

ANDRÉA MATHES FAUSTINO

**VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS EM UMA ÁREA METROPOLITANA DE
BRASÍLIA, PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL**

Brasília – DF

2014

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ANDRÉA MATHES FAUSTINO

**VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS EM UMA ÁREA METROPOLITANA DE
BRASÍLIA, PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL**

*Tese apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade
de Brasília, para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.*

Área de concentração: *Saúde Coletiva*

Orientadora: Profa. Dra. Lenora Gandolfi

Co-Orientadora: Profa. Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura

Brasília – DF

2014

ANDRÉA MATHES FAUSTINO

**VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS EM UMA ÁREA METROPOLITANA DE
BRASÍLIA, PARANOÁ - DISTRITO FEDERAL**

*Tese apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília, para obtenção do título de
Doutor em Ciências da Saúde.*

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 27 de novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lenora Gandolfi

Instituição: Faculdade de Medicina / UnB

Assinatura

Profa. Dra. Erica Negrini Lia

Instituição: Departamento de Odontologia / UnB

Assinatura

Prof. Dra. Aline Cristina Martins Gratão

Instituição: Departamento de Gerontologia / UFSCAR

Assinatura

Profa. Dra. Yanna Karla de Medeiros Nóbrega

Instituição: Faculdade de Medicina / UnB

Assinatura

Dr. Einstein Francisco de Camargos

Instituição: Hospital Universitário de Brasília / HUB – UnB

Assinatura

Faustino, Andréa Mathes

Violência contra pessoas idosas em uma área metropolitana de Brasília, Paranoá - Distrito Federal. Brasília, 2014.

121 p.: il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília / UnB.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Lenora Gandolfi; Co-orientadora: Leides Barroso de Azevedo Moura

1. Violência. 2. Idosos 3. Maus-tratos contra o idoso 4. Dados demográficos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a **Deus** primeiramente pelo dom da vida e por me permitir ser quem eu sou.

Aos meus amados pais **Wilson Faustino (in memoriam)** e **Hilda Mathes Faustino** que me ensinaram muitos valores, mas principalmente o amor e respeito ao próximo.

Ao meu querido e amado esposo **José Alberto Guimarães Tolentino**, que é meu maior incentivador nesta caminhada profissional, dando seu apoio sem limites a todos os meus sonhos.

A minha querida irmã **Silvia Maria Mathes Faustino** que mesmo a distância está sempre presente em minha vida, com sua torcida e carinho!

Às queridas professoras **Lenora Gandolfi e Leides Moura**, que me acolheram em suas vidas e para mim são exemplos de respeito e integridade profissional e pessoal, com suas histórias de vidas dedicadas ao ensino e as suas famílias!

A **minha família**, que é tão grande, e que pela distância geográfica muitas vezes não é possível compartilhar todos os momentos, mas que com o carinho e orações me fortaleceram e incentivaram nesta caminhada, em especial a todos os tios e tias idosos, que tanto amo e que sei estão sempre torcendo por mim!

A todos os **amigos, conhecidos e colegas de trabalho**, que direta ou indiretamente fizeram parte desta caminhada, me apoiando sempre que precisei!

E finalmente dedico todo este trabalho aos **idosos e profissionais de saúde do Distrito Federal**, para que possam se sensibilizar com as questões da violência e que este possa ser um retrato do passado, com um futuro mais digno e com maior respeito para com as pessoas idosas!

Vocês dão sentido em minha vida!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos **Idosos do Paranoá, Distrito Federal**, que aceitaram fazer parte da pesquisa, e com suas histórias de vida me ensinaram muito!

A **todos os profissionais do Centro de Saúde nº01 do Paranoá**, desde o pessoal da recepção, segurança, limpeza, profissionais da saúde e direção, que me ajudaram no apoio logístico da coleta de dados, permitindo e cedendo seu tempo e espaço nesta caminhada, e em especial a enfermeira **Sandra Helena**, que me apoiou em todas as fases da coleta de dados.

Aos **Colegas do Departamento de Enfermagem do Campus Darcy Ribeiro**, que me permitiram o afastamento no momento da coleta de dados e de conclusão da tese, e em especial as colegas da área de Fundamentos de Enfermagem, professoras **Cristine, Ivone, Paula e Christiane**.

A todos os queridos **alunos e professores da Liga Acadêmica de Gerontologia da UnB (LAGUnB)** que me apoiaram e incentivaram na conclusão deste trabalho e que são a minha grande motivação nos caminhos da atuação em Gerontologia dentro da Universidade de Brasília!

Em especial agradecimento aos ex-alunos de enfermagem membros da LAGUnB, hoje profissionais, que me auxiliaram nos momentos iniciais da coleta de dados, no estudo piloto: **Prince, Nathália, Taís e Izabela**.

A **Finatec** que possibilitou por meio do edital nº01/2014, a participação no evento Fourth Interdisciplinary Conference and the Aging and Society, Manchester, Reino Unido onde foram apresentados parte dos resultados desta pesquisa.

De coração, o meu muito obrigado por tudo!

*Conheço um velho ditado que é do tempo do zagaio:
um pai trata 10 filhos, 10 filhos não trata um pai.*

*Sentindo o peso dos anos, sem poder mais trabalhar
o velho peão estradeiro, com seu filho foi morar.*

*O rapaz era casado e a mulher deu de implicar:
você manda o veio embora se não quisé que eu vá.
E o rapaz, com o coração duro com o veinho foi falar:*

*Para o senhor se mudar meu pai eu vim lhe pedir,
hoje aqui da minha casa o senhor tem que sair.*

*Leva este couro de boi, que eu acabei de curtir
pra lhe servir de coberta, adonde o senhor durmir.*

*O pobre velho calado, pegou o couro e sai,
seu neto de oito anos que aquela cena assistiu,
correu atrás do avó, seu paletó sacudiu
metade daquele couro, chorando ele pediu.*

*O velhinho comovido pra não ver o neto chorando,
partiu o couro no meio e pro netinho foi dando.*

*O menino chegou em casa, seu pai foi lhe perguntando:
pra que você quer esse couro que seu avô ia levando?*

*Disse o menino ao pai: um dia vou me casar,
o senhor vai ficar véio e comigo vem morar.*

*Pode ser que aconteça de nós não se combinar,
esta metade do couro, vou dar pro senhor levar.*

Música "Couro de boi" / Composição: (Palmeira - Teddy Vieira)

RESUMO

FAUSTINO, A.M. **Violência contra pessoas idosas em uma área metropolitana de Brasília, Paranoá - Distrito Federal**. 2014. 121f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília (DF). 2014.

