil: resultados preliminares da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

\_\_\_\_\_. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

\_\_\_\_\_. **Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil, 2014:** breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IPECE. **Expectativa de vida ao nascer e Expectativa de vida do idoso no Ceará em 2017.** n. 211, set. 2019. Disponível em: < [https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2019/01/Indicadores\\_Sociais\\_2017.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2019/01/Indicadores_Sociais_2017.pdf) >. Acesso em: 1 nov. 2022.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: < [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2022.

LIMA, M. C. S. et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 35, supl. 1, p. 118-37, jan/jun., 2011. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/151> >. Acesso em: 26 fev. 2021.

LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 15, n. 6, p. 2677-2686, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/q7zG4XKfBSGsJS5QhPCKdYL/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 27 dez. 2022.

LIMA, M. J. **O que é Enfermagem?** Cogitare Enferm. v. 10, n. 1, p. 71-4, jan/abr, 2005.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem estar espiritual em adultos. **Psicologia, ciência e profissão.** V. 23, n. 2, p. 56-65, 2003. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/pcp/a/fVLzZPdzzSTGhBNsHSbW7mh/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 18 abr. 2022.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil 2010. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 17, supl. 9, p.2331-2341, 2012. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqMDmYGZxbXhhVGLBSBvgzD/?lang=pt> >. Acesso em: 11 fev. 2022.

MENDES, M. R. S. S. B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul. Enferm.** v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ape/a/9BQLWt5B3WVTvKTP3X8QcqJ/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 10 fev. 2022.

MEZINSK, P. **As faces da violência**: como entender e enfrentar a agressividade. São Paulo: Ática, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. **Violência contra Idosos**: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2ª Ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

\_\_\_\_\_. Violência contra idosos no Brasil: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/RqXm785ywkK9dYxTwMvfmXz> > Acesso em: 10 out .2021.

NASCIMENTO, L. C. et al. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/wWb7N77t4C9PLPQRTjLFjrS/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 17 abr. 2022.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3ª Ed. São Paulo: Martinari. 2014.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 1, p. 128-33, jan-fev 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/Hcwi57kbtHfCbKsK7KYr7xv/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 27 dez. 2022.

OLIVEIRA, M. L. C.; OLIVEIRA, E. W.; ALVES, V. P. Características sociodemográficas dos participantes idosos longevos de Brasília. In: ALVES, V. P. (org.). **Longevidade como vivem os idosos acima dos 80**. São Paulo: Portal Edições Envelhecimento, 2020.

ONU. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. Brasília: ONU Brasil, 2020 [1948]. Disponível em: < <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf> >. Acesso em: 26 mai. 2022.

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

\_\_\_\_\_. **69ª Asamblea Mundial de la Salud**. Genebra. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência**. OMS, 2014. Disponível em: < <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf> >. Acesso em: 15 mar. 2022.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 6, p. 1035-1041, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/vrvvtCrBLKF8fvzzkKqgnpfx/?lang=pt> >. Acesso em: 10 fev. 2022.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: Papaléo-Netto, M. org. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 311-23, 2002.

PAZOS, P. F. B. **Velhice e Trabalho**: um estudo sobre o trabalhador idoso. 2020, 111p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

PINTO, R. B. R.; BASTOS, L. C. Abordagem das pesquisas em epidemiologia aplicada à gerontologia no Brasil: revisão da literatura em periódicos, entre 1995 e 2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/VbyTdm96wC4bH8tzHcXYVpq/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2022.

RELATÓRIO DE PROGRESSO 2017. Marco de Parceria das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2017-2021. **Nações Unidas no Brasil**. Disponível em: <[https://brasil.un.org/sites/default/files/2021-02/Brasil\\_Relatorio\\_Progresso\\_2017.pdf](https://brasil.un.org/sites/default/files/2021-02/Brasil_Relatorio_Progresso_2017.pdf) >. Acesso em: 15 mar. 2022.

