

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica
Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Escola Técnica de Saúde

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas
pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB

Tese de Doutorado

Porto Alegre

Junho/2014

MÁRCIA VIRGÍNIA DI LORENZO FLORÊNCIO

**RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS
CADASTRADAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA-
PB**

Linha de Pesquisa: Aspectos Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no Envelhecimento

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Krieger Grossi.

PORTO ALEGRE

JUNHO/2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F632r Florêncio, Márcia Virgínia Di Lorenzo

Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas
Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João
Pessoa-PB. / Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio. – Porto
Alegre, 2014.

124 f. : il.

Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Faculdade
de Medicina, PUCRS.

Linha de Pesquisa: Aspectos Socioculturais, Demográficos e
Bioéticos no Envelhecimento.

Orientação: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

MÁRCIA VIRGÍNIA DI LORENZO FLORÊNCIO

RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS
CADASTRADAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA-
PB

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em 24 de junho de 2014,

Banca Examinadora

Prof^ª Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Escola de Enfermagem da UFRGS – Membro externo à PUCRS

Prof^ª Dra. Tatiana Quarti Irigaray

Faculdade de Psicologia da PUCRS – Membro externo ao IGG-PUCRS

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS – Membro IGG PUCRS

Prof^ª Dra. Patrícia Krieger Grossi

Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS - Orientadora

Porto Alegre/Junho 2014

EPÍGRAFE

O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.
Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranqüilas.
Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome.
Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu estás
comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.
Preparas uma mesa perante mim na presença dos meus inimigos, unges a minha cabeça com
óleo, o meu cálice transborda.
Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida; e
habitarei na casa do Senhor por longos dias.

Salmos 23:1-6

DEDICATÓRIA

Murilo, meu filho, ninguém nasce pronto e nem predestinado. Construimos a nossa história a cada dia. Com este trabalho espero ter ensinado-lhe que não há barreiras e nem limites intransponíveis onde predominar a vontade e o esforço. Ser feliz requer coragem. Obrigada por me acompanhar nesta jornada. Com muito amor, mamãe.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas idosas que concordaram em participar deste estudo;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por tornar realizável um antigo sonho;

A todos os profissionais da Escola Técnica de Saúde da UFPB e do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, que de alguma forma contribuíram para a realização deste Dinter;

A Prof^a Dra Nilsamira, por ter nobremente abraçado uma causa que a princípio não era sua, em benefício dos colegas e da Escola Técnica de Saúde da UFPB. Mira, ser-lhe-ei sempre grata;

A Prof^a Dra Patrícia Krieger Grossi pelos ensinamentos e pelo carinho com que sempre me tratou. Deus nos envia exatamente aquilo que mais necessitamos;

As futuras Enfermeiras Carla Cristina e Daniele Sousa, pela grande colaboração na coleta de dados;

As Equipes de Saúde da Família e à Secretaria de Saúde de João Pessoa pela boa receptividade;

Ao Prof. Dr. João Feliz, pelos ensinamentos e pelo trabalho estatístico;

A todos que fazem a Biblioteca Irmão José Otão, na PUCRS, pela prestativa acolhida;

A todos os colegas do Dinter, pela amizade construída ao longo do caminho, deixo-lhes a frase de Raul Seixas: “Um sonho que se sonha junto é realidade”. Sei que para nós outros sonhos ainda virão;

A Andrea Mendes, pela amizade, pelo companheirismo e pela compreensão: “If you are going through hell, keep going”, Winston Churchil;

A Karina Cristina Leite Lucas, pelo zelo e afeição do dia a dia;

Ao primo Wambert Di Lorenzo e família, pela prestimosa recepção em Porto Alegre;

Ao meu pai Luís Florêncio, pelo seu amor e disposição para com esta causa;

A D. Maria de Fátima Pontes Siqueira, que estendeu a mim o amor por seu filho e seu neto, me cobrindo de ajuda e conforto sempre que precisei;

Ao meu esposo Roberto Pontes Siqueira, pelo apoio, paciência e confiança de sempre;

A minha onipresente mãe, Maria Helena Di Lorenzo Florêncio, a quem os agradecimentos pelo apoio a este doutorado nunca bastarão;

Muito obrigada!

RESUMO

O abuso contra a pessoa idosa é um importante problema que tende a aumentar com o envelhecimento populacional, porém informações sobre a extensão da violência ainda são escassas e sua prevenção e manejo requerem conhecimentos epidemiológicos. O rastreamento da violência contra a pessoa idosa, no cenário da Atenção Básica, permite traçar-lhe um mapa epidemiológico, identificar fatores de riscos locais e regionais, direcionar ações preventivas, nortear a construção de redes assistenciais, fornecer dados para construção de políticas públicas de saúde e de prevenção da violência. A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, prospectivo, realizado entre julho e setembro de 2012, onde se objetivou rastrear na população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica) em João Pessoa-PB as pessoas idosas em risco de violência, através do uso do 'Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test' (H-S/EAST) e estabelecer sua associação com a violência de fato acontecida, através do cruzamento dos dados com o Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa; determinar a prevalência para cada instrumento; especificar a associação entre o risco de violência e sintomas depressivos e de déficit cognitivo; identificar fatores sociodemográficos, econômicos e familiares associados. Foram entrevistadas 311 pessoas, de maioria feminina, entre 60-69 anos, com baixa escolaridade, com companheiro estável, residindo em casa própria, sendo a grande maioria de aposentados; com renda pessoal de até 01 salário mínimo, identificadas como maiores ou únicas responsáveis pela renda familiar. A maioria referiu ter alguém a quem buscar apoio (71%; $p < 0,001$), sendo esta pessoa um familiar (95%), com quem mantinham bom/ótimo relacionamento (89,6%; $p = 0,047$). A desunião na família (29,5%; $p < 0,001$), histórias prévias de violência na família (24,5%; $p < 0,001$) e sintomas depressivos (67,9%; $p < 0,001$), mostraram-se significativos. O déficit cognitivo foi constatado em 53,1% da amostra. A prevalência do risco de violência foi de 54,7% e da violência de fato acontecida foi de 35,4%. A regressão logística apontou que uma pessoa idosa identificada como tendo risco para a violência tem a sua chance de ser classificada como candidata à vitimização da violência multiplicada por 0,255. Os sintomas depressivos multiplicam a chance de risco para vitimização por 0,180 e a desunião familiar em 0,260, o que constitui estas variáveis como fatores de risco ($OR > 1$) na amostra. Como fatores protetores foram identificados: 'maior escolaridade', 'possuir alguém a quem buscar apoio'. O rastreamento do risco e da violência contra a pessoa idosa é uma ação possível de ser realizada no ambiente de prática da atenção básica e pode oferecer parâmetros para a identificação precoce da situação de risco, antecipando intervenções e prevenindo agravos.

Palavras Chaves: Programas de Rastreamento, Violência Doméstica, Envelhecimento, Atenção Primária à Saúde; Maus Tratos ao Idoso; Idoso.

ABSTRACT

Abuse of the elderly is an important problem that tends to increase with the aging world population, however, information about the extent of violence in elderly populations is still scarce and its prevention and management require epidemiological knowledge. The tracking of violence against the elderly, in the scenario of Primary Health Care, allows to draw an epidemiological map, to identify local and regional risk factors, to direct preventive actions, to guide the construction of care support networks, and to provide data to be used in the formulation of public policies of health and violence prevention. The present research is a prospective cross-sectional study, carried out between July and September 2012, which aimed at: to track in the population registered by the Family Health Strategy (Primary Health Care) in João Pessoa-PB the elders at violence risk, through the use of the 'Hawlek- Sengstock Elder Abuse Screening Test'(H-S/EAST) and to establish its association with violence actually happened, by crossing data with the Assessment Instrument for Violence and Maltreatment Against the Elder; to determine the prevalence values for each instrument; to specify the association between the risk of violence and depressive symptoms and cognitive impairment; to identify social, demographic, economic and family factors associated. 311 people were interviewed, mostly women, between 60-69 years old, with low level of education, with a steady partner, living in their own house, being the great majority of retirees; with incomes of up to 01 minimum wage, being the largest or the sole responsible for the family income. The majority reported having someone to seek support (71%, $p < 0,001$), this being a family member (95%), with whom they kept a good /great relationship (89.6%, $p = 0.047$). Disunity in the family (29.5%, $p < 0,001$), history of prior violence in the family (24.5%, $p < 0,001$) and depressive symptoms (67.9%, $p < 0,001$), were significant. Cognitive impairment was identified in 53.1% of the sample. Prevalence of violence risk was 54.7% and of violence actually happened was 35.4%. Logistic regression showed that an elderly person identified as having risk for violence has its chance to be classified as a candidate for victimization of violence multiplied by 0,255. Depressive symptoms when identified, multiply the chance of risk for victimization by 0,180 and family disunity by 0,260, these variables are considered as risk factors ($OR > 1$) in the sample; whereas, higher literacy and having someone to seek support are protective factors. The tracking of risk and violence against the elderly is a possible action to be performed in the environment of practice of Primary Health Care and can provide parameters for early identification of risk, anticipating interventions and preventing injuries resulting from it.

Key words: Mass Screening, Domestic Violence, Ageing, Primary Health Care, Elder Abuse, Aged.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 TEORIA SOCIOLÓGICA DO ENVELHECIMENTO – A TEORIA DA TROCA.....	18
2.2 ASPECTOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	19
2.3 A NATUREZA VELADA DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	23
2.4 RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	30
2.5 POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS SOMÁTICAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	43
2.6 A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA	45
3 OBJETIVOS.....	49
3.1 GERAL.....	49
3.2 ESPECÍFICOS.....	49
4 MÉTODOS.....	50
4.1 DELINEAMENTO.....	50
4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	50
4.2.1 Descrição.....	50
4.2.2 Tamanho amostral.....	51
4.2.3 Procedimento amostral / recrutamento.....	53
4.2.4 Critérios de seleção.....	54
4.3 COLETA DE DADOS.....	56
4.3.1 Rotina de coleta/Fluxograma de funcionamento.....	56
4.3.2 Descrição dos métodos de mensuração.....	57
4.3.3 – Variáveis	60

4.3.3.1 Dependentes (desfechos).....	60
4.3.3.2 Independentes	60
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	60
4.4.1 Abordagem analítica.....	61
4.5 VIESES E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE	61
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
5.1 ENCAMINHAMENTO PARA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	63
5.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63
6 RESULTADOS.....	64
7 DISCUSSÃO.....	81
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
9 REFERÊNCIAS.....	95
10 APÊNDICES.....	107
10.1 APÊNDICE A QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTAS.....	107
10.2 APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
11 ANEXOS.....	113
11.1 E-MAIL DE COMPROVAÇÃO DE ACEITAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO DE REVISÃO ENVIADO PARA A REV. ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE ENVELHECIMENTO.....	113
11.2 COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO OBRIGATÓRIO DA DISCIPLINA PRÁTICA DE PESQUISA À REV. ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE ENVELHECIMENTO	114
11.3 PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA.....	115
11.4 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	116
11.5 TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA-PB.....	118
11.6 CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÕES EM CONGRESSOS, APRESENTAÇÕES DE TRABALHOS CIENTÍFICOS E PREMIAÇÃO DURANTE O PERÍODO DO DOUTORAMENTO.....	119

1 INTRODUÇÃO

Há pouco tempo, o abuso contra a pessoa idosa foi reconhecido como um importante problema que tende a aumentar com o envelhecimento populacional mundial. O aumento da longevidade, com suas implicações na saúde, o baixo poder aquisitivo dos adultos economicamente produtivos, que os forçam a ser dependentes economicamente de seus pais; a convivência intergeracional conflituosa dentro dos lares; a entrada da mulher no mercado de trabalho; a desestruturação sociopolítica do estado para com o manejo da população recém-envelhecida, são alguns dos fatores implicados no envelhecimento populacional e na geração da violência contra a pessoa idosa ⁽¹⁾.

Seja no território brasileiro ou no mundo afora, a violência na velhice acontece de muitas formas, sob muitas facetas, umas bem visíveis e imediatas, outras silenciosas, obtusas, insidiosas. De acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa ⁽²⁾, está classificada nas formas: psicológica, financeira, sexual, abandono, negligência, autonegligência e institucional.

Informações sobre a extensão da violência nas populações idosas são escassas e a sociedade parece ainda não tratar o assunto com a relevância merecida. Apesar da recente visibilidade, o que se conhece são os casos mais gritantes, singulares, que vêm à tona pelo nível da barbárie envolvida, pelo absurdo da situação, gerando assim compadecimento coletivo e ações pontuais. Tais casos não retratam a magnitude completa e real da violência contra a pessoa idosa em nossa sociedade. *Há que se avançar na compreensão desse fenômeno que desafia a ciência e constitui a segunda causa de morte no país, além de produzir estresse, fobias e traumas que matam silenciosamente* ⁽³⁾.

Tentativas de uma sociedade em identificar e medir a extensão da ocorrência de maus-tratos contra as pessoas idosas refletem o seu grau de preocupação com o tema e seu compromisso e respeito para com o envelhecimento ⁽⁴⁾. A identificação sistemática de pessoas idosas em situação de violência, ou em contextos de vida que promovam um maior risco para sofrê-la, é uma ação inexistente nas atuais práticas de Atenção Básica no Brasil. O que se vê são ações no sentido de acolher e remediar a violência contra a pessoa idosa depois de declarada ou acontecida, mas, enquanto isso, um expoente bem maior de pessoas idosas vitimadas sofre em silêncio nos seus lares, constrange-se perante seus familiares e cuidadores, isola-se de sua comunidade e emudece durante as breves e direcionadas consultas clínicas e as esparsas visitas domiciliares que recebem dos profissionais de saúde.

Mesmo quando os sinais de violência estão nitidamente presentes, a própria pessoa idosa pode não sentir-se à vontade em declarar seu sofrimento e o profissional de saúde, por sua vez, pode não sentir-se seguro em realizar um julgamento, isto porque, na ausência de maiores informações sobre o contexto de vida da pessoa idosa, faltam-lhe também ferramentas que lhe dêem suporte para afirmar, com segurança, que aquela situação se trata de fato, ou com forte probabilidade, de um caso de violência contra a pessoa idosa.

Para a prevenção e manejo efetivos da violência contra a pessoa idosa em uma determinada população, é preciso inicialmente que se conheçam suas características epidemiológicas. No mundo existem hoje relativamente poucos estudos de base populacional que investiguem diretamente as próprias pessoas idosas, se elas foram ou não vítimas de abuso, maus-tratos ou exploração e sabe-se que tais estudos são mais escassos ainda em países em desenvolvimento ⁽⁵⁾. Quando existentes, os valores de prevalência desses estudos diferem muito entre si ⁽⁶⁾ e sua escassez impede que se tenha uma visão mais acurada da magnitude e caracterização da violência contra a pessoa idosa ⁽⁷⁾.

Por muitos anos, associações profissionais têm recomendado rotinas de rastreamento e adoção de protocolos padronizados para a identificação e intervenção em violência familiar. No entanto, enquanto o rastreamento em cenários pediátricos é largamente aceitável, prática equivalente focando na população idosa não tem sido adotada e nunca foi propriamente considerada ⁽⁸⁾.

Para ilustrar essa questão basta esclarecer que não existe no Brasil, até o momento, nenhum instrumento de rastreio de violência contra a pessoa idosa que tenha sido construído para seu contexto de vida, nacional, regionalizado ou mesmo local, e as ferramentas estrangeiras que passaram por processos de adaptação transcultural para uso no Brasil, já referenciadas pela literatura, não são recomendadas pelo Ministério da Saúde.

A detecção é o primeiro passo para o manejo e a prevenção da violência. Trabalhadores da Atenção Básica estão na posição ideal para reconhecer, gerenciar e ajudar a prevenir abuso e negligência contra pessoas idosas. No entanto, a maioria deles não vê o problema, já que não faz parte de seu treinamento formal na profissão. Profissionais da Atenção Básica, dos serviços assistenciais e jurídicos estão subequipados sobre como identificar e lidar com a questão, fazendo com que a violência contra a pessoa idosa continue sendo despercebida e subnotificada.

O rastreamento efetivo da violência contra a pessoa idosa no meio comunitário onde vive, através do uso de ferramentas quantitativas construídas e validadas para esta finalidade, pode ser um caminho inicial para que se descortine a problemática, localizando-a,

dimensionando-a e caracterizando-a. Essa prática no cenário de Atenção Básica pode ajudar a identificar, de forma mais precoce, pessoas idosas que estejam vivendo em situação de risco para a violência ou que estejam veladamente vivenciando-a. Os instrumentos de rastreamento são ferramentas que podem auxiliar profissionais das mais diversas áreas (jurídica, social, de saúde, entre outras.) em seus julgamentos, favorecendo a identificação do problema e sua mais breve resolução. Há consenso de que instrumentos apropriados de rastreamento de violência contra a pessoa idosa sejam cruciais para o progresso da prática e da pesquisa dentro do tema ⁽⁹⁾.

Implementando-se rotinas de prática de rastreamento e trabalhando-se conscientemente com outros serviços na comunidade (ex. assistenciais, comunitários), a violência contra a pessoa idosa pode ser prevenida, ou pelo menos manejada adequadamente. Além disso, o rastreamento constante e sistemático da violência permitiria traçar um mapa epidemiológico da mesma, identificando fatores de riscos locais e regionais, direcionando ações preventivas, norteando a construção de redes assistenciais de apoio à pessoa idosa, e fornecendo dados para uso na construção das políticas públicas de saúde e de prevenção da violência.

O foco dessa investigação se dá sobre os cenários domésticos, a ser feito pelos profissionais de Atenção Básica, porque a maioria das pessoas idosas é independente, mora em comunidade e pode ser vítima de violência em qualquer lugar, principalmente em seus próprios lares. Outro aspecto importante a ser considerado é que a investigação da violência contra a pessoa idosa, para efeitos de resolução do problema, pode ser mais bem aproveitada quando feita em âmbito local e regional.

Tal fato depende de vários fatores, dentre eles: diferenças culturais sobre o conceito de violência; características sociais, econômicas e demográficas da amostra em estudo; suporte social disponível; tipos de arranjos familiares; fatores de risco e protetores diversos de outras populações, dentre outros. Pesquisas interdisciplinares e práticas que permitam conhecer a pessoa em seu contexto e que estejam baseadas em uma comunicação confiável e efetiva entre todas as partes envolvidas, podem ser o caminho para superar as barreiras da detecção e prevenção do abuso contra as pessoas idosas em todas as suas formas ⁽⁸⁾.

Uma população da qual se possam obter retratos sucessivos da questão da violência contra a pessoa idosa, com descrição do perfil das vítimas e dos agressores, dos valores de prevalência, dos fatores sociais, demográficos, econômicos e familiares associados, estaria mais protegida contra este agravo, pois as instâncias da sociedade (jurídica, assistencial, de saúde)

responsáveis pela população idosa, teriam em mãos um mecanismo valioso e imprescindível para o sucesso de qualquer ação bem planejada: a informação.

É importante que se investiguem ainda as possíveis consequências que a violência contra a pessoa idosa possa acarretar à sua saúde, nesta fase peculiar da vida, em que naturalmente ocorre declínio das funções físicas e mentais. A associação da violência contra a pessoa idosa com sintomas depressivos e de déficit cognitivo já foi relatada na literatura acadêmica ^(10, 11, 12), porém, cada população possui um perfil demográfico e conjuntura social distintas, que fazem com que investigações locais sejam necessárias.

Partindo dos questionamentos descritos e da experiência prévia da pesquisadora nesta temática, decidiu-se investigar epidemiologicamente a violência contra pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica), na cidade de João Pessoa-PB, realizando o seu rastreamento com o uso dos instrumentos Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) ^(13, 14) e o Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa, este recomendado pelo Ministério da Saúde ⁽¹⁵⁾. A intenção é mostrar que o rastreamento de violência contra a pessoa idosa no ambiente de prática de Atenção Básica é viável, rápido e eficaz. Destaca-se o pioneirismo desse estudo na realidade do município de João Pessoa-PB.

A pesquisa também servirá para determinar valores de prevalência do risco de violência contra a pessoa idosa no período estudado, investigar a associação da violência contra a pessoa idosa e sintomas depressivos e de alterações cognitivas; caracterizar alguns aspectos do perfil sociodemográfico das pessoas idosas em risco de violência; fornecer subsídios para uma atuação mais direcionada e personalizada dos profissionais de saúde, na prevenção e no combate da violência contra pessoas idosas, na elaboração de políticas de saúde, contribuindo, por fim, para uma melhoria de sua qualidade de vida.

Para a realização deste estudo assumiu-se a hipótese alternativa de que o rastreamento efetivo de violência contra a pessoa idosa é possível de ser realizado entre os usuários da Atenção Básica. A hipótese nula é de que o rastreamento efetivo de violência contra a pessoa idosa não é possível de ser realizado entre os usuários da Atenção Básica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TEORIA SOCIOLÓGICA DO ENVELHECIMENTO - A TEORIA DA TROCA

São várias as disciplinas que conceitualizam o envelhecimento, desde a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, entre outras, porém nenhuma delas por si só consegue dar conta das mudanças complexas que o tempo provoca no ser humano ⁽¹⁶⁾. Muitos modelos teóricos oriundos da Psicologia, da Sociologia, do Feminismo, da violência contra a criança e da violência doméstica, têm sido criados por pesquisadores na intenção de explicar as causas da violência contra a pessoa idosa ⁽⁸⁾. Os debates acontecem na literatura há mais de 25 anos, mas progressos mínimos têm sido feitos no sentido de apoiar ou refutar tais teorias ⁽¹⁷⁾. Tem se tornado evidente o fato de que nenhum modelo único ou teoria pode explicar um assunto tão complexo quanto a violência contra a pessoa idosa, assim como a pesquisa nunca foi capaz de validar tais modelos ou teorias ⁽⁸⁾.

As teorias sociológicas exploram o envelhecimento e sua relação com fatores socioculturais, interpretando-o como uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica ⁽¹²⁾. Painéis de estudiosos sobre o assunto sugeriram, dentro do campo da Sociologia, a Teoria da Troca como uma das opções plausíveis na explicação dos maus-tratos contra a pessoa idosa ⁽¹⁷⁾.

A Teoria da Troca está situada na 2ª geração das teorias sociais, no que concerne ao microssocial. Essa teoria apresenta a sua base no conceito econômico das relações de troca e foi desenvolvida por Dowd. Segundo ela, as relações sociais são medidas dentro de uma perspectiva de custo-benefício que possam advir dessas relações.

Não só bens materiais e serviços, mas as próprias relações sociais e afetivas com a família, amigos e vizinhos, constituiriam, segundo a teoria, elementos passíveis de troca por parte dos idosos para com a sociedade. Quanto mais elementos de troca um idoso puder dispor, mais benefícios ele poderá obter. Reconhece-se uma regra de troca em que as pessoas ajudam os outros de modo proporcional à ajuda que recebem. Portanto, o contrário também é verdade: à medida que os elementos de troca dos idosos vão escasseando (ex: dinheiro, capacidades físicas, intelectuais e sociais), vão perdendo seu valor na sociedade ^(8, 18).

Conforme a teoria, se o idoso não estiver em situação de retribuir ao grupo o que recebe dele, pode ser confrontado com alguma marginalização. Acontece que a maioria da população idosa possui um consumo maior que o seu rendimento, o que faz com que seu valor econômico

seja muito reduzido e por vezes até negativo. Quando se verifica que os princípios de “troca” não possuem mais consistência ou são inexistentes por parte dos idosos, a sociedade faz com que os elementos “não produtivos” do grupo sejam retirados do mesmo, ocorrendo a segregação dos idosos por pura desvalorização pessoal ⁽¹⁸⁾.

Nesses casos, por princípios de ordem moral e religiosa, os membros “não produtivos” podem continuar ligados ao grupo. É o caso das ações beneficentes e benevolentes para com os idosos. Trata-se de uma contrapartida da própria teoria, mas, mesmo esta, também é uma relação de troca, pois a ajuda sem necessidade de retribuição se dá em permuta das compensações espirituais que daí resultam ⁽¹⁸⁾.

Pela Teoria das Trocas, enquanto a utilidade social dos idosos for reconhecida tendo em conta a sua utilidade econômica, as relações com os outros grupos da sociedade serão mantidas ⁽¹⁸⁾. Uma vez quebrado esse equilíbrio e estando as necessidades aumentadas por parte das pessoas idosas, inicia-se a geração da violência, expressada pelo desrespeito, intolerância, exploração, negligência, agressões, desvalorização pessoal e, por fim, desamor. Nas descrições a respeito dos aspectos da violência contra a pessoa idosa como um fenômeno social, é possível ver nas entrelinhas a presença da Teoria da Troca.

2.2 ASPECTOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Durante muito tempo os diversos atos de violência contra as pessoas idosas foram tidos como problemas particulares de cada família, embaçados por contextos culturais, não sendo captada sua relevância por olhares profissionais e nem cabendo, portanto, qualquer intervenção por parte do Estado. O despertar da sociedade para a questão do abuso às pessoas idosas ^(19, 20) “[...] do ponto de vista antropológico e cultural (...), vem junto com a elevação da consciência de direitos”, inclusive das próprias pessoas idosas.

O elevado crescimento da população de pessoas idosas em quase todos os países do mundo repercutiu em maior visibilidade social do grupo e maior relevância na expressão de suas necessidades. A violência contra as pessoas idosas ocorre de diferentes formas, e, por isso mesmo, sua identificação se torna difícil, dependendo do contexto cultural em que esteja inserida. Nas palavras de Nelson Mandela, publicadas no relatório mundial sobre violência da OMS ⁽²¹⁾ “*Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade.*”

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-tratos contra o Idoso adotou a seguinte definição, em 1995, na Inglaterra, para a violência contra a pessoa idosa ⁽¹⁹⁾: “o maltrato ao

idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”. Tal ato se refere aos abusos físicos, psicológicos, sexuais, abandono, negligências, abusos financeiros, e autonegligência. Frequentemente podem acontecer ao mesmo tempo vários tipos de maus-tratos.

Sob um ponto de vista mais generalista, as formas de violência contra a pessoa idosa advêm do conflito de interesses entre as gerações jovens e idosas, envolvendo também as desigualdades nas relações de troca dentro do seio familiar. O fato de a pessoa idosa ser considerada pela sociedade como improdutiva, dependente (nos aspectos econômico, familiar, de saúde), e obsoleta do ponto de vista cultural (aquele que não acompanha as novas formas de atitude e de visão de mundo), torna-a um ser marginalizado, excluída dos acontecimentos, e desperta nos mais jovens um desejo coletivo inconsciente de sua morte ⁽²⁰⁾.

É difícil estimar em números, inclusive mundialmente, o peso da violência contra a pessoa idosa. São escassas as fontes de dados confiáveis e expressivas, isso porque o fato é oculto pelas famílias, e também porque os profissionais de saúde ainda não focalizam seu olhar clínico para a detecção do problema (gerando registros imprecisos nos prontuários hospitalares). Ainda não há uma consciência coletiva de denúncia dos abusos, assim como não há em todas as cidades serviços destinados à acolher tais denúncias (ex: SOS idoso).

Percebe-se que a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno que ainda carece ser estudado sob vários aspectos. O debate franco com a sociedade acerca do tema, a prevenção do abuso, a identificação e encaminhamento correto dos casos, são pontos vitais para que o respeito às vítimas seja reinstalado, a fim de que possam viver seu envelhecimento de forma tranquila, gozando plenamente de suas capacidades físicas e mentais ainda preservadas, sem temor, opressão ou tristeza ⁽²²⁾. Para tanto, é preciso que tal temática seja levada à discussão por diferentes segmentos da sociedade (escolas, igrejas, família, políticos), incluindo as próprias pessoas idosas. Conseguir identificar adequadamente quando uma pessoa idosa está sendo submetida a situações de maus-tratos e/ou negligência é importante na manutenção da sua saúde e na prevenção de agravos.

É do segmento de pessoas com 60 a 75 anos que surgem as principais denúncias de maus-tratos. Nessa faixa etária boa parte das pessoas idosas é ativa física e intelectualmente, e dispõe de mais autonomia e condições de procurar por ajuda, o que não significa dizer que acima dessa idade o fenômeno da violência não ocorra. Os grupos de 80 a 90 anos, por sua fragilidade, requerem uma atenção ainda maior no atendimento de suas necessidades de saúde e na prevenção das várias formas de violência ⁽²³⁾.

Em um levantamento feito nas Delegacias de Proteção ao Idoso de Belo Horizonte e São Paulo ⁽²⁴⁾, as queixas mais frequentes dizem respeito a delitos de lesão corporal, furtos, maus-tratos, injúria, extravios de documentos, mau uso dos bens das pessoas idosas pelos próprios familiares, perturbações da ordem, ameaças, abandono material, apropriação indébita. Um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, em 2002 ⁽²⁵⁾, verificou que a maioria das vítimas idosas que registraram boletim de ocorrência nas Delegacias o fizeram por conta de lesões corporais. As denúncias de abuso sexual e psicológico foram mínimas.

As atuais fontes de dados governamentais disponíveis sobre o tema ^(20, 26) permitem retratar a questão da violência contra a pessoa idosa a partir de uma perspectiva apenas clínico-biológica, negligenciando-se a violência que ocorre dentro do lar. Os dados são mais voltados para as necessidades físicas decorrentes de quedas, acidentes de trânsito (atropelamentos, quedas por transporte inadequado), homicídios (sem diferenças de proporção em relação à população em geral), suicídios (mais significativo nesse grupo em relação à média da população).