Fenômenos inerentes ao processo de envelhecimento, como a senescência e senilidade, podem influenciar a ocorrência de atos de violência contra idosos, associados às condições sociodemográficas, como sexo, escolaridade, renda, condições de moradia, rede de apoio e proteção, além da capacidade funcional e cognitiva. O objetivo geral foi caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, informações pessoais e a sua relação com as naturezas de violência psicológica, física, financeira, abandono, negligência, autonegligência e sexual e os objetivos específicos foram analisar a prevalência de casos de violência, segundo as situações de violência, identificar a relação entre a capacidade funcional e cognitiva do idoso e a presença de violência e caracterizar o tipo de agressor e a frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos. Trata-se de estudo de base populacional, de caráter descritivo onde foram aplicados instrumentos para avaliar as situações de violência e a relação entre dados sociodemográficos, capacidade funcional e cognitiva. A coleta de dados foi realizada em unidade de saúde no Paranoá, Distrito Federal, onde foram realizadas entrevistas face-a-face, tendo o idoso como o interlocutor das situações de violência. Foram utilizados instrumentos de avaliação da violência, capacidade funcional de Katz e Lawton, e o mini-exame do estado mental. A amostra foi composta por 237 idosos, com idade entre 60 a 93 anos (média 70,25; DP 6,94), maioria do sexo feminino (69,9%), brancos (48,1%), casados (38%), analfabetos (44,3%), católicos (62%), de baixa renda (46%) e que residiam com pelo menos um familiar (89%). Quanto a prevalência 64,97% dos idosos relatou ter sofrido pelo menos um tipo de violência após ter completado 60 anos. Na relação entre as variáveis, foi observado que os tipos de violência psicológica, agressão física, abandono, autonegligência e abuso financeiro foram as que obtiveram níveis de significância estatística de $p < 0,05$, sendo significativa a associação entre a ocorrência de maus-tratos e a variável sociodemográfica como o sexo, possuir filhos, usar álcool. Ser dependente em atividades básicas de autocuidado e sofrer violência física foram estatisticamente significativos ($p=0,02$). Já na relação entre avaliação cognitiva e violência, não houve relação estatística significativa, contudo, as maiores frequências de casos de violência foram identificadas nos grupos de idosos com menor escolaridade e pior desempenho no teste mental. Quanto ao tipo de agressor, os filhos, seguidos dos cônjuges foram os mais citados como agentes de violência. O abandono foi o tipo de violência em que o idoso relatou maior frequência de vezes sofrida. Os resultados mostraram que variáveis sociodemográficas e de avaliação da capacidade funcional e cognitiva estão relacionadas com as situações de violência e que o agressor é um membro da família. Pesquisas epidemiológicas, como o presente estudo, podem ajudar a aumentar a conscientização tanto de profissionais quanto da sociedade, sobre as características de casos de maus-tratos entre idosos, que não são relatados, além de fornecer e demonstrar a causalidade dos fatores de risco, o que pode favorecer a elaboração de metas mais precisas e viáveis, para a intervenção e prevenção da violência entre pessoas idosas.

Palavras-chave: violência; idoso; maus-tratos ao idoso.

ABSTRACT

FAUSTINO, A.M. **Violence against elderly in a metropolitan area of Brasilia, Paranoá - Federal District.**2014. 121f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília (DF). 2014.

Phenomena associated with aging, such as senescence and senility, may influence the occurrence of acts of violence against the elderly, associated with sociodemographic conditions, such as gender, education, income, housing conditions, support network and protection, and functional capacity and cognitive. The overall objective was to characterize the elderly as the sociodemographic, health, and personal information and its relationship with the nature of psychological, physical, financial, abandonment, neglect, self-neglect and sexual violence and specific objectives were to analyze the prevalence of cases of violence, according to the situations of violence, identifying the relationship between the functional and cognitive capacity of the elderly and the presence of violence and characterize the type of offender and the frequency of acts of violence suffered by the elderly. It is a descriptive population-based study, where instruments were applied to assess the situations of violence and the relationship between sociodemographic data, functional and cognitive ability. Data collection was performed in a health unit in Paranoá, Federal District, where were carried out face-to-face interviews, and the elderly as the interlocutor of situations of violence. Were used violence assessment instruments, functional capacity of Katz and Lawton, and the mini-mental state examination. The sample consisted of 237 elderly people, aged 60-93 years (mean 70.25, SD 6.94), mostly female (69.9%), white (48.1%), married (38%), illiterate (44.3%), Catholics (62%), low income (46%), who were living with at least one family member (89%). As the prevalence, 64.97% of seniors reported having experienced at least one type of violence after completing 60 years. In the relationship between the variables, it was observed that the types of psychological, physical, neglect, self-neglect and financial abuse obtained levels of statistical significance of $p < 0.05$, with a significant association between the occurrence of abuse and sociodemographic variable like sex, have children and use alcohol. Be dependent in basic activities of self-care and suffer physical violence were statistically significant ($p = 0.02$). In the relation between cognitive assessment and violence, there was no significant statistical relationship, however, the most frequent cases of violence were identified in groups of elderly people with lower education levels and poorer performance on mental test. Regarding the type of offender, the children, followed by spouses were the most mentioned as perpetrators of violence. Abandonment was the type of violence which the elderly reported to suffer more frequently. The results showed that sociodemographic and evaluation of functional capacity and cognitive variables are related to the violence and the abuser is a family member. Epidemiological studies such as this, may help to raise awareness of both professionals and the society, on the characteristics of cases of abuse among the elderly, which are not reported, and provide and demonstrate the causality of risk factors, which can promote the development of more accurate and viable targets for intervention and violence prevention among older people.

Key-words: violence; elderly; abuse the elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características socioeconômicas, demográficas e de contexto de pessoas idosas segundo distribuição por gênero e se sofreu algum tipo de violência após os 60 anos.....	55
Tabela 2	Resultados dos testes de associação das variáveis socioeconômicas, demográficas e de contexto de pessoas idosas com os tipos de situação de violência	58
Tabela 3	Índices da capacidade funcional e situação de violência em geral de pessoas idosas.....	60
Tabela 4	Tipos/naturezas de violência e sua relação com as atividades funcionais de pessoas idosas	60
Tabela 5	Distribuição de idosos quanto a escolaridade em anos e os escores médio, máximo e mínimo do MEEM.....	61
Tabela 6	Resultados dos testes de associação do teste Mini-mental e os tipos de violência.....	62
Tabela 7	Frequência de ocorrência de tipos de violência de abuso financeiro, autonegligência, negligência e abandono em relação ao Teste Mini-mental e a escolaridade.....	63
Tabela 8	Frequência de ocorrência de tipos de violência de agressão sexual, agressão física, discriminação, e humilhação ou insulto em relação ao Teste Mini-mental e a escolaridade.....	64
Tabela 9	Distribuição dos tipos de relação quanto aos agressores de idosos.....	67
Tabela 10	Distribuição de violência entre idosos segundo época de ocorrência.....	69
Tabela 11	Distribuição de violência entre idosos segundo a frequência de ocorrência.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais causas de morte no Brasil entre pessoas com mais de 60 anos	29
-----------------	--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A velocidade de envelhecimento populacional: número de anos para a população > de 65 anos crescer de 7% para 14%.....	23
Figura 2	Taxa de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Brasil 1996 a 2011.....	30
Figura 3	Taxa de mortalidade por causas externas específicas em idosos, Brasil 1996 a 2011.....	30
Figura 4	Gráfico de distribuição dos casos positivos para violência entre idosos e o valor da prevalência na amostra.....	59

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPATE	Departamento de Atividades Especiais
DEPO	Divisão de Estatística e Planejamento Operacional
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SEI-GDF	Secretaria Especial do Idoso do Governo do Distrito Federal
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMIS	Sistematização das Medidas e Indicadores Sóciodemográficos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1. Transições demográfica e epidemiológica do envelhecimento no Brasil e no mundo.....	22
2.2 Processo de envelhecimento humano.....	26
2.3 Definições e a epidemiologia de violência contra idosos.....	27
2.4 Violência contra a pessoa idosa e a atuação da equipe multiprofissional em saúde.....	32
2.4.1 Formação profissional e conhecimento dos fatores de risco ou sinais de abuso em idosos.....	33
2.4.2 Natureza dos maus-tratos mais observados pelos profissionais de saúde e características das pessoas idosas que sofreram violências	34
2.4.3 Intervenções dos profissionais de saúde frente a suspeita ou situação de violência contra o idoso	35
2.4.4 Responsabilidade legal e preparo profissional para notificação do abuso contra idosos	36
2.5 Relevância do estudo.....	37
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 Geral	40
3.2 Específicos.....	40