ROSA, N. M. et al. Tendência de declínio da taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, Brasil: contribuição para políticas públicas de saúde mental. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 66, n. 3, p. 157-63, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/snrzqtqV6csffGBZZJz83jb/?lang=pt> >. Acesso em: 23 dez. 2022.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista Saúde Pública**. v. 41, n. 3, p. 472-7, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyyWBzvFJJyhnHqC4CcCRdn/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 15 mar. 2022.

SANTOS, A. C. P. O. et al. A construção da violência contra idosos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**. v. 10, n. 1, p. 115-128, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbqq/a/9z3BqfHGDcNpcGnN5WR3Cvg/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 30 jul. 2022.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, M. A.; SILVA, A. T. P. et al. **A importância da atuação da enfermagem forense no contexto da violência no Brasil**. 2017.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Revista Psicologia: Ciência e Prof.** v. 36, n. 3, p. 637-52, 2016. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/VWnZRkqdx7dmL5rbt8GJXH/?format=pdf&lang=pt> >.

Acesso em: 23 dez. 2022.

SILVA, K. B.; SILVA, R. C. Enfermagem forense: Uma especialidade a conhecer.

**Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 464-468, 2009. Disponível em: <

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16191/10709> >. Acesso em: 28

ago. 2022

SILVA, P. S.; ROSA, M. F.; Utilização da ciência forense do seriado CSI no ensino de química. **Revista Brasileira Ensino Ciência Tecnologia.** v. 6, n. 3, set/dez, 2003. DOI: 10.3895/S1982-873X2013000300009. Disponível em: <

<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/1478> >. Acesso em: 25 mai. 2022.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública.** v. 19, n. 3, p. 839-47, mai-jun, 2003. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Hph7khLfNCyqcK5YWJDWB5b/abstract/?lang=pt> >. Acesso

em: 21 fev. 2022.

SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolve o suicídio de pessoas idosas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação.** Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo. v. 18, n. 49, 2014. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/icse/a/qzbVSwRmpY3cF74HJyFwFJK/?lang=pt> >. Acesso em: 24

dez. 2022.

SOUTO, R. Q. **Enfermagem Forense no Brasil: competências técnicas e áreas de atuação.** Editora Creative, 2022.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Caderno Saúde Coletiva.** v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/cLxGxrPVVmXkwqJqciJ4F3s/?lang=pt> >. Acesso em: 20 out.

2022.

SOUZA, E. R. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciência Saúde Coletiva.** v. 14, n. 5, p. 1709-19, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/WT4pvyJjigsNwRBh9n9YWLH/abstract/?lang=pt> >.

Acesso em: 24 mai. 2022.

SOUZA, M. L. et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem.** v. 14, n. 2, p. 266-70, 2005. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 16 abr. 2022.

THOMAS, L. Biomedical Science and Human Health: the Long-Range Prospect. **Issued as Proceedings of American Academy of Art and Sciences**. v. 106, n. 3, 1977.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**. v. 30, n. 86, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 11 nov. 2022.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital**: Implicações para a Proteção Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

VERAS, R. A Longevidade da População: Desafios e Conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 75, p. 5-18, Ano XXIV, out. 2003

VIEIRA, R. S.; VIEIRA, R. S. Saúde do Idoso e execução da Política Nacional da Pessoa Idosa nas ações realizadas na Atenção Básica à Saúde. **R. Dir. Sanit.** São Paulo. v. 17, n. 1, p. 14-37, mar/jun, 2016. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117042> >. Acesso em: 03 mar. 2022.

WILKINSON, J. M.; LEUVEN, K. V. **Fundamentos de Enfermagem**: Teoria, Conceitos e Aplicações. Vol. 1, São Paulo: Roca, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Traduzido por: Suzana Gotinjo. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: < [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf) >. Acesso em: 14 nov. 2022.

WOLD, G. H. **Enfermagem Gerontológica**. Traduzido por: Ana Helena Pereira Correa, et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Tradução de: Basic geriatric nursing, 5th ed.