Estima-se que “[...] cerca de 70% das lesões e dos traumas sofridos pelos velhos não compareçam às estatísticas”. Os registros atuais disponíveis constituem “[...] a ponta do iceberg de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências familiares ou institucionais” ⁽²³⁾. O grande bloco de gelo de maus-tratos está submerso sob uma tênue linha d’água, que a sociedade, o Estado e as famílias aparentemente não percebem.

De todas as formas de abuso uma das mais frequentes é aquela de cunho financeiro. São tentativas dos familiares de se apoderarem das fontes de renda da pessoa idosa, ou de seus bens e economias, ainda em vida. Os parentes mais próximos é que são os atores (filhos, cônjuges, genros e noras), apossam-se da renda, da casa, dos outros bens, e não é raro acontecer de deixarem faltar subsídios para a própria pessoa idosa ⁽²³⁾.

No Brasil, cerca de 70% das pessoas idosas vivem em situação de pobreza ou de miserabilidade. Mesmo aquelas que são pobres, vêem-se na obrigação de contribuir na renda familiar com o parco dinheiro de suas aposentadorias, ou até mesmo de servir de arrimo de família com tão pouca quantia ⁽²⁷⁾. Após a aposentadoria ⁽²⁸⁾ as pessoas idosas sentem-se inferiorizadas, tendem a ser consideradas inúteis e improdutivas “[...] o que acaba gerando seu isolamento do convívio social como forma de preservação”. É importante citar que o abuso financeiro também é praticado pelo Estado, por lojas, bancos e empresas (como os planos de saúde). Também existe a violência institucional ⁽²³⁾, que “[...] se realiza como uma forma de agressão política, cometida pelo estado, em nível macrossocial e, de maneira mais específica,

nas instituições públicas de prestação de serviços e nas públicas e privadas de Longa Permanência”.

Considerando a literatura investigada, a família é hoje a entidade mais causadora de violência às pessoas idosas, isto não só no aspecto financeiro, como já dito, mas também nas outras formas de abuso. Estudos ⁽²³⁾ mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem dentro dos lares.

Os conceitos de violência familiar e violência doméstica são bem próximos. A violência familiar implica na existência de laços de parentesco entre a vítima e o agressor, ocorre, portanto, ligada ao laço familiar, dentro ou fora do domicílio da vítima. Já a violência doméstica implica em proximidade do agressor para com sua vítima, não exatamente ligada a laços de parentesco, podendo, portanto, ser exercida por pessoas que compartilhem o espaço doméstico do idoso, como empregados, agregados ou visitantes ⁽³⁾. Tais definições servem para ilustrar que o agressor da pessoa idosa é, na maioria das vezes, alguém próximo da mesma, o que torna o ato de violência ainda mais covarde, já que é praticado por um inimigo íntimo, conhecedor de minúcias em relação à vida e às fraquezas da pessoa idosa (inclusive afetivas).

A dependência, seja ela de qualquer um ou de ambos os lados (pessoa idosa x família), é um fator que aumenta o risco de violência. A dependência econômica de filhos adultos em relação a pais idosos é muito aparente no Brasil, e consiste em fator de risco, especialmente quando a pessoa idosa é a única fonte de recursos da família ⁽²⁹⁾. A dependência da pessoa idosa em relação à sua família aumenta a proximidade, o que pode resultar em aspectos positivos ou negativos na relação. Se a dependência for causada por adoecimento, as chances de aumento de estresse, cansaço físico e emocional, e sobrecarga sobre a família (principalmente sobre o cuidador) se elevam, e complicam a relação ^(3, 30).

Colabora nesse desequilíbrio familiar a mudança de conjuntura da atual família brasileira: menor número de filhos (menor número de pessoas para cuidar dos pais na velhice); marido e mulher trabalhando fora (quem está em casa para cuidar dos idosos e das crianças?); migração dos jovens para outras regiões em busca de trabalho, deixando os pais idosos nas terras natais; divórcios; diminuição do poder aquisitivo; lares fisicamente menores; alcoolismo; uso de drogas. Tal quadro caracteriza as consequências do desequilíbrio nas relações de troca, conforme reflexões com baseadas na Teoria da Troca.

A convivência e a codependência de ambas as partes podem gerar conflitos que resultem em atos de violência. É quando, então, no cotidiano, presenciarmos cenas de exploração e dependência econômica das pessoas idosas pelas mais jovens, maus-tratos físicos e afetivos, negligências quanto ao estado de saúde, tão frágil e peculiar nesta fase ⁽¹⁹⁾.

A literatura já descreve características e fatores ligados ao perfil do agressor de idosos mais comumente identificado na nossa sociedade ⁽²³⁾: mora com a vítima; é financeiramente dependente dela; abusa de álcool e drogas; vínculos familiares frouxos; pouca comunicação e afeto; isolamento social dos familiares da pessoa de idade avançada, a pessoa idosa ter sido ou ser agressiva nas relações com seus familiares; história pregressa de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica; padecerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico. Dados curiosos ainda precisam ser acrescidos: a violência é praticada por filhos de ambos os sexos; se transmite por gerações, pois é frequente que o agressor seja um (a) neto (a) ou bisneto (a); as mulheres são vítimas comuns e mais numerosas, o que reflete a violência de gênero adentrando na terceira idade ⁽³¹⁾.

2.3 A NATUREZA VELADA DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Detectar o abuso contra pessoas idosas com precisão é importante, mas inerentemente difícil, já que muitas vezes a violência é perpetrada contra pessoas vulneráveis por aqueles de quem dependem e algumas condutas de abuso aos mais velhos são culturalmente aceitas no meio social onde vivem ⁽³²⁾. Por isso, estudiosos reconhecem que fatores como a subjetividade e os valores pessoais podem pesar no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa ⁽¹⁷⁾. Um comportamento que seja considerado apropriado ou normativo em uma dada cultura, pode ser interpretado como abusivo em outra ⁽³³⁾.

Além disso, o senso comum de que o que acontece dentro dos lares é assunto privado⁽⁷⁾, facilita para que os casos de abuso permaneçam subnotificados. É importante que não se ignore o abuso atribuindo-o a diferenças culturais, mas também é tão importante quanto estar atento às tais diferenças culturais existentes, para que não se confundam tradições culturais com maus-tratos e negligência ⁽³⁴⁾.

Um fator que pode tornar a identificação da violência contra a pessoa idosa especialmente difícil é que algumas pessoas idosas podem escolher não denunciar os maus-tratos sofridos ^(7, 17, 35), seja por medo, por vergonha, sensação de desesperança ⁽³³⁾, culpa pelo fracasso das relações ⁽³⁶⁾, medo de institucionalização ⁽³⁷⁾ ou mesmo por questões de déficit cognitivo ^(17, 35). A aceitação do acontecimento da violência como sendo natural das relações entre os membros de uma família ⁽³⁶⁾ é o fenômeno que alguns autores chamam de *familism*, comum entre os latinos, onde se enfatizam as necessidades da família acima das necessidades individuais, através do qual a pessoa idosa acaba aceitando o mau tratamento que lhe é dispensado e evita relatar os abusos, na intenção de preservar a família ⁽³⁸⁾. Assim como em

muitas formas de violência familiar, há fortes barreiras sociais, de autoestima e vergonha que impedem que a pessoa idosa relate seu sofrimento ⁽³⁹⁾ tornando esta uma forma de violência calada, sofrida em silêncio ⁽³⁶⁾.

Outro impedimento para a identificação da violência é o fato de que a pessoa idosa pode ficar temerosa acerca de sofrer retaliações ou abandono caso seu cuidador venha a saber que ele/ela relatou a respeito dos maus-tratos sofridos com o(a) seu(u) médico(a) ou outro profissional de saúde⁽³⁶⁾. Existe ainda a possibilidade de haver relatos inverídicos de maus-tratos, injustificando assim o cuidador. Além disso, as denúncias podem levar os cuidadores a declinarem de seu papel de cuidar, piorando assim o suporte social da pessoa idosa ⁽¹⁷⁾. Mesmo quando em Instituições de Longa Permanência, pessoas idosas e seus parentes temem denunciar o abuso por conta de possíveis retaliações dos cuidadores ⁽³³⁾. Esses, por sua vez, são capazes de discutir acerca de seus esforços na prestação do cuidado, mas são compreensivelmente relutantes em admitir a prática de abusos ⁽³⁴⁾.

O relato da violência sofrida também não chega à tona porque muitas pessoas idosas desconhecem os serviços de assistência e proteção contra a violência e não sabem ou têm medo de pedir ajuda, hesitando em denunciar seus agressores ⁽³⁶⁾. Ocorre também desconfiança e falta de credibilidade generalizada em relação aos governos e sua capacidade resolutiva dos casos de violência contra a pessoa idosa ⁽³⁸⁾, desencorajando os relatos.

Para uma identificação adequada é importante que se possa investigar a violência contra a pessoa idosa através de múltiplas fontes, por exemplo, através dos cuidadores, das pessoas idosas cuidadas, dos profissionais da área social e de saúde, não apenas através dos casos denunciados formalmente. E ainda lembrar que as pessoas idosas que careçam de cuidados de terceiros nem sempre estarão disponíveis para uma investigação ⁽⁴⁰⁾. A violência contra a pessoa idosa acontece dentro de um contexto e é importante que esse contexto seja igualmente investigado, pois o fator idade, sozinho, não define ou determina a violência ⁽⁸⁾.

Para complicar a identificação dos casos de abuso contra a pessoa idosa, existe uma escassez generalizada de instrumentos de rastreamento que possam ajudar os profissionais a identificar esses casos ^(7, 39). Essa escassez significa dizer que muitas pessoas idosas suspeitas de sofrerem abuso acabam não sendo identificadas pelos profissionais que lhes prestam serviço, porque, na falta de dados mais precisos sobre a questão, lhes falta também ferramentas validadas que possam elucidar suas impressões e apontar direções para a ação. Conseqüentemente, o abuso acaba não recebendo a intervenção devida, apesar de sua gravidade ⁽³⁵⁾.

É importante concomitantemente considerar a avaliação do contexto biopsicossocial da pessoa idosa, sem a qual qualquer instrumento de rastreamento possuirá limitações significantes⁽¹⁷⁾, e, por este motivo, é imprescindível, juntamente à aplicação dos instrumentos, a avaliação de um profissional bem preparado para intervir.

A exploração financeira, por exemplo, pode ser difícil de detectar, caso não se esteja ciente sobre detalhados aspectos da vida da pessoa idosa. Seu início é geralmente gradual e insidioso e diferenciá-la de transações legais é desafiador, porque muitas vezes a exploração trás consigo sinais de aparente consentimento da pessoa idosa, quando de fato o abusador usou de artifícios, tais como manipulação psicológica e falsificação de documentos, para alcançar seu intuito.

Incapacidades cognitivas e sensoriais, falta de conhecimento financeiro, podem também nublar a distinção entre exploração financeira e vontade consentida da pessoa idosa. Essa pode estar sendo coagida pelo agressor, ou preocupada com o que vai lhe acontecer caso o abuso seja descoberto. Percepções culturais diferentes do que é partilhar riqueza podem dificultar a distinção entre generosidade e exploração financeira^(38,41). Há ainda questões culturais relativas à aceitabilidade da interdependência econômica dentro de famílias extensas, que extrapolam os limites entre ajuda e exploração financeira, especialmente naquelas onde a única (ou a melhor) fonte de renda é proveniente da pessoa idosa⁽³⁸⁾.

Em relação ao gênero, um fator que pode especialmente dificultar a detecção da violência contra a mulher idosa é o fato de que esta forma de violência tem sido definida e conceitualizada, na maioria das vezes, por profissionais que lidam com populações frágeis e vulneráveis. Questões de gênero frequentemente são obscurecidas por atitudes sexistas em todos os níveis da sociedade. Mulheres idosas vítimas de violência doméstica geralmente passam despercebidas porque são ignoradas tanto pelos serviços para pessoas idosas como pelos serviços de violência doméstica⁽⁸⁾.

Programas para vítimas de violência doméstica geralmente atendem a mulheres com menos de 50 anos de idade, enquanto que a medicina geriátrica e os serviços de proteção ao adulto focam primariamente nos mais frágeis e vulneráveis. Embora seja esperado que a violência doméstica e as pesquisas de violência contra a pessoa idosa cubram o abuso contra mulheres mais velhas, os pesquisadores geralmente excluem estas vítimas de suas populações alvo, reforçando a percepção das mulheres idosas como sendo frágeis e assexuadas.

Muitos dos fatores de risco de relações abusivas presentes em casais são os mesmos independentemente da idade, e a maioria dos casos de abuso reportado por casais idosos vem de fato ocorrendo há muitos anos. O foco no cuidado fixa a atenção na vulnerabilidade relativa

à idade, ao invés de focar o contexto da violência familiar, ou dos mais amplos contextos do sexismo e do preconceito de idade (discriminação e estigmatização das pessoas idosas) colocando as mulheres idosas em situação de mais alta fragilidade ⁽⁸⁾.

O abuso contra as pessoas idosas tem estado largamente irreconhecido pelos provedores de serviços a essa faixa etária ⁽³⁹⁾. As taxas de identificação da violência contra a pessoa idosa por parte dos profissionais das áreas assistenciais e de saúde são geralmente baixas ⁽³³⁾. A responsabilidade na identificação, denúncia e subsequentes intervenções recaem predominantemente sobre os profissionais de saúde, das agências de serviço assistencial e dos departamentos de polícia, mas é sabido que tais profissionais encontram dificuldades no desempenho deste papel ⁽¹⁷⁾. Muitas explicações já foram dadas para essa subnotificação de casos ⁽³³⁾

As razões podem incluir desde a dificuldade em detectar o abuso, particularmente o abuso psicológico e a negligência, até o pouco conhecimento dos profissionais sobre o tamanho e a extensão do problema ⁽³⁹⁾. Um dos exemplos é o de que os números sobre a identificação de violência contra a pessoa idosa nos ambientes hospitalares são escassos, essencialmente porque os profissionais são insuficientemente informados e conscientes do problema e também porque poucos acreditam que os idosos possam realmente sofrer de abuso praticado por seus familiares. A ignorância nos hospitais a respeito da questão da violência contra a pessoa idosa é uma característica generalizada ^(42, 43).

Pessoas idosas têm duas ou três vezes mais probabilidade de procurar um profissional de saúde do que pessoas mais jovens. Por esse motivo a identificação das pessoas idosas vítimas de violência ou em risco de, junto com a inicialização das intervenções, podem, em muitos casos, ser alcançadas em cenários de prática de serviços de saúde ⁽¹⁷⁾. Muitos profissionais de saúde não questionam seus pacientes sobre um possível abuso ^(33, 34), não estão a par dos sinais de violência contra a pessoa idosa e alegam não possuírem ferramentas adequadas para essa identificação. Atribuem o não aprofundamento na questão devido à sua já excessiva carga de trabalho, falta de tempo durante os atendimentos, mas também apontam lacunas em suas formações ^(7, 36, 44), ou ausência de treinamento durante o exercício profissional, acerca do reconhecimento dos sinais da violência contra a pessoa idosa. A própria complexidade dos problemas de saúde na velhice dificulta a distinção entre sinais de abuso e sintomas de várias doenças comuns nessa idade ^(33, 34).

O abuso só é detectado pelos profissionais de saúde através da apresentação de sinais óbvios de violência, pois eles geralmente não possuem as ferramentas adequadas para a identificação de vítimas que não relatem por si mesmas o abuso sofrido ^(42, 43).

Os setores de emergência dos hospitais, por exemplo, são locais de extrema importância para a detecção do abuso contra a pessoa idosa, porque geralmente são os primeiros locais de contato da vítima após o abuso físico. Por isso, os médicos precisam ter acesso a protocolos e instrumentos de rastreamento em seus locais de trabalho, para que possam guiar melhor sua prática clínica diária. Resultados de estudos demonstram que, mesmo frágeis e doentes, as pessoas idosas concordam em reportar quanto a maus-tratos e violência no ambiente de uma emergência hospitalar ⁽⁴⁵⁾.

Mesmo quando o profissional identifica casos de violência contra a pessoa idosa, ele encontra dificuldade em relatá-lo, pois muitas vezes não sabe como proceder, ou a quem se dirigir. Muitos se sentem incrédulos e impotentes em relação à resolução de um caso denunciado, o que gera insegurança e hesitação em formalizar um relato de denúncia ⁽³³⁾.

A negligência em relação à investigação da violência contra a pessoa idosa segue também em relação aos processos de morte das mesmas. Enquanto que as crianças e as vítimas jovens da violência doméstica geralmente são saudáveis e sem expectativa de morte, as pessoas idosas, que podem estar sofrendo de problemas de saúde adicionais, são mais vulneráveis à morte causada pela violência. Não obstante, quando uma pessoa idosa morre de causas obscuras, a causa frequentemente não é analisada tão cuidadosamente quanto a morte de pessoas mais jovens ⁽⁸⁾.

Os profissionais de saúde deveriam conhecer o mapa da violência contra a pessoa idosa das áreas em que trabalham. Esse reconhecimento proporcionaria aos profissionais um preparo para agir preventivamente e capacidade para identificar os casos de abuso ⁽³⁶⁾. Esforços têm sido feitos em muitas partes do mundo para tentar identificar nas populações a presença da violência contra a pessoa idosa. Os poucos estudos realizados em diferentes culturas têm apresentado algumas características semelhantes em relação às causas e características dessa violência, porém as similaridades não vão muito além.

Os valores da prevalência diferem muito entre si ⁽⁶⁾. As divergências entre os estudos podem ser devidas a aspectos culturais, aos instrumentos utilizados para a medida e a características das amostras investigadas. Essa desuniformidade torna difícil o estabelecimento de comparações, que, quando feitas, devem sê-las com cautela.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, responsável pelo processamento de todas as fichas de notificação compulsória de violência contra a pessoa idosa no Brasil, contabilizaram, no ano de 2010, 3.593 casos de violência contra a pessoa idosa notificados por profissionais de saúde, oriundos de 524 municípios brasileiros. Tais dados evidenciam a expressiva subnotificação da violência entre a população idosa no país, haja vista

as dimensões continentais do mesmo e os relatos diários na mídia, sobre a ocorrência de casos (46).

Investigando-se os boletins de ocorrência do Distrito Federal entre os anos de 2003 e 2007, foram encontrados 4.896 registros de violência ocorridos no domicílio contra pessoas \geq 60 anos, o equivalente a 3,84% de todas as pessoas idosas residentes no Distrito Federal naquele período (47).

Vale ressaltar que estudos de prevalência de violência contra a pessoa idosa, determinados a partir de casos denunciados (em Delegacias, Organizações Não Governamentais, Curadoria de Direitos, etc), não refletem a extensão de tal agravo nas populações, pois contabilizam os casos reportados, que geralmente são aqueles mais gritantes aos olhos do denunciante. Eles não captam a violência cotidiana e incidiosa que acontece paulatinamente dentro dos lares. Essa sim pode ser alcançada a partir de pesquisas que se utilizem de instrumentos de medida de risco específicos para a violência contra a pessoa idosa (44).

Estudando-se uma população idosa cadastrada pelo Programa de Saúde da Família de Niterói em 2010 (7), detectou-se uma prevalência de 43,2% para a violência psicológica e 6,1% para a violência física grave. Em Recife, naquele mesmo ano, em estudo realizado em um dos Distritos Sanitários da cidade, encontrou-se uma prevalência de sinais indicativos de violência em 20,8% da amostra, com pelo menos um dos tipos de violência sofrida em seu ambiente doméstico (48).

Ao redor do mundo os números de prevalência de violência contra a pessoa idosa variam muito entre os diferentes povos. Na China, em uma pesquisa com 2.000 pessoas idosas em 2012, 36,2% referiram ter vivenciado pelo menos um tipo de maus-tratos (físico, emocional, negligência ou exploração financeira) no último ano (5). Outra pesquisa realizada também na China, em Honk Kong, naquele mesmo ano, investigou a prevalência de violência interpessoal entre casais idosos, tanto ao longo da vida quanto no último ano, e identificou a violência psicológica como sendo a mais frequente em ambos os casos, 53,6% e 36,1%, respectivamente. Os pesquisadores não souberam determinar se tais achados se devem à violência conjugal ou se trata de violência contra a pessoa idosa, decorrente da fragilidade e do declínio nas capacidades de autocuidado que acompanham o avançar da idade (49).

Na área rural de Mansoura, Egito, estudo feito com uma amostra total da população de idosos em 2011 encontrou uma prevalência de 43,7% de maus-tratos, sendo a negligência a forma mais predominante (42,4%). Tais números são relativamente altos quando comparados a outros países, mas podem estar relacionados a diferenças culturais e condições socioeconômicas ⁽⁵⁰⁾ da amostra.

Na Irlanda, em 2011, foi identificada uma prevalência geral de 2,2% de abuso e negligência nos últimos 12 meses em pessoas com 65 anos ou mais, o equivalente a 01 pessoa idosa vítima para cada 45 não vítimas, sendo das formas de maus-tratos mais frequentes o abuso financeiro e o psicológico ⁽⁵¹⁾.

Os valores de prevalência de violência contra os idosos podem variar até dentro de um mesmo país. Estudo feito com uma amostra da população norte-americana em 2010 encontrou uma alta prevalência de exploração financeira e alto risco de maus-tratos psicológicos em idosos afro-americanos, em relação às demais etnias. Tais diferenças entre raça e etnia reforçam o fato de que fatores culturais e sociais podem estar implicados na geração da violência contra a pessoa idosa⁽⁶⁾.

Em Los Angeles-EUA, um estudo feito com pessoas de origem latina e idade de 66 ou mais anos, em 2012, identificou que 40,4% desses idosos haviam experienciado alguma forma de maus-tratos ou negligência no último ano. Aproximadamente 25% referiram violência psicológica, 10,7% violência física, 9% abuso sexual, 16,7% exploração financeira e 11,7% negligência por seus cuidadores ⁽³⁸⁾.

Um estudo longitudinal conduzido na cidade de Chicago entre 2007 e 2010 investigou a prevalência de autonegligência e possíveis fatores de risco pessoal e ambiental associados, em 4.627 pessoas, com 65 ou mais anos de idade e encontrou diferenças significantes no tocante à raça/etnia, nível de educação e condições sociais, sendo os negros, o nível educacional abaixo do ensino médio e a renda anual abaixo de US\$15.000,00 os mais afetados ⁽⁵²⁾.

Outro estudo também conduzido nos Estados Unidos, com uma amostra representativa da população total de pessoas com 60 ou mais anos no país, em 2008, identificou que 11,4% da amostra (ou seja, mais de 01 em cada 10 pessoas idosas) afirmaram ter sofrido ao menos um tipo de maus-tratos no último ano, sendo que os valores para cada tipo de violência sofrida foram os seguintes: 4,6% de maus-tratos psicológicos; 1,6% de maus-tratos físicos; 0,6% para

maus-tratos sexuais; 5,1% para possível negligência e 5,2% para abuso financeiro por parte da família ⁽⁵³⁾.

Um estudo realizado em Singapura ⁽⁵⁴⁾ em 2008 identificou um maior número de vítimas do sexo feminino, sendo os perpetradores da violência membros de suas famílias, a maioria filhos, corroborando dados encontrados em João Pessoa-PB, por esta autora, no ano de 2007 ⁽⁴⁾.

Nota-se, no levantamento acima citado, certa escassez de estudos realizados em países em desenvolvimento ⁽⁵⁾. Essa escassez impede que se tenha uma visão mais acurada da magnitude e caracterização da violência contra a pessoa idosa em tais contextos de vida ⁽⁷⁾. Da mesma forma ainda são incipientes os instrumentos de pesquisa populacional especificamente voltados para a detecção da violência contra a pessoa idosa ⁽⁷⁾ e menos ainda aqueles construídos para o contexto de vida brasileiro.

No Brasil, ainda não se tem ideia da prevalência nacional de violência contra a pessoa idosa ⁽⁷⁾ e por ser um país continental e multicultural, seriam mais resolutivas pesquisas que investigassem realidades locais sobre causalidade e prevalência. Ainda são escassos estudos que estimem e descrevam os aspectos epidemiológicos da violência contra a pessoa idosa de forma padronizada e uniforme para o país ⁽⁴⁶⁾.

2.4 RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Existe atualmente um debate forte entre os profissionais de saúde em torno do assunto do rastreamento da violência familiar, incluindo a violência contra a pessoa idosa. Uma revisão sobre as ferramentas existentes e uma apreciação crítica das diferentes barreiras e visões, podem facilitar a introdução de estratégias de detecção e intervenção nos níveis da Atenção Básica. Apesar do conhecimento sobre o problema haver crescido nos últimos anos, a violência contra a pessoa idosa continua sendo subnotificada e despercebida, talvez também por conta do não uso de instrumental específico para tanto ⁽⁸⁾.

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-tratos contra o Idoso adotou, em 1995, a seguinte definição sobre o tema: “o maltrato (sic) ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” ⁽⁵⁵⁾. Tal ato se refere aos abusos físicos, psicológicos, sexuais, abandono, negligências, abusos financeiros, e autonegligência, que podem acontecer simultaneamente ⁽⁵⁶⁾.

O rápido envelhecimento populacional, o aumento dos conhecimentos acerca da prevalência e dos fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa, as evidências de suas diversas repercussões adversas no estado de saúde (incapacidade funcional, declínio cognitivo e mortalidade), tornam importante que se investiguem métodos de rastreamento da violência contra a pessoa idosa em nível populacional ⁽³⁹⁾, uma vez que a violência gera um sério e contínuo impacto negativo no bem-estar psicológico das vítimas e na sua qualidade de vida ⁽³³⁾.

Os profissionais de saúde têm aumentado sua preocupação com essa questão, mas os números sobre sua identificação e sobre os casos denunciados ainda permanecem baixos ⁽³³⁾. A melhoria na detecção da violência sofrida deveria ser uma meta de alta prioridade para os serviços assistenciais e de saúde e o seu rastreio acontecer de forma contínua, tornando-se parte integrante e permanente das ações ali oferecidas à clientela idosa.

A violência contra a pessoa idosa tem uma natureza velada e pode ser mais bem identificada com o uso de instrumentos especificamente construídos para tal. Muitos desses instrumentos vêm sendo elaborados e revisados nos últimos 30 anos, desde protocolos criados por serviços assistenciais e de saúde, baseados no conhecimento prático de seus profissionais, muitas vezes sem validação científica, até instrumentos de rastreio construídos dentro das normas acadêmicas de pesquisa⁽⁵⁷⁾.

Os instrumentos quantitativos validados de rastreamento de violência contra a pessoa idosa são ferramentas que podem rapidamente identificar um caso de risco ou de violência propriamente instalada, auxiliando profissionais das mais diversas áreas (jurídica, social, de saúde, etc.) em seus julgamentos, e favorecendo, para a pessoa idosa, a identificação precoce do problema, com conseqüente mais breve resolatividade.

Há consenso de que instrumentos apropriados de rastreamento de violência contra a pessoa idosa sejam cruciais para o progresso da prática e da pesquisa dentro do tema. Ao mesmo tempo, sabe-se que não existem instrumentos universalmente aceitos para a triagem ou identificação da violência doméstica na população de pessoas idosas ⁽⁹⁾.

A complexidade nessa seara é tanta que mesmo os instrumentos mais bem conceituados apresentam problemas. A construção e validação de um mesmo instrumento podem levar anos. Identifica-se que a maior parte dos instrumentos quantitativos validados atualmente existentes é originária dos Estados Unidos, não sendo encontrados instrumentos especificamente construídos para o contexto de vida brasileiro. É importante também considerar que os maus-tratos contra a pessoa idosa acontecem dentro de um contexto, e que sem uma avaliação biopsicossocial do mesmo, qualquer mecanismo de rastreamento possuirá limitações significantes ⁽¹⁷⁾.

A investigação sistemática da violência contra a pessoa idosa feita por todos os profissionais que lhes prestam serviço, através de um instrumento específico e eficaz, pode facilitar o reconhecimento da violência ou do risco de sofrê-la, ajudando a desvendar um número maior de vítimas, que poderão então sair de tal sofrimento ⁽³⁴⁾. Está claro que mesmo esse rastreamento não identificaria a totalidade dos casos, porém cada caso identificado, que de outra forma estaria oculto, é importante ⁽³³⁾.

O objetivo do presente tópico é de revisar os progressos realizados no campo da construção e validação de instrumentos de rastreamento e avaliação de violência contra a pessoa idosa; debater sobre os valores e limitações de tais mecanismos e identificar entre eles aqueles que já tenham sido validados para uso no contexto brasileiro. Elencam-se, a seguir, tais instrumentos, suas principais características e seus processos de validação:

Elder Abuse Suspicion Index (EASI) (Índice de suspeita de abuso contra idosos)

Desenvolvido e validado em línguas inglesa e francesa, o instrumento procura respeitar os processos decisórios e de diagnóstico dos médicos que comumente envolvem os indícios de suspeita de violência contra a pessoa idosa. Foi construído para auxiliar médicos em seus consultórios, a ser usado com pacientes de 65 anos ou mais, com um escore do Mini Exame do Estado Mental de 24 ou mais e leva cerca de dois minutos para ser preenchido ⁽⁵⁸⁾.