4 MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1. Tipo de estudo.....	42
4.2. Local de estudo.....	42
4.3. População e amostra.....	43
4.4 Critérios de inclusão	44
4.5 Variáveis do estudo	45
4.6 Coleta de dados.....	46
4.7 Instrumentos de pesquisa.....	47
4.8 Procedimentos de pesquisa.....	49
4.9 Análise dos Dados.....	51
4.10 Aspectos Éticos.....	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Caracterização dos idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, informações pessoais e a relação com as situações de violência.....	54
5.2 Avaliação da prevalência de casos de violência entre idosos.....	59
5.3 Relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano.....	59
5.4 Relação entre a capacidade cognitiva de idosos e a exposição a situações de violência em seu cotidiano	61
5.5 Caracterização do tipo de agressor e a frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos.....	65
6 DISCUSSÃO.....	70

6.1 Caracterização dos idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, informações pessoais e a relação com as situações de violência.....	71
6.2 Avaliação da prevalência de casos de violência entre idosos.....	73
6.3 Relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano.....	75
6.4 Relação entre a capacidade cognitiva de idosos e a exposição a situações de violência em seu cotidiano	77
6.5 Caracterização do tipo de agressor e a frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos.....	79
7 CONCLUSÕES.....	81
8 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	85
9 RECOMENDAÇÕES.....	88
10 REFERÊNCIAS	91
ANEXOS.....	105
APÊNDICES.....	114

1. INTRODUÇÃO

A violência contra pessoas idosas é um fenômeno de notificação e discussão ainda muito recente no Brasil e no mundo. A primeira vez que o tema abusos contra idosos foi descrito em revistas científicas no mundo foi no ano de 1975, na Inglaterra, por meio da sessão de Cartas ao Editor na revista *British Medical Journal* cujo título da carta era “Granny-battering” (1).

A carta chamava atenção para o fato de não só crianças ou bebês serem vítimas de maus-tratos, mas também de idosos sofrerem estes tipos de abusos, o que na época foi destacado pelo autor, visto que muitos idosos poderiam estar sofrendo violência no domicílio, antes da admissão hospitalar para tratamento de doenças (1).

Este fato muitas vezes não era reconhecido pelos profissionais devido a condição de muitos idosos que eram admitidos no hospital, de já possuírem algum comprometimento mental ou cognitivo (1).

Além disto, o autor ainda ressaltou que os profissionais de saúde precisavam estar atentos para a ocorrência de maus-tratos entre idosos, bem como para a necessidade da identificação precoce de atos violentos, tanto no ambiente doméstico quanto hospitalar (1).

Já no Brasil, com a preocupação pela qualidade de vida dos idosos, fato que foi incorporado à Agenda da Saúde Pública nos anos de 1990, iniciou-se a discussão com relação ao tema das violências, contudo, ainda observou-se um baixo número de informações acerca do assunto (2,3).

Em consequência, a partir desta época, houve um aumento significativo no número de notificações de maus-tratos às pessoas idosas, o que fez aumentar os dados quantitativos (2,3).

Destaca-se o fato de que nem todos os atos de violência contra a pessoa idosa são notificados ou chegam ao conhecimento dos serviços de saúde.

A omissão dos atos de violência pode estar relacionada com o próprio ambiente doméstico em que o idoso se encontra, pois na maioria das vezes, é aí que estão os agressores, ou seja, são os familiares ou pessoas que convivem com ele que dificultam o acesso a denúncia (4,5,6).

Introdução

A rapidez com que ocorreram as mudanças sociais e econômicas na sociedade atual contribuiu para debilitar e, não raro, destruir as redes familiares e comunitárias que outrora tinham servido de apoio à geração mais velha (7).

Sabe-se que os grupos sociais compostos por crianças, mulheres, jovens e idosos são identificados como os de maior risco em vários aspectos, entre eles, sobre questões de violência e maus-tratos (7).

Destaca-se que o núcleo familiar é o principal responsável pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o proteja de todo tipo de abuso (8).

Vale ressaltar que a sociedade também tem sua participação de responsabilidade no cuidado coletivo de seus membros.

O apoio intergeracional pode funcionar em duas direções: primeiramente com a família usufruindo da aposentadoria ou pagamento de pensão dos idosos, o que caracteriza a violação dos direitos ou promovendo a integração familiar, favorecendo o bem-estar da pessoa idosa e consolidando uma rede de proteção e cuidado (9).

Estratégias para implementar as metas previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde da Pessoa Idosa de 2006, como a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz, são ações que estão voltadas para os aspectos de ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (2).

Outras ações contempladas pela rede visam: a sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde; a identificação e encaminhamento de situações de violência intrafamiliar; a articulação intersetorial; a redução e controle de situações de abuso; a redução e controle de situações de exploração e turismo sexual; a implantação de serviços sentinela responsáveis pela notificação de violências e a utilização da ficha de notificação de violências interpessoais (10). Anteriormente, o Estatuto do Idoso também já apontava para essas ações (11).

Outro aspecto é a perspectiva de gênero, ainda pouco apresentada nos estudos relativos à população idosa. A transversalidade ou a integração da lógica dos gêneros constitui uma estratégia que permite revelar as desigualdades que afetam de forma diferente homens e mulheres (12).

Além disto, o processo de envelhecimento tem um impacto distinto entre eles, pois estão associados principalmente à história de vida e ao desempenho dos diferentes papéis assumidos ao longo da trajetória de vida (12).

Introdução

A interface de fatores sociodemográficos associados aos estereótipos sexuais, de classe, cor ou etários, faz com que as mulheres idosas se tornem um grupo com um risco elevado de sofrer alguma forma de violência ou abuso (13).

Outro aspecto a ser considerado é que as pessoas idosas podem estar mais indefesas devido às dificuldades em pedir ajuda, por não ter conhecimento suficiente sobre os recursos de suporte disponíveis em seu meio social, bem como em ousar planejar uma vida longe dos seus agressores (12,14).

Além disto, existe a possibilidade de não saberem exatamente o que é violência e desconsiderarem os maus-tratos por parte de um membro da família como uma forma de violência, o que os torna uma ação comum e banalizada no meio de convívio do idoso (12,14).

Outras reações de idosos frente à violência doméstica são os sentimentos de medo, vergonha e até mesmo culpa pelo fracasso das relações, resultando muitas vezes na omissão do fato pela vítima e até mesmo a aceitação deste como acontecimento natural das relações entre os membros da família (12,14).

Diante do exposto, justifica-se a importância da pesquisa sobre a temática das violências contra pessoas idosas, iniciando-se por revisão da literatura sobre a transições demográfica e epidemiológica do envelhecimento no Brasil e no mundo, o processo de envelhecimento humano, as definições e a epidemiologia da violência contra idosos e sobre a violência contra a pessoa idosa e a atuação da equipe multiprofissional em saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. 1. Transições demográfica e epidemiológica do envelhecimento no Brasil e no mundo

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundialmente registrado como uma transição demográfica mais profunda a partir da segunda metade do século XX é considerado um dos fatos mais importantes desse período da história contemporânea, devido às suas repercussões nos mais diversos níveis da sociedade, nos âmbitos econômico, social e da saúde (15,16).

O envelhecimento demográfico chegou aos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, a partir dos anos de 1970, acarretando mudanças significativas no perfil de morbidade da população (15,16).

No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos, ou seja, pessoas acima de 60 anos ou mais de idade, no conjunto da população brasileira passou de 9,1% para 11,3% (17).

A transição demográfica ocorrida nos últimos anos em países como o Brasil, retratam claramente as diminuições nas taxas de mortalidade, natalidade e, principalmente, na fecundidade (17).

Quanto à queda da fecundidade, esta se iniciou nos anos de 1960 e foi generalizada em todas as regiões do país e estratos sociais. A média brasileira de filhos por mulher reduziu de 5,8 em 1960, para 1,9 em 2009 (17).

Atualmente o Brasil está passando pelo chamado “bônus demográfico”, o qual representa um período na transição demográfica de um país que ocorre quando a proporção de pessoas em idade ativa ainda é alta, tendo como característica uma menor razão de dependência, que é a relação entre o número de dependentes e pessoas em idade ativa (18).