FILTROS: Data: 31/12/2018 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: 1

## Relatório de cadastro individual

## Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	662
Saída de cidadãos do cadastro	10
<b>Total:</b>	<b>672</b>

## Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	237
Feminino	425
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>662</b>

## Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	141
Preta	16
Amarela	78
Parda	421
Indígena	6
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>662</b>

## Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quantidade
Empregador	1
Assalariado com carteira de trabalho	16
Assalariado sem carteira de trabalho	7
Autônomo com previdência social	6
Autônomo sem previdência social	22
Aposentado / Pensionista	239
Desempregado	1
Não trabalha	16
Servidor público / Militar	11
Outro	38
Não informado	305
<b>Total:</b>	<b>662</b>

## Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	Sim 73
	Não 235
	N. Inf 354
Heterossexual	72
Homossexual (gay / lésbica)	0
Bissexual	0
Outro	0

## Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim 1
	Não 223
	N. Inf 438
Homem transsexual	0
Mulher transsexual	0
Travesti	0
Outro	0

## Filtros personalizados

## Idade:

- De 60 até 130 Ano(s)



DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: ANDRE LUIZ DE SOUZA CRUZ EM 30/09/2022 10:08:41

 CONFORME DECRETO MUNICIPAL Nº 114/E DE 02 DE AGOSTO DE 2018 E DECRETO FEDERAL Nº 8539, ART. 7 DE 08 DE OUTUBRO DE 2015  
 VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://portaltransparencia.roraima.gov.br/portaltransparencia> OU INFORMANDO O CÓDIGO: 06R1E1E7



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE RORAIMA  
MUNICÍPIO DE BOA VISTA  
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde 31 de Março

**FILTROS:** Período: 01/01/2018 a 31/12/2018 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Unidade de saúde | Filtros personalizados: 1

Relatório de atendimento individual - Série histórica

Unidade de saúde	01/2018	02/2018	03/2018	04/2018	05/2018	06/2018	07/2018	08/2018	09/2018	10/2018	11/2018	12/2018	Total
Unidade Básica de Saúde 31 de Março	136	123	105	98	129	109	91	164	151	190	157	129	1.582
<b>Total geral:</b>	136	123	105	98	129	109	91	164	151	190	157	129	1.582

Filtros personalizados

Idade: De 60 até 130 Ano(s)



dos em 26/09/2022 às 00:13  
real: AUF e ACHES - em nome do servidor público, através do endereço eletrônico  
7197/2022, no SÍLIO DO PÓS-GRADUADO MORGAN DE FREITAS



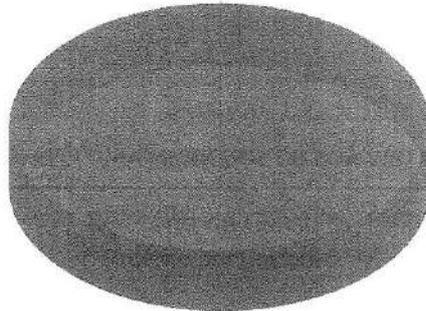
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA

**Relatório de Consulta  
Sintético por Unidades**

Filtros: Data Inicial: 01/01/2018 Data Final: 31/12/2018  
 Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59  
 Unidade de Saúde: 66-1 - UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO  
 Convênios: 1-1 - SUS  
 Idade Inicial: 60 anos / Idade Final: 130 anos  
 Tipo Agenda: Todos  
 Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
66-1 UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO	2.020	100,00 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>2.020</b>	

Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO=2020



FILTROS: Data: 31/12/2019 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: 1

## Relatório de cadastro individual

## Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	783
Saída de cidadãos do cadastro	21
<b>Total:</b>	<b>804</b>

## Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	276
Feminino	507
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>783</b>

## Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	155
Preta	21
Amarela	95
Parda	506
Indígena	6
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>783</b>

## Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quantidade
Empregador	1
Assalariado com carteira de trabalho	23
Assalariado sem carteira de trabalho	8
Autônomo com previdência social	6
Autônomo sem previdência social	27
Aposentado / Pensionista	303
Desempregado	4
Não trabalha	24
Servidor público / Militar	16
Outro	57
Não informado	314
<b>Total:</b>	<b>783</b>

## Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	Sim 90
	Não 341
	N. Inf 352
Heterossexual	88
Homossexual (gay / lésbica)	0
Bissexual	0
Outro	0

## Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim 1
	Não 324
	N. Inf 458
Homem transsexual	0
Mulher transsexual	0
Travesti	0
Outro	0

## Filtros personalizados

 Idade:  
 - De 60 até 130 Ano(s)


DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: ANDRE LUIZ DE SOUZA CRUZ EM 30/09/2022 10:08:41

 CONFORME DECRETO MUNICIPAL Nº 114/E DE 02 DE AGOSTO DE 2018 E DECRETO FEDERAL Nº 8539, ART. 7 DE 08 DE OUTUBRO DE 2015  
 VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://portal.cidadania.roraima.br/verificacao> OU INFORMATANDO O CÓDIGO: 06890815

4



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE RORAIMA  
MUNICÍPIO DE BOA VISTA  
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde 31 de Marco

FILTROS: Período: 01/01/2019 a 31/12/2019 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Unidade de saúde | Filtros personalizados: 1

Relatório de atendimento individual - Série histórica

Unidade de saúde	01/2019	02/2019	03/2019	04/2019	05/2019	06/2019	07/2019	08/2019	09/2019	10/2019	11/2019	12/2019	Total
Unidade Básica de Saúde 31 de Marco	221	148	94	90	137	104	133	140	74	91	115	29	1.376
Total geral:	221	148	94	90	137	104	133	140	74	91	115	29	1.376

Filtros personalizados

Idade: De 60 até 130 Anos(s)



056 em 29/09/2022 às 00:12  
via INE em NECE e seu sistema de atendimento. Não compartilhar este link  
AV7/2022/28.11.17.DIV RODRIGUEI TERSANI DE FIBRICK



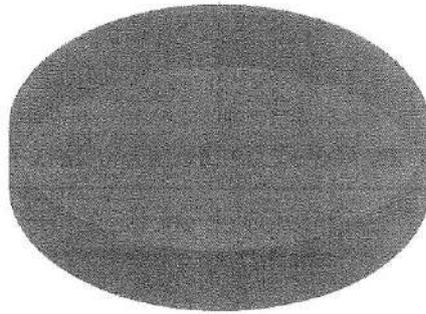
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA

**Relatório de Consulta  
Sintético por Unidades**

Filtros: Data Inicial: 01/01/2019 Data Final: 31/12/2019  
 Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59  
 Unidade de Saúde: 66-1 - UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO  
 Convênios: 1-1 - SUS  
 Idade Inicial: 60 anos / Idade Final: 130 anos  
 Tipo Agenda: Todos  
 Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
66-1 UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO	1.958	100,00 %
<b>Total Geral...:</b>	<b>1.958</b>	

**Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde**



● UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO=1958



FILTROS: Data: 31/12/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: 1

## Relatório de cadastro individual

## Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	967
Saída de cidadãos do cadastro	18
<b>Total:</b>	<b>985</b>

## Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	356
Feminino	611
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>967</b>

## Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	187
Preta	24
Amarela	110
Parda	640
Indígena	6
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>967</b>

## Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quantidade
Empregador	1
Assalariado com carteira de trabalho	27
Assalariado sem carteira de trabalho	9
Autônomo com previdência social	8
Autônomo sem previdência social	36
Aposentado / Pensionista	334
Desempregado	4
Não trabalha	25
Servidor público / Militar	22
Outro	78
Não informado	423
<b>Total:</b>	<b>967</b>

## Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	Sim 105
	Não 377
	N. Inf 485
Heterossexual	109
Homossexual (gay / lésbica)	0
Bissexual	0
Outro	0

## Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim 2
	Não 355
	N. Inf 610
Homem transsexual	1
Mulher transsexual	0
Travesti	0
Outro	0

## Filtros personalizados

 Idade:  
 - De 60 até 130 Ano(s)


DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: ANDRE LUIZ DE SOUZA CRUZ EM 30/09/2022 10:08:41

 CONFORME DECRETO MUNICIPAL Nº 114/E DE 02 DE AGOSTO DE 2018 E DECRETO FEDERAL Nº 8539, ART. 7 DE 08 DE OUTUBRO DE 2015  
 VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://www.transparencia.org.br>

6



ATENÇÃO PRIMÁRIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE RORAIMA  
MUNICÍPIO DE BOA VISTA  
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde 31 de Marco

FILTROS: Período: 01/01/2020 a 31/12/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Unidade de saúde | Filtros personalizados: 1

Relatório de atendimento individual - Série histórica

Unidade de saúde	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	05/2020	06/2020	07/2020	08/2020	09/2020	10/2020	11/2020	12/2020	Total
Unidade Básica de Saúde 31 de Marco	144	101	75	44	95	99	134	124	95	118	111	168	1.308
<b>Total geral:</b>	144	101	75	44	95	99	134	124	95	118	111	168	1.308

Filtros personalizados

Idade: De 60 até 130 Ano(s)



dos em 29/09/2022 às 00:12  
você está em: CNE/S - Sistema de Informação e Gerenciamento de Saúde  
7077/2422/28.11.10 PDR RORAIMA - MISSÃO DE FIDUCIA



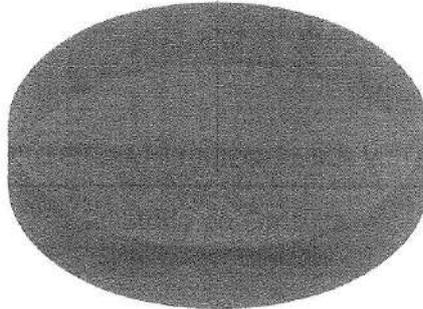
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA

**Relatório de Consulta  
Sintético por Unidades**

Filtros: Data Inicial: 01/01/2020 Data Final: 31/12/2020  
 Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59  
 Unidade de Saúde: 66-1 - UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO  
 Convênios: 1-1 - SUS  
 Idade Inicial: 60 anos / Idade Final: 130 anos  
 Tipo Agenda: Todos  
 Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
66-1 UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO	1.744	100,00 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>1.744</b>	

**Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde**



UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO=1744



FILTROS: Data: 31/12/2021 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: 1

**Relatório de cadastro individual**
**Dados gerais**

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	1036
Saída de cidadãos do cadastro	22
<b>Total:</b>	<b>1058</b>

**Identificação do usuário / cidadão - Sexo**

Descrição	Quantidade
Masculino	379
Feminino	657
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>1036</b>

**Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor**

Descrição	Quantidade
Branca	194
Preta	26
Amarela	110
Parda	700
Indígena	6
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>1036</b>

**Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho**

Descrição	Quantidade
Empregador	1
Assalariado com carteira de trabalho	28
Assalariado sem carteira de trabalho	9
Autônomo com previdência social	9
Autônomo sem previdência social	34
Aposentado / Pensionista	315
Desempregado	4
Não trabalha	23
Servidor público / Militar	22
Outro	83
Não informado	508
<b>Total:</b>	<b>1036</b>

**Informações sociodemográficas - Orientação sexual**

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	Sim 105
	Não 359
	N. Inf 572
Heterossexual	109
Homossexual (gay / lésbica)	0
Bissexual	0
Outro	0

**Informações sociodemográficas - Identidade de gênero**

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim 2
	Não 338
	N. Inf 696
Homem transsexual	1
Mulher transsexual	0
Travesti	0
Outro	0

**Filtros personalizados**
**Idade:**

- De 60 até 130 Ano(s)