Trata-se de uma ferramenta de perguntas diretas, de seis itens, cinco deles perguntas do tipo sim/não, dirigidas diretamente ao paciente, sendo a sexta pergunta dirigida ao médico. Os cinco primeiros itens questionam em relação a comportamentos abusivos reais ou sinais de abuso e dependência. O sexto item questiona ao médico (a) se percebe comportamentos que possam ser indicativos de abuso.

Em seu processo de validação, o instrumento mostrou uma sensibilidade de 0.47 e especificidade de 0.75. Essas taxas relativamente baixas consistem em uma limitação do mesmo, que provavelmente se deve à variabilidade de conteúdo entre os itens. Os médicos, para quem a ferramenta foi criada, concordam com a eficiência do instrumento no rastreamento dos fatores de risco e acham-na de fácil aplicação. Os autores do instrumento concluem que o EASI constitui o primeiro passo no desenvolvimento de uma ferramenta de fácil uso que possa elucidar a suspeita de um médico sobre a presença de violência contra a pessoa idosa ^(43, 59). Desde sua criação, tem demonstrado validade de constructo em diversos países onde foi revalidado ⁽⁵⁸⁾.

Caregiver Abuse Screen (CASE) (Rastreamento de abuso de cuidadores)

Trata-se de um instrumento de perguntas diretas, breve (curto), desenvolvido no Canadá, que investiga violência contra a pessoa idosa cometida por seus cuidadores. Ele foi desenvolvido no contexto de um projeto de larga escala sobre intervenção e pesquisa em violência contra a pessoa idosa, chamado PROJECT CARE, desenhado especificamente para uso em comunidades, com o intuito de investigar abusos físicos, psicossociais, financeiros e negligências em idosos, causados por seus cuidadores, formais ou informais ⁽⁴⁰⁾.

O CASE possui oito itens, é de fácil administração e é aceitável de ser respondido tanto por cuidadores abusivos como pelos não abusivos ⁽⁴³⁾, porque faz as perguntas de forma indireta, não acusadora, e dicotômica (sim ou não). Sua validação se deu em 1995, através de um estudo que utilizou três grupos distintos de cuidadores, sendo que um deles (n=45) sabidamente formado por agressores de idosos, e os outros dois (n=45 e 50), não.

O estudo de validação do CASE indicou ser esta uma boa ferramenta. Provou-se que o mesmo distingue de forma confiável os cuidadores abusadores dos não abusadores, nas formas de violência investigadas. Na validade de constructo do CASE, a análise fatorial confirmou a suposição de que ele é válido para ambas as situações de abuso e negligência ⁽³⁵⁾. O CASE é efetivamente capaz de detectar tanto a violência já instalada, como situações propensas à violência, tanto na prática clínica como no campo da pesquisa científica ⁽¹⁴⁾.

Por conta de sua brevidade e fácil utilização, o CASE pode ser útil como instrumento de triagem quando usado em populações de larga escala, mesmo por pessoas sem treinamento específico. Na prática clínica, pode servir como um alerta inicial da violência contra a pessoa idosa, podendo inclusive ser combinado com outros instrumentos. Na época de sua validação, escores de quatro ou mais respostas afirmativas sugeriam um risco maior de violência contra a pessoa idosa, porém uma única resposta afirmativa já poderia ser considerada como indicativa de violência. No processo de validação do CASE foram usados outros instrumentos de investigação de violência contra a pessoa idosa, entre eles o Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H/S-EAST), que na época constava de apenas nove itens, e com o qual mostrou boa correlação de respostas ⁽³⁵⁾.

Em 2009, um estudo brasileiro propôs a validade de constructo de uma versão em português brasileiro para o CASE, na intenção de adaptá-lo para uso no cenário da cultura brasileira. Para tanto, foi feito inicialmente o processo de adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento na versão em português ⁽⁶¹⁾, para em seguida submetê-lo a um processo de validação numa população de 507 pares de cuidadores e idosos.

Validade de face foi apurada, bem como equivalências operacionais de conceito, de itens e semântica entre a versão brasileira e a versão original do instrumento. Embora estudos anteriores já indicassem várias características positivas, o referido estudo ainda levantou algumas questões sobre a validade de medição do CASE, especialmente com relação à sua dimensionalidade ⁽⁶⁰⁾.

Para sua validação no Brasil, a relação entre a escala unidimensional do CASE e outros instrumentos de abuso e agressão foram também investigados. Apesar de fraca, do ponto de vista da estimativa, a correlação entre os escores do CASE e do H-S/EAST foram estatisticamente significantes. Tais achados permaneceram, mesmo após a estratificação por escolaridade e estado cognitivo das pessoas idosas ⁽⁶⁰⁾.

Self-Report Measure of Financial Exploitation of Older Adults (Medida de autorrelato de exploração financeira de idosos)

Trata-se do primeiro instrumento citado na literatura acadêmica, desenvolvido especificamente para investigação de exploração financeira em pessoas idosas. Consiste em um instrumento de perguntas diretas, autoaplicável, que contém 82 questões, e compreende seis grupos conceituais de investigação neste tema: roubos e fraudes; abuso de confiança, direitos financeiros, coerção, sinais de possíveis abusos e fatores de risco. Foi validado em 2010, em Illinois, Chicago, com uma amostra de 227 pessoas idosas e demonstrou atingir os altos critérios de análises de modelo Rasch, com alta consistência interna e confiabilidade ⁽⁴¹⁾. Não foram encontrados outros processos de validação do instrumento que não aquele referido pelos próprios autores.

Elder Assessment Instrument (EAI) (Instrumento de avaliação do idoso)

Investiga sinais de violência, inclui uma avaliação geral acerca da pessoa idosa, como o aspecto físico e o nível de independência dentro do seu estilo de vida ⁽¹⁷⁾. Consiste em uma ferramenta de rastreio de 41 itens, compreendidos em 07 subescalas para a identificação de sinais de abuso, negligência, exploração e abandono contra a pessoa idosa. Deve ser usada por profissionais, que respondem às questões em uma escala graduada tipo de Likert, que vai de *nenhuma evidência* à *total evidência* de abuso, baseados em uma entrevista e avaliação clínicas.

O instrumento tem boa validade interna. Os quatro primeiros itens foram categorizados como de avaliação geral, mas na verdade dizem respeito a possíveis sinais de negligência

quando obtidas respostas negativas; são seguidos por seis possíveis sinais de abuso, uma lista de sinais de negligência e exploração e um resumo da interpretação clínica dos profissionais acerca do possível abuso.

A ferramenta não fornece um escore quantitativo indicativo da probabilidade de abuso; ao invés disso, os autores recomendam que se o instrumento encontrar alguma evidência de maus-tratos, o paciente deve ser encaminhado ao serviço assistencial ^(17, 43). Ao final de seu preenchimento, indica a probabilidade da presença de cada um dos tipos de maus-tratos à pessoa idosa aos quais se propõe investigar ⁽¹⁷⁾.

Em 2000, esta ferramenta foi aplicada por enfermeiras no Departamento de Emergência de um hospital, como um projeto piloto, parte de um protocolo de pesquisa maior, que buscava investigar maus-tratos e negligência contra a pessoa idosa. A intenção das pesquisadoras era avaliar se as enfermeiras do Departamento de Emergência seriam capazes, através da aplicação do EAI, de identificar as pessoas idosas vítimas de negligência e maus-tratos, confrontando os seus achados com os da avaliação de um grupo de *experts* no assunto. Os resultados mostraram que, numa amostra de 36 pacientes, as enfermeiras identificaram uma taxa de verdadeiros positivos de 71%, e de falso positivos de 29%. Por outro lado, a taxa de verdadeiros negativos foi de 93%, e a de falsos negativos de 7%. Neste estudo a sensibilidade do EAI se mostrou em 71%, e sua especificidade em 93%. As autoras concluíram que as enfermeiras do Departamento de Emergência, durante a sua prática diária, são sim capazes de rastrear a violência contra a pessoa idosa através do uso de uma ferramenta de rastreio adequada ⁽⁴⁵⁾.

Indicators of Abuse (IOA) (Indicadores de abuso)

“Apesar de fatores de risco não serem fatores causais, eles estão associados com um aumento da probabilidade de vitimização, e quanto maior a sua presença em um meio familiar, maior a probabilidade do maltrato (sic) ocorrer.” ⁽⁶²⁾.

O IOA é a primeira ferramenta validada especificamente direcionada para a identificação de fatores de risco na problemática da violência contra a pessoa idosa ⁽⁴³⁾. Este instrumento é considerado um marco importante na investigação e foi desenvolvido especificamente para uso por serviços assistenciais domiciliares ⁽⁶²⁾.

Foi construído com base em muitos indicadores de abuso identificados em pesquisas anteriores das próprias autoras. Desenvolvido e validado no ano de 1998, no Canadá, com uma amostra de 341 pessoas, entre idosos e seus cuidadores não formais ^(40, 43).

Um elenco inicial de 48 itens relativos a abuso e mais 12 questões sócio demográficas foi estudado e resultou na construção de um instrumento com 29 itens, sendo dois deles questões sociodemográficas (por este motivo muitos autores consideram que o instrumento possui apenas 27 questões). A ser usado apenas por profissionais, ele consegue discriminar os casos de abuso (84,4 % das vezes) dos casos de não abuso (99,2% das vezes) ⁽⁴³⁾. Um ponto de corte de 16 ou mais respostas afirmativas é considerado como um indicativo de possível caso de violência contra a pessoa idosa ⁽⁴⁰⁾.

Os achados do estudo de validação desta ferramenta forneceram evidências consistentes das validades discriminatórias, concorrentes e de constructo. A confiabilidade da escala foi indicada pela sua alta consistência interna. O IOA consegue apontar três principais sinais de alerta para violência contra a pessoa idosa: problemas ou questões pessoais do cuidador; problemas ou questões interpessoais do cuidador; falta de suporte social para a pessoa cuidada e situação de abuso no passado. As autoras indicam o uso do instrumento em serviços assistenciais e de saúde, por ser de aplicação relativamente rápida, confiável e de baixo custo ⁽⁴⁰⁾.

Os 27 itens a serem avaliados, indicativos de características mentais e psicossociais das pessoas idosas e de seus cuidadores familiares, requerem interpretação por parte do profissional que o aplica e por isso sua capacidade de medir precisamente os maus-tratos tem sido questionada por estudiosos ^(42, 43, 62).

A vantagem desta ferramenta está no seu esforço de identificar o risco de sofrer violência, mesmo que ela não tenha sido realmente relatada, na intenção de prevenir, através da intervenção dos profissionais de saúde, futuros casos de abusos. Sua desvantagem é a de fornecer apenas indicadores e estar baseada em uma entrevista clínica aberta, na qual os entrevistadores podem diferir largamente nas suas habilidades e métodos de avaliação psicossocial ⁽⁴²⁾. Outros autores criticam-na no sentido de tratar-se de uma medida subjetiva, que requer cerca de duas a três horas para ser completada por um entrevistador previamente treinado e experiente. Parece ter um grande potencial como instrumento de pesquisa, mas é muito longo para ser usado na prática diária ⁽¹⁷⁾.

Expanded Indicators of Abuse (e-IOA) (Indicadores expandidos de abuso)

Desenvolvido em 2006, a partir da estrutura conceitual do IOA, de Reis e Nahmiash, inclui todas as dimensões do conceito de maus-tratos à pessoa idosa. Foi desenvolvido para

acessar toda a complexidade do tema. O e-IOA foi criado e validado originalmente na língua Hebraica, em um cenário de prática hospitalar, a ser usado por serviços assistenciais ⁽⁴²⁾.

Para retificar a subjetividade associada aos indicadores de risco em seu formato original no IOA, os 27 indicadores do e-IOA foram reduzidos para 21 (excluíram-se os indicadores de abuso realmente sofrido, em detrimento dos indicadores de risco), e subdivididos em uma série de sub indicadores, baseados no conteúdo da literatura acadêmica relevante sobre Psiquiatria e assistência geriátrica, cujas respostas eram quantificadas numa escala tipo Likert, de 01 a 04 ^(42, 43). Os autores também consideraram que por abusos se englobam a negligência e a medição de fatores de risco, não indicadores. O e-IOA identifica corretamente 91,7% das pessoas idosas em alto risco de maus-tratos e 97,9% dos casos de não maus-tratos ^(42, 43).

Essa nova operacionalização no e-IOA padronizou a ferramenta, quantificou-a, e reduziu sua subjetividade, evitando assim diferenças de interpretações entre os profissionais que a aplicam. Além disso, os criadores do e-IOA propuseram um instrumento que permitia a identificação precoce e prioritária de pessoas idosas em alto risco de sofrer violência antes do surgimento de indicadores reais, resolvendo assim o problema da sub identificação, tornando possível a prevenção, a identificação do risco e a intervenção precoce ⁽⁴²⁾.

Posteriormente, o e-IOA foi validado em uma comunidade de língua inglesa, localizada em Ontário, Canadá (2012), a ser usado no cenário domiciliar das pessoas idosas, por profissionais de saúde. Os autores reforçaram que a criação dos subindicadores no e-IOA tornou mais clara e mais representativa a identificação do risco da pessoa idosa em sofrer maus-tratos no cenário comunidade/lar. Eles também apontaram que a abrangência do instrumento foi aumentada com a nova adaptação ⁽⁶²⁾.

Short Screening tool for identifications of abuse (Instrumento curto de rastreamento para identificação de abuso)

Trata-se de um instrumento curto e rápido, a ser utilizado na rotina dos consultórios médicos. Apesar de curto, tem a capacidade de abarcar a complexidade, os tipos e as várias manifestações de abuso contra a pessoa idosa. Foi desenvolvido baseado em ferramentas tridimensionais (perguntas diretas, sinais de violência e risco de sofrer violência) e validado em um estudo com 1.317 pessoas idosas acima de 65 anos, em Israel ⁽³³⁾.

No seu processo de validação, o instrumento se mostrou útil e eficiente para o rastreamento de abuso contra pessoas idosas que utilizam serviços assistenciais e de saúde, sendo um bom preditor de violência. Demonstrou ter boa habilidade discriminatória, e aceitáveis níveis de sensibilidade e especificidade, e, por conta da vasta e diversificada amostra do seu processo de validação, permite generalização e robustez de seus achados.

A autora aponta que um ponto de corte de 3,5 provou ser de alta sensibilidade e suficiente especificidade, porém deve ser avaliado e adaptado novamente para uso em diferentes populações daquela estudada. A autora também afirma que um rastreamento ideal de violência contra a pessoa idosa não é praticável numa única ocasião, devendo ser efetuado com periodicidade ⁽³³⁾.

Modified Conflict Tactics Scale (MCTS) (Escala tática de conflitos modificada)

Trata-se de uma modificação da *Conflict Tactics Scale* (ferramenta originalmente não criada para uso específico em populações idosas), cuja aceitabilidade e validação foram investigadas por Cooper e colaboradores, através de um estudo com 86 pessoas idosas com doença de Alzheimer e seus cuidadores familiares, realizado em Londres e região sudeste da Inglaterra. A ferramenta se mostrou aceitável e teve validade convergente e discriminante para medir abuso por parte dos cuidadores. O instrumento é composto de cinco perguntas que investigam abuso psicológico e outras cinco que investigam abuso físico, ambas relativas aos últimos três meses, mensurados através de uma escala tipo Likert de 0 a 4 pontos, onde um escore maior ou igual a dois em qualquer uma das questões é considerado indicativo de abuso ⁽³²⁾.

Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) (Rastreamento Breve de Abuso de Idosos)

Originário do Canadá contém cinco questões breves que levam apenas um minuto para serem respondidas. Carece de treinamento prévio para os seus aplicadores e foi desenvolvido para rastrear pessoas idosas que sejam cuidadoras ou receptoras de cuidado e não investiga nenhum fator de autonegligência. O instrumento possui uma concordância de 86% a 90% entre seus aplicadores e faz a correlação entre cuidadores abusadores ou não abusadores. Pode ser útil em locais de trabalho muito atarefados ⁽¹⁷⁾.

Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) (Teste de rastreamento de abuso contra idosos de Hawlek-Sengstock)

Criado em 1986, nos Estados Unidos ⁽⁹⁾, a partir de cerca de mil itens sobre violência contra a pessoa idosa, agrupados e apurados em um instrumento de apenas 15 itens finais ⁽⁴³⁾, que cobrem três principais domínios do tema: violação evidente de direitos pessoais ou abuso direto; características de vulnerabilidade e situações potencialmente abusivas ^(9, 17, 33, 39).

O H-S/EAST é um instrumento breve que avalia violência física, psicológica, financeira e negligência. Ele não avalia as demais dimensões da violência contra a pessoa idosa reconhecidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, tais como autonegligência, abandono e violência sexual ⁽⁹⁾. O H-S/EAST avalia a violência instalada ou presumida a partir da perspectiva da própria pessoa idosa, através de um conjunto de perguntas a serem feitas diretamente a elas, por profissionais, na forma de entrevistas ou questionários ⁽⁶⁰⁾. Tem como objetivo identificar situações de comportamentos abusivos praticadas por cuidadores ou outras pessoas. Trata-se da mais recente e mais conhecida ferramenta para esta finalidade ⁽³³⁾.

Elaborado para ser usado como um instrumento de triagem clínica, de boa abrangência e qualificação adequada de resultados, distingue adequadamente entre vítimas e não vítimas. Identifica não só os sinais próprios da violência, mas também fatores correlatos, os quais podem acontecer antes ou após os atos violentos (ex.: dependência física, financeira ou isolamento) ⁽⁹⁾. É fácil de ser administrado e pode ser preenchido rapidamente ⁽¹⁷⁾.

Em seu processo de validação, os autores encontraram satisfatória validação de conteúdo, de critério e validade de constructo ⁽⁴³⁾. Análise da função discriminante determinou que seis dos 15 itens foram preditivos da presença de abuso ⁽¹⁷⁾.

A adequada validade de constructo do H-S/EAST foi relatada em pequenas populações clínicas na América do Norte. No entanto, validações em pelo menos dois outros estudos não foram capazes de replicar essa validade de constructo inicialmente relatada. Um estudo do seu fator analítico nos EUA, feito com uma amostra de idosos afro-americanos, hispânicos e brancos, que vivem em instituições de longa permanência, sustentou as três dimensões previamente identificadas, mas com um número reduzido de itens ⁽³⁹⁾.

Apesar da validade satisfatória, uma de suas críticas é a de que foca na pergunta direta, dirigida apenas à própria pessoa idosa. Outra limitação é a de que sua pontuação final é dada com base nas respostas a perguntas sobre sinais de abuso e fatores de risco, todos recebendo a mesma pontuação não ponderada ^(9, 43).

Recomenda-se que este instrumento seja utilizado para identificar suspeita de abuso, particularmente quando o investigador for relativamente pouco experiente no tema ⁽⁹⁾. O resultado final da aplicação do teste é indicativo de risco para abuso ⁽⁴³⁾.

Além da investigação da violência, pode ser usado para a identificação de serviços necessitados pelas pessoas idosas, como transportes, cuidados pessoais, ou aconselhamento sobre mau uso de substâncias ⁽⁹⁾.

Os autores concluem que a ferramenta deve ser utilizada com cautela e apenas como um passo preliminar na identificação dos casos, na intenção de garantir uma investigação mais aprofundada ⁽⁴³⁾. Outros autores afirmam que se trata de um instrumento promissor para o campo da pesquisa, mas que ainda é necessário delinear melhor os tipos de maus-tratos contra a pessoa idosa ⁽¹⁷⁾.

Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) (Escala de Rastreamento para a vulnerabilidade ao Abuso)

Instrumento derivado do H-S/EAST, contém 12 itens de perguntas autoaplicáveis. Consiste de quatro tópicos, cada um incluindo três itens, que representam os seguintes domínios: vulnerabilidade, dependência, depressão e coerção. Foi desenvolvido para avaliar o risco de violência contra a pessoa idosa. Possui 10 dos 15 itens do H-S/EAST, e mais 02 itens adicionais, sendo um deles extraído da Conflict Tactics Scale, com respostas dicotômicas, do tipo sim ou não. Um dos seus estudos de confiabilidade e validação foi realizado na Austrália, com uma amostra de 10.421 idosas entre 73 e 78 anos ⁽³⁹⁾. Os achados deste estudo confirmaram sua estrutura fatorial e validade de constructo ⁽⁴³⁾, porém os autores concordam que a validade preditiva é mais difícil de determinar, sendo para tanto fundamentais maiores investigações ⁽³⁹⁾.

Conforme exposto, dentre os instrumentos validados existentes, uns já foram mais explorados do que outros, tendo o mesmo instrumento passado por diversos processos de validação, em diferentes cenários de prática, até em diferentes países, na intenção de se testar sua acurácia e aplicabilidade no rastreamento da violência contra a pessoa idosa em distintas culturas.

Dentre todos os instrumentos pesquisados neste levantamento, identificou-se que somente o CASE e o H-S/EAST passaram por processos de adaptação transcultural e validação para uso em língua portuguesa no Brasil, porém só o H-S/EAST interroga diretamente a pessoa idosa, sendo o CASE usado para ser aplicado a seus cuidadores.

Curiosamente, não se encontrou em todo o levantamento nenhum artigo que se refira ao instrumento de Investigação de Violência Contra a Pessoa Idosa apontado para uso no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, nem no tocante a processos de construção e validação em sua língua original, nem sobre adaptações transculturais e validações para uso no contexto brasileiro.

Mesmo com toda a responsabilidade na elaboração de um instrumento, ainda podem ser apontadas certas falhas na construção e críticas no uso de tais ferramentas. A primeira delas seria a divergência de definições de violência contra a pessoa idosa, que precisa estar muito clara para ser mensurada. Outra seria a construção de instrumentos baseados em teorias limitadas ou incompletas. Essa falta de abrangência é problemática e por enquanto os teóricos do assunto concluíram que nenhuma teoria atual é capaz de explicar os maus-tratos contra a pessoa idosa, conseqüentemente, a investigação deve abranger todos os fatores de risco ligados aos maus-tratos ⁽⁶²⁾.

Alguns instrumentos são ineficazes em razão de seus formatos. Por exemplo, questionários autoaplicáveis, que requeiram respostas precisas das pessoas idosas que sofram de dificuldades cognitivas ou emocionais são ineficazes. O mesmo também se aplica a instrumentos que intencionem obter respostas diretamente a partir de um cuidador, que pode estar incapacitado ou não desejoso de prover respostas acuradas. Além disso, alguns instrumentos foram adaptados de outros contextos, que não os da violência contra a pessoa idosa, e por isso podem negligenciar importantes pontos, contribuindo para a não identificação do maltrato ⁽⁶²⁾.

Outros combinam dois constructos: risco de maus-tratos e maus-tratos reais contra pessoas idosas. A identificação das vítimas de violência e das pessoas idosas em risco de sofrer violência requer diferentes métodos de avaliação: identificação dos casos ou rastreamento. A falta de clareza na construção conceitual do que seja violência contra a pessoa idosa pode levar à confusão na construção dos instrumentos, por isso a distinção clara entre estes dois conceitos é essencial para um rastreamento efetivo ⁽⁶²⁾.

Como os comportamentos humanos e as relações interpessoais são únicos, nenhuma ferramenta de rastreio pode envolver todos os fatores de risco. Sensibilidade a essas especificidades e julgamento pessoal do profissional são necessários em cada caso, qualquer que seja a ferramenta de rastreio utilizada, e especialmente se ela for curta (resumida). A avaliação do comportamento do idoso deve ser sensível às diferentes crenças culturais e normas sociais. Um comportamento que seja considerado apropriado ou normativo em uma dada cultura pode ser interpretado como abusivo em outra ⁽³³⁾.

Porém, apesar das críticas, o uso de um instrumento adequado de rastreio é importante, pois, sem ele, muitas pessoas idosas suspeitas de sofrerem abuso acabam não sendo identificadas pelos profissionais que lhes prestam serviço, porque, na falta de dados mais precisos sobre a questão, lhes falta também as ferramentas validadas que possam elucidar suas impressões e apontar uma direção para a ação. Consequentemente, o abuso acaba não recebendo a intervenção devida, apesar de sua gravidade ⁽⁴⁰⁾.

Para ser efetivo, o rastreio da violência contra a pessoa idosa deveria ocorrer como parte da rotina de saúde das pessoas idosas (triagem), ao invés de ser feito apenas para pacientes que apresentam injúrias ou que foram identificados como necessitados de formas alternativas de cuidado. O rastreio da violência contra o idoso em nível populacional poderia somar ao pouco conhecimento sobre os tipos e padrões, correlações e resultados da violência contra a pessoa idosa ⁽³⁹⁾. Ainda, a documentação sistemática e completa dos dados acerca da violência contra a pessoa idosa pode facilitar estudos sobre magnitude, fatores de risco e cuidados das vítimas ⁽⁹⁾.

A complexidade dos maus-tratos contra a pessoa idosa requer o uso de ferramentas válidas e confiáveis, desenvolvidas especificamente para avaliar este conceito ⁽⁶²⁾. Métodos de medição acurados e eficientes são essenciais devido à importância das inferências do rastreamento em pessoas idosas e em seus cuidadores, os potenciais efeitos devastadores nos idosos e em suas famílias na ocorrência de resultados falso positivo ou falso negativos e os recursos limitados dentro dos serviços assistenciais e de saúde ⁽⁶²⁾.

O Brasil carece da construção de instrumentos de investigação de violência contra a pessoa idosa, direcionados para os seus diferentes contextos de vida e às especificidades de suas regiões e estratos sociais, econômicos e culturais. Na falta desses, mais estudos de adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros já existentes poderiam ser feitos. Além disso, mesmo aqueles já adaptados e validados para uso no Brasil, precisam ser testados em outros contextos e regiões que não aqueles de seu processo validatório inicial.

O uso de ferramentas de rastreio de violência contra a pessoa idosa agrega valor ao processo decisório do profissional, que as utiliza e ajuda-o a nortear sua decisão sobre denúncia do abuso identificado e encaminhamento do caso para a devida assistência.

Instrumentos para detectar a violência em pessoas idosas bem como aqueles para detectar situações de risco para a violência são úteis, pois a violência contra idosos continua sendo um fenômeno invisível na sociedade e muitas pessoas idosas não revelam os maus-tratos sofridos aos profissionais de saúde, seja por vergonha, medo de retaliações por parte do

agressor, por achar que não irão acreditar na sua história e/ou para preservar a imagem da família, entre outros.

2.5 POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS SOMÁTICAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Estima-se que a violência contra o idoso possa desencadear consequências à sua saúde. Um estudo realizado em 2000, numa Clínica Geriátrica do Texas, identificou que pacientes idosos vítimas de abuso e negligência apresentaram, com maior frequência, os diagnósticos de depressão e demência ⁽⁶³⁾. Um estudo (transversal) norte-americano ⁽⁶⁴⁾ realizado em 2009 encontrou uma associação entre mulheres idosas afrodescendentes, expostas a altos níveis de violência familiar durante a vida adulta, e um pior nível de saúde física e mental das mesmas na velhice. Em 2007, também em um estudo transversal, a autora desta tese encontrou uma associação epidemiológica ($p < 0,005$) entre a vitimação à violência e maior frequência de sintomas de problemas mentais, como depressão e ansiedade, pelos idosos na cidade de João Pessoa –PB, Brasil ⁽¹⁾

O abuso contra os idosos acontece de múltiplas formas, cujos efeitos frequentemente se sobrepõem e se confundem com sinais e sintomas relacionados a diversas patologias prevalentes nessa faixa etária ⁽⁷⁾

Estima-se que os prejuízos de forma emocional e afetiva possam se apresentar a médio e longo prazo, temporalmente distantes dos atos violentos em si. Tal fato colabora para que estes possíveis adventos de doença não sejam diretamente imputados à violência sofrida, ocultando seu potencial morbígeno. Acredita-se que o sofrimento causado pela violência possa servir de catalisador para processos de adoecimento mentais já instalados ou ainda por vir (predispostos). É especialmente importante que se investiguem sintomas de duas patologias mentais comuns durante o envelhecimento: a depressão e a demência.

A depressão caracteriza-se como um distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária, podendo ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes ⁽⁶⁵⁾. É possível que os modelos de apresentação dos tipos de depressão variem com os grupos etários. A depressão na população idosa constitui um importante problema de saúde pública por sua alta prevalência, frequente associação com doenças crônicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio⁽⁶⁶⁾. Na velhice, está mais associada como comorbidade de doenças físicas e

incapacidade. Já a depressão maior sem comorbidade com doença física é menos comum nessa fase. A demência com depressão certamente é mais prevalente depois dos 75 anos de idade, do que na faixa etária de 65 - 74 anos ⁽⁶⁷⁾.

Já se sabe que sem o diagnóstico precoce e tratamento adequado a depressão pode levar a pessoa ao suicídio. Geralmente as pessoas com depressão mostram-se insatisfeitas com a própria vida, sentem-se inúteis e incapazes. Muitas vezes, tais sentimentos provocam bruscas mudanças em seus estilos de vida, levando-as ao isolamento social, e amiúde ao suicídio⁽⁶⁸⁾.