Esta razão de dependência vem declinando desde o ano de 1965 e atingirá seu valor mínimo em 2020, quando começará a subir novamente (18).

Após os anos de 1950 no Brasil, a fração de idosos aumentou significativamente. Até este ano, o contingente de idosos era de 2,6 milhões, o que representava 4,9% da população total (18).

Em 2010 os idosos passaram a ser 19,6 milhões, o que representou 10,2% da população brasileira. Esta condição evidenciou na época um aumento no crescimento anual de 3,4%, sendo que antes era de 2,2% (18).

Revisão de Literatura

Até 2050 estima-se que, como resultado deste crescimento exponencial, o grupo de idosos crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, valor bem mais elevado que o crescimento da população geral, que deverá ser em torno de 0,3% (18).

Neste cenário a população idosa será de 64 milhões, o que representará 29,7% da população total no Brasil. Esta projeção para o número total de idosos no país configura-se como um valor superior aos encontrados atualmente no Japão, que hoje possui o maior percentual de idosos no mundo, que gira em torno de 24% de sua população total (18).

O preparo para estas mudanças são poucos e até mesmo insuficientes, dado a rapidez do fenômeno. Os países desenvolvidos, em geral, primeiro se tornaram estruturados e ricos e depois envelheceram (16,18).

No Brasil e outros países em estágio similar de desenvolvimento socioeconômico, a situação é diferente, pois estão se tornando mais velhos sem que haja o ajuste estrutural (16,18).

Os países desenvolvidos em sua grande maioria tiveram décadas para se ajustar a essa mudança na estrutura etária. Um exemplo disto é a França, que levou mais de um século para se adaptar, enquanto que, no Brasil, estas transformações ocorreram em duas décadas (Figura 1) (16,18).

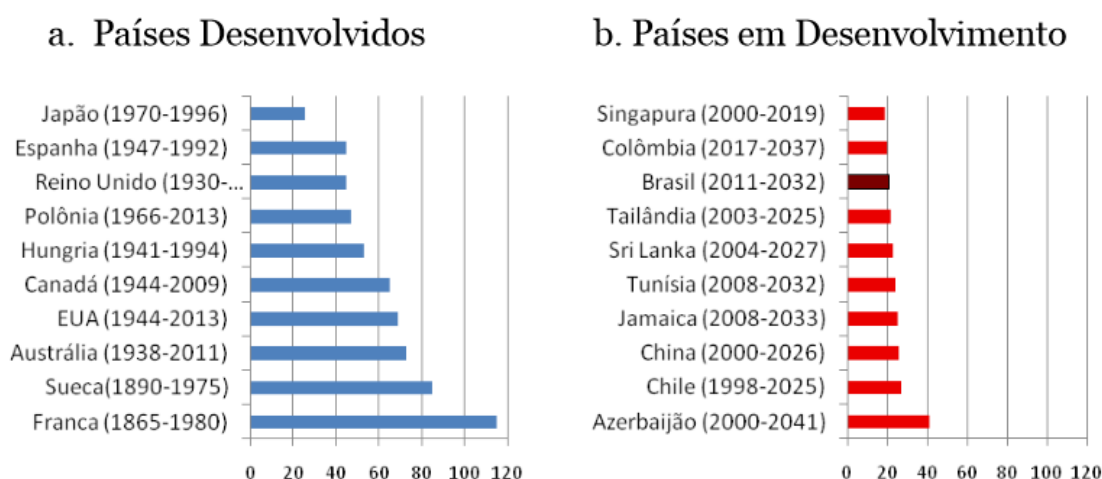


Figura 1. A velocidade de envelhecimento populacional: número de anos para a população > de 65 anos crescer de 7% para 14%. Fonte: Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho. 2011.

Constata-se assim que esse processo de envelhecimento, resultante do declínio da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, foi observado

Revisão de Literatura

primeiramente nos países centrais, e nas últimas décadas também em países periféricos como o Brasil (19).

Outro conceito relacionado à transição demográfica e amplamente utilizado na saúde pública é a esperança ou expectativa de vida ao nascer que, além de ser uma medida do nível de mortalidade de uma população, é um indicador sintético da qualidade de saúde e de vida em países ou em regiões (20).

Segundo dados da Sistematização das Medidas e Indicadores Sóciodemográficos (SMIS) provenientes da projeção da população do IBGE, nos anos de 1980 a expectativa de vida no Brasil não ultrapassava os 66 anos na maioria das regiões (21).

A taxa de esperança de vida ao nascer mais baixa era na região Nordeste, com 58,26 anos. Já nos anos 2000 a maior expectativa de vida no Brasil era de 72 anos, na região Sul (21).

Em 2010 houve um aumento na expectativa de vida para 75,47 anos na região Sul e de 70,76 anos na região Nordeste. Em 2030 a projeção se manterá, sendo a maior expectativa para a região Sul com 79,53 anos e a menor para a região Nordeste com 76,64 anos (21).

Destaca-se que quando a observação é feita por estado no Brasil, o Distrito Federal (DF), em todas as projeções, é a federação do país com a maior expectativa de vida, superando outros estados. No DF a estimativa para o ano de 2030 é que a esperança de vida ao nascer seja de 79,63 anos (21).

O reflexo desta discrepância entre os estados pode estar relacionado às desigualdades sociais entre as macrorregiões do país, evidenciadas pelas condições de vida destas populações (21).

As alterações demográficas decorrentes do processo de envelhecimento populacional são acompanhadas pelas mudanças epidemiológicas e geram novas demandas de reestruturação da atenção ao idoso no Brasil, com vistas à implementação de políticas públicas voltadas para esta população (22).

A transição epidemiológica evidencia uma alteração nos padrões de mortalidade, invalidez e morte (23).

O próprio envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram consideravelmente o estilo de vida dos brasileiros (23).

Atualmente, quanto ao perfil de mortalidade no Brasil, este se aproxima ao observado em países desenvolvidos, com predomínio das doenças cardiovasculares

Revisão de Literatura

e das neoplasias como primeira e segunda causas de óbitos. Contudo, ainda persistem as doenças infectocontagiosas como causa de óbitos (17,22,24).

Em decorrência do processo de envelhecimento populacional há conseqüentemente um aumento na prevalência de Doenças Crônico-Não Transmissível (DCNT) (25).

Estima-se que 85% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma doença crônica, sendo que 10% deles possuem afecções concomitantes (26).

Outros problemas de saúde que podem agravar a situação das DCNT é a presença do aumento na prevalência de fatores de risco, como a obesidade e o sedentarismo, que podem favorecer e antecipar o aparecimento de doenças como a hipertensão arterial e o diabetes, que antes eram associados com as perdas inerentes ao envelhecimento (26, 27).

Segundo dados de 2011, quase metade dos adultos (48,5%) com mais de 18 anos de idade nas capitais brasileiras relataram excesso de peso. Outros 17,0% referiram consumo abusivo de álcool, apenas 20,0% consumiam frutas e hortaliças em quantidade suficiente e 14,0% eram inativos fisicamente (23, 27).

Este retrato exemplifica como os hábitos de vida poderão influenciar no desenvolvimento de DCNT e, conseqüentemente, estar associados às perdas da capacidade funcional relacionadas às sequelas irreversíveis, tornando o idoso mais dependente de cuidados (23, 27).

Assim, acredita-se que o processo de envelhecimento associado às DCNT conduz à limitação da capacidade funcional e que o processo de envelhecimento não saudável pode implicar na necessidade de cuidados para prevenção da fragilidade (9).

A definição para incapacidade funcional é a inabilidade ou a dificuldade em realizar tarefas do cotidiano do ser humano, as quais normalmente são indispensáveis para uma vida independente no meio social (28,29).