DOCUMENTO ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: ANDRE LUIZ DE SOUZA CRUZ EM 30/09/2022 10:08:41

 CONFORME DECRETO MUNICIPAL Nº 114/E DE 02 DE AGOSTO DE 2018 E DECRETO FEDERAL Nº 8539, ART. 7 DE 08 DE OUTUBRO DE 2015  
 VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://portal.cidadao.moritiba.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 073013E9





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE RORAIMA  
MUNICÍPIO DE BOA VISTA  
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde 31 de Março

FILTROS: Período: 01/01/2021 a 31/12/2021 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nivel de detalhe: Unidade de saúde | Filtros personalizados: 1

Relatório de atendimento individual - Série histórica

Unidade de saúde	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021	12/2021	Total
Unidade Básica de Saúde 31 de Março	129	97	136	119	188	205	186	201	173	159	165	151	1.909
<b>Total geral:</b>	129	97	136	119	188	205	186	201	173	159	165	151	1.909

Filtros personalizados

Idade: De 60 até 130 Anos(s)



dos em 29/09/2022 às 00:12  
em: INE e FINE - Sistema de Informação de Atenção à Saúde - SUS  
- 7077-8427-38 11.31 POR HOSPITAL MESAS DE VIDRO



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA

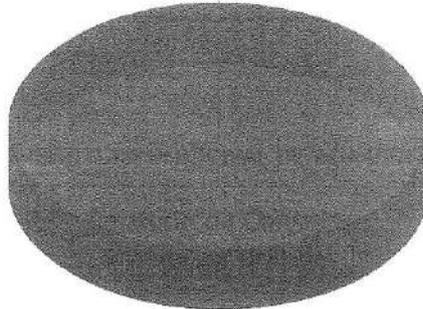
*Todas as  
consultas*

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

Filtros: Data Inicial: 01/01/2021 Data Final: 31/12/2021  
 Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59  
 Unidade de Saúde: 66-1 - UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO  
 Convênios: 1-1 - SUS  
 Idade Inicial: 60 anos / Idade Final: 130 anos  
 Tipo Agenda: Todos  
 Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
66-1 UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO	2.189	100,00 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>2.189</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



*Médicos + Enf.*

UNIDADE BASICA DE SAUDE 31 DE MARCO=2189



Air 24 de Agosto de 2022 08:45 AM

Sintético por Unidades

Página 1 de 1

CONFORME DECRETO MUNICIPAL Nº 114/E DE 02 DE AGOSTO DE 2018 E DECRETO FEDERAL Nº 8539, ART. 7 DE 08 DE OUTUBRO DE 2015  
 VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTA DOCUMENTO EM <https://portal.tds.gov.br/prefeitura-boavista-hj/verificacao-serv-informacao-codico:0009897>

*al*

## ANEXO B – População residente por situação do domicílio e sexo/2010.

<b>Tabela 608 - População residente, por situação do domicílio e sexo - Sinopse</b>	
<b>Ano - 2010</b>	
<b>Situação do domicílio - Total</b>	
<b>Sexo - Total</b>	
<b>Variável - População residente (Pessoas)</b>	
<b>Brasil e Bairro</b>	
<b>Brasil</b>	190.755.799
<b>Centro - Boa Vista (RR)</b>	5.140
<b>Calunga - Boa Vista (RR)</b>	2.236
<b>São Vicente - Boa Vista (RR)</b>	6.222
<b>Mecejana - Boa Vista (RR)</b>	6.134
<b>São Francisco - Boa Vista (RR)</b>	3.992
<b>Trinta e um de Março - Boa Vista (RR)</b>	1.631
<b>Aparecida - Boa Vista (RR)</b>	4.860
<b>Canarinho - Boa Vista (RR)</b>	710
<b>São Pedro - Boa Vista (RR)</b>	985
<b>Treze de Setembro - Boa Vista (RR)</b>	4.643
<b>Pricumã - Boa Vista (RR)</b>	7.051
<b>Liberdade - Boa Vista (RR)</b>	6.199
<b>Jardim Floresta - Boa Vista (RR)</b>	4.546
<b>Aeroporto - Boa Vista (RR)</b>	3.348
<b>Dos Estados - Boa Vista (RR)</b>	4.639
<b>Paraviana - Boa Vista (RR)</b>	5.443
<b>Caçari - Boa Vista (RR)</b>	3.254