Como se vê, a depressão na terceira idade apresenta minúcias específicas, que precisam ser reconhecidas e investigadas pelos profissionais de saúde que atendam diretamente esta clientela. A não identificação de casos depressivos na terceira idade acarreta imensuráveis prejuízos na qualidade de vida da pessoa idosa. A depressão causa severos danos à qualidade de vida da pessoa idosa e de seus familiares e resulta em custos elevados para a sociedade em geral ⁽⁶⁹⁾.

Estudos apontam uma maior incidência de diagnósticos de depressão e demência em idosos vítimas de maus-tratos ⁽⁶³⁾. Um estudo revelou que a violência, em qualquer forma e gravidade, se mostrou associada a pelo menos um relato das seguintes comorbidades: demência, depressão e problemas reumatológicos ⁽⁷⁾. Outro estudo também aponta que o comprometimento cognitivo e a depressão, dentre outros fatores, têm sido relatados pela literatura como sendo fatores fortemente associados à violência contra a pessoa idosa.⁽³⁷⁾

Demência é um termo geral para várias doenças neuro degenerativas que afetam principalmente as pessoas idosas. Consiste na perda ou diminuição da capacidade cognitiva em uma pessoa previamente saudável. Essa perda pode ser permanente, temporária ou até esporádica. A demência causa prejuízos as pessoas idosas em várias esferas de sua vida: afetiva, social, funcional, profissional.

A demência no Brasil é muito subdiagnosticada, maior nas áreas rurais e com níveis educacionais mais baixos. Os números de prevalência de demência em populações brasileiras variam muito, dependendo principalmente da metodologia utilizada na investigação.

Atualmente existem vários tipos de demências identificados e classificados para fins de diagnóstico médico, sendo as mais comuns Demência do mal de Alzheimer, Demência vascular e Demência com corpos de Lewy. Dentre os sintomas de demência estão: perda de memória,

alterações do humor, alterações de personalidade, desorientação, dificuldade de comunicação, negligência pessoal, alterações no padrão do sono, raciocínio prejudicado, isolamento.

A correlação entre o sofrimento impingido pela violência contra o idoso e o surgimento ou agravamento de quadros demenciais ainda não foi precisamente estabelecida na literatura. O conhecimento dos riscos e da vulnerabilidade para o surgimento desse e de outros transtornos mentais pode ajudar a identificar precocemente sinais e sintomas de doenças, de tal modo que se possa intervir evitando-se danos mais sérios à saúde. Além do mais, conhecer os fatores que influenciam o aparecimento desses transtornos na população em geral auxilia na elaboração de planos de ação, metas e estratégias que não desconsiderem a pessoa na sua integralidade e no seu meio sociocultural.

A importância de se conhecer as taxas dos transtornos mentais na população, parte da certeza de um melhor planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade. Desse modo, a identificação dos fatores de risco ou de proteção associados ao surgimento dos principais transtornos pode funcionar como uma base de informação para a indicação de tratamentos e principalmente para elaboração dos programas de prevenção ⁽⁷⁰⁾.

2.6 A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO A PESSOA IDOSA

O Estado brasileiro, ao longo dos últimos vinte anos, construiu alguns dispositivos legais de amparo à pessoa idosa, entre eles os que estão inscritos na Constituição Federal, constituindo diretrizes para a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso, além do Estatuto do Idoso ⁽²³⁾. Todavia, diante da realidade de violência parece que apenas a existência de dispositivos não é suficiente para o enfrentamento do problema.

Conforme a Constituição Federal, a pessoa idosa é um sujeito de direitos; está impedida qualquer forma de discriminação por idade; e compete à família, à sociedade e ao Estado “[...] o dever de amparar a pessoa idosa, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, e garantir seu direito à vida” ⁽²⁴⁾. A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90, traz o princípio da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” ⁽⁷¹⁾. Já o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, no seu capítulo IV, “Do Direito à Saúde”, assegura à pessoa idosa o direito à atenção integral em saúde, através do Sistema Único de Saúde, com toda a totalidade de serviços que este sistema puder prestar, incluindo ainda atenção especial às doenças que afetem preferencialmente esta parcela da população.

Especificamente para as pessoas idosas estão previstos, além de outros direitos comuns aos demais cidadãos, a criação de unidades geriátricas de referência; atendimento domiciliar com internações domiciliares, caso necessário. O Estatuto proíbe a cobrança diferenciada de valores de planos de saúde para pessoas idosas com a justificativa do avanço da idade.

Um aspecto de grande relevância para essa análise é o artigo 19 do Estatuto do Idoso, que trata da obrigatoriedade de comunicação, por parte dos profissionais de saúde, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a pessoa idosa, aos seguintes órgãos públicos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso ⁽⁷²⁾. O Estatuto ainda prevê as seguintes prioridades no atendimento à pessoa idosa ⁽²⁴⁾: serviços de atendimento às vítimas de violência (inclusive preventivo), localização de familiares de pessoas idosas abandonados em instituições, suporte jurídico-social, ampliação da participação social no atendimento à pessoa idosa.

A Portaria 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999, trata da Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecendo entre seus princípios que “[...] a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida” ⁽²⁴⁾. Em relação aos maus-tratos contra pessoas idosas, a Portaria afirma ⁽⁷¹⁾ que os profissionais de saúde devem estar sempre atentos para a possível existência deste mal, causado por parte da família, do cuidador, ou de outros profissionais, e que as pessoas idosas devem saber reconhecer seus sinais. Ainda afirma que idosos, familiares e profissionais devem sempre denunciar casos suspeitos de violência.

No ano de 2000 foi lançada no Brasil a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência, que enfatiza a promoção da saúde para o alcance da qualidade de vida, prioriza as ações preventivas intersetoriais e a ação comunitária. Suas principais diretrizes são: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e violência; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em 2002 foi lançado em Madri o II Plano de Ação para o Envelhecimento, que serviu de Base para a criação do Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (PAEVPI) ⁽⁷³⁾, pela Subsecretaria de Direitos Humanos da Secretaria Geral da Presidência da República do Brasil. “O Plano tem por objetivo promover ações que levem ao cumprimento do

Estatuto do Idoso (Lei nº 10741/2003), em conformidade com o Plano de Madri, que tratam do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra a pessoa idosa, assim como garantir os direitos fundamentais”⁽⁷⁴⁾. O PAEVPI prevê, igualmente, ações de combate e prevenção a todas as formas de violência já identificadas contra as pessoas idosas, com responsabilidades, atribuições, e estratégias divididas para o espaço cultural coletivo, público, família, e instituições asilares.

Dentre as várias ações estratégicas citadas no Plano para cada um desses setores, algumas já foram implementadas, como a criação de Delegacias Especializadas para pessoas idosas; criação de fóruns específicos; criação de sistema de denúncia; de Promotorias e Defensorias Públicas, e de Conselhos Municipais e Estaduais de Direitos da Pessoa Idosa; capacitação de profissionais de Saúde, de Direito, de Assistência Social, conselheiros, idosos, sociedade, e gestores de Instituições de Longa Permanência, entre outras ações.

Conforme as considerações acima descritas, o Brasil atualmente possui suficientes recursos legais para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Contudo, apenas a produção de instrumentos legais não é suficiente para mudar a situação de violência a que está submetida essa parcela da população no país. Além das medidas legais faz-se necessária uma mudança de visão da sociedade em relação ao ser humano envelhecido, como, por exemplo, a transformação que passa pela educação no sentido mais amplo, e especificamente na formação dos profissionais, associadas à influência e ao poder que deve ter o Estado para fazer valer as leis por ele criadas.

Percebe-se, por todo o exposto, que a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno que ainda carece ser estudado sob vários aspectos. O debate franco com a sociedade acerca do tema, a prevenção do abuso, a identificação e encaminhamento correto dos casos, são pontos vitais para que o respeito à pessoa idosa vitimada seja reinstalado, a fim de que ela possa viver seu envelhecimento de forma tranquila, gozando plenamente de suas capacidades físicas e mentais ainda preservadas, sem temor, opressão ou tristeza ⁽²²⁾.

É preciso, para tanto, que tal temática seja levada à discussão por diferentes segmentos da sociedade (escolas, igrejas, família, políticos), incluindo as próprias pessoas idosas. Conseguir identificar adequadamente quando uma pessoa idosa está sendo submetida a situações de maus-tratos e/ou negligência é importante na manutenção da sua saúde e na prevenção de agravos.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Investigar a violência contra pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica), na cidade de João Pessoa-PB.

3.2 ESPECÍFICOS

-Rastrear na população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica) em João Pessoa-PB, as pessoas idosas em risco de violência, através do uso do instrumento 'Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test' (H-S/EAST);

- Estabelecer a associação entre o risco e a violência de fato acontecida, através do cruzamento dos achados do H-S/EAST com o Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa, recomendado pelo Ministério da Saúde.

- Determinar a prevalência do risco e da violência contra pessoas idosas na amostra, durante o período estudado;

- Especificar a associação entre o risco de violência contra a pessoa idosa e a ocorrência de sintomas depressivos através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada;

- Especificar a associação entre o risco de violência contra a pessoa idosa e sintomas de déficit cognitivo, através do Mini Exame do Estado Mental;

-Identificar fatores sociais, demográficos, econômicos e familiares associados à ocorrência de risco para violência contra a pessoa idosa na amostra.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal com coleta de dados prospectiva, que objetivou rastrear na população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica) em João Pessoa-PB, em 2012, as pessoas idosas em risco de violência, através do uso do instrumento ‘Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test’ (H-S/EAST) e estabelecer a associação entre o risco e a violência de fato acontecida, através do cruzamento dos achados do H-S/EAST com o instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa, recomendado pelo Ministério da Saúde.

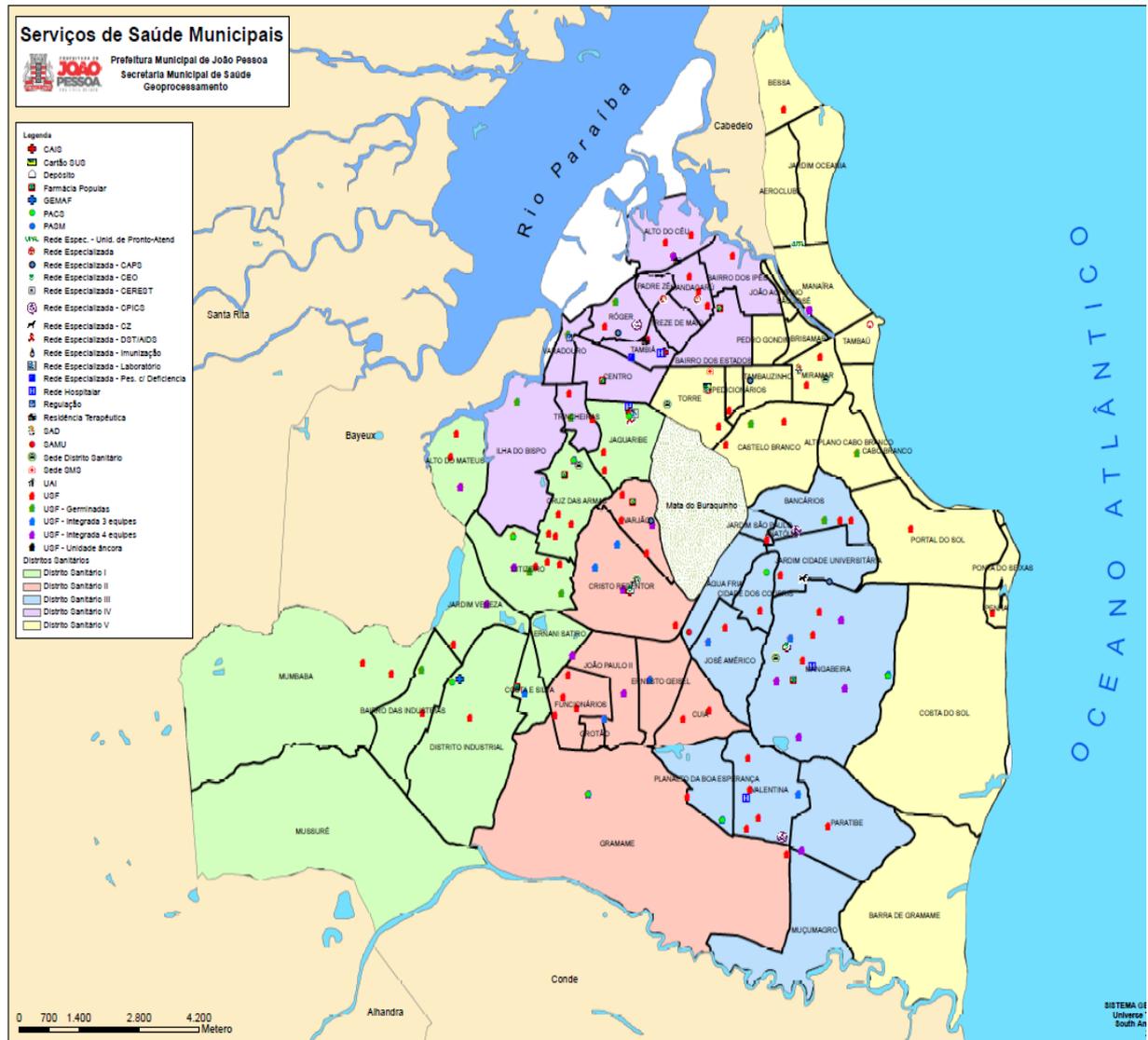
4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

4.2.1 Descrição

Foi estudada a população de pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família da cidade de João Pessoa, localizada no estado da Paraíba, nordeste brasileiro. Trata-se de uma cidade litorânea, com 427 anos de fundação, que em 2009 apresentava uma população de 702.234 habitantes ⁽⁷⁵⁾. Em 2010 o Censo IBGE contabilizou 74.635 pessoas com 60 anos ou mais, residentes na cidade, sendo 29.002 homens e 45.633 mulheres ⁽⁷⁶⁾: No ano seguinte, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) calculou em seus registros 72.043 pessoas com 60 anos ou mais cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família naquele município, número bem próximo do estimado pelo IBGE, anteriormente ⁽⁷⁵⁾:

O município de João Pessoa apresentava em 2012 uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) correspondente a 88,3% da população residente, dispoñdo de 180 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 125 unidades de Saúde de cinco Distritos Sanitários (DS), conforme ilustra a figura 1. Ainda compunham a Rede da Atenção Básica cinco unidades que funcionavam como referência para a população descoberta da ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ainda presente em alguns bairros, tendo sido estruturado para atender à população das áreas descobertas da ESF ⁽⁷⁵⁾:

Figura 1 - Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas nos seus cinco Distritos Sanitários.
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa 2014.



4.2.2 Tamanho amostral

Para cálculo do tamanho amostral foram levados em consideração os seguintes dados:

- População de pessoas com sessenta anos e mais na cidade de João Pessoa no ano de 2010, conforme o CENSO IBGE: **74.635**;
- População de pessoas com sessenta anos e mais na cidade de João Pessoa no ano de 2011, cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família, conforme dados do SIAB (Sistema de Informações na Atenção Básica): **72.043**;
- Prevalência de violência contra o idoso ⁽⁸³⁾: **20,95%**

- Prevalência de sintomas depressivos em uma população idosa⁽⁸⁴⁾: **20,9%**;
- Prevalência de sintomas demenciais em uma população idosa⁽⁸⁵⁾: **7,1%**
- Intervalo de Confiança: **95%**;
- Desvio Padrão: **5%**;

Aplicando-se os números anteriores em uma planilha para cálculo amostral, cujas fórmulas se baseiam nos estudos de Cochran⁽⁸⁶⁾, obtiveram-se valores de tamanho amostral de 101 indivíduos para sintomas demenciais e 255 indivíduos para sintomas depressivos e vítimas de violência contra o idoso. Os valores de amostra se mostraram iguais tanto quando se utilizou a população estimada pelo IBGE, bem como quando se utilizou aquela contabilizada pelo SIAB.

Assim, considera-se que a amostra é numericamente representativa da população de pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB, porém é preciso frisar que, por se tratar de uma amostra por conveniência, seus resultados só podem ser aplicados para as próprias pessoas estudadas, não podendo ser estendidos para toda a população de pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa.

Considerar-se-á o valor 255 por ser o maior entre os dois, acrescentando-se a ele uma margem de segurança de 20%, ficando o número final da amostra de **306** indivíduos. Ao todo foram realizadas 312 entrevistas, sendo que uma delas foi descartada por inconsistência na coleta, ficando um total de 311.

Quadro 1 – Distribuição da amostra de acordo com a população de pessoas com 60 ou mais anos em cada Distrito Sanitário da cidade de João Pessoa no ano de 2012

Distrito Sanitário	População de idosos cadastrados pela ESF João Pessoa –PB		Amostra	
	N	%	N	%
I	22.872	31,7	99	31,8
II	14.603	20,3	60	19,3
III	20.043	27,8	87	28,0
IV	9.468	13,1	42	13,5
V	5.057	7,1	23	7,4
Total	72.043	100	311	100

4.2.3 Procedimento amostral / Recrutamento

Procedimento amostral:

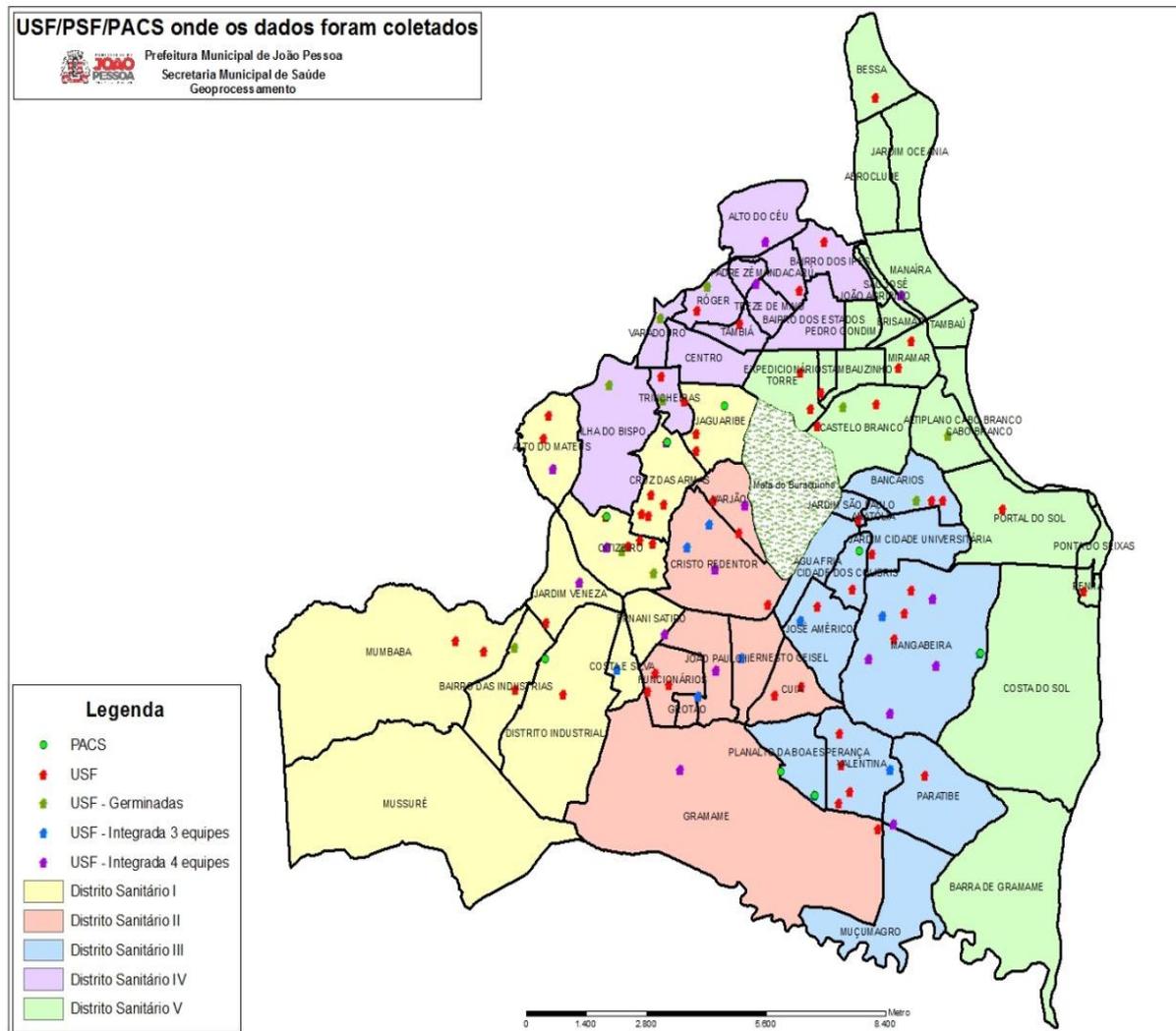
Amostra não probabilística por conveniência.

Recrutamento:

Inicialmente foi feita, através da Secretaria de Saúde Municipal, a identificação do contingente populacional com 60 ou mais anos, em cada uma das USF/PSF/PACS, dos cinco Distritos Sanitários da cidade de João Pessoa. A partir desses dados, calculou-se a quantidade de pessoas idosas a serem entrevistados em cada USF/PSF/PACS de cada Distrito Sanitário, de forma a se alcançar o número estimado para a amostra e ao mesmo tempo abranger o maior número possível de USF/PSF/PACS. Não houve, portanto, sorteio de USF/PSF/PACS a serem trabalhadas, mas sim a divisão da amostra de forma equivalente em todas as USF/PSF/PACS da cidade (ver Apêndice A).

De posse desses números, procedeu-se ao contato com os Distritos Sanitários solicitando acesso às USF/PSF/PACS. Inicialmente fazia-se o contato telefônico com as USF/PSF/PACS perguntando sobre os dias de maior fluxo de pessoas idosas ao serviço, para então agendarem-se as visitas das entrevistadoras às unidades. A amostra foi obtida a partir das pessoas idosas que se apresentaram espontaneamente nas USF/PSF/PACS nos dias de coleta de dados e que concordaram em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao todo 172 USF/PSF/PACS serviram de campo para coleta. Vale salientar que, em certos casos, um mesmo prédio abrigava o funcionamento de quatro equipes de USF/PSF/PACS, o que facilitava o trabalho de coleta.

Figura 2–Distribuição geográfica das USF/PSF/PACS onde a coleta de dados foi realizada.
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa 2014.



4.2.4 Critérios de seleção

É sabido que se auto reconhecer e declarar-se como vítima de qualquer forma de violência constitui um tabu para o ser humano de qualquer faixa etária, não sendo diferente na velhice. Existe uma dificuldade natural em pesquisar-se a respeito de violência, e por mais que se tracem estratégias de controle, corre-se sempre o risco de não se obter respostas verdadeiras. Cabe ao pesquisador encontrar os meios de pesquisa que melhor se adéquem aos objetivos do seu estudo.

Um agravante do fenômeno da violência contra a pessoa idosa é que grande parte dos atos violentos acontece dentro do próprio domicílio da vítima e é causada por alguém de seu

convívio diário, quase sempre um familiar. Entrevistar a pessoa idosa em seu próprio domicílio, possível cenário dos atos violentos, com a chance de estar presente no momento da entrevista o agressor em pessoa, apresentou-se como um viés a esta pesquisadora. Na intenção de conseguir abordar a pessoa idosa de forma tranquila, em um ambiente neutro, foi que se optou por realizar a coleta dos dados nas USF/PSF/PACS, ambiente de cuidados de saúde norteados pelos princípios do SUS, com histórico de práticas de acolhida e humanização, e que se encontra inserido na comunidade onde vive a pessoa idosa.

A escolha de uma amostra não probabilística por conveniência se deve também ao mesmo motivo: a dificuldade em se abordar o tema de violência e maus-tratos sofridos poderia complicar muito o processo de recrutamento em uma amostra aleatória simples, tornando difícil ou inviável a realização da pesquisa com os recursos disponíveis.

O fato de não haver ido às residências excluiu da amostra pessoas idosas incapazes de se locomoverem até as USF/PSF/PACS, porém acredita-se que tal perfil de idosos, por sua peculiaridade, já recebe, ou pelo menos deveria receber, uma atenção mais diferenciada por parte dos profissionais de saúde das próprias USF/PSF/PACS, inclusive com visitas domiciliares, o que permite a estes profissionais conhecer melhor a respeito do contexto de vida e dos arranjos familiares daquelas pessoas idosas, facilitando o reconhecimento da violência, quando presente.

O foco da pesquisa não se encontra sobre estas pessoas idosas totalmente incapacitadas, mas sim naquelas que preservam ainda vários aspectos de independência, que constituem a maioria da população idosa, que são ativas em seu cotidiano, estabelecem relações de diversas naturezas com seus familiares e a sociedade, e que, mesmo assim, estão sendo desrespeitadas e agredidas. Nesse contingente se encontra o maior silêncio em relação aos abusos sofridos, e nele é que precisam ser feitas rotinas de rastreamento de violência contra a pessoa idosa, pois as características de independência que os definem são exatamente o que se quer preservar ao máximo durante os anos de vida que lhes restam, e esta autonomia pode sim ser afetada pela violência e as conseqüências dela decorrentes.

4.2.4.1 Inclusão

Foram incluídas na amostra pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou maior do que 60 anos, cadastradas pelas USF/PSF/PACS do município de João Pessoa, que se dirigiam espontaneamente aos 172 serviços de saúde pesquisados, sem distinção de renda, escolaridade e condições sociais.

4.2.4.2 Exclusão

Foram excluídas pessoas idosas que apresentavam enfermidade ou agravo à saúde que implicasse comprometimento em termos de comunicação.

4.3 COLETA DE DADOS

Antes da implantação da coleta de dados foi feita a aplicação de um estudo piloto, com a finalidade de se verificar a operacionalização das ações propostas para a fase da coleta. O estudo piloto se deu com uma amostra de seis pessoas idosas, atendidas em uma determinada USF/PSF/PACS da cidade de Cabedelo-PB, região metropolitana de João Pessoa, escolhida aleatoriamente e posteriormente excluída da amostra.

Os dados da pesquisa em João Pessoa-PB foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2012, por três entrevistadoras, sendo duas alunas do curso de Graduação em Enfermagem da UFPB e a outra a própria autora, a qual fez a capacitação prévia das duas primeiras acerca dos propósitos da pesquisa, da padronização da abordagem à pessoa idosa e aplicação correta dos questionários.

4.3.1 Rotina de coleta/Fluxograma de funcionamento

Identificados (as) os (as) potenciais participantes do estudo nas USF/PSF/PACS, era feita a abordagem aos mesmos ou a seus responsáveis, explicando-se o procedimento da pesquisa e solicitando-se a participação. Obtido o consentimento, dirigia-se então a um local reservado da unidade onde era realizada a entrevista individualizada face a face, que durava cerca de trinta a quarenta minutos e durante a qual a pessoa idosa respondia às perguntas contidas em cinco instrumentos, na seguinte ordem: um questionário elaborado pela autora acerca de dados sociais, econômicos, familiares e de saúde; o Mini Exame do Estado Mental (MEEM); a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada; o instrumento H-S/EAST para detecção de risco de violência contra a pessoa idosa e o Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa, recomendado pelo Ministério da Saúde.

4.3.2 Descrição dos métodos de mensuração

Questionário sociodemográfico

Trata-se de um formulário descritivo para a identificação de dados sociais, econômicos, de conjuntura familiar e de algumas informações básicas sobre a saúde do idoso, com o propósito de se obter uma melhor contextualização de sua vida.

Instrumento para avaliação de déficit cognitivo (Mini Exame do Estado Mental-MEEM)

Instrumento de avaliação geriátrica que avalia a pessoa idosa do ponto de vista cognitivo, sendo um dos testes mais empregados e estudados em todo o mundo com esta finalidade. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Em pesquisa tem sido utilizado em estudos populacionais, na avaliação do efeito de drogas e faz parte de baterias de testes neurológicos ⁽⁷⁷⁾. Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso-espaciais. Não pode ser usado para diagnosticar demência ⁽⁷⁸⁾.

Fornecer informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (05 pontos), orientação espacial (05 pontos), registro de três palavras (03 pontos), atenção e cálculo (05 pontos), recordação das três palavras (03 pontos), linguagem (08 pontos) e capacidade construtiva visual (01 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 00 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Para o uso adequado da escala é preciso que se considere o nível de escolaridade do entrevistado. Existem muitos estudos que propõem diferentes pontos de corte para o MEEM de acordo com a estratificação da escolaridade, e deve-se ter o cuidado de escolher como referência um estudo que tenha adequabilidade com a população a qual se pretende estudar.

Para esta pesquisa escolheu-se a orientação de Lourenço e Veras ⁽⁷⁷⁾ que, avaliando as características de medida do MEEM em idosos atendidos em um ambulatório geral, em 2006, sugeriram que o mesmo deve ser utilizado, considerando os pontos de corte 18/19 e 24/25, segundo a ausência (analfabetismo) ou presença de instrução escolar formal prévia, respectivamente. Essa indicação é feita para fins de rastreamento cognitivo em populações idosas de unidades ambulatoriais gerais de saúde.