A capacidade funcional é a potencialidade em desempenhar as atividades de vida diária ou determinado ato sem necessidade de ajuda de terceiros, fato que é determinante para a manutenção da qualidade de vida e da independência. As atividades de vida diária podem ser divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (28,29).

Neste cenário onde teremos mais idosos e com mais dependência funcional, os gastos com o setor saúde aumentarão substancialmente nas próximas décadas,

sendo este um dos maiores desafios fiscais para os gestores, tanto do setor público quanto do privado (18).

2.2 Processo de envelhecimento humano

O processo de envelhecimento é considerado um processo singular, evidenciado pelas diferenças entre pessoas da mesma idade, suas dinâmicas de vida e trajetórias familiares, podendo ser divididos em três componentes (30):

- Processo de envelhecimento biológico: resultante da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência;
- Envelhecimento social: relacionado aos papéis sociais desempenhados, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário;
- Envelhecimento psicológico: definido pela autorregulação do indivíduo em seu meio, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Quanto às formas para explicar o processo de envelhecimento humano temos muitas teorias que podem ser divididas em Teorias Biológicas e Teorias Psicossociais do envelhecimento (30,31).

As teorias biológicas do envelhecimento estudam o declínio e a degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células, que podem ser observados em um conjunto de variáveis mensuráveis, como a aptidão física ou eventos mórbidos que podem alterar o envelhecer (32).

Já as teorias psicossociais, estão divididas em psicológicas e sociológicas. As teorias psicológicas investigam os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante seu ciclo de vida, além de mecanismos usados por elas para o enfrentamento dos desafios pertinentes a esta fase (30,31). Já as teorias sociológicas irão tratar do impacto da sociedade nos adultos e idosos, e vice-versa (30,31).

Uma das teorias psicossociais é denominada Gerotranscendência ou Transcendência Gerontológica e foi postulada por Lars Tornstam, um sociólogo sueco. Ela sugere o envelhecimento humano como um estágio de características próprias de qualidade de vida e por ter um potencial geral direcionado para a gerotranscendência, ou seja, o processo de envelhecer consistindo em uma mudança de uma perspectiva de um mundo mais materialista e prático para uma

Revisão de Literatura

visão mais cósmica e transcendente, geralmente acompanhada por um aumento na satisfação com a vida (33,34).

O conceito de transcendência comporta três níveis de mudança no ser humano (33,34):

1) em um nível cósmico, mudanças em relação ao tempo, espaço, sentido da vida e da morte, comunhão com o espírito do universo;

2) nível do *self*, passagem do egocentrismo ao altruísmo, integração dos vários aspectos do eu;

3) nível das relações interpessoais e sociais, com prevalência das relações profundas e não superficiais, apreciação da solidão como solitude – reclusão voluntária e o aumento da reflexão.

Contudo nem sempre a evolução para o processo de envelhecer é percebida de forma mais suave pelos seres humanos, que em todo o ciclo vital apresenta involuções fisiológicas, denominadas de “envelhecimento fisiológico” ou senescente (35).

Neste contexto, o idoso, pode apresentar-se vulnerável e fragilizado, sendo então vítima de violência, muitas vezes praticada pelo (a) companheiro (a), filhos (as), netos (as), entre outros (35).

E, quando há presença do “envelhecimento patológico” ou senil, existe a necessidade de cuidados contínuos, determinados pelo ciclo de doenças, desgaste de cuidadores e fragilidade do estado de saúde do idoso, o que pode favorecer a exposição às condições de maus-tratos nesta população (35).

2.3 Definições e a epidemiologia de violência contra idosos

A violência contra idosos pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações, o que muitas vezes a torna impossível de dimensionar em toda a sua complexidade, favorecendo a inexistência de um diagnóstico, bem como a sua subnotificação (6).

Pela lei 12.461 de 26 de julho de 2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003) ressalta-se a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos à idosos e também a necessidade da comunicação aos órgãos públicos,

Revisão de Literatura

tais como a Autoridade Policial, o Ministério Público, o Conselho Municipal do Idoso, o Conselho Estadual do Idoso e o Conselho Nacional do Idoso (6).

Quanto às definições de violências ou maus-tratos contra idosos a Organização Mundial de Saúde (OMS) (36) conceitua como:

São ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral.

O mesmo conceito é adotado pelo Estatuto do Idoso no Brasil, publicado no ano de 2003 e complementa a primeira definição (11):

Violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Estatuto do Idoso, cap.IV, art.19, §1).

A manifestação da violência contra idosos pode ser em três dimensões (37):

- 1) *estrutural*: aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação;
- 2) *interpessoal*: que se refere às interações e relações cotidianas e;
- 3) *institucional*: que diz respeito à aplicação ou à omissão na gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência à pessoa idosa.

Quanto à natureza das violências, estas podem ser definidas como: (36, 37, 38):

- Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física: são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazer o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos: correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, discriminá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
- Abuso sexual, violência sexual: são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Revisão de Literatura

- Abandono: é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

- Negligência: refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Ela se manifesta frequentemente associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

- Abuso financeiro e econômico: consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais.

- Autonegligência: que diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.

Observando as situações de violência é importante refletir sobre as causas que levam a maioria dos idosos a óbitos ou a procurar os serviços de saúde. As primeiras seis causas de morte no Brasil entre pessoas com mais de 60 anos são (6):

Quadro 1 – Principais causas de morte no Brasil entre pessoas com mais de 60 anos

Colocação	Causas de Morte
1º lugar	doenças do aparelho circulatório (35,6%),
2º lugar	neoplasias ou tumores cancerosos (16,7%),
3º lugar	enfermidades respiratórias (14,0%),
4º lugar	doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, particularmente as diabetes (7,9%),
5º lugar	enfermidades do aparelho digestivo (4,7%) e
6º lugar	causas externas (3,4%), aqui incluindo as situações de agressões e violência.

(Fonte: Brasil. Manual de Enfrentamento a Violência contra a pessoa idosa, 2013).

Em relação à taxa de mortalidade entre o período de 1996 a 2011, destaca-se o crescente número de mortes por causas externas entre os homens idosos (Figura 2).

Os tipos de causas violentas pelas quais os idosos mais morreram estão representadas na Figura 3.

Revisão de Literatura

Destacam-se duas principais formas de vitimização entre esta população, que são as quedas e os acidentes de transporte, as quais denunciam formas de violência na vida social que atingem de forma muito específica as pessoas idosas.

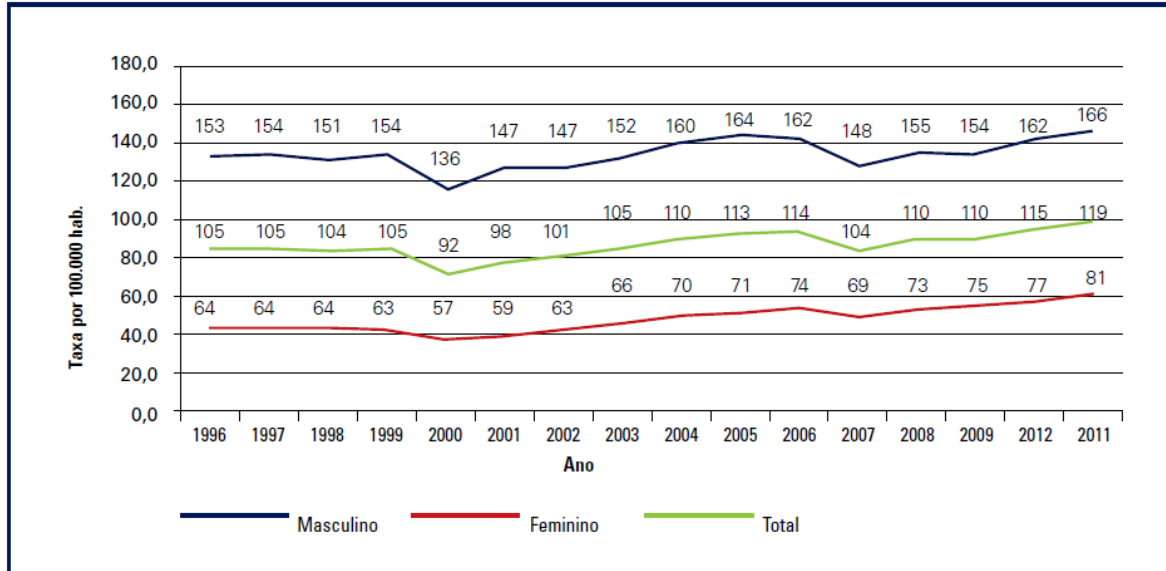


Figura 2 - Taxa de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Brasil 1996 a 2011 (Fonte: Brasil. Manual de Enfrentamento a Violência contra a pessoa idosa, 2013).