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

<b>Tabela 608 - População residente, por situação do domicílio e sexo - Sinopse</b>	
<b>Ano - 2010</b>	
<b>Situação do domicílio - Total</b>	
<b>Sexo - Total</b>	
<b>Variável - População residente (Pessoas)</b>	
<b>Brasil e Bairro</b>	
Buritis - Boa Vista (RR)	9.305
Asa Branca - Boa Vista (RR)	5.256
Cambará - Boa Vista (RR)	9.488
Tancredo Neves - Boa Vista (RR)	7.007
Caimbé - Boa Vista (RR)	7.447
Caraná - Boa Vista (RR)	9.931
Centenário - Boa Vista (RR)	5.497
Governador Aquilino Mota Duarte - Boa Vista (RR)	519
Operário - Boa Vista (RR)	2.521
Jardim Tropical - Boa Vista (RR)	2.073
Nova Canaã - Boa Vista (RR)	6.007
Jardim Equatorial - Boa Vista (RR)	5.594
Cauamé - Boa Vista (RR)	7.480
Alvorada - Boa Vista (RR)	7.914
Professora Araceli Souto Maior - Boa Vista (RR)	4.102
Bela Vista - Boa Vista (RR)	3.084
Cinturão Verde - Boa Vista (RR)	5.907
Dr. Silvio Leite - Boa Vista (RR)	8.849

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

<b>Tabela 608 - População residente, por situação do domicílio e sexo - Sinopse</b>	
<b>Ano - 2010</b>	
<b>Situação do domicílio - Total</b>	
<b>Sexo - Total</b>	
<b>Variável - População residente (Pessoas)</b>	
<b>Brasil e Bairro</b>	
Jardim Primavera - Boa Vista (RR)	6.186
Jóquei Clube - Boa Vista (RR)	6.515
Nova Cidade - Boa Vista (RR)	5.708
Pintolândia - Boa Vista (RR)	10.990
Dr. Silvio Botelho - Boa Vista (RR)	7.188
Santa Luzia - Boa Vista (RR)	8.777
Senador Hélio Campos - Boa Vista (RR)	10.010
Piscicultura - Boa Vista (RR)	1.471
Raiar do Sol - Boa Vista (RR)	5.863
Santa Tereza - Boa Vista (RR)	8.118
União - Boa Vista (RR)	3.801
Jardim Caranã - Boa Vista (RR)	3.495
Cidade Satélite - Boa Vista (RR)	5.942
Olímpico - Boa Vista (RR)	915
Doutor Airton Rocha - Boa Vista (RR)	69
Laura Moreira - Boa Vista (RR)	4.992
Murilo Teixeira Cidade - Boa Vista (RR)	112
5 de Outubro - Boa Vista (RR)	1.542

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

<b>Tabela 608 - População residente, por situação do domicílio e sexo - Sinopse</b>	
<b>Ano - 2010</b>	
<b>Situação do domicílio - Total</b>	
<b>Sexo - Total</b>	
<b>Variável - População residente (Pessoas)</b>	
<b>Brasil e Bairro</b>	
<b>São Bento - Boa Vista (RR)</b>	6.368
<b>Fonte: IBGE - Censo Demográfico</b>	