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de sintomas depressivos em pessoas idosas. Originalmente criada por Yesavage em 1983 ⁽⁷⁹⁾, a escala inicial possuía 30 itens especificamente desenvolvidos para o rastreamento de transtornos do humor em pessoas idosas. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis, é fácil de ser compreendida e respondida, podendo ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

Uma versão mais curta da escala original foi criada três anos mais tarde ⁽⁸⁰⁾, contendo os 15 itens que apresentaram melhores correlações com os casos de depressão em estudos anteriores. Os 15 itens em conjunto demonstraram boa acurácia diagnóstica, sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Por ser mais curta, a versão de 15 itens requer menor tempo de administração, sendo assim indicada para uso em ambulatórios gerais e ambientes não especializados.

Suas respostas são objetivas (sim ou não) e se referem a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. Não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental, mas é uma ferramenta útil de avaliação rápida que facilita a identificação de sintomas depressivos em pessoas idosas.

Na contabilização do escore, atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 5, 7, 11 e 13, em que o ponto é dado para a resposta negativa. Diversos pontos de corte estão sugeridos na literatura acadêmica para a operacionalização da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15). No presente estudo adotou-se a orientação de Paradela, Lourenço e Veras ⁽⁸¹⁾, que, em um estudo que objetivou determinar a validade concorrente da EDG – 15, versão em português, em pessoas idosas atendidas em ambulatório geral, de acordo com os critérios do DSM-IV, para diagnóstico de depressão maior ou distímia, identificaram o ponto de corte 5/6 como sendo o de melhor equilíbrio (sensibilidade 81%; especificidade 71%; valor da área sob a curva ROC 0,85), onde seis ou mais respostas indicam presença de sintomas depressivos ⁽⁸¹⁾.

Hawlek Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) versão da adaptação transcultural em Português para o Brasil

Criado em 1986, nos Estados Unidos ⁽⁹⁾, a partir de cerca de mil itens sobre violência contra a pessoa idosa, agrupados e apurados em um instrumento de apenas 15 itens finais ⁽⁴³⁾, que cobrem três principais domínios do tema violência contra a pessoa idosa: violação evidente de direitos pessoais ou abuso direto; características de vulnerabilidade e situações

potencialmente abusivas ^(9, 17, 33, 39). O H-S/EAST avalia a violência instalada ou presumida a partir da perspectiva da própria pessoa idosa, através de um conjunto de perguntas a serem feitas diretamente a elas, por profissionais, na forma de entrevistas ou questionários ⁽⁶⁰⁾.

É um instrumento breve, elaborado para ser usado como triagem clínica, de boa abrangência e qualificação adequada de resultados, distingue adequadamente entre vítimas e não vítimas. Seu objetivo é de identificar tanto sinais de presença (diretos), quanto de suspeita (indiretos) de abuso em pessoas idosas, investigando as formas de abuso psicológico, físico, violação de direitos pessoais e abuso financeiro. A maioria dos seus itens não focaliza somente sintomas específicos de violência, mas busca captar circunstâncias correlatas a esta, pois no entendimento de suas autoras, tais circunstâncias podem acontecer antes ou após os atos violentos (ex.: dependência física, financeira ou isolamento) ⁽⁹⁾.

Por esse motivo, o H-S/EAST é considerado um instrumento de rastreamento de risco de violência contra a pessoa idosa. Sua pontuação final é dada com base nas respostas a perguntas sobre sinais de abuso e fatores de risco, todos recebendo a mesma pontuação não ponderada ^(9, 43). Recomenda-se que esse instrumento seja utilizado para identificar suspeita de abuso, particularmente quando o investigador for relativamente pouco experiente no tema ⁽⁹⁾. O resultado final da aplicação do teste é indicativo de risco para abuso ⁽⁴³⁾. O instrumento é fácil de ser administrado e pode ser preenchido rapidamente ⁽¹⁷⁾.

Na contabilização do seu score, atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa, à exceção dos itens 1, 6, 12 e 14, em que o ponto é dado para a resposta negativa. Estudos prévios sugerem que, no contexto clínico, um score de três ou mais pode indicar risco aumentado de algum tipo de violência presente. ^(51, 52). Esse foi o ponto de corte adotado no presente estudo.

Devem ser coletadas informações adicionais ao *H-S/EAST* para se decidir sobre um aprofundamento na investigação ou encaminhamento do relato de abuso a uma agência. O instrumento não avalia as demais dimensões da violência contra as pessoas idosas reconhecidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, tais como autonegligência, abandono e violência sexual ⁽⁹⁾.

Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa

Indicado para avaliar possíveis situações de violência contra pessoas idosas, foi adotado pelo Ministério da Saúde nos cadernos de Atenção Básica. Nele investiga-se a violência física, psicológica, abuso financeiro e econômico ⁽⁸²⁾. Trata-se de um instrumento de autoavaliação onde a pessoa idosa responderá se sofreu ou não recentemente alguma forma de violência, sendo as perguntas elaboradas de forma indireta ⁽¹⁵⁾. Uma resposta positiva a qualquer um dos

itens caracteriza presença de violência contra a pessoa idosa e este foi o parâmetro adotado para o presente estudo.

4.3.3 Variáveis

4.3.3.1 Dependente

Risco de violência contra a pessoa idosa estabelecido pelo H-S/EAST

4.3.3.2 Independentes

Sintomas depressivos, alterações cognitivas, condições socioeconômicas, situação conjugal, suporte familiar, desunião familiar, violência prévia na família, escolaridade, violência contra a pessoa idosa estimada pelo Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O processamento dos dados foi realizado mediante a utilização do programa Excel, para Windows. Já a análise estatística foi feita através do Programa SPSS 18. Foram realizadas análises univariadas, através de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas), média, moda e mediana (no caso da idade e do número de filhos vivos) e também o reagrupamento de certas variáveis categóricas e numéricas, visando à sua descrição e à determinação da maneira pela qual se encontravam distribuídas na população do estudo. Posteriormente foi efetivado o cruzamento entre elas, com o objetivo de verificar a existência de possíveis associações, através do teste do Chi-Quadrado de Pearson ou do Teste Exato de Fischer. Os resultados foram incluídos no estudo na forma de tabelas e figuras.

No teste de Chi-Quadrado adotou-se a seguinte legenda para a interpretação dos resultados:

- *: $p < 0,05$ (significativo, probabilidade de o resultado ser ao acaso é menor que 1 para 20);
- **: $p < 0,01$ (muito significativo, 1 para 100),
- ***: $p < 0,001$ (altamente significativo, 1 para 1.000);
- NS: Não significativo.

4.4.1 Abordagem analítica

A técnica estatística utilizada no desenvolvimento do modelo foi a Regressão Logística. Esta técnica gera uma função matemática cuja resposta permite calcular a probabilidade de uma observação pertencer a um grupo previamente estabelecido, em função do comportamento de um conjunto de variáveis explicativas ou independentes.

A variável dependente analisada foi a classificação do risco para violência contra a pessoa idosa, segundo o H-S/EAST. Neste estudo, foi atribuído o valor zero para indicar ausência de risco e o valor um para o provável risco. O ponto de corte do modelo é 0,5, assim, para as pessoas idosas com resultado inferior a 0,5 foram considerados como sem risco para a violência, e as pessoas idosas com resultados superiores a este são classificados como em risco para a violência.

As variáveis independentes, que na Regressão Logística Binária (variável dependente *versus* variável independente) apresentaram um valor-p de no máximo 0,25, foram selecionadas para compor um modelo de Regressão Logística Múltipla, com o intuito de identificar o possível efeito independente de cada uma delas. Utilizou-se para a realização da Regressão Logística Múltipla o método Forward Stepwise (Wald).

4.5 VIESES E ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

Visando reduzir as taxas de não resposta, aumentar a aceitabilidade do instrumento e a validade das informações, alguns cuidados foram tomados durante a fase da aplicação das entrevistas: a equipe de pesquisa adotou a rotina de encontros quinzenais, para contabilização dos questionários, relato de dificuldades e de eventuais dúvidas em relação ao preenchimento dos instrumentos, troca de experiências e definição de estratégias para obtenção de melhor desempenho na coleta.

No quadro a seguir são apontadas as dificuldades encontradas pelas pesquisadoras na implementação da coleta de dados e as estratégias utilizadas para seu controle.

Quadro 2 – Vieses e estratégias de resolução adotadas durante a coleta de dados.

Vieses	Estratégias de controle
Falta de estrutura física adequada para pesquisa clínica nos serviços Grande quantidade e teor pessoal das perguntas Pessoas idosas em companhia de familiares	Estar a sós com a pessoa idosa
Dificuldades físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento	Fala pausada e calma das entrevistadoras; Deixar a pessoa idosa relatar seu discurso por completo e não interrompê-la apressando respostas
Desconfiança por parte das pessoas idosas e dos funcionários das USF/PSF/PACS	Mostrar os documentos legais da pesquisa; Haver sido vista entrevistando outra pessoa idosa anteriormente; Apresentação das pesquisadoras por um funcionário do serviço
Preocupação da pessoa idosa para com a chamada para o atendimento	Preocupar-se com o momento do atendimento na USF/PSF/PACS
Não compreensão da importância da pesquisa	Esclarecer dúvidas antes de iniciar as entrevistas
Receio dos familiares em permitir a participação	Transmitir confiança e garantir o sigilo das respostas
Má recepção das pesquisadoras pelos profissionais de saúde e por algumas pessoas idosas	Mostrar os documentos legais da pesquisa
Medo das pesquisadoras de chegar a bairros periféricos com alto índice de violência urbana; Difícil localização geográfica de alguns serviços de saúde; Diferentes horários de atendimento à pessoa idosa em cada USF/PSF/PACS	Contato prévio das pesquisadoras com as USF/PSF/PACS por telefone

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi garantido o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa durante toda a sua execução e os resultados obtidos serão reportados à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB para sua ciência.

5.1 ENCAMINHAMENTO PARA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Para que este presente projeto pudesse ser implementado, foi previamente submetido à apreciação do Comitê Científico da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Anexo 01), e ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Anexo 02), bem como à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (Anexo 03).

5.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Segue anexo a este documento o modelo de Termo de Consentimento Livre Esclarecido utilizado pela pesquisadora (Apêndice C).

6 RESULTADOS

Dentre as 311 pessoas idosas estudadas, conforme se vê na tabela 01, encontrou-se uma maioria feminina (n=232; 74,6%). Das pessoas idosas que foram identificadas como em risco de violência, 55,2% eram mulheres e 53,2% homens. Na amostra, a idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 94 anos. A média de idade foi de 69 anos, a mediana 68 e a moda foi de 61 anos. Optou-se pelo agrupamento em duas faixas etárias, haja vista a maioria de ‘jovens idosos’ na amostra (idade entre 60 a 69 anos). Encontrou-se uma maioria de pessoas idosas que se autodenominavam de raça/etnia parda (n=204; 65,6%).

Ainda conforme a tabela 01, na variável escolaridade, optou-se pelo seu agrupamento em três categorias, isto porque apenas 38 pessoas na amostra (12,2%) referiram alta escolaridade (mais de doze anos de estudo formal). Essa categorização em três níveis de escolaridade entrou na construção do modelo de regressão logística, porém, para a classificação da amostra em relação ao déficit cognitivo medido pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi utilizado um novo agrupamento da escolaridade, desta vez em apenas dois grupos: analfabetos (n=56; 18%) e com instrução formal (n=255; 82%), com $p = 0,479$, seguindo recomendações de Lourenço e Veras ⁽⁷⁷⁾. A escolaridade apresentou-se muito significativa em relação ao risco de violência contra a pessoa idosa ($p = 0,004$).

Tabela 01 – Aspectos sociais e demográficos da amostra de acordo com o risco para violência identificado pelo H-S/EAST. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST							P
	Sem risco		Com risco		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								
	Feminino	104	44,8	128	55,2	232	100	NS
	Masculino	37	46,8	42	53,2	79	100	
Faixa etária								
	60 a 69 anos	83	46,4	96	53,6	179	100	NS
	>/= 70 anos	58	43,9	74	56,1	132	100	
Raça/Etnia								
	Negra	15	50	15	50	30	100	NS
	Branca	36	46,8	41	53,2	77	100	
	Parda	90	44,1	114	55,9	204	100	
Escolaridade (em anos de estudo)								
	Analfabetos	23	41	33	59	56	100	0,004**
	Baixa (1 a 5 anos)	60	38,2	97	61,8	157	100	
	Média e alta (>/= 06 anos)	58	59,2	40	40,8	98	100	
TOTAL		-	-	-	-	311	100	-

Teste Chi Quadrado: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NS = não significativo.

Em relação à situação conjugal, vista na tabela 02, agrupou-se como ‘com companheiro estável’ todas as pessoas idosas que referiram ser casadas ou morarem com companheiro. Os ‘sem companheiro estável’ foram aqueles que referiram ser solteiros(as), divorciados(as), separados(as), viúvos(as), nunca casados(as), todos(as) sem parceiros fixos. Nota-se maior percentual de risco no grupo de pessoas sem companheiro (a) estável (63%), com muita significância estatística ($p = 0,004$).

Também na tabela 02, quanto ao número de filhos vivos, a média foi de 4,28, a mediana 04 e a moda de 03 filhos. Sobre a quantidade total de pessoas que compartilham o mesmo domicílio que a pessoa idosa, 194 (62,4%) referiram morar com até mais duas outras pessoas na mesma casa, sendo a média de 3,28 pessoas, a mediana de 03 e moda de 02 pessoas. Dentre as pessoas idosas que referiram morar sozinhas, 70,7% apresentaram risco para violência, porém sem significância estatística.

Em 71,1% (221) dos entrevistados a residência habitada pela pessoa idosa pertencia a ela mesma. Dentre as pessoas que referiram não viver em residência própria, 64,4% apresentaram risco para violência ($p = 0,027$). Há que se acrescentar a essa análise um aspecto comum nos domicílios da amostra investigada. Frequentemente era referido que no terreno pertencente à pessoa idosa (patriarca/matriarca), onde está construída sua residência, aglomeraram-se ali, ao longo dos anos, as construções das casas de seus descendentes (filhos, filhas, noras, genros, netos), podendo a subsistência dessas várias famílias dar-se de forma dependente ou independente da renda da pessoa idosa. Esse fato se mostrou recorrente na amostra, mas as respostas ficaram a critério dos (as) entrevistados(as), que definiam com quais e quantas pessoas residiam e quais suas idades, conforme o entendimento que tinham de seus próprios arranjos familiares.

Questionou-se igualmente quanto ao compartilhamento do domicílio da pessoa idosa com outras gerações. As respostas foram múltiplas e apontaram que 71% (221) dos entrevistados dividiam o domicílio com adultos e 86,8% (270) com outra(s) pessoa(s) idosa(s), fato que se mostrou muito significativo em relação ao risco de violência identificado pelo H-S/EAST ($p = 0,001$).

Tabela 02 – Conjuntura familiar da amostra de acordo com o risco para violência identificado pelo H-S/EAST. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST						P
	Sem risco		Com risco		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Situação conjugal							
C/ companheiro(a) estável	84	53,5	73	46,5	157	100	0,004**
S/ companheiro (a) estável	57	37	97	63	154	100	
Número de filhos vivos							
0-4 filhos	78	43,6	101	56,4	179	100	NS
>= 5 filhos	63	47,7	69	52,3	132	100	
Número de moradores no domicílio							
01 pessoa (mora sozinha)	12	29,3	29	70,7	41	100	NS
2 a 3 pessoas	74	48,4	79	51,6	153	100	
>= 4 pessoas	55	47	62	53	117	100	
Tipo de residência							
Não própria	32	35,6	58	64,4	90	100	0,027*
Própria (mesmo financiada)	109	49,3	112	50,7	221	100	
Compartilhamento do domicílio com outras faixas etárias							
(a)							
C/ crianças	33	50,8	32	49,2	65	100	NS
C/ adolescentes	24	42,1	33	57,9	57	100	NS
C/adultos	104	47,1	117	52,9	221	100	NS
C/ idosos	129	47,8	141	52,2	270	100	0,001**
TOTAL	-	-	-	-	311	100	

(a) Respostas múltiplas. Teste Chi Quadrado: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; NS = não significativo.

Acerca da fonte de renda da pessoa idosa, na tabela 03 optou-se por quatro agrupamentos, onde a grande maioria das pessoas entrevistadas referiu-se como aposentada. Chama atenção o fato de que 28 pessoas idosas não referiram qualquer forma de renda. De fato, conversando com os (a) entrevistados (a), pode-se perceber que alguns viviam em situação de extrema pobreza, vivendo da ajuda de vizinhos, de programas assistenciais (fornecimento de

pão, leite, gás de cozinha, Programa Fome Zero, etc), dependentes de seus cônjuges e eventualmente ajudados por parentes. Ainda sobre a renda mensal, destaca-se na tabela 03 que 72,6% (226) dos entrevistados recebiam até um salário mínimo.

Para a análise da renda total da família considerou-se todas as pessoas que contribuem financeiramente para o meio onde reside a pessoa idosa. Constatou-se que quanto mais baixa a renda familiar, maiores eram os percentuais de pessoas idosas com risco de violência.

O número de pessoas que vivem da renda da família foi constituído de acordo com a avaliação da pessoa idosa, isto porque, em alguns casos, a pessoa idosa ajudava a sustentar um filho ou neto que não residiam consigo no mesmo domicílio, mas que mensalmente recebiam uma parcela de seus proventos. Constatou-se que nas famílias com 05 ou mais pessoas vivendo da mesma renda, 57,3% das pessoas idosas apresentaram risco para violência.

Ainda na tabela 03, em relação à participação econômica da pessoa idosa na renda familiar, tem-se que 162 pessoas idosas referiram serem os maiores ou os únicos responsáveis pela renda da família, sendo que 56,2% destes apresentaram risco para violência. Nesse ponto vale salientar que, cruzando-se a participação econômica da pessoa idosa na renda familiar com o sexo, tem-se que 37,0% (115) dos únicos ou maiores responsáveis pela renda familiar são do sexo feminino ($p = 0,054$). Cruzando-se a participação econômica da pessoa idosa na renda familiar com o número de pessoas que vivem da renda, tem-se 26,6% das pessoas idosas eram os maiores ou os únicos responsáveis pela renda de famílias com '3 a 4' e '5 ou mais' pessoas ($p < 0,001$).

Tabela 03 – Renda da pessoa idosa e sua família de acordo com o risco para violência identificado pelo H-S/EAST. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST						P
	Sem risco		Com risco		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Fonte de renda do idoso							
Aposentado	106	45	130	55	236	100	NS
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	11	47,8	12	52,2	23	100	
Assalariado; profissional autônomo; outro	09	37,5	15	62,5	24	100	
Sem renda própria	15	53,6	13	46,4	28	100	
Renda do idoso em salários mínimos							
De 0 a 01	104	46	122	54	226	100	NS
Mais que 01	37	43,5	48	56,5	85	100	
Renda total (em salários mínimos) da família							
Até 01	32	40,5	47	59,5	79	100	NS
01 a 02	57	47,9	62	52,1	119	100	
03 ou mais	52	46	61	54	113	100	
Número de pessoas que vivem da renda da família:							
01 a 02 pessoas	54	45	66	55	120	100	NS
03 a 04 pessoas	55	47,4	61	52,6	116	100	
05 ou mais pessoas	32	42,7	43	57,3	75		
Participação econômica do idoso na renda da família							
Sem participação	18	46,2	21	53,8	39	100	NS
Maior responsável/ Único responsável	71	43,8	91	56,2	162	100	
Divide responsabilidades	52	47,3	58	52,7	110	100	
TOTAL	-	-	-	-	311	100	-

Teste Chi Quadrado: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; NS = não significativo.

A tabela 04 apresenta dados relativos ao fato de a pessoa idosa ter ou não alguém a quem buscar apoio quando de suas necessidades. As perguntas não se referem necessariamente a um cuidador formal, mas sim ao fato de ter alguém, por exemplo, que lhe faça companhia, que o (a) leve para fazer compras ou para o médico, que o (a) ajude a resolver problemas, que esteja sempre em contato, procurando melhorar seu bem estar.

Dos entrevistados, 221 referiram ter essa pessoa a quem recorrer. Dentre aqueles que afirmaram não ter, 76,7% apresentaram risco para violência ($p < 0,001$). A grande maioria dos entrevistados identificou esta pessoa como sendo um ente familiar ($n=210$; 95%) com quem têm um bom ou ótimo relacionamento ($n=198$; 89,6%). A qualidade ruim ou regular do

relacionamento com esta pessoa foi identificada em 65,2% das pessoas idosas com risco de violência. Questionou-se ainda se essa pessoa a quem recorrem para buscar ajuda teria problemas sérios com certos fatores associados à violência contra a pessoa idosa citados pela literatura, tais como doença mental (05), uso de álcool (15) e estresse (79), identificando-se o uso de álcool (60%) e o estresse (51,9%) percentualmente mais associados ao risco de violência, porém sem significância estatística.

Cruzando-se as variáveis ‘Como o (a) Sr (a) classificaria seu relacionamento com essa pessoa’ com ‘Essa pessoa tem problemas sérios com’, tem-se que 66 (29,9%) entrevistados avaliam como estressada a pessoa a quem buscam apoio nas horas de necessidade, mas mesmo assim consideram a qualidade do relacionamento com ela como sendo Bom/Ótimo ($p = 0,046$).

Tabela - 04 Ter alguém em quem buscar apoio, tipo de vínculo, classificação desse relacionamento e problemas do apoiador em relação ao risco de violência identificado pelo H-S/EAST. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST						P
	Sem risco		Com risco		Total		
	N	%	N	%	N	%	
O (A) Sr (a) identifica alguma pessoa a quem possa buscar apoio? ^(a)							
Não	21	23,3	69	76,7	90	100	< 0,001***
Sim	120	54,3	101	45,7	221	100	
O seu vínculo com essa pessoa é:							
Familiar	115	54,8	95	45,2	210	100	NS
Não familiar	05	45,5	06	54,5	11	100	
Como o(a) Sr.(a) classificaria seu relacionamento com essa pessoa							
Bom/Ótimo	112	56,6	86	43,3	198	100	0,047*
Regular/Ruim	08	34,8	15	65,2	23	100	
Essa pessoa tem problemas sérios com ^(b)							
Doença mental	03	60	02	40	05	100	NS
Uso de álcool	06	40	09	60	15	100	
Estresse	38	48,1	41	51,9	79	100	
Não tem esses problemas	73	59,8	49	40,2	122	100	
TOTAL	-	-	-	-	221	100	-

^(a) Alguém que lhe faz companhia, que o leva para fazer compras ou para o médico, que lhe ajuda a resolver seus problemas, que está sempre em contato com você procurando melhorar seu bem estar;

^(b) Respostas múltiplas. Teste Chi Quadrado: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NS = não significativo.

Conforme a tabela 05, quando questionados (as) sobre suas relações familiares, das pessoas idosas entrevistadas que admitiram haver desunião em suas famílias, 81,5% apresentaram-se em risco para violência ($p < 0,001$). Dentre aquelas que afirmaram haver histórias prévias de violência na família, 71% apresentaram o risco ($p = 0,001$). Dos 311 entrevistados, 97 (31,2%) admitiram haver sido agressivos com suas famílias no passado, 61,9% destes com risco para violência, porém sem significância estatística.

Tabela 05 – Presença de violência nas relações familiares prévias da pessoa idosa e sua relação com o risco de violência identificada pelo H-S/EAST. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST						P
	Sem risco		Com risco		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Há desunião na família							
Não	124	56,6	95	43,4	219	100	< 0,001***
Sim	17	18,5	75	81,5	92	100	
Há histórias prévias de violência na família							
Não	119	50,6	116	49,4	235	100	0,001**
Sim	22	29	54	71	76	100	
Pessoa idosa previamente agressiva com a família							
Não	104	48,6	110	51,4	214	100	NS
Sim	37	38,1	60	61,9	97	100	
TOTAL	-	-	-	-	311	100	-

Teste Chi Quadrado: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NS = não significativo.

A tabela 06 mostra alguns aspectos da saúde e do estilo de vida da pessoa idosa que, segundo a literatura, podem estar associados à geração da violência. A definição de limitação física ficou a livre critério do (a) entrevistado (a) e 190 (61,1%) auto referiram-se como sem limitação física. O risco para violência se mostrou percentualmente maior nos grupos que referiram limitação física (60,3%), uso regular de medicação psicotrópica (60%) e uso de bebida alcoólica mais de uma vez por semana (71,4%), porém sem significância estatística.

Tabela 06 – Risco de violência identificada pelo H-S/EAST de acordo com fatores influentes na condição de saúde da pessoa idosa. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012.

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST							P
	Sem risco		Com risco		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Limitação física auto referida								
	Não	93	48,9	97	51,1	190	100	NS
	Sim	48	39,7	73	60,3	121	100	
Uso regular de medicação psicotrópica								NS
	Não	115	46,7	131	53,3	246	100	
	Sim	26	40	39	60	65	100	
Uso de bebida alcoólica mais de uma vez por semana								NS
	Não	139	45,7	165	54,3	304	100	
	Sim	02	28,6	05	71,4	07	100	
TOTAL		-	-	-	-	311	100	-

Teste Chi Quadrado: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; NS = não significativo.

Na tabela 07, das pessoas identificadas com sintomas depressivos pelo GDS-15, 83% apresentaram risco para violência ($p < 0,001$). Dentre as pessoas idosas identificadas com déficit cognitivo pelo Mini Exame do Estado Mental, conforme os pontos de corte de Lourenço e Veras, 58,2% apresentaram risco para violência, com $p = 0,185$.

Tabela 07 - Risco para violência identificado pelo H-S/EAST e associação com sintomas depressivos (GDS-15) e de déficit cognitivo (MEEM). João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	Classificação do risco para violência identificado pelo H-S/EAST							P
	Sem risco		Com risco		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Sintomas depressivos								< 0,001***
	Presentes	17	17	83	83	100	100	
	Ausentes	124	58,8	87	41,2	211	100	
Déficit Cognitivo								NS
	Presente	69	41,8	96	58,2	165	100	
	Ausente	72	49,3	74	50,7	146	100	
TOTAL		-	-	-	-	311	100	-

Teste Chi Quadrado: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; NS = não significativo.

Para a amostra estudada, foi possível determinar valores de **Prevalência do risco de violência contra a pessoa idosa**, no período de julho a setembro de 2012, identificado pelo H-S/EAST. Das 311 pessoas idosas entrevistadas, 170 foram rastreadas por este instrumento, resultando em uma prevalência de 54,7% da amostra.

O Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa é recomendado pelo Ministério da Saúde para o rastreamento da violência contra a pessoa idosa propriamente acontecida. Na pesquisa, de acordo com esse instrumento, dos 311 entrevistados, 110 foram identificados como sendo **vítimas de violência contra a pessoa idosa**, dando uma **prevalência** de 35,4% na amostra, para o período estudado.

O cruzamento de ambos os instrumentos mostra, conforme as tabelas 08 e 09, significância estatística ($p \leq 0,005$) em praticamente todos os itens de ambos, com exceção do item 04 do H-S/EAST (tabela 09) onde a significância foi de $p = 0,190$.

Na tabela 08, relativa ao Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa, vale ressaltar que os itens 01 (79,7%), 02 (81,5%) e 04 (93,7%) referem-se à violência psicológica; os itens 03 (84,8%) e 07 (81,1%) referem-se à violência financeira e os itens 05 (100%) e 06 (100%) à violência física.

Em relação às respostas da amostra ao H-S/EAST, descritas na tabela 09, destacam-se alguns itens relativos ao grupo de não vítimas, como: não ter companhia para as atividades diárias (item 01: 69,1%) e tomar as decisões sobre a própria vida (item 04: 66,5%); ser capaz de tomar remédios e ir a lugares por conta própria (item 06: 77,5%), variáveis que apontam para características de independência da amostra.

Tabela 08 - Violência de fato sofrida identificada pelo Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa e risco para violência identificado pelo H-S/EAST. João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa	H-S/EAST						P	
	Sem risco		Com risco		Total			
	N	%	N	%	N	%		
1. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem gritado com o (a) Sr (a) sem razão?								
	Não	128	51,8	119	48,2	247	100	< 0,001***
	Sim	13	20,3	51	79,7	64	100	
2. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem o (a) chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr. (a) não goste?								
	Não	136	47,9	148	52,1	284	100	0,003**
	Sim	05	18,5	22	81,5	27	100	
3. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem usado ou manejado seu dinheiro sem seguir suas instruções?								
	Não	136	49	142	51	278	100	< 0,001***
	Sim	05	15,2	28	84,8	33	100	
4. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam o (a) tem ameaçado por não fazer o que eles querem que o (a) Sr. (a) faça?								
	Não	140	47,5	155	52,5	295	100	0,001**
	Sim	01	6,3	15	93,7	16	100	
5. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam o (a) tem golpeado, batido ou esbofeteado?								
	Não	141	46,2	164	53,8	305	100	0,024*
	Sim	00	00	06	100	06	100	
6. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam o (a) tem sacudido ou o (a) segurado de forma ameaçadora?								
	Não	141	47,2	158	52,8	299	100	0,001**
	Sim	00	00	12	100	12	100	
7. No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum de seus pertences?								
	Não	134	48,9	140	51,1	274	100	0,001**
	Sim	07	18,9	30	81,1	37	100	

(cont.)