A OMS, ao divulgar o impacto da violência sobre a vida e o adoecimento das pessoas em geral, utiliza como conceito operacional o termo de “causas externas” o qual se entende por agressões físicas, psicológicas, acidentes e maus-tratos que provocam adoecimento ou levam a morte de uma pessoa (6).

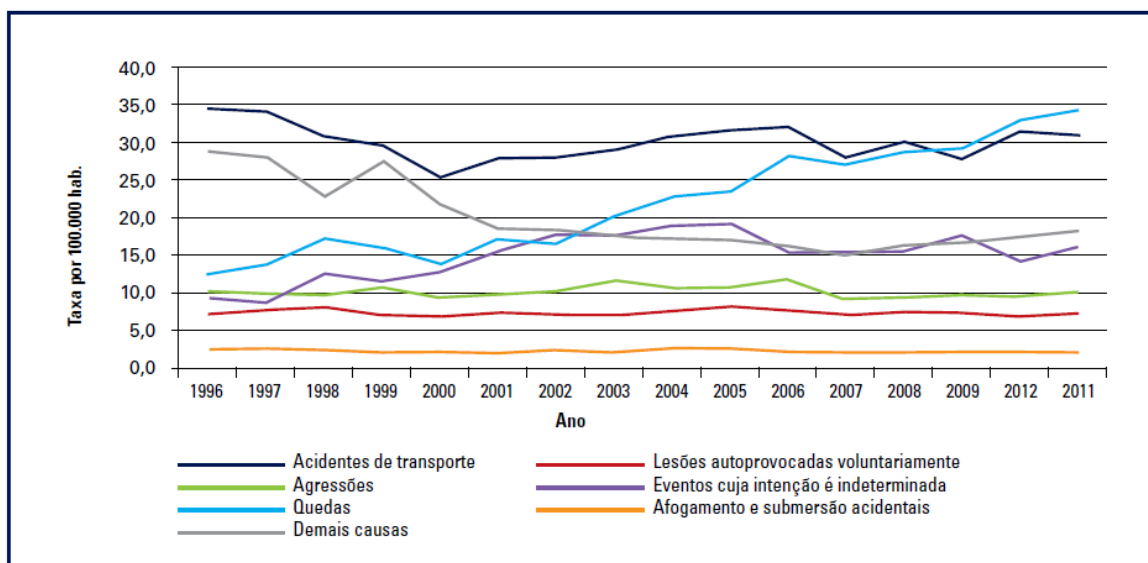


Figura 3 - Taxa de mortalidade por causas externas específicas em idosos, Brasil 1996 a 2011 (Fonte: Brasil. Manual de Enfrentamento a Violência contra a pessoa idosa, 2013).

Revisão de Literatura

Assim é essencial diferenciar o termo “causas externas” do termo “violência”, os quais não são sinônimos (6).

A nomenclatura de causas externas é utilizada para classificar os vários tipos de violência que causam mortes e adoecimento. Já o conceito de violência é a ação de um ser humano contra o outro provocado pelo abuso da força e do poder ou a omissão de socorro quando esse outro pede ou precisa dele (6).

Também pode ser definido como sendo um ato único ou repetido ou falta de medidas adequadas na situação de abuso, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa idosa (5,39).

Alguns fatores de risco envolvidos em situações de abuso entre idosos são: o idoso ter problemas de memória, como a demência (40), ter deficiência física, ter depressão, solidão ou falta de apoio social, fazer uso de álcool ou outras substâncias e sofrer de forma verbal ou física atritos com o cuidador (41).

Além disto, fatores estressantes associados a relacionamentos interpessoais e maus-tratos estão cada vez mais prevalentes entre a população geriátrica, sendo que alguns estudos internacionais, principalmente dos EUA observam uma taxa de prevalência de atos de violência em 10% neste grupo (42,43).

Na Europa, é citada a coabitação, em decorrência do baixo nível das pensões de aposentadoria e a feminização do envelhecimento, como fatores de risco à violência envolvendo a população idosa (44).

Outros fatores envolvem idosos com algum grau de comprometimento físico ou mental, existência prévia de um padrão de vida permeado pela relação de violência, o estresse do cuidador, problemas e dificuldades pertinentes à própria rotina, moradia compartilhada com outras gerações, as perdas materiais, o isolamento social, a presença de doenças e a conseqüente diminuição de sua capacidade funcional e cognitiva (39,45,46,47).

Quanto às taxas de incidência e prevalência de violência contra o idoso no Brasil, ainda são poucos os estudos de base populacional.

Um deles foi o estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), uma pesquisa multicêntrica na América Latina e Caribe, coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e desenvolvida no Brasil com 2.143 idosos residentes na área urbana na cidade de São Paulo que, entre outros objetivos,

procurou verificar possíveis sinais de violência física nesses idosos, sendo identificados sinais positivos em 1,1% desta amostra (48).

Outro estudo brasileiro apontou para uma prevalência de violência que variou de 43,2%, para violência psicológica, a 6,1% para a violência física grave, entre idosos residentes no estado do Rio de Janeiro (49).

No DF um estudo que utilizou dados secundários produzidos pelo banco de dados da Divisão de Estatística e Planejamento Operacional (DEPO), que é uma divisão de apoio técnico-operacional do Departamento de Atividades Especiais (DEPATE) da Polícia Civil do DF, analisou dados colhidos entre os anos de 2003 a 2007 (14).

Aproximadamente 3,84% de todos os idosos residentes no DF registraram junto às delegacias de polícia, alguma ocorrência de violência em domicílio, sendo a lesão corporal o tipo de maus-tratos mais denunciado, o que correspondeu a 32% dos casos notificados (14).

2.4 Violência contra a pessoa idosa e a atuação da equipe multiprofissional em saúde

Um aspecto que merece destaque é a falta ou a dificuldade de investigação por parte dos serviços e profissionais de saúde frente a este agravo, seja muitas vezes por não se sentirem capacitados, seja por não existirem protocolos organizados nos serviços que possam orientar na condução deste tipo de denúncia ou na identificação do problema (4).

O mosaico de situações que corroboram com a não denúncia produz fragilidade nas intervenções e favorecem a impressão de que não existem redes de serviços para acolher, escutar, tratar e encaminhar a pessoa idosa em situação de violência (4).

Observa-se que a subnotificação das ocorrências acaba funcionando para manter um ciclo vicioso de retroalimentação de imagem negativa dos serviços e dos profissionais e o *status quo* de uma cultura de não confiança nos serviços de saúde para ajuda em casos de violências (4,6).

2.4.1 Formação profissional e conhecimento dos fatores de risco ou sinais de abuso em idosos

Destaca-se em muitos estudos a falta de treinamento e conhecimento acerca dos fatores de risco ou sinais de violência.

Alerta-se ainda para a vital e emergente necessidade de formação para os profissionais de saúde considerando o crescente aumento da população idosa mundial, por meio de cursos e educação continuada (50,51,52,53,54,55,56,57,58,59).