<b>Notas</b>
1 - Nem todos os municípios possuem subdistritos;
2- A <b>RIDE Petrolina/Juazeiro</b> (Região Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina/PE e Juazeiro/BA) é composta por municípios das unidades da federação <b>Pernambuco e Bahia</b> ;
3- A <b>RIDE Grande Teresina</b> (Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina) é composta por municípios das unidades da federação <b>Maranhão e Piauí</b> ;
4- A <b>RIDE Distrito Federal e Entorno</b> (Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno) é composta por municípios das unidades da federação <b>Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal</b> .
5 - De acordo com a legislação vigente, alguns subdistritos estão contidos em mais de um distrito, conforme listado abaixo: Município de <b>Fortaleza</b> : Subdistrito <b>Antonio Bezerra</b> faz parte dos distritos <b>Fortaleza e Antonio Bezerra</b> Subdistrito <b>Conjunto Ceará</b> faz parte dos distritos <b>Antonio Bezerra e Mondubim</b> Município de <b>Cuiabá</b> : Subdistritos <b>Administração Regional Centro-Leste e Administração Regional do Norte</b> fazem parte dos distritos <b>Cuiabá e Coxipó da Ponte</b> Município de <b>Belo Horizonte</b> : Subdistrito <b>Oeste</b> faz parte dos distritos <b>Belo Horizonte e Barreiro</b> Subdistritos <b>Nordeste, Pampulha e Venda Nova</b> fazem parte dos distritos <b>Belo Horizonte e Venda Nova</b>
6 - Os dados são da Sinopse.

## ANEXO C - População residente por situação do domicílio, sexo e grupos de idade/2010.

Tabela 3107 - População residente, por situação do domicílio, sexo e grupos de idade - Sinopse	
Variável - População residente (Pessoas)	
Grupo de idade - Soma (60 a 64 anos + 65 a 69 anos + 70 a 74 anos + 75 a 79 anos + 80 anos ou mais)	
Ano - 2010	
Situação do domicílio - Total	
Sexo - Total	
Bairro	
Centro - Boa Vista (RR)	683
Calunga - Boa Vista (RR)	114
São Vicente - Boa Vista (RR)	537
Mecejana - Boa Vista (RR)	435
São Francisco - Boa Vista (RR)	455
<b>Trinta e um de Março - Boa Vista (RR)</b>	<b>163</b>
Aparecida - Boa Vista (RR)	431
Canarinho - Boa Vista (RR)	51
São Pedro - Boa Vista (RR)	122
Treze de Setembro - Boa Vista (RR)	387
Pricumã - Boa Vista (RR)	441
Liberdade - Boa Vista (RR)	463
Jardim Floresta - Boa Vista (RR)	196
Aeroporto - Boa Vista (RR)	138
Dos Estados - Boa Vista (RR)	361
Paraviana - Boa Vista (RR)	227
Caçari - Boa Vista (RR)	214
Fonte: IBGE - Censo Demográfico	

Buritis - Boa Vista (RR)	592
Asa Branca - Boa Vista (RR)	273
Cambará - Boa Vista (RR)	552
Tancredo Neves - Boa Vista (RR)	349
Caimbé - Boa Vista (RR)	320
Caraná - Boa Vista (RR)	407
Centenário - Boa Vista (RR)	166
Governador Aquilino Mota Duarte - Boa Vista (RR)	35
Operário - Boa Vista (RR)	119
Jardim Tropical - Boa Vista (RR)	64
Nova Canaã - Boa Vista (RR)	242
Jardim Equatorial - Boa Vista (RR)	207
Cauamé - Boa Vista (RR)	323
Alvorada - Boa Vista (RR)	269
Professora Araceli Souto Maior - Boa Vista (RR)	133
Bela Vista - Boa Vista (RR)	126
Cinturão Verde - Boa Vista (RR)	217
Dr. Silvio Leite - Boa Vista (RR)	316
Jardim Primavera - Boa Vista (RR)	284
Jóquei Clube - Boa Vista (RR)	259
Nova Cidade - Boa Vista (RR)	256
Pintolândia - Boa Vista (RR)	493
Dr. Silvio Botelho - Boa Vista (RR)	326
Santa Luzia - Boa Vista (RR)	418
Senador Hélio Campos - Boa Vista (RR)	463

Fonte: IBGE - Censo Demográfico