8. Avaliação de Violência e
Maus-tratos Contra a Pessoa
Idosa

Não vítima	117	58,2	84	41,8	201	100	< 0,001***
Vítima	24	21,8	86	78,2	110	100	
TOTAL	141	-	170	-	311	100	< 0,001***

Teste Chi Quadrado: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; NS = não significativo.

sem o seu consentimento?								
Não	167	73,6	60	26,4	227	100	< 0,001***	
Sim	34	40,5	50	59,5	84	100		
12.V/S confia na maioria das pessoas de sua família?								
Não	179	67,8	85	32,2	264	100	0,006**	
Sim	22	46,8	25	53,2	47	100		
(cont.)								
13.Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?								
Não	182	69,7	79	30,3	261	100	< 0,001***	
Sim	19	38	31	62	50	100		
14.Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado (a) quando quer?								
Não	190	67,1	93	32,9	283	100	0,003**	
Sim	11	39,3	17	60,7	28	100		
TOTAL								
Sem risco	117	83	24	17	141	100	< 0,001***	
Com risco	84	49,4	86	50,6	170	100		

Teste Chi Quadrado: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; NS = não significativo.

As variáveis independentes, que na Regressão Logística Binária (variável dependente *versus* variável independente) apresentaram um valor-p de no máximo 0,25, foram incluídas no modelo de Regressão Logística Múltipla, com a finalidade de avaliar o efeito individual dessas variáveis sobre o risco de violência contra a pessoa idosa medido pelo H-S/EAST. Satisfizeram essa condição as seguintes variáveis:

pode ser observado na tabela 11. Significa dizer que, das quatorze variáveis iniciais, apenas cinco ficaram significativamente associadas com o risco de violência contra a pessoa idosa.

Tais resultados mostram que houve maior evidência de risco de violência contra a pessoa idosa naqueles identificados como analfabetos e com baixa escolaridade; nas pessoas idosas com sintomas depressivos; nas vítimas de violência de fato acontecida; nos que não tinham uma pessoa a quem buscar apoio e naqueles que tinham famílias desunidas.

A avaliação do nível de ajuste do modelo logístico indicou um valor de 44,9% para o R quadrado de Nagelkerke. O modelo apresentou, segundo o teste de Hosner e Lemeshow, um valor de p igual a 0,368, indicando que as diferenças entre as classificações previstas e as observadas ocorreram ao acaso, não diferem estatisticamente entre si, portanto, o grau de acurácia pode ser considerado adequado. O modelo classificou corretamente entre 76,8% dos idosos, segundo a percepção dos mesmos a respeito da vitimização da violência sofrida.

Tabela 11 - Regressão logística multivariada pelo método “Forward Stepwise (Wald)” da variável risco de violência identificada pelo H-S/EAST, 5º passo, variáveis independentes, em pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família (N = 311). João Pessoa-PB, julho a setembro de 2012

Variáveis	OR	IC 95%	p
1.Escolaridade			
Analfabetos	2,419	1,048 – 5,585	0,038
Baixa escolaridade	2,083	1,098 – 3,954	0,025
2. Sintomas depressivos (não, segundo EDG-15)	0,180	0,092 – 0,352	<0,001
3. Ausência de violência (segundo Instrumento de Avaliação de Violência e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa)	0,255	0,137 – 0,475	<0,001
4. Ter uma pessoa a quem buscar apoio (não)	4,416	2,303 – 8,468	<0,001
5. Desunião familiar (não);	0,260	0,131 – 0,516	<0,001
Constante	11,418	-	<0,001

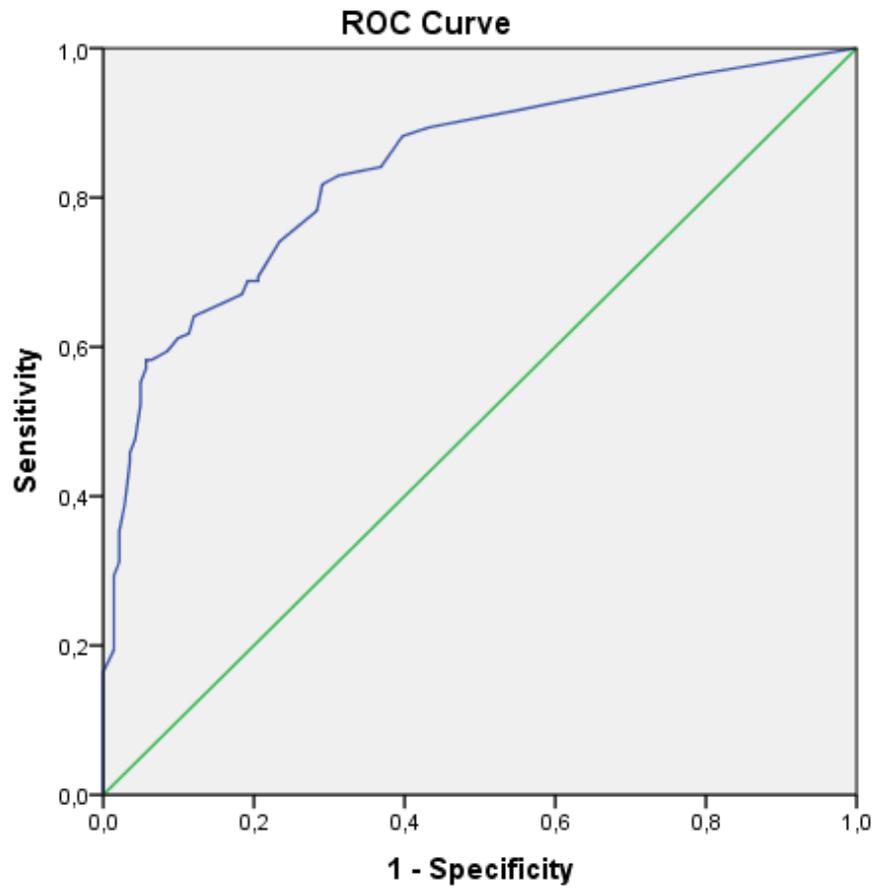
No modelo logístico, a variável dependente estimada pode assumir um valor entre zero e um. Neste estudo, é utilizado um ponto de corte de 0,5 para o modelo, de forma que as pessoas na classificação do risco para violência contra o idoso conforme H-S/EAST com resultado inferior a 0,5 são classificadas como “sim para o risco” e as pessoas com resultado superior a esse valor são classificadas “não” para o risco.

No entanto, é interessante avaliar o comportamento do modelo quando esse ponto de corte varia o que pode ser feito por meio de uma Curva ROC (Receiver Operating Characteristic). A curva ROC constitui uma técnica útil para validar modelos de risco de crédito e esta baseada nos conceitos da sensibilidade, que é a proporção de acerto na previsão da ocorrência de um evento nos casos em que ele de fato ocorreu, e da especificidade, que é a proporção de acerto na previsão da não ocorrência de um evento nos casos em que ele de fato não ocorreu. Na determinação da curva de ROC utilizamos como variável de teste a probabilidade prevista obtida por meio do modelo encontrado e o padrão de referência, ou ouro, ou variável de estado, foi à classificação do risco para a violência contra a pessoa idosa conforme H-S/EAST com valor de estado um (sim).

Para a construção da Curva ROC, são calculadas a sensibilidade e a especificidade para todas as observações da amostra, considerando diferentes pontos de corte do modelo. A curva é obtida registrando-se em um gráfico “sensibilidade” versus “1 – especificidade” para os diversos pontos de corte.

Para esta pesquisa, a partir das probabilidades previstas pelo modelo, foi possível realizar a análise da qualidade do ajuste do modelo por meio da construção de uma Curva ROC, apresentada na figura 04. A área sob a Curva ROC mede a capacidade de discriminação do modelo. No modelo desenvolvido, a área sob a curva foi de 0,839 que pode ter interpretação como sendo excelente a capacidade de discriminação do modelo (maior que 0,80) de acordo com Fávero ⁽⁸⁷⁾.

Figura 04 – Modelo de curva ROC



Diagonal segments are produced by ties.

7 DISCUSSÃO

Durante o período de coleta de dados, de julho a setembro de 2012, das 180 Unidades de Saúde da Família existentes em João Pessoa, 172 (95,5%) serviram como campo para coleta de dados e 311 pessoas idosas foram entrevistadas. Este é um número tanto representativo da população de pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família, quanto dos dados demográficos do IBGE para aquela cidade/ano. Nos três meses de coleta, o trabalho de três entrevistadoras, usando a disposição já existente da Rede de Atenção Básica, com uma técnica de baixíssimo custo, e de rápida aplicabilidade, foi suficiente para a realização do rastreamento do risco de violência contra a pessoa idosa na amostra.

Os valores de prevalência encontrados, tanto do risco quanto da violência acontecida, são alarmantes e estavam velados até a realização da presente pesquisa, isto porque tal prática de rastreamento é inexistente nesses serviços. Mesmo o fato de tratar-se de uma amostra por conveniência (para a qual os resultados não permitem generalização para toda a população) não diminui a importância e a gravidade dos números encontrados e há que se ressaltar ainda o pioneirismo do estudo naquela população, a complexidade da temática e a dificuldade do reconhecimento da violência contra a pessoa idosa.

Estudos de prevalência contra a pessoa idosa realizados pelo mundo têm apresentado valores diversos (1, 5, 6, 38, 47, 49, 50, 51, 52 53). Dentre os poucos estudos feitos no contexto de vida brasileiro, destaca-se aquele realizado com a população cadastrada pelo Programa de Saúde da Família de Niterói, em 2010 (7), onde se detectou uma prevalência de 43,2% para a violência psicológica e 6,1% para a violência física grave. Outro estudo realizado em Recife, naquele mesmo ano, em um dos Distritos Sanitários da cidade, encontrou uma prevalência de sinais indicativos de violência em 20,8% da amostra, com pelo menos um dos tipos de violência sofrida pelos idosos em seu ambiente doméstico (48).

A maioria feminina da amostra, pode se dever tanto ao fenômeno da feminização da velhice, que atribui maior longevidade as mulheres (24), quanto ao fato de as mulheres, em geral, serem mais assíduas aos serviços de saúde do que os homens (88). Dados dos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde do IBGE em 2009, apontaram que as mulheres idosas procuraram atendimento médico em maior proporção do que os homens idosos, e elencam alguns fatores que podem estar associados a este fato: diferenças nas doenças associadas aos homens e às mulheres, mulheres reportam um número maior de doenças crônicas do que os homens; maior fidelização da mulher a programas preventivos e educacionais, participando

mais intensamente de atividades de centro de convivência, além de demandarem mais os serviços ambulatoriais de saúde do que os homens ⁽⁸⁹⁾.

Das pessoas idosas que foram identificadas como em risco de violência, detectou-se certa equivalência entre os sexos, porém a literatura refere que as mulheres são mais vítimas da violência na velhice do que os homens, devido à sua maior expectativa de vida, ao estado de saúde mais precário do que o dos homens, frequentemente marcado por doenças crônicas e por crescentes níveis de incapacidade, podendo gerar dependência multidimensional, contribuindo para a sua vulnerabilidade acrescida. Por outro lado, os papéis de gênero e as relações de poder construídas ao longo do ciclo de vida tendem a criar uma situação mais vulnerável para as mulheres idosas ^(8, 90).

A maioria de pessoas idosas na faixa etária de 60 a 69 anos pode estar relacionada ao fato de que, nesta década de vida, boa parte delas preserva ainda capacidades de realização de atividades da vida diária e resolução de problemas do cotidiano, o que as permite, por exemplo, procurar espontaneamente pelo serviço de saúde próximo às suas residências, quando necessitem. Tal independência pode ser evidenciada na tabela 09, quando, em resposta ao H-S/EAST, 71,7% dos entrevistados afirmaram não ter companhia para a realização de atividades da vida diária (certamente por não necessitarem), 77,8% admitiram tomar as decisões sobre suas próprias vidas e 87,1% se disseram capazes de tomar remédios e ir a lugares por conta própria. É reconhecido na literatura que, independentemente das comorbidades, a maior parte dos idosos tem sua autonomia e independência preservados. ⁽⁹¹⁾. Porém, é na faixa etária de 60 a 69 anos que a vitimização pela violência é mais incidente ⁽²⁰⁾.

A Raça/Etnia parda, predominante na região Nordeste devido à miscigenação, foi detectada na amostra. Na descrição dos dados sociodemográficos, chamam atenção os percentuais de analfabetismo e de baixa escolaridade (01 a 05 anos de estudo). Alguns fatores podem ser elencados como explicação: muitas das pessoas entrevistadas referiram ser provenientes de cidades do interior da Paraíba, migrantes do êxodo rural ⁽²⁷⁾, advindas de regiões onde as oportunidades (e a importância) de (a) educação formal em sua época devida eram raras; some-se a isso o baixo poder aquisitivo da amostra (que não lhes permite, por exemplo, pagar por educação) e a necessidade de inicialização precoce no mercado de trabalho quando jovens, afastando-os dos bancos escolares.

A escolaridade baixa da amostra mostrou-se muito significativa em relação ao risco de violência contra a pessoa idosa. De fato, a educação formal permite compreender melhor o funcionamento da sociedade, os direitos e deveres dos cidadãos, as operações financeiras, os trâmites burocráticos do exercício da cidadania, funcionando como um fator protetor, e sua

ausência ou escassez pode verdadeiramente tornar a pessoa idosa mais frágil e susceptível a algumas formas de violência. Esse dado mostra o quanto a violência estrutural, identificada pelo não acesso à educação, contribui para a violência na esfera doméstica ⁽⁹²⁾.

A situação conjugal mostrou-se muito significativa em relação ao risco de violência contra a pessoa idosa. O agrupamento da amostra nas categorias ‘com’ e ‘sem companheiro estável’ permitiu a formação de dois grupos proporcionalmente equivalentes. A presença de uma relação conjugal estável, com convivência harmoniosa, é um reconhecido fator de proteção da violência contra a pessoa idosa, pois elimina a violência conjugal, que, quando presente na história de vida do casal, também adentra na velhice.

A literatura faz distinções entre violência doméstica contra a mulher idosa e maus-tratos à pessoa idosa ⁽¹⁷⁾ na intenção de melhorar a detecção dos casos, as intervenções e a prevenção. Segundo esses estudos, a violência doméstica contra a idosa geralmente é aquela causada por um parceiro do sexo masculino. É a violência íntima entre parceiros, onde a mulher tem mais de 65 anos. Usualmente envolve problemas de saúde mental, não necessariamente uma relação de cuidado, mas, sim, uma relação entre parceiros íntimos. Já a violência contra a pessoa idosa propriamente dita envolve abuso, negligência (a forma mais comum), exploração ou abandono, que podem se dar através de um cuidador, pago ou não, implicando necessariamente numa relação da pessoa idosa com o (a) cuidador (a) - não necessariamente um casal e nem necessariamente parentes, envolvendo ainda deficiência cognitiva da pessoa idosa.

Há bastante confusão na definição desses dois termos e acredita-se que as mulheres idosas, de fato, podem ser vítimas de ambas as formas de violência. Ainda se acrescenta que a violência doméstica é mais referida como física, psicológica e sexual, sendo raras as referências à negligência e ao abandono. A violência financeira é reconhecida tanto como violência doméstica quanto como contra a pessoa idosa.

A média de filhos vivos na amostra e não se mostrou associada ao risco de violência. Na década de 70, período reprodutivo da amostra, a taxa de fecundidade na região Nordeste era de cerca sete filhos ⁽⁹³⁾. Vale salientar que muitas pessoas idosas entrevistadas referiram morte de filhos ao longo de suas vidas, o que pode haver feito com que o número de filhos vivos referido no momento da coleta se afastasse da taxa de fecundidade calculada para aquela geração.

A relevância da investigação do número de filhos vivos para esta pesquisa é que, teoricamente, um maior número de filhos disponibilizaria uma maior quantidade de pessoas para cuidar dos pais idosos em sua velhice. Entretanto, a atual conjuntura social implica em famílias cada vez menores, nas quais os adultos (homens e mulheres) trabalham fora de casa,

em longas jornadas de trabalho, delegam às creches e escolas boa parte dos cuidados com seus filhos, e têm pouco tempo e disponibilidade para dedicarem-se aos cuidados aos seus pais idosos ⁽²⁷⁾. Na amostra, muitos entrevistados afirmaram dividir o domicílio com mais uma ou duas pessoas, sem que isto estivesse associado com o risco de violência.

A pergunta acerca da residência da pessoa idosa ser própria ou não, está relacionada ao fato de grande parte dos abusos acontecerem dentro do seu próprio domicílio. Um estudo brasileiro apontou que 87,5% das pessoas idosas vítimas de violência possuíam casa própria ⁽⁸³⁾ e outro afirmou que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares ⁽²³⁾. Significa dizer que a pessoa idosa, para ser vítima do abuso, não invadiu o espaço de outrem, mas sim teve o seu próprio espaço desrespeitado.

Curiosamente, quando se investigou acerca do contingente de pessoas de outras gerações convivendo na mesma casa que a pessoa idosa, a única associação do risco de violência encontrada foi quando havia relato de convivência com outras pessoas idosas. O fato pode ser explicado tanto pela presença da violência conjugal, que se estende por toda a vida enquanto o ciclo não for rompido, como pela maior demanda de cuidados e necessidades que duas pessoas idosas representam quando coabitam o mesmo domicílio, aumentando a vulnerabilidade e os conflitos com os familiares ^(3,30).

O relato frequente da amostra sobre dividir o terreno em que moram, o qual lhes pertence, com seus filhos, genros, noras e netos não foi previsto pela pesquisadora na época de elaboração do projeto de pesquisa e por isto não foi medido no estudo. É provável que haja correlações deste maior aglomerado de familiares de diferentes gerações com o risco de violência contra a pessoa idosa ⁽²⁴⁾.

Com as muitas necessidades de diferentes pessoas de uma mesma família, postas ao mesmo tempo, em um mesmo local, é possível que as necessidades da pessoa idosa sejam deixadas em segundo plano pelo grupo em favor dos demais, e é possível que a própria pessoa idosa abra mão de parte de seus suprimentos, espaço e conforto, por se achar de menor importância por estar envelhecendo ⁽²⁷⁾. A divisão do espaço físico, próprio da pessoa idosa e de seus recursos com gerações mais novas é um fenômeno mundial, conseqüente do desigual acesso aos bens de consumo na sociedade moderna ⁽²¹⁾. Estudos apontam que 68,3% das pessoas idosas vítimas de violência referiram ter convivência multigeracional em seus domicílios ⁽⁸³⁾.

Estudos inerentes a conflitos intergeracionais feitos em várias partes do mundo revelam que 2/3 dos agressores de idosos são filhos e cônjuges ⁽¹⁹⁾. Na Índia, Líbano e Áustria, as relações entre noras e sogras são especialmente conflituosas e, muitas vezes, resultam em diversas formas de maus-tratos, bem como negligência e até internamento das idosas contra a

própria vontade ⁽²¹⁾. Tais estudos identificaram os filhos como sendo os principais agressores das pessoas idosas, seguidos dos netos e outros parentes ⁽⁵⁰⁾.

A renda e os bens da pessoa idosa são constante motivo gerador de abuso e maus-tratos contra os mesmos e foi investigada neste estudo. Como esperado para essa faixa etária, a grande maioria das pessoas entrevistadas referiu-se aposentada, com renda de até 01 salário mínimo. A baixa renda, tanto das pessoas idosas quanto das famílias como um todo, não apresentou associação com o risco de violência na amostra.

No cotidiano é sabido que o baixo poder aquisitivo não é capaz de suprir as demandas financeiras extras geradas pelo custo do envelhecimento com doenças associadas, tais como as despesas com medicações e alimentos especiais para idosos com doenças crônicas, e ainda arcar com as demais despesas do dia a dia, o que acaba gerando uma sobrecarga em uma família de baixa renda, levando à formação de conflitos.

Mais intrigante ainda é o fato de mais da metade das pessoas idosas entrevistadas afirmarem serem as maiores ou únicas responsáveis pela renda familiar, sendo que, destas, 26,6% eram os maiores ou os únicos responsáveis pela renda de famílias com '3 a 4' e '5 ou mais' pessoas. O Censo 2000 verificou que 62,4% das pessoas idosas eram responsáveis pelos domicílios brasileiros ⁽⁹⁴⁾, e há também estudos científicos que apontam este fato ^(27, 29)

A violência financeira foi rastreada na amostra através do Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa, descrito na tabela 08, nos itens 03 e 07 do instrumento. O desemprego ou empregos instáveis de baixa remuneração, a falta de qualificação profissional, o baixo nível educacional, baixo poder aquisitivo, a informalidade, a falta de moradia própria, maternidade/paternidade precoces, acabam por gerar uma situação de dependência dos filhos adultos em relação a seus pais idosos, fazendo com que os proventos da pessoa idosa ainda tenham que ser partilhados com seus filhos e famílias ⁽⁹¹⁾.

É preciso que se reconheça que não se trata somente da acomodação dos filhos por sobre as condições de vida de seus pais, mas que há aí todo um desarranjo social e político que não permite a estes filhos o desenvolvimento pleno de suas capacidades para atender às demandas do mercado de trabalho, e que nem há, por outro lado, políticas sociais, educacionais e econômicas em voga que consigam desfazer tal situação da noite para o dia ⁽²⁴⁾. A questão da dependência econômica de filhos adultos em relação a pais idosos é muito presente no Brasil, e consiste em fator de risco para violência, especialmente quando o idoso é a única fonte de recursos da família ⁽¹⁹⁾.

Cruzando-se a participação econômica da pessoa idosa na renda familiar com o gênero, tem-se que 37,0% dos únicos ou maiores responsáveis pela renda familiar são do sexo feminino. É crescente e notório na sociedade o número de famílias chefiadas por mulheres e some-se a isso o fenômeno da feminização da velhice ⁽²⁷⁾. São também as mulheres as vítimas mais frequentes da violência contra a pessoa idosa, já que, por uma questão sociocultural, as mulheres constituem alvos mais fáceis de exploração física, financeira, psicológica, sexual, entre outras ^(8, 17, 20, 21).

É de notória relevância o apoio da família ao longo do processo de envelhecimento (tabela 04), já tendo sido comprovada pela literatura científica ⁽⁹¹⁾. E é sabido também que há relação entre problemas que este familiar apoiador possa estar pessoalmente enfrentando e a geração da violência contra a pessoa idosa ⁽⁹⁵⁾. Na amostra estudada, cruzando-se as perguntas (tabela 04) ‘Como o(a) Sr.(a) classificaria seu relacionamento com essa pessoa’ e ‘Essa pessoa tem problemas sérios com’, tem-se que 29,9% dos entrevistados avaliaram como estressada a pessoa a quem buscam apoio nas horas de necessidade, mas mesmo assim consideram o relacionamento com ela como sendo Bom/Ótimo ($p = 0,046$). Dentro da temática da violência contra a pessoa idosa, está estabelecido que existe uma certa condescendência das pessoas idosas a respeito de seus abusadores familiares, que os faz relevar as palavras agressivas, os gestos bruscos, os abusos financeiros, em prol da manutenção do relacionamento familiar, mesmo sendo este de má qualidade. Tal condescendência acontece principalmente das mulheres idosas para com seus filhos e netos ^(36, 96).

Um histórico progresso na vida familiar da pessoa idosa (tabela 05) com relatos de intolerância, discussões, agressões, violência física é um conhecido fator de risco para a violência na velhice ^(23, 24). Na amostra, a desunião familiar e histórias prévias de violência na família, se mostraram associadas ao risco de violência, já o fato de a pessoa idosa haver sido agressiva nas suas relações familiares passadas, não mostrou significância. Admitir perante estranhos quaisquer comportamentos socialmente condenáveis não é fácil, principalmente em relação à própria família, portanto é possível que tenha havido respostas falso negativas a este questionamento.

Alguns fatores influentes na condição de saúde da pessoa idosa são reconhecidamente relacionados à geração da violência ⁽²⁴⁾. A limitação física, por exemplo, pode sobrecarregar um cuidador, deixando-o cansado e intolerante. O uso regular de medicação psicotrópica por parte da pessoa idosa pode ser devido a alterações comportamentais ou a déficits cognitivos tais que dificultem a convivência, sendo desgastantes no cotidiano. Os efeitos do uso abusivo do álcool nas relações sociais e familiares são progressivamente erosivos. Todos os três fatores

acima citados foram investigados na amostra, porém não foi encontrada associação com o risco de violência.

Na tabela 07 os sintomas depressivos identificados pelo EDG-15 estiveram presentes em alguns indivíduos e mostraram alta significância com o risco de violência identificado pelo H-S/EAST. Estudos na literatura científica já têm apontado tais associações. Por exemplo, numa clínica geriátrica do Texas identificou-se que pacientes idosos (as) vítimas de abuso e negligência apresentaram, com maior frequência, os diagnósticos de depressão e demência ⁽¹⁷⁾. No Kenya, 15% a 30% das pessoas idosas internadas em hospitais terminam sendo abandonadas lá por suas famílias, sendo que, destes, cerca de 90% evoluem clinicamente com diagnósticos de depressão ⁽²¹⁾.

Um estudo conduzido nos Estados Unidos em 2010 identificou que mulheres expostas exclusivamente a abuso físico, exclusivamente a abuso verbal, ou a ambos, tinham um número maior de sintomas depressivos do que mulheres que não foram expostas, o que levou os pesquisadores a afirmar que a exposição ao abuso nas mulheres idosas, funcionalmente independentes, estava associada a uma piora na saúde mental ⁽¹⁰⁾.

Também um estudo conduzido na Carolina do Sul (EUA) identificou que uma história recente de maus-tratos emocionais estava associada a uma autoavaliação de saúde deficitária ⁽⁹⁷⁾. Ainda na Carolina do Sul, outra pesquisa, investigando a relação entre maus-tratos da pessoa idosa e sintomas emocionais negativos, como ansiedade e depressão, determinou que o abuso psicológico (emocional) está significativamente associado com altos níveis de sintomas emocionais ⁽⁹⁸⁾.

Nesse sentido, trabalho conduzido em Chicago, investigando violência contra a pessoa idosa e mortalidade, identificou que os indivíduos com altos e médios níveis de sintomas depressivos tinham risco de morte aumentado quando associado à violência ⁽⁹⁹⁾. Já na China, utilizando a versão modificada do H-S/EAST (o VASS) para a medida da violência e o EDG para a busca por sintomas depressivos, identificou-se que os sintomas depressivos estavam associados, nos homens 447% maior risco de violência contra a pessoa idosa e nas mulheres, 854% ⁽¹⁰⁰⁾. A depressão, na pessoa idosa vítima de violência, além de ser um fator de risco para agressão, pode ser também uma consequência dela ⁽⁹¹⁾.

Na tabela 07, o déficit cognitivo identificado pelo Mini Exame do Estado Mental, conforme os pontos de corte de Lourenço e Veras, apresentou-se em 53,1% da amostra, com $p = 0,185$. Atribui-se um número tão elevado de pessoas idosas com sintomas de déficit cognitivo

aos pontos de corte utilizados na classificação do déficit para a amostra, porém, dos muitos artigos pesquisados para o ponto de corte, o de Lourenço e Veras ⁽⁷⁷⁾ foi o que mais se adequou à finalidade deste estudo. É possível que este alto índice de déficit cognitivo possa ter interferido na percepção dos respondentes sobre as perguntas relativas à investigação da violência.

O déficit cognitivo não se mostrou associado ao risco de violência contra a pessoa idosa na amostra, embora a literatura refira este fato. Um estudo realizado em Chicago, com o objetivo de investigar associações transversais entre função cognitiva e abuso contra a pessoa idosa, usando entre outros instrumentos o Mini Exame do Estado Mental, identificou que baixos escores na função cognitiva global estavam associados com maior risco de abuso contra a pessoa idosa, dentre eles abuso físico (OR 3,56), abuso emocional (OR 3,02), negligência do cuidador (OR 6,24) e exploração financeira (OR 3,71) ⁽¹⁰¹⁾. Em estudo populacional realizado na Suécia, foram encontradas fortes correlações entre abuso físico e psicológico contra a pessoa idosa e resultados negativos na autopercepção de saúde ⁽¹⁰²⁾.

Pesquisa desenvolvida em Londres intencionou investigar se os relatos de comportamentos abusivos por parte de cuidadores familiares de idosos com déficit cognitivo poderiam piorar ao longo do tempo e se essas mudanças nos escores de abuso poderiam ser previstas pelas mudanças nos seus escores de ansiedade e depressão. Constatou-se que os relatos de comportamentos abusivos aumentaram no intervalo de um ano (de 48,1% para 61,8%) e que o aumento destes escores foi predito por um aumento dos sintomas depressivos e de ansiedade, o que implica tanto em maior risco de violência para as pessoas idosas cuidadas por eles, como piora da condição de saúde desses cuidadores ⁽¹⁰³⁾.

Estudos transversais não permitem estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis estudadas, não sendo possível, portanto, afirmar que os sintomas depressivos e de déficit cognitivo da amostra seriam causados pelo risco de violência contra a pessoa idosa, ou vice-versa. Porém o resultado de suas associações aponta que maiores investigações devem ser feitas. Uma pessoa idosa que sofra com sintomas depressivos não pode deixar de ter sua dinâmica familiar investigada quanto ao abuso. Da mesma forma, uma pessoa idosa com sintomas de déficit cognitivo deve ser mais bem vigiada para possíveis acontecimentos de violência em sua vida, pois está mais susceptível.

O Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa (tabela 08) mostrou associação em todos os seus itens com o risco de violência contra a pessoa idosa, medido pelo H-S/EAST. Três itens desse instrumento avaliam a violência psicológica (01, 02

e 04), sendo que a maior prevalência dentre eles foi do item 01, quando os respondentes afirmaram terem sido gritados sem razão pelas pessoas que os rodeiam .

A violência psicológica é a forma mais comum de violência contra a pessoa idosa. Sua identificação envolve concepções culturais, pois muitas vezes se dá no meio familiar sem que a própria pessoa agressora perceba. Está embutida nas relações cotidianas de trato ríspido, nas discussões sem causa, no tom de voz elevado, na desvalorização das vontades e opiniões da pessoa idosa, no caçoar de suas incapacidades, nas ameaças, na implicância com sua imagem, entre outros. Algumas pessoas idosas podem inclusive acreditar que tal tratamento é comum em uma relação familiar, apesar de se sentirem ofendidas e magoadas.

O limite entre o cultural e ofensivo está justamente no sentimento despertado pela ação. Talvez essa ‘aceitação’ de ser maltratado advenha da concepção de velhice que estas próprias pessoas idosas possuem. Está incutido no senso comum que o ‘velho’ vale menos, entende menos, e merece menos, tornando assim aceitável um tratamento de menor valor ⁽²⁴⁾. A violência psicológica contra a pessoa idosa cruza diretamente com o desrespeito à velhice. Para ser percebida e combatida de forma plena, primeiro haverá que se mudar massivamente a forma como o envelhecimento humano é percebido na atualidade.

Na tabela 08 a violência física foi rastreada pelos itens 05 e 06 do instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa. Os valores de prevalência da violência física variam muito entre os estudos. Em Recife, analisando-se os laudos do Instituto de Medicina Legal, detectou-se que a maior parte das vítimas idosas de violência física eram homens, na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo que a maioria dos agressores eram outros homens, conhecidos da vítima ⁽¹⁰⁴⁾.

Análise das notificações de violência contra a pessoa idosa captadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em âmbito de Brasil, em 2010, apontou os seguintes achados: violência física significativamente mais presente no sexo masculino, no grupo de 60 a 69 anos, acontecida fora do domicílio, praticada por agressores que não eram filhos, com suspeita de ingestão de bebida alcoólica; violência psicológica mais frequente em idosas, no domicílio, infligida pelos filhos, com suspeita de uso de bebida alcoólica e de maneira crônica; negligência predominante no sexo feminino, no grupo a partir de 70 anos, no domicílio, perpetrada pelos filhos e recorrente; violência sexual foi mais comum no sexo feminino, por agressores que não eram filhos, mas que consumiam bebida alcoólica ⁽⁴⁶⁾.

O H-S/EAST é aplicado como um instrumento de rastreamento de risco de violência contra as pessoas idosas ^(14, 43) porque alguns de seus itens focam mais em comportamentos,

circunstâncias ou sentimentos que possam estar relacionados à violência, por exemplo, dependência física, financeira ou isolamento, do que em ações propriamente sofridas ⁽⁹⁾. Na amostra (tabela 09), mais da metade das pessoas idosas identificadas como vítimas de violência referiram sentirem-se desconfortáveis com alguém da família (item 5); afirmaram que alguém já pegou coisas que lhe pertenciam sem seu consentimento (item 11); disseram não confiar na maioria de pessoas de sua própria família (item 12). Muitos referiram também não ter liberdade suficiente para ficarem sossegados em casa quando quisessem (item 14). Um estudo realizado na Clínica Odontológica da Universidade de Nova York, em 2013, utilizando o H-S/EAST (com prévia triagem para déficit cognitivo medida pelo Mini Mental) identificou 48,4% da amostra como estando em risco para a violência ⁽¹⁰⁵⁾.

A identificação de pessoas idosas em situação de risco para a violência, feita através de um instrumento de rastreio validado, pode ser utilizada pelas equipes de Saúde da Família como um sinal de alerta para maiores observações e levantamentos acerca daquele indivíduo, ou para fortalecer as suspeitas de um profissional acerca de determinados casos identificados na comunidade ⁽³⁴⁾. Trata-se de uma informação que deve ser somada aos demais dados acerca do contexto de vida da pessoa idosa. A aplicação isolada do instrumento de rastreio não tem força suficiente para determinar os casos de violência, tal qual um exame diagnóstico, mas a sua não aplicação pode deixar passar despercebidos inúmeros casos onde poderia ter havido ajuda profissional ^(13, 33).

Dentro da dinâmica do trabalho na Atenção Básica, existem momentos em que um instrumento de rastreio pode ser aplicado, ex: nas visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nas consultas aos profissionais de saúde de um modo geral. Se tal rastreio for feito de forma contínua em uma mesma comunidade, é possível criar uma vigilância preventiva para o combate da violência contra a pessoa idosa. Mudanças nos resultados das aplicações dos instrumentos podem ser correlacionadas às circunstâncias atuais de vida das pessoas idosas, antecipando o acontecimento do abuso e possibilitando intervenções preventivas ao invés de remediárias ou ausentes ⁽⁸⁾. Há que se ressaltar que esta seria uma inovação no rol das atuais práticas dos serviços de Atenção Básica.

Trabalho sobre as estratégias de intervenção de Agentes Comunitários de Saúde nas morbidades por causas externas, apontou que, para os ACSs, os agravos nem sempre são reconhecidos como problemas de saúde e preveníveis, sendo considerados, frequentemente, como ‘obras do acaso’, além disso eles também consideram-se despreparados para esse tipo de enfrentamento ⁽¹⁰⁶⁾.

Na primeira coluna da tabela 11 está apresentada a razão de chances, OR (Odds ratio). Tais resultados mostram que houve maior evidência de risco de violência naqueles identificados como analfabetos e com baixa escolaridade; nas pessoas idosas com sintomas depressivos; naqueles que não tinham uma pessoa a quem buscar apoio e nos que referiram desunião familiar.

Ainda pela razão de chances, uma pessoa idosa identificada como tendo risco para a violência, segundo o critério do instrumento H-S/EAST, tem a sua chance de ser classificada como candidata à vitimização da violência, multiplicada por 0,255, quando comparada com outra pessoa idosa sem identificação de risco, mantidas as demais variáveis controladas. Na literatura acadêmica não foram encontradas referências de estudos que tivessem aplicado para a mesma amostra um instrumento de medida do risco e outro de medida da violência propriamente acontecida. Mas a correlação entre ambos instrumentos detectada na amostra dá ênfase ao papel preventivo que o rastreamento pode ter, quando identifica precocemente potenciais candidatos à violência.

Dentre os **fatores de risco (OR > 1)** identificados na pesquisa têm-se: baixa escolaridade e analfabetismo; ausência de cuidador, desunião familiar e sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos multiplicam a chance de risco para vitimização por 0,180 e a desunião familiar em 0,260. Isto quer dizer que, quando se compara uma pessoa com sintomas depressivos versus outra com sem sintomas depressivos, mantidas as demais variáveis constantes, há uma redução de 82% ($1 - 0,18 = 0,82$) na chance de ser classificada como "vítima da violência".

Identificou-se como **fatores protetores** neste estudo: possuir alguém a quem buscar apoio; ausência de déficit cognitivo, ausência de sintomas depressivos, união familiar, ausência de violência detectada pelo Instrumento de Avaliação de Violência e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo serviu para mostrar que o rastreamento do risco e da violência contra a pessoa idosa é uma ação possível de ser realizada no ambiente de prática da Atenção Básica e consiste em uma investigação eficaz, de rápida realização, baixo custo, podendo ser o diferencial no processo decisório do profissional de saúde. A técnica de aplicação do rastreamento, desde que haja treinamento prévio, pode ser repassada inclusive para os agentes

comunitários de saúde, ficando a análise dos resultados e o planejamento das ações a cargo da equipe multidisciplinar.

Um rastreamento contínuo, que se torne parte da avaliação geriátrica ampla ou que esteja inserido no rol das práticas de atenção básica para com a população idosa, oferece parâmetros para a identificação precoce da situação de risco, antecipando intervenções e prevenindo agravos dela decorrentes, sendo sua implantação recomendada por esta autora.

No estudo, uma pessoa idosa rastreada pelo H-S/EAST tem mais chances de ser vitimada pela violência do que aquelas não rastreadas, o que leva a refletir sobre quantos casos de violência contra a pessoa idosa poderiam ser prevenidos ou brevemente identificados com a implantação sistemática do rastreamento de violência nas comunidades.

A prática do rastreamento é importante, mas consiste apenas em uma das etapas para a resolução da problemática da violência contra a pessoa idosa. Outras medidas envolveriam capacitação de profissionais da saúde para o reconhecimento de situações de abuso, não só na Atenção Básica, mas também nos ambientes de emergência, ambientes hospitalares e de reabilitação: notificação compulsória e denúncia massiva dos casos identificados; ações multidisciplinares preventivas da violência aplicadas às pessoas idosas, aos seus cuidadores e aos seus familiares; articulação dos serviços assistenciais e jurídicos com as equipes de Saúde da Família para o encaminhamento dos casos; alternativas de abrigos seguros para as pessoas idosas vitimadas sem condições de retornar ao seio da família; ações educacionais nas escolas acerca do processo de envelhecimento e da revalorização da pessoa idosa na sociedade; divulgação na mídia sobre o que é a violência contra a pessoa idosa, onde denunciar e onde buscar ajuda, e, finalmente, o resgate do respeito para com as gerações mais velhas.

Os valores de prevalência do risco medidos pelo H-S/EAST (54,7%) e da violência acontecida, medida pelo Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa (35,4%), são preocupantes e apontam que um levantamento desta importância (o rastreamento) não pode se limitar a uma ação pontual, fruto de um projeto de pesquisa, mas precisa de fato fazer parte das investigações de saúde na Atenção Básica.

Os achados de sintomas depressivos na amostra apontam relações com a violência contra a pessoa idosa e seus fatores de risco, já que, quando tais sintomas estavam presentes, multiplicaram as chances de a pessoa idosa ter o risco de violência. Sugere-se que sejam feitos estudos longitudinais de longo prazo, investigando a violência contra a pessoa idosa e suas possíveis relações casuísticas com os distúrbios do humor.

A desunião familiar elevou o risco de violência contra a pessoa idosa, constituindo-se como fator de risco para a mesma. O fortalecimento das famílias pode ser feito através da

estimulação dos laços afetivos intergeracionais, entrando aqui o papel das escolas e instituições sociais, não governamentais e religiosas. O suporte social e de saúde para as questões familiares, que estão além das capacidades resolutivas da família (ajudas assistenciais, alternativas à institucionalização, criação de centros dia para pessoas idosas, estimulação da formação de cuidadores de pessoas idosas, programas que dêem suporte a famílias com pessoas idosas acamadas, dentre outros) ajuda a manter a unidade, diminuindo o fardo do cuidar, evitando assim situações de descaso, de abandono, negligências e agressões. A importância da presença da família está descrita na amostra quando, na regressão logística, o fato de se ter um familiar a quem buscar apoio apresentou-se como um fator de proteção ao risco de violência.

A realização da pesquisa em uma amostra aleatória teria permitido a generalização dos achados para toda a população de pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa, não somente para aqueles que fizeram parte da amostra. Recomenda-se para estudos futuros a realização desse tipo de amostragem.

A triagem da amostra quanto a sintomas de déficit cognitivo, quando não se pretender investigar sua associação com o risco ou com a violência à pessoa idosa, aumenta o grau de confiabilidade das respostas obtidas acerca da violência sofrida e de seus fatores de risco, já tendo sido inclusive apontada na literatura. É possível que o déficit cognitivo presente na amostra tenha interferido nas respostas fornecidas aos entrevistadores e na própria percepção das condições de abuso pelas pessoas idosas. Recomenda-se a realização de triagem para déficit cognitivo em estudos populacionais futuros sobre esta temática.

Outro ponto que deve ser levado em consideração em investigações futuras é o fato de haver domicílios de filhos e suas famílias construídos dentro do terreno que pertence e onde mora a própria pessoa idosa. Acredita-se que tanta proximidade interfira na forma como se investigam atualmente vários fatores sociodemográficos na vida dessas pessoas, a exemplo de renda total da família, quantas pessoas vivem da renda da pessoa idosa, quem é o principal familiar cuidador, possíveis conflitos intergeracionais, invasão do espaço físico da pessoa idosa, entre outros. Indica-se a elaboração de um estudo que procure elucidar especificamente a dinâmica dessas famílias, servindo de modelo de investigação de dados sociodemográficos em populações idosas com esses tipos de arranjos familiares.

A velhice é a fase da vida que representa o seu desfecho. Deveria acontecer de forma digna, tranquila, confortável, contemplativa e ser vista pelos mais jovens com admiração, devido ao extenso caminho já percorrido.

A falta de respeito às gerações mais velhas, cultivado desde a tenra idade, é a chave dos conflitos que resultam na violência contra a pessoa idosa. O respeito aos mais velhos não deve

ser imposto. Para tanto, é necessária uma quebra de paradigma na forma como a sociedade define o envelhecimento na atualidade. Essa mudança de visão pode começar no próprio seio familiar, perpassar as instituições de ensino, os grupos sociais, a mídia e acontecer também internamente, dentro de cada pessoa que envelhece.

A questão passa pela valorização da pessoa idosa e pela indagação quanto às discriminações etárias, que contribuem para uma identidade estigmatizadora e subalternizada. Implica a construção de uma sociedade para todas as idades, pautada pelo fortalecimento das relações intergeracionais e pela promoção do protagonismo e autonomia da pessoa idosa, conforme já previsto em planos políticos e no Estatuto do Idoso.

9 REFERÊNCIAS

- 1 - Florêncio MVL. Violência contra o idoso e risco de adoecimento mental em João Pessoa [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
- 2 - Brasil. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília (DF): Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005. [capturado 2014 Fev 7]. (Direitos Humanos e Cidadania: v. 1). Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/SEDH_Planos_2005.pdf
- 3 - Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev Bras Geriatr. Gerontol. 2007;10(1):1-4.
- 4 - Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. Age Ageing. 2012 Jan; 41(1):98-103.
- 5 - Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. PLoS One. 2012;7(3):e33857.
doi: 10.1371/journal.pone.0033857.
- 6 - Beach SR, Schulz R, Castle NG, Rosen J. Financial Exploitation and Psychological Mistreatment Among Older Adults: differences between africanamericans and non-africanamericans in a population-based survey. Gerontologist. 2010 Dec; 50(6):744-57.
- 7 - Apratto Jr PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(6):2983-95.
- 8 - Perel-Levin, S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Switzerland: WHO, 2008.

9 - Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública*. 2006 June;22(6):1137-1149.

10 - Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, Brzyski RG, Katerndahl DA. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Ann Fam Med*. May 2010; 8(3): 206–213.

11 - Begle AM, Strachan M, Cisler JM, Amstadter AB, Hernandez M, Acierno R. Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence*. 2011 Jul;26(11):2321-32.

12 - Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Acierno R. Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the National Elder Mistreatment Study. *Elder Abuse Negl*. 2012 Jul; 24 (3):216-30.

13 - Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *J ApplGerontol* 1991;10(4):406-18.

14 - Reichenheim ME, Paixão CM Jr, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Cad Saúde Pública*. 2008 Aug;24(8):1801-13.

15 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da saúde; 2006 [capturado 2014 Fev 7]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf.

16 - Dias I. Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociol*. 2005 [capturado 2014 Apr 24];(15):249-73. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/8789/2/3731.pdf>

17 - Fulmer T, Guadagno L, BitondoDyer C, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J AmGeriatr Soc*. 2004 Feb;52(2):297-304.

- 18 - Serafim FMMP. Promoção do bem-estar global na população sênior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas enquadramento teórico [dissertação na internet]. Faro: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2007. [capturado 2014 fev 07]. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/6/2.Teorias%20Sociais%20do%20Envelhecimento.pdf>
- 19 - Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
- 20 - Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública 2003;19(3):783-91.
- 21 - Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.
- 22 - Mendonça J. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. In: Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, 14-16 nov. 2005, Buenos Aires, Argentina. Santiago: ONU/CEPAL; 2006.
- 23 - Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde; 2005.
- 24 - Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: suportes legais para intervenção. Interação Psicol. 2003; jul - dez; 2:121-8.
- 25 - Gaioli CCLO. Ocorrências de maus-tratos em idosos no domicílio [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
- 26 - Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. RevAssocMed Bras. 2004;50(1):97-103.

27 - Netto MP, Yuaso DR, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *O Mundo da Saúde* 2005 Out-Dez; 29(4):594-606.

28 - Pena FB, Santo FHE. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Rev Eletrônica Enferm* [serial online] 2006 jan-abr [cited 2006 jun 15];8(1):17-24. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm.

29 - Institute of Gerontology Candido Mendes University. Report on elder abuse in Brazil. Rio de Janeiro (RJ): INPEA; 2001.

30 - Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrônica Enferm*. [serial online] [cited 2006 junho 20]; 6 (2):254-71. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/idoso.html

31 – Arratia Figueroa A. Aspectos éticos vulnerados em situaciones de violência: su importância em la formación de enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2005 set.;23(2):104-16.

32 - Cooper C, Manela M, Katona C, Livingston G. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Mar;23(3):283-8.

33 - Cohen M. The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 Nov-Dec;57(3):243-9.

34 - Stark SW. Blind, deaf, and dumb: why elder abuse goes unidentified. *Nurs Clin North Am*. 2011 Dec;46(4):431-6.

35 - Reis, M.; Nahmiash, D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging*. 1995 Jan;14(Suppl. 2):45-60.

36 - Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LBd. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. Rev. bras. geriatr. Gerontol. 2012 Sep;15(3): 555-566.

37 - Thomson MJ, Lietzau LK, Doty MM, Cieslik L, Williams R, Meurer LN. An analysis of elder abuse rates in Milwaukee County. WMJ. 2011 Dec;110(6):271-6.

38 - DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, Wilber KH. Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. J Am Geriatr Soc. 2012 Jul;60(7):1333-9.

39 - Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screenings scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. Gerontologist. 2003 Feb;43(1):110-20.

40 - Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. Gerontologist. 1998 Aug;38(4):471-80.

41 - Conrad KJ, Iris M, Ridings JW, Langley K, Wilber KH. Self-report measure of financial exploitation of older adults. Gerontologist. 2010 Dec;50(6):758-73

42 - Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. J Aging Health. 2006 Oct;18(5):660-85.

43 - Cohen, M. Screening tools for the identification of elder abuse. J Clin Outcomes Manag. 2011 June; 18(6) :261-70.

45 - Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. J Emerg Nurs. 2000 Oct;26(5):436-43.

46- Mascarenhas MMD, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(9):2331-41.

47 - Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2012 Sep;15(3):555-66.

44 - Thomson MJ, Lietzau LK, Doty MM, Cieslik L, Williams R, Meurer LN. An analysis of elder abuse rates in Milwaukee County. *Wisconsin Medical Journal.* 2011 Dec; 110(6):271-6.

48 - Duque AM, Leal MC, Marques AP, Eskinazi FM, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Colet.* 2012 Aug;17(8):2199-208.

49 - Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *Int Psychogeriatr.* 2012 Sep;24(9):1437-46.

50 – Abdel Rahman TT, El Gaafary MM. Elder mistreatment in a rural area in Egypt. *Geriatr Gerontol Int.* 2012 Jul;12(3):532-7.

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

52 - Dong X, Simon MA, Evans DA. Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology.* 2012;58(3):258-68.

53 - Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health.* 2010 Feb;100(2):292-7.

54 - Phua DH, Ng TW, Seow E. Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Med J.* 2008 Oct;49(10):765-73.

55 - MINAYO, MCS. *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria.* Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

56 - Florêncio MVDL, Ferreira Filha MO, Sá LD. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Rev. Eletrôn. Enferm.* [serial online]. 2009 Sept. [cited 2014 Jan 20]; 9(3). Disponível em:
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7512>.

57 - Paixão Jr CM. *Violência doméstica: instrumentos de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla [tese].* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva; 2006.

58 - Canadian Intellectual Property Office. *Elder Abuse Suspicion Index © (EASI).* Montreal, Quebec; 2006. [cited 2014 Jan 20]. Available from:
<http://www.mcgill.ca/familymed/research-grad/research/projects/elder>

59 - Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl.* 2008;20(3):276-300.

60 - Reichenheim ME, Paixão Jr CM, Moraes CL. Reassessing the construct validity of a Brazilian version of the instrument Caregiver Abuse Screen (CASE) used to identify risk of domestic violence against the elderly. *J EpidemiolCommunity Health.* 2009 Nov;63(11):878-83.

61 - Paixão Jr CM, Reichenheim ME, Moraes CL, Coutinho ES, Veras RP. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Cad Saúde Pública.* 2007 Sep;23(9):2013-22.

62 - Lindenbach JM, Larocque S, Lavoie AM, Garceau ML. Older adult mistreatment risk screening: contribution to the validation of a screening tool in a domestic setting. *Can J Aging*. 2012 Jun;31(2):235-52.

63 - Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Feb;48(2):205-8.

64 - Paranjape A, Sprauve-Holmes NE, Gaughan J, Kaslow NJ. Lifetime exposure to family violence: implications for the health status of older African American women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Feb;18(2):171-5.

65 - Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev. psiquiatr. Rio G. Sul*. 2007 Apr;29(1):19-27.

66 - Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública* 2007 Mar; 23(3):691-700.

67 - Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002 Apr;24(Suppl.1): 42-7.

68 - Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *RevSaúdePública* 2006 Aug; 40(4):734-6.

69 - Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 Sep; 26(3):145-9.

70 - Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000 Dec; 22(Supl 2):2-6.

71 - Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n. 1395, 10 de dezembro de 1999. Brasília (DF); 1999. [capturado 2014 Fev 7]. Disponível em: http://www.sjcdh.ba.gov.br/conselho_def_idoso/pdf/federal/Portaria%201395.pdf

72 - Brasil. Lei nº 10. 741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003. [capturado 2014 Fev 7].Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

73 - Mendonça J. Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. In: Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de América delSur, 2005 Nov. 14-16. Buenos Aires: ONU/CEPAL; 2006. [cited 2014 Mar 15]. [about 7 telas]. Available from: www.cepal.org/celade/noticias/paginas/4/23004/JBarros_d.pdf

74 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Rev Saúde Pública. 2000 Aug.; 34(4):427-30.

75 - João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013. João Pessoa: Secretaria Municipal da Saúde; 2010.

76 – IBGE. Dados do Censo IBGE 2010. Brasília (DF); 2010. [capturado 2014 Fev 7]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

77 - Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública. 2006 Aug;40(4):712-9.

78 - Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini- mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12(3):189-98.

79 - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M etal. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49.

80 - Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-173.

- 81 - Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005 Dec; 39(6):918-23.
- 82 - Duque AM, Leal MC, Marques AP, Eskinazi FM, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Colet*. 2012 Aug;17(8):2199-208
- 83 - Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006 May; 6(Supl.1):s43-s48.
- 84 - Hoffmann EJ, Ribeiro Fabio FJM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(3):190-7.
- 85 - Herrera Jr E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002 Apr-Jun; 16(2):103-8.
- 86 - Cochran WG. *Técnicas de Amostragem*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1965.
87. Fávero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
88. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006 Jun; 40(3): 436-443.
89. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. [Internet]. Rio de Janeiro, c2009. [capturado em 2014 Abr 08]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>
90. *Breaking the Taboo: Violência contra mulheres idosas em contexto familiar: reconhecer e agir*. [Internet]. [capturado em 2014 Abr 08]. Lisboa: CSIS; [2009]. Disponível em: http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/Brochure-Portugal.pdf

91. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2003 junho; 19(3): 793-797.
92. Cruz Neto O, Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 1999; 4(1): 33-52.
93. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fecundidade da mulher brasileira. [Internet]. Rio de Janeiro, c2014. [capturado em 2014 Abr 08]. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/biblioteca/livros-on-line/274-teen/mao-na-roda/1726-fecundidade-natalidade-e-mortalidade>.
94. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. [Internet]. Rio de Janeiro, c2002. [capturado em 2014 Abr 08]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
95. Meira EC, Gonçalves LH, Xavier, JO. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007 abr-jun;6(2):171-180.
96. Debert, GG, Oliveira, AM. Polícia e as formas de feminização da violência contra o idoso / Police station and the feminization of violence against the elderly. São Paulo em perspectiva. 2007 Jul-dez; 21(2): 15-28.
97. Cisler JM, Amstadter AB, Begle AM, Hernandez M, Acierno R. Elder mistreatment and physical health among older adults: the South Carolina Elder Mistreatment Study. *J Trauma Stress*. 2010 Aug;23(4):461-7.
98. Begle AM, Strachan M, Cisler JM, Amstadter AB, Hernandez M, Acierno, R. Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence*. Jul 2011; 26(11): 2321-2332.
99. Dong XQ et al. Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*. 2011;57(6):549-58.
100. Dong X, Beck T, Simon MA. The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: the modifying effect of social support. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Mar-Apr;50(2):202-8.

101. Dong X, Simon M, Rajan K, Evans DA. Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32(3):209-15.
102. Olofsson N, Lindqvist K, Danielsson I. Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. *Public Health*. 2012 Apr;126(4):358-64.
103. Cooper C, Blanchard, M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 2010, 196:480-485.
104. Brito AM, Campos LMC, Melo Filho DA, Marques APO. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2010 Sep ; 26(9): 1797-1806.
105. Russell SL, Fulmer T, Singh G, Valenti M, Vermula R, Strauss SM. Screening for elder mistreatment in a dental clinic population. *J Elder Abuse Negl*. 2012 Oct;24(4):326-39.
106. Imperatori G, Lopes MJ. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? *Saúde Soc*. 2009 Mar;18(1):83-94.