Quanto à formação de profissionais de saúde para detecção precoce e denúncia de maus-tratos em idosos, em relação à formação de dentistas, ficou claro que estes profissionais, junto à equipe de saúde, são essenciais e potenciais identificadores do fenômeno da violência pelo fato de que idosos possuem mais problemas periodontais e por isto acabam visitando pelo menos duas vezes ao ano os dentistas (51, 52, 54).

É importante mencionar que esta realidade descreve um contexto nos Estados Unidos da América (EUA) e alerta que esses profissionais deveriam estar treinados para identificar estes sinais de violência, principalmente quanto ao abuso físico que ocorre em região de cabeça e pescoço, regiões que são mais fáceis de serem examinadas e onde as alterações são detectadas com maior facilidade por parte dos dentistas (51, 52, 54).

No que diz respeito à formação durante o curso de graduação, para os odontólogos no currículo norte-americano há uma pequena abordagem em aproximadamente 95% dos currículos dos cursos, com carga horária de uma hora, para tratar do tema “Violência Familiar”, mas sem a especificidade do abuso em idosos (52).

Assim, a grande maioria dos profissionais de nível superior e médio da odontologia, incluindo dentistas e técnicos de higiene dental, acaba tendo dificuldades para a identificação dos fatores de risco ou para a suspeita de maus-tratos entre idosos (51,52,54).

Em relação aos outros profissionais da equipe de saúde, destacam-se os estudos realizados com médicos da atenção primária – médicos de família e médicos generalistas – que atuavam em diferentes estados nos EUA (53, 56, 58).

Nestes estudos foram apresentados os aspectos acerca da falta de formação e também da falta de interesse em buscar mais conhecimentos sobre o tema, visto

que apenas 9% de médicos de família do estado de Ohio buscaram realizar cursos voltados para o tema e que 68% nunca tinham lido artigos ou trabalhos para entender melhor o fenômeno (53, 56, 58).

Pelo menos 80% dos médicos se achavam despreparados para a identificação do problema, ou seja, para dar o diagnóstico de abuso. Em contrapartida, eles declararam que estavam mais preparados para diagnosticar abusos contra crianças, pois 94% deles se lembravam do conteúdo durante a formação na residência médica (53).

2.4.2 Natureza dos maus-tratos mais observados pelos profissionais de saúde e características das pessoas idosas que sofreram violências

No cenário dos EUA, um estudo mostrou que 31% dos médicos da atenção primária identificaram e denunciaram algumas das naturezas de violência contra a população idosa, sendo as mais comuns os casos de negligência (57%), seguido de abuso físico (19%), abuso financeiro (15%), maus-tratos emocionais (7%) e abuso sexual (2%) (53).

Entre enfermeiros e médicos espanhóis os maus-tratos mais observados foram o psicológico e o financeiro. A violência psicológica estava associada a situações onde existia um rodízio muito grande entre familiares e pessoas que prestavam cuidados ao idoso, expondo-o à violência emocional e a violência financeira associada à imposição de responsabilidade aos idosos em cuidar da casa e dos netos, situação que intitulam de “avós escravos” (50).

Entre os profissionais dentistas, o abuso físico e de autonegligência foram os mais identificados devido à própria característica de abordagem deste profissional que avalia a saúde oral, tendo contato principalmente com áreas da cabeça, e também evidenciaram situações de precariedade de cuidados com a cavidade oral levando a condições de risco a saúde dos idosos e à condição de autonegligência ou negligência (54).

Quanto ao perfil de idosos que estariam mais expostos à situação de violência, estudos envolvendo estudantes e profissionais da saúde identificaram algumas características: ser um idoso com fragilidade, ou seja, com muitas comorbidades associadas que produzem dependência física, idosos sem familiares ou parentes, idosos em instituição de longa permanência e idosos do sexo feminino (51, 56, 59).

Em estudo realizado no Brasil os profissionais da atenção primária, frente à situação de abuso contra o idoso, identificaram algumas características comuns de situação de vulnerabilidade para a violência (59):

- idosos com privação do uso de seus recursos financeiros em benefício de seus familiares – por exemplo, a utilização da aposentadoria do idoso para o sustento da família;

- idosos proprietários de imóveis que são removidos de suas casas, sendo posteriormente colocados em um cômodo menos confortável ou apartados da casa principal.

2.4.3 Intervenções dos profissionais de saúde frente a suspeita ou situação de violência contra o idoso

Na maioria dos estudos os profissionais relataram incertezas e insegurança na ação quando identificaram os casos, fazendo assim poucas ou nenhuma notificação dos casos encontrados (50).

Os médicos dos EUA relataram que esses profissionais não investigam o problema da violência quando assistem seus pacientes idosos (53,56,58).

Os profissionais da saúde consideraram o abuso contra o idoso um problema de saúde pública e identificaram a necessidade de intervenção frente à detecção dessas situações, mas não apresentaram uma prática envolvida com o enfrentamento da situação (51,52,53,54).

Na Espanha, entre enfermeiros e médicos, foi unânime que a violência contra idosos é um problema social, que transcende a esfera da saúde e envolve muitas incertezas quanto à responsabilidade da denúncia pelos profissionais de saúde (50).

Nos casos de abuso financeiro, 62% dos médicos de Ohio, EUA, não se sentiram responsáveis por fazer a denúncia do problema (53). Em outro estudo, somente houve a denúncia quando se observou a presença de casos graves de maus-tratos (50).

Quanto à denúncia como ação de intervenção, 20% dos dentistas relataram ter identificado a situação de violência, mas não denunciaram (54).

Já entre os médicos norte americanos, 94% identificou a suspeita de maus-tratos contra idosos, porém não denunciou devido aos seguintes motivos (53):

- 1º) em 44% dos casos a causa ou sinais eram muito sutis;

- 2º) 23% das vítimas negou os maus-tratos;

Revisão de Literatura

3º) 21% dos médicos não tinha certeza quanto aos procedimentos de denúncia e;

4º) em 10% dos casos os médicos não tinham clareza quanto às leis e definições de maus-tratos, o que levou também ao desconhecimento quanto aos recursos da comunidade para fazer tal notificação.

2.4.4 Responsabilidade legal e preparo profissional para notificação do abuso contra idosos

O profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento. O “fechar os olhos para o problema” pode acarretar processos judiciais contra o profissional, podendo este responder pelo crime de omissão (50,57). Isto já ocorre em vários países do mundo, responsabilizando legalmente profissionais médicos, de enfermagem e de odontologia, entre outros (51,53,54,56,57).

O setor de saúde não pode assumir sozinho a responsabilidade no combate à violência contra a pessoa idosa, mas deve sim se envolver e capacitar os profissionais para ações mais eficazes contra esta situação (57).

No Brasil os códigos de ética profissional de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia contêm artigos que se referem à obrigação que estes profissionais têm em zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Somente de forma implícita estão dispostas ações de prevenção e gerenciamento de situações de violência tanto para família, quanto para o indivíduo idoso em questão (57).

Nos estados da Califórnia, Ohio, Texas e Michigan nos EUA, os profissionais de odontologia e medicina tem a obrigação de denunciar aos órgãos oficiais do governo os abusos contra a pessoa idosa, estando sujeitos às penalidades legais caso ocorra omissão no relato destas situações quando identificadas (51, 53, 54, 56, 58).

A responsabilidade da denúncia e as ações de prevenção cabem a toda sociedade, porém, os profissionais da saúde, por lidarem com situações extremas de saúde e doença, precisam realizar avaliações diversificadas ao olhar o idoso como um ser único, digno, de direitos e com uma história de vida a ser sempre considerada.

Este profissional deve-se sensibilizar frente a estas situações e buscar recursos suficientes para dar suporte ao idoso que sofre maus-tratos, quer seja no

domicílios ou na comunidade, quer seja em centros educacionais que promovam a educação e formação para a melhor abordagem deste problema.