10 APÊNDICES

10.1 APÊNDICE A QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA

Pesquisa - Prevalência de violência contra idosos em João Pessoa e associação com sintomas depressivos e alterações cognitivas Questionário número: _____

Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Distrito Sanitário: _____ UBS/PSF/PACS: _____

01. Dados sociais, econômicos, familiares e de saúde:

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço - Rua: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Fone (com DDD): _____ - _____ Idade (anos completos): _____

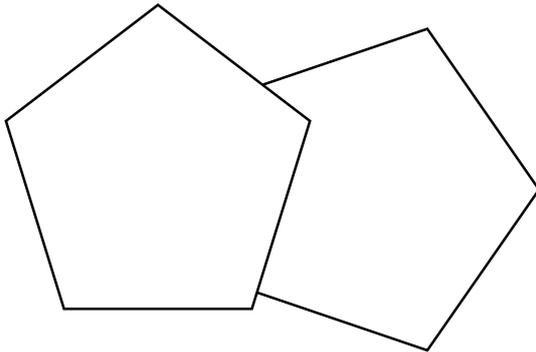
Data de nascimento (ver documento): ____/____/____ Município de nascimento: _____

Dados sociais

1.1- Qual sua cor de pele ou etnia?	1.2 - Qual é o seu estado civil?	1.3 - Qual é a sua escolaridade ?
() Branca	() Casado (a)	() Não alfabetizado (não sabe ler nem escrever mesmo que tenha estudado)
() Preta	() Mora com companheiro (a),	() Alfabetizado (mas não fez a 1ª série)
() Parda (mulato)	() Separado (a) (s/ companheiro (a))	() Primário incompleto (1ª a 3ª série)
() Indígena	() Divorciado(a) (s/ companheiro (a))	() Primário completo (4ª série)
() Asiática	() Viúvo (a) (s/ companheiro(a))	() Ginásial incompleto (5ª a 7ª série)
() Não sabe	() Nunca casou (solteiro (a), s/ companheiro (a))	() Ginásial completo (8ª série)
() Outra	() Não sabe	() Secundário completo
Constituição familiar:		() Secundário incompleto
1.4 - Quantos filhos o (a) Sr (a) teve? N°:		() Superior (completo ou não)
1.5 - Quantos filhos estão vivos? N°:		() Não sabe
1.6 - Diria que sua residência é:		1.7 - Pessoas que residem no domicílio:
() Própria (mesmo financiada)		Mora sozinho (a)? () sim () não*
() De parente e/ou conhecidos (não paga aluguel)		*N° de crianças:
() Alugada (paga aluguel ou valor mensal, exceto financiamento)		*N° de adolescentes:
() Outra		*N° de adultos:
Dados econômicos:		*N° de idosos:
		*Total de pessoas no domicílio (contando com o próprio idoso):

1.8 - Qual é a sua fonte de renda?	1.9 - Qual foi a sua última renda mensal em salários mínimos (sm)?	1.10 - Qual foi a sua última renda familiar?		
() Sem renda própria	() Até 1 sm	() Até 1 sm		
() Aposentadoria	() >1 até 2 sm	() >1 até 2 sm		
() Assalariado (a)	() De 3 a 5 sm	() De 3 a 5 sm		
() Pensionista	() De 6 a 10 sm	() De 6 a 10 sm		
() Benefício de Prestação Continuada	() Acima de 10 sm	() Acima de 10 sm		
() Profissional Autônomo	1.11 - Quantas pessoas vivem desta renda?			
() Outro	Nº:			
1.12 - Qual é a sua participação econômica no núcleo familiar?				
() Único(a) responsável	() Divide responsabilidades	() Não sabe		
() Maior responsável	() Sem participação			
2- Miniexame do Estado Mental (MEEM) <i>Atenção: questões não respondidas são consideradas como erros</i>				
2.1 - Orientação temporal. Marcar x somente nas respostas corretas.				
Em que ano nós estamos? ()	Em que dia do mês nós estamos? ()	Qual a hora aproximada*? ()		
Em que mês nós estamos? ()	Em que dia da semana nós estamos? ()			
<i>*Considerar acerto variações de uma hora para mais ou para menos</i>				
2.2 - Orientação espacial. Marcar x somente nas respostas corretas.				
Em que país nós estamos? ()	Em que cidade nós estamos? ()	Em que local (rua) nós estamos? ()		
Em que estado nós estamos? ()	Em que bairro nós estamos? ()			
2.3 – Registro:				
<i>Observação: pedir para o idoso prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. “Repita as três palavras que vou lhe falar agora: PENTE, LEÃO, AZUL.” Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar o número de vezes que o entrevistador teve que repetir as palavras.</i>				
2.3.1 - Nº vezes: ()				
Repita as três palavras que vou lhe falar agora: PENTE, RUA, AZUL. Marcar x somente nas respostas corretas.				
() PENTE	() RUA	() AZUL		
2.4 - Atenção à cálculo <i>(executar ambas as alternativas com o entrevistado, porém computar apenas a de melhor desempenho):</i>				
<u>Primeira alternativa:</u> peça para o idoso fazer, de cabeça, as seguintes contas de subtração (os resultados estão ao lado. Marcar x somente nas respostas corretas.				
() 100-7=(93)	() 93-7=(86)	() 86-7=(79)	() 79-7=(72)	() 72-7=(65)
<u>Segunda alternativa:</u> peça para o idoso soletrar MUNDO ao contrário. Marcar x somente nas respostas corretas.				
() O	() D	() N	() U	() M
2.5 - Memória de evocação. Quais as três palavras perguntadas anteriormente? Marcar x nas respostas corretas.				
() Pente	() Rua	() Azul		
2.6 - Mostrar e pedir para o idoso identificar (nomear) dois objetos. Marcar x somente nas respostas corretas.				
() Caneta	() Relógio de pulso			
2.7 - Pedir para o idoso repetir: ‘NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ’. Marcar x somente nas respostas corretas.				
() Acertou	() Errou			
2.8 - Comando de três estágios: Peça para o idoso obedecer aos seguintes comandos (marcar x somente nas respostas corretas):				
() “Pegue esta folha de papel”	() “Dobre-a ao meio”	() “E coloque no chão”		
2.9 - Peça para o idoso escrever uma frase completa (se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje, alguma coisa que queira dizer, porém não dê exemplos):				

<input type="checkbox"/> Acertou	<input type="checkbox"/> Errou
2.10 - Peça para o idoso ler sozinho, em voz baixa, e executar o seguinte comando: "FECHE OS OLHOS"	
<input type="checkbox"/> Acertou	<input type="checkbox"/> Errou
2.11 - Peça para o idoso copiar o desenho dos pentágonos sobrepostos:	
<input type="checkbox"/> Acertou	<input type="checkbox"/> Errou
TOTAL DE PONTOS NO MEEM (considerar apenas os acertos):	



3- Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS)		
3.1 - Está satisfeito com a sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.2 - Interrompeu muitas de suas atividades?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.3 - Acha sua vida vazia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.4 - Aborrece-se com frequência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.5 - Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.6 - Teme que algo ruim lhe aconteça?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.7 - Sente-se alegre a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.8 - Sente-se desamparado com frequência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.9 - Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.10- Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.11- Acha que é maravilhoso estar vivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.12- Sente-se inútil?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.13- Sente-se cheio (a) de energia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.14- Sente-se sem esperança?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3.15- Acha que os outros têm mais sorte que você?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Sobre a situação familiar e de saúde			
1.13 - O (a) Sr (a) tem cuidador? Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> (*vá para a questão 1.17)			
Definição de cuidador: alguém que lhe faz companhia, que o leva para fazer compras ou para o médico, que lhe ajuda a resolver seus problemas, que está sempre em contato com você procurando melhorar seu bem-estar.			
1.14 - O seu cuidador é (referir-se ao principal cuidador do idoso caso haja mais de um):			
<input type="checkbox"/> Da família	<input type="checkbox"/> Contratado	<input type="checkbox"/> Voluntário	<input type="checkbox"/> Outro, ex:
1.15 - Como você classificaria seu relacionamento com seu cuidador?			
<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
1.16 - Seu cuidador tem problemas sérios com?:			
<input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> Doença mental	<input type="checkbox"/> Não tem estes problemas	
<input type="checkbox"/> Uso de álcool	<input type="checkbox"/> Drogas		
Em relação aos relacionamentos na sua família, o (a) Sr (a) diria que:			
1.17 - Há desunião na família (vínculos familiares frágeis?)			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

1.18 - Há histórias prévias de violência na família? Não	() Sim ()
1.19 – O (a) Sr (a) foi/é uma pessoa enérgica (agressiva) nas suas relações com a família? Não	() Sim ()
Em relação ao seu estado de saúde :	
1.20 - O (A) Sr (a) tem alguma limitação física? Não	() Sim ()
1.21 - O (A) Sr (a) ingere bebida alcoólica com frequência (mais de uma vez por semana)? Não	() Sim ()
1.22 – O (A) Sr (a) toma medicamento controlado (tarja preta)? Não	() Sim ()

4 - Versão do H-S/EAST transculturalmente adaptada para o português		
<i>As perguntas referem-se ao presente</i>		
4.1 - V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o leva para fazer compras ou ao médico	() Sim	() Não
4.2 - V/S está ajudando a sustentar alguém?	() Sim	() Não
4.3 - V/S muitas vezes se sente triste ou só?	() Sim	() Não
4.4 - Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S deve viver ou onde deve morar?	() Sim	() Não
4.5 - V/S se sente desconfortável com alguém da sua família?	() Sim	() Não
4.6 - V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?	() Sim	() Não
4.7 - V/S sente que ninguém quer V/S por perto?	() Sim	() Não
4.8 - Alguém da sua família bebe muito?	() Sim	() Não
4.9 - Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?	() Sim	() Não
4.10 - Alguém já obrigou V/S fazer coisas que V/S não queria fazer?	() Sim	() Não
4.11 - Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento?	() Sim	() Não
4.12 - V/S confia na maioria das pessoas de sua família?	() Sim	() Não
4.13 - Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?	() Sim	() Não
4.14 - Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado (a) quando quer?	() Sim	() Não

5 - Avaliação da presença de violência e maus-tratos contra a pessoa idosa – Instrumento de Porto Rico		
<i>Deve ser aplicado junto à pessoa idosa sozinha, evitando-se situações constrangedoras.</i>		
<i>Pelo termo “pessoas que o rodeiam” entenda-se: cônjuge, filhos, netos, parentes, vizinhos, amigos, empregados, funcionários de postos de saúde, motorista de ônibus, atendente bancário, enfim, qualquer pessoa do convívio do idoso</i>		
5.1 - No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem gritado com o (a) Sr.(a) sem razão?		
() Sim	() Não (vá para a questão 5.3)	
5.2 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	
5.3 - No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam o (a) tem chamado por algum nome ou apelido que o (a) Sr(a) não goste?		
() Sim	() Não (vá para a questão 5.5)	
5.4 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	

5.5 - No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem usado ou manejado seu dinheiro sem seguir suas instruções?		
() Sim	() Não (vá para a questão 5.7)	
5.6 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	
5.7 - No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam o (a) tem ameaçado por não fazer o que eles querem que o (a) Sr (a) faça?		
() Sim	() Não (vá para a questão 5.9)	
5.8 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	
5.9 - No último ano, algum das pessoas que o (a) rodeiam o (a) tem golpeado, batido ou esbofeteado?		
() Sim	() Não (vá para a questão 5.11)	
5.10 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	
5.11 - No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem o (a) sacudido ou o (a) segurado de forma intimidadora ou ameaçadora?		
() Sim	() Não (vá para a questão 5.13)	
5.12 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	
5.13 - No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum de seus pertences?		
() Sim	() Não (encerre as perguntas)	
5.14 - Com que frequência?		
() Todos os dias da semana	() Uma vez na semana	() Uma vez ao mês ou menos
() 2 ou 3 vezes na semana	() 2 a 3 vezes ao mês	

Agradecer e encerrar a entrevista

Observações:

10.2 APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Número de controle: _____

Nós, Patrícia Krieger Grossi e Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio, convidamos o (a) Senhor (a) a participar de uma entrevista com aplicação de formulários sobre violência contra o idoso e o comprometimento que ela pode causar à saúde. Este estudo está sendo desenvolvido para se investigar a existência de violência contra o idoso em João Pessoa e também para saber se essa violência pode estar relacionada a sintomas depressivos e alterações na memória.

O projeto de pesquisa se chama PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA E ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E ALTERAÇÕES COGNITIVAS e está sendo desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

O (A) Senhor (a) responderá a cinco instrumentos, sendo um sobre dados sociais, outros dois sobre violência contra o idoso e dois que avaliam sua saúde mental (sintomas de depressão e demência). A entrevista durará cerca de quarenta minutos e o fornecimento das informações não deverá trazer desconfortos e nem riscos para os participantes. É assegurado seu anonimato (não identificação) no estudo, é garantida sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo seu. Esta pesquisa não lhe acarretará nenhuma despesa e nem influenciará no seu atendimento pela Unidade de Saúde da Família do seu bairro. Esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas ao estudo podem ser feitos a qualquer momento através de telefones, endereços e e-mails abaixo descritos.

Comitê de Ética Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul:

Fone: 0 (xx) 51 3320-3345; e-mail: cep@pucrs.br

Comitê de Ética Universidade Federal da Paraíba:

Fone: 0 (xx) 83 3216-7791; e-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

Contato com a pesquisadora:

Universidade Federal da Paraíba – Escola Técnica de Saúde – Centro de Ciências da Saúde – Campus Universitário I – João Pessoa CEP: 58059-900 – Fone: (083) 3216-7400; e-mail: marciadilorenzo@bol.com.br

A realização deste estudo pode contribuir para caracterizar a violência contra a pessoa idosa na cidade de João Pessoa, para avaliar se ela pode comprometer a saúde do idoso, para alertar os profissionais de saúde e a sociedade sobre o assunto, possibilitando discussões que desenvolvam alternativas para diminuição ou solução do problema.

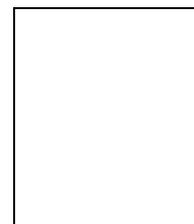
Diante das informações fornecidas pela pesquisadora, aceito participar deste estudo.

Assinatura do participante ou responsável legal

Assinatura da testemunha

Assinatura da pesquisador.

João Pessoa, ____/____/____



11 ANEXOS

11.1 E-MAIL DE COMPROVAÇÃO DE ACEITAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO DE REVISÃO ENVIADO PARA REV. ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE ENVELHECIMENTO, COM

Página



Fwd: [EIE] Decisão editorial
 De: marciadilorenzo@bol.com.br
 Para: pkgrossi@puers.br
 Cópia:
 Cópia oculta:
 Assunto: Fwd: [EIE] Decisão editorial
 Data: 06/07/2014 20:25

De: sacarlos@ufrgs.br
Enviada: Domingo, 6 de Julho de 2014 18:09
Para: marciadilorenzo@bol.com.br
Assunto: [EIE] Decisão editorial

Profª Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, "INSTRUMENTOS QUANTITATIVOS VALIDADOS PARA IDENTIFICAÇÃO/RASTREAMENTO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA".

A decisão é: o texto foi aceito para publicação.
 O próximo passo será a normalização e revisão gramatical do mesmo. Caso necessitemos de algum esclarecimento entraremos em contato.

Att

Prof. Sergio Antonio Carlos
 Editor
 Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer>

⚠ Lembre-se: sua senha de acesso no BOL Mail é secreta; não a informe a ninguém.
 O BOL Mail jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone. [Trocar senha.](#)

11.2 COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO OBRIGATÓRIO DA DISCIPLINA PRÁTICA DE PESQUISA PARA A REV ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

The screenshot shows a web browser window with the URL www.seer.ufg.br/index.php/RevEnvelhecer/author/submission/44957. The page title is "ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO". The main content area is divided into several sections:

- Navigation:** CAPA, SOBRE, PÁGINA DO USUÁRIO, PESQUISA, ATUAL, ANTERIORES, NOTÍCIAS. A link "Capa > Usuário > Autor > Submissões > #44957 > Resumo" is visible.
- #44957 SINOPSE:** A section header for the article synopsis.
- RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO:** A section header for the article details.
- SUBMISSÃO:**
 - Autores:** Andrea Mendes Araújo, Márcia Virginia Di Lorezo Florêncio, Maria Betânia Sousa Santos, Temistocles Bezerra Sousa Neto, Geraldo Atílio De Carli De Carli, Irenio Gomes Silva Filho, Angelo José Gonçalves Bós
 - Título:** PERFIL DOS CIDADADORES DE IDOSOS QUE ATUAM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB.
 - Documento original:** 44957-181869-1-SM.DOC 06-02-2014
 - Docs. sup.:** Nenhum(a)
 - Submetido por:** betanea maria santos souza
 - Data de submissão:** fevereiro 6, 2014 - 18:21
 - Seção:** Artigos
 - Editor:** Sergio Carlos
- SITUAÇÃO:**
 - Situação:** Em avaliação
 - Iniciado:** 06-02-2014
 - Última alteração:** 30-03-2014
- INFORMAÇÕES:** Para leitores, Para Autores, Para Bibliotecários.
- TAMANHO DE FONTE:** A A
- CONTEÚDO DA REVISTA:** Pesquisa, Todos, Pesquisar.
- USUÁRIO:** Legado como: maximo@0, Meus periódicos, Perfil, Sair do sistema.
- Ajuda do sistema:** (link)

11.3 PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 22 de fevereiro de 2012.

Senhor Pesquisador: MÁRCIA VIRGÍNIA DI LORENZO FLORÊNCIO

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de "ASSOCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA SOFRIDA E COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MENTAL EM IDOSOS – PROJETO DE PESQUISA".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Obs.: Retirar a pasta padrão na secretaria do IGG para encaminhamento dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Prof. Carla Helena Schwanke

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000

Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862

E-mail: igg@pucrs.br

www.pucrs.br/igg

11.4 PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA E ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E ALTERAÇÕES COGNITIVAS; PROJETO DE PESQUISA

Área Temática:

Pesquisador: Patricia Krieger Grossi

Versão: 2

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

CAAE: 02361612.0.0000.5336

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 43722

Data da 14/06/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de doutorado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, executado pela doutoranda Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio, sob orientação da Profa Dra Patricia Krieger Grossi.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a prevalência da violência contra o idoso, suas características sócio-epidemiológicas e suas possíveis associações com sintomas depressivos e alterações cognitivas em idosos cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família na cidade de João Pessoa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam carta formal de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Os participantes serão esclarecidos quanto à possibilidade de desistência na participação do estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento, sem que este acarrete nenhum prejuízo ou constrangimento. A identidade dos participantes será mantida em anonimato. O estudo permitirá enxergar a violência causada para além de suas conseqüências imediatas. Servirá para caracterizar alguns aspectos do perfil dos idosos estudados; fornecerá subsídios para uma atuação mais direcionada e personalizada dos profissionais de saúde, tanto na prevenção como no combate da violência contra idosos, das doenças e agravos dela decorrentes, em um estado da nação cuja população está em franco envelhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal com coleta de dados prospectiva. Procedimento amostral baseado em amostra aleatória simples. Inicialmente será feita a identificação do contingente populacional com 60 ou mais anos em cada um dos cinco distritos sanitários da cidade, bem como em cada USF/PSF/PACS. Em seguida será feita uma estimativa da quantidade de idosos a serem entrevistados em cada USF/PSF/PACS de cada distrito sanitário, obedecendo às proporções entre a densidade populacional de idosos dos distritos e o valor a ser alcançado na amostra. De posse destes números será feito contato com as USF/PSF/PACS, solicitando acesso aos seus cadastros populacionais e às suas dependências. A amostra será obtida a partir dos idosos que se apresentarem espontaneamente nas USF/PSF/PACS e concordarem em participar do estudo ou que sejam sorteados através dos cadastros de cada USF/PSF/PACS. Para a implementação da coleta de dados será, previamente, feita a aplicação de um estudo piloto, com a finalidade de se verificar a operacionalização das ações propostas para a fase da coleta. O estudo piloto acontecerá com a população de idosos cadastrada em uma determinada USF/PSF/PACS, a ser escolhida aleatoriamente, que posteriormente será excluída do sorteio final da amostra. Identificados os participantes do estudo, será feito contato com os mesmos ou seus responsáveis, explicando o procedimento da pesquisa, solicitando participação e marcando dia, hora e local para as entrevistas. No dia marcado, os entrevistadores se dirigirão ao encontro dos idosos acompanhados pelos agentes comunitários de saúde daquela área de abrangência, caso a entrevista seja realizada na casa do idoso. Caso a entrevista seja marcada na USF/PSF/PACS, a mesma se dará em suas dependências, em uma sala apropriada. A entrevista durará cerca de uma hora, durante a qual o idoso responderá às perguntas contidas em cinco instrumentos: o instrumento de Porto Rico para identificação de risco para violência contra o idoso; o instrumento H-S/EAST para detecção de violência contra o idoso; um questionário elaborado pela autora acerca de dados sociais, econômicos, familiares e de saúde; e Escala de Depressão Geriátrica

Abreviada; e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Para sua análise, os dados serão organizados em um banco de dados no programa EPI-INFO versão para Windows, onde as informações coletadas serão descritas na forma de variáveis e analisadas aplicando-se estatística descritiva e analítica, com inclusão dos resultados em tabelas e figuras. Para o estabelecimento da associação epidemiológica entre as variáveis serão feitas medidas de prevalência, bem como serão investigados os níveis de significância entre as mesmas, através da Razão de Prevalência, da Diferença de Prevalência e Teste de Qui-quadrado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta folha de rosto da CONEP, datada e assinada pela orientadora; carta de conhecimento e autorização do projeto da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; Carta de aprovação do projeto pela Escola de Técnica de Saúde da UFPB; projeto de pesquisa, com detalhamentos conceituais, metodológicos; carta de aprovação da comissão científica do IGG; cópia dos instrumentos que serão utilizados nas entrevistas; TCLE com linguagem e conteúdo apropriado, incluindo telefones do pesquisador e do CEP da PUCRS. O cronograma de estudo foi atualizado. Junto à documentação está sendo apresentado o orçamento do estudo assinado pela pesquisadora.

Recomendações:

Recomendo pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas em parecer anterior foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Junho de 2012

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider

11.5 TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA-PB



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde
Gerência de Educação na Saúde - GES**



João Pessoa, 26 de março de 2012

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada, **PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA E ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E ALTERAÇÕES COGNITIVAS- PROJETO DE PESQUISA**, à ser desenvolvido pelo (a) pesquisadora **MÁRCIA VIRGÍNIA DI LORENZO FLORENCIO**, sob orientação do Prof^o Dr^a **PATRÍCIA KRIEGER GROSSI**, está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Sem mais,

Atenciosamente,


Bruno Costa de Macedo
Téc. de Gerência em Educ. a Saúde
Matr. 66.084-1

Gerência de Educação na Saúde

11.6 CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÕES EM CONGRESSOS, APRESENTAÇÕES DE TRABALHOS CIENTÍFICOS E PREMIAÇÃO DURANTE O PERÍODO DO DOUTORAMENTO

983

Certificado

Certificamos que o trabalho

PERFIL DOS CUIDADORES DE IDOSOS QUE ATUAM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PB

dos autores: **Andrea Mendes Araújo; Maria Betânea dos Santos Souza; Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio; Ângelo José G. Bôs; Geraldo A. De Carli; Irenio Gomes; Temístocles Bezerra de Sousa Neto;** foi apresentado na modalidade PÔSTER no XVIII Congresso de Geriatria e Gerontologia, ocorrido de 22 a 25 de maio de 2012, no Centro de Convenções Sul América, no Rio de Janeiro/RJ.

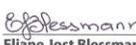
Rio de Janeiro, 25 de maio de 2012.



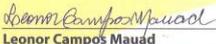
Envelhecimento: oportunidades, desafios e conquistas

22 a 25 maio
2012 Rio de Janeiro
Centro de Convenções Sul América


Silvia Regina Mendes Pereira
Presidente da SBGG


Eliane Jost Blessmann
Presidente do Departamento de Gerontologia


Sabri Lakhdari
Presidente da Comissão Científica (Geriatria)


Leonor Campos Mauad
Presidente da Comissão Científica (Gerontologia)

Promoção



Gerenciamento



CERTIFICADO



Certificamos que

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

apresentou o trabalho: **"PESQUISA DE CAMPO COM PESSOAS IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA COLETA DE DADOS."**, de autoria de: **FLORÊNCIO, M V L, MOTA, C C P, VIEIRA, D S, GROSSI, P K**, na Sessão Pôster - Dia 30 - 14h no **64º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM e 3º Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem - "Empoderamento da Enfermagem na aliança com o usuário"** - realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de 29 de outubro a 01 de novembro de 2012.

Porto Alegre/RS, 01 de novembro de 2012.

Ivone Evangelista Cabral
Ivone Evangelista Cabral
Presidente da ABEn Nacional e do 64º CBEn

Teresinha Valduga Cardoso
Teresinha Valduga Cardoso
Presidente da ABEn RS e Coordenadora do 64º CBEn

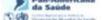
Joel Rolim Mancina
Joel Rolim Mancina
Coordenador da Sub-comissão de Temas do 64º CBEn



Promoção:
Associação Brasileira de Enfermagem
Realização:
ABEn Seção Rio Grande do Sul



Patrocínio e Apoio:
PUCRS
VIVA ESSE MUNDO



Organização Pan-Americana da Saúde
Plano saúde e cuidado do Brasil



Coren
Plano saúde e cuidado do Brasil



BIGFRAL



TENA



CAPES



CNPq
60 ANOS



BRASIL
100 ANOS



PORTO ALEGRE
CIDADE DE PORTO ALEGRE



SERGS
Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Rio Grande do Sul



Agência Oficial de Turismo



Valentin



Organização e Comercialização



win



Assessoria de Comunicação



LETRA

CERTIFICADO



Certificamos que

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

apresentou o trabalho: **"PERFIL SÓCIO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO DENUNCIADA NA PROMOTORIA DO CIDADÃO DA CIDADE DE JOÃO PESSOA NOS ANOS DE 2010 E 2011."**, de autoria de: **FLORÊNCIO, M. V. L, ALMEIDA, M. C., GOMES, G. S., GROSSI, P. K.**, na Sessão Pôster - Dia 31 - 14h no **64º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM e 3º Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem - "Empoderamento da Enfermagem na aliança com o usuário"** - realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de 29 de outubro a 01 de novembro de 2012.

Porto Alegre/RS, 01 de novembro de 2012.

Ivone Evangelista Cabral
Ivone Evangelista Cabral
Presidente da ABEn Nacional e do 64º CBEn

Teresinha Valduga Cardoso
Teresinha Valduga Cardoso
Presidente da ABEn RS e Coordenadora do 64º CBEn

Joel Rolim Mancina
Joel Rolim Mancina
Coordenador da Sub-comissão de Temas do 64º CBEn



Promoção:
Associação Brasileira de Enfermagem
Realização:
ABEn Seção Rio Grande do Sul



Patrocínio e Apoio:
PUCRS
VIVA ESSE MUNDO



Organização Pan-Americana da Saúde
Plano saúde e cuidado do Brasil



Coren
Plano saúde e cuidado do Brasil



BIGFRAL



TENA



CAPES



CNPq
60 ANOS



BRASIL
100 ANOS



PORTO ALEGRE
CIDADE DE PORTO ALEGRE



SERGS
Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Rio Grande do Sul



Agência Oficial de Turismo



Valentin



Organização e Comercialização



win



Assessoria de Comunicação



LETRA

Socioeconomic profile and training background of caregivers of nursing home in northeastern Brazil. 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, held in Seoul, Korea From June 23 to 27, *The Journal of Nutrition, Health & Aging. Volume 17, Supplement 1, 2013**

PP26 R-027

**SOCIOECONOMIC PROFILE AND TRAINING
BACKGROUND OF CAREGIVERS OF NURSING HOME IN
NORTHEASTERN BRAZIL**

Andrea Mendes ARAUJO¹, Marcia Virginia Di Lorenzo FLORENCIO¹, Maria Betanea De Sousa SANTOS¹, Temistocles Bezerra DE SOUSA NETO², Angelo Jose G. BOS³ (1. *Escola Tecnica de Saude, Universidade Federal da Paraiba, Brazil*; 2. *Psicologia, CEFOR-PB, Brazil*; 3. *Institute of Geriatrics and Gerontology, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Brazil*)

Introduction : The growing demand for nursing homes incorporates a new scenario of assistance to this population, especially when there is limited functionality and increased complexity of care, requiring a specialized caregiver, who provides comprehensive care for him. This study aimed to describe the socioeconomic profile and training of caregivers of nursing home elderly working in a state in northeastern

Brazil. Method : We applied a questionnaire about socioeconomic data and training of elderly caregivers. Results : Seventy caregivers were interview, 65% female, 71.4% aged between 30 and 49 years, 48.6% had completed high school. The monthly income was 87.1% prevalent than the minimum wage, 90% had over than 44 hours of work weekly, 71.4% had no technical training and 70% did not undergo a training course after admission to the institution. The difficulties reported were lack of human resources (51.4%), workload (45.7%) and poor pay (42.9%). There were complaints of health impairment (31.4%), with predominance of back pain (27.1%). It was found statistically

significant associations between technical training and other variables such as: education ($p < 0.001$), income ($p = 0.013$), weekly workload ($p = 0.002$) and training course after admission to the institution ($p < 0.001$). Conclusion : These research findings point to the need to formulate new public policies directed to training of elderly caregivers of nursing homes, according to the context in which they live, also the organization of this job class, who can foster recognition and better conditions for the performance of activities of formal care.

Keywords : Homes for the Aged, Caregivers training, Long term care institution



II Congresso Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia
I Congresso Brasileiro do Grupo Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia

Certificado

O Grupo Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia certifica que *Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio* apresentou o trabalho científico *Prevalência de Sintomas Depressivos em Idosos Cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família na Cidade de João Pessoa - PB* no II Congresso Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia e I Congresso Brasileiro do GIIG, em Porto Alegre, RS, Brasil, em Outubro de 2013, com o tema "Diversidades do Envelhecimento, Quebra de Paradigmas na Terceira Idade".

Porto Alegre – RS, 03 de Outubro de 2013.

MYRIAM DE JESUS JACINTHO SANTOS LIMA
 Presidente do GIIG – Brasil

NEISA REGINA MACHADO FERNANDES
 Presidente do Congresso



II Congresso Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia
I Congresso Brasileiro do Grupo Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia

Certificado

O Grupo Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia certifica que *Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio* foi agraciada pela Comissão Científica com o 1º lugar na Apresentação de Banners pela apresentação do trabalho científico *Prevalência de Sintomas Depressivos em Idosos Cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família na Cidade de João Pessoa - PB* no II CIIG e I CB do GIIG, em Porto Alegre, RS, Brasil, em Outubro de 2013, com o tema "Diversidades do Envelhecimento, Quebra de Paradigmas na Terceira Idade".

Porto Alegre – RS, 03 de Outubro de 2013.

MYRIAM DE JESUS JACINTHO SANTOS LIMA
 Presidente do GIIG – Brasil

NEISA REGINA MACHADO FERNANDES
 Presidente do Congresso



II Congresso Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia
I Congresso Brasileiro do Grupo Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia

Certificado

O Grupo Iberoamericano Interdisciplinar de Gerontologia certifica que

Márcia Virgínia Di Lorenzo Florêncio

participou do II CIIG e I CB do GIIG, realizado em Porto Alegre, RS, Brasil, nos dias 1, 2 e 3 de Outubro de 2013, versando sobre o tema "Diversidades do Envelhecimento, Quebra de Paradigmas na Terceira Idade", com carga horária de 24 h.

Porto Alegre – RS, 03 de Outubro de 2013

MYRIAM DE JESUS JACINTHO SANTOS LIMA
Presidente do GIIG – Brasil

NEISA REIS DE MACHADO FERNANDES
Presidente do Congresso

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



PUCRS



PROEX



MARISTA

Instituto de Geriatria e Gerontologia

Certificamos que o trabalho

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DE DEFICIT COGNITIVO EM IDOSOS CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB NO ANO DE 2012: ESTUDO TRANSVERSAL.

de autoria de MARCIA VIRGINIA DI LORENZO FLORENCIO e sob orientação de PATRÍCIA KRIEGER GROSSI, foi apresentado no **XV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**, realizado no período de 27 a 29 de novembro de 2013 e registrado sob nº26288-291-1.

Porto Alegre, 03 de janeiro de 2014.



Sergio Luiz Lessa de Gusmão
Pró-Reitor

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



PUCRS



PROEX



MARISTA

Instituto de Geriatria e Gerontologia

Certificamos que

MARCIA VIRGINIA DI LORENZO FLORENCIO

participou como OUVINTE do **XV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**, no período de 27 a 29 de novembro de 2013, com duração de 21 horas e registrado sob nº26288-150-1.

Porto Alegre, 13 de dezembro de 2013.



Sergio Luiz Lessa de Gusmão
Pró-Reitor