2.5 Relevância do estudo

Ao observar o panorama atual no país, fica evidente que o crescente número de idosos em sua população, fenômeno global associado às transições demográfica e epidemiológica, está acompanhado pelo despreparo frente aos gastos públicos, reflexo que a realidade do envelhecimento produz nas dinâmicas societárias.

No Brasil, a despeito de se registrar uma maior expectativa de vida dos cidadãos, as desigualdades sociais continuam e favorecem as assimetrias de poder tanto no âmbito social como no contexto familiar.

As condições de saúde de idosos contribuem para o cenário epidemiológico onde se sobressaem as DCNT e aumentam a chance dos idosos desenvolverem dependência funcional e apresentarem agravamento das condições cognitivas e maior exposição às situações de violência (6,60).

Tal cenário requer uma ação integrada de Estado e da sociedade na construção de redes de apoio social e serviços de atendimento e proteção de direitos. Neste sentido, o desenvolvimento de pesquisas em temas sensíveis é essencial para captar a prevalência da violência nos territórios e auxiliar os gestores e profissionais do cuidado humano no planejamento de programas de intervenções e monitoramento de políticas voltadas para a defesa de direitos e ao enfrentamento de desigualdades.

Desta forma a presente pesquisa pretende oferecer subsídios às equipes e profissionais de saúde que lidam com idosos para a construção do conhecimento sobre violência/maus-tratos e criação de estratégias de identificação precoce e intervenção no enfrentamento de situações de violência, visando melhorar o diagnóstico de ocorrência de maus-tratos e proteger a identidade do idoso.

É importante ressaltar a necessidade de se estabelecer processos de educação permanente e treinamento contínuo para toda a equipe multiprofissional que lida com pessoas idosas, melhorando o gerenciamento de casos de violência.

As ações de proteção envolvem saber notificar e denunciar aos órgãos competentes, assistir aos casos e encaminhar para serviços especializados, acompanhar o idoso no ambiente em que se encontra e sistematizar protocolos que visam reduzir os fatores de risco de violência.

Revisão de Literatura

O estudo do tema violência contra idosos requer capacitação e supervisão sistemática das atividades de campo, sendo que este tipo de pesquisa ainda é pouco explorado nas regiões administrativas do DF, especialmente na forma como foi realizado o presente estudo, onde se procurou investigar as situações de abuso tendo o idoso como interlocutor.

Objetivos

OBJETIVOS

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, informações pessoais e a relação com as situações de violência segundo as naturezas psicológica, física, financeira, abandono, negligência, autonegligência e violência sexual entre idosos residentes em uma região metropolitana de Brasília, Paranoá, Distrito Federal.

3.2 Objetivos Específicos

- analisar a prevalência de casos de violência, segundo as situações de violência.
- identificar a relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano.
- identificar a relação entre a capacidade cognitiva de idosos e a exposição a situações de violência em seu cotidiano.
- caracterizar o tipo de agressor e a frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, de caráter descritivo envolvendo uma população de pessoas idosas atendidas em um serviço de Atenção Primária a Saúde em uma das regiões administrativas do Distrito Federal.

4.2 Local de estudo

O local de coleta de dados foi o Centro de Saúde nº 01 da Regional de Saúde do Paranoá. A Região Administrativa do Paranoá, tal como é conhecida hoje, foi criada em 10 de dezembro de 1964, através da Lei 4.545, porém, somente em 25 de outubro de 1989, o Decreto nº 11.921 fixou os novos limites da Região Administrativa (RA-VII) (61).

A Vila Paranoá originou-se do acampamento dos pioneiros que trabalhavam na construção da Barragem do Lago Paranoá em 1957. Após o término da obra os pioneiros permaneceram no local e outros imigrantes ocuparam a área próxima à antiga vila, de forma desordenada. Em 1960, o acampamento abrigava cerca de três mil moradores em 800 barracos, assentados próximo à barragem do Lago Paranoá (62).

Em 10 de dezembro de 1964, com a Lei 4.545, foi criada a Região Administrativa do Paranoá, porém, somente em 25 de outubro de 1989, com Decreto nº 11.921 foram fixados os novos limites e a transferência do assentamento para área definitiva do Paranoá. Após a fixação da Vila Paranoá, a área do antigo acampamento tornou-se o Parque Vivencial do Paranoá aprovado pelo Conselho de Arquitetura, Urbanismo e Meio Ambiente (CAUMA), em 1992, e instituído pelo GDF por meio do Decreto 15.899/94. Sua população urbana foi estimada em 2013 em 45.613 habitantes (62).

O número de idosos na Regional Administrativa do Paranoá, segundo dados preliminares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010 eram de 2556 idosos, o que representa 8,4% da população, percentual maior ao comparado a população idosa do DF que é 7,4% (17).

A área Metropolitana de Brasília na qual foi desenvolvido o estudo caracteriza-se ser uma região de elevada vulnerabilidade socioeconômica, confirmado por resultados de estudo amostral desenvolvido pelo governo local que

Material e Métodos

apontou renda per capita de aproximadamente \$300,00 dólares americanos mensais. No quesito segurança o levantamento mostrou que 9,02% da população sofreu algum tipo de violência no ano anterior à pesquisa e os tipos de agressões mais comuns foram roubos e furtos, sendo que 57% destes casos ocorreram nas ruas da cidade (62).

Quanto à caracterização geral da população observou-se baixa escolaridade com 42,6% de idosos com ensino fundamental incompleto. Há uma grande parcela de idosos responsáveis pelos domicílios nos grupos etários acima 55 anos, e nesta faixa etária estão os aposentados que representam apenas 17,7%. O restante das rendas dos idosos acaba sendo proveniente de benefícios do governo. Entre os aposentados, 39% voltaram a realizar atividades para complementação de renda, o que evidenciou idosos aposentados como chefes de família (63).

Quanto a utilização de serviços públicos de saúde 93,7% dos moradores do Paranoá declararam fazer uso deste equipamento social. As causas mais frequentes de internações hospitalares no ano de 2011 entre os idosos nesta regional foram relacionadas às doenças cardiovasculares, destacando-se a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares, seguidos das doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Outras causas também se destacaram entre as pessoas idosas que necessitaram de internações como fraturas e neoplasias (63).

4.3 População e Amostra

A definição da amostra foi segundo o objeto do estudo, que era estimar a prevalência de situações de violência entre os idosos residentes no Paranoá. Assim foi levado em consideração que a prevalência média de violência estimada para idosos no Brasil era de aproximadamente até 40%, segundo literatura nacional (14,49).

Assim o tamanho da amostra foi determinado pela fórmula que possui como base a estimativa da proporção populacional.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos da amostra.

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

Material e Métodos

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que pretendemos estudar.

q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que pretendemos estudar ($q = 1 - p$).

E = Margem de erro ou erro máximo da estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

Considerando um grau de confiança de 90%, que possui como valor crítico $Z_{\alpha/2} = 1,645$, e um erro máximo de estimativa de $\pm 5\%$ temos:

$$n = \frac{1,645^2 \cdot 0,4 \cdot 0,6}{0,05^2} = 259,77$$

Para ajustar o tamanho da amostra segundo a população de idosos do Paranoá obtida pelos dados do Censo de 2010 ($N = 2556$), podemos utilizar a fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2}^2)}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2}^2) + (N - 1) \cdot E^2}$$

$$n = \frac{2556 \cdot 0,4 \cdot 0,6 \cdot 1,645^2}{0,4 \cdot 0,6 \cdot 1,645^2 + 2555 \cdot 0,05^2} = 235,89$$

Assim ao final o tamanho da amostra previsto seria em torno de 236 idosos.

4.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão considerados para compor a amostra do estudo foram:

- idosos de ambos os sexos,
- idosos com idade igual ou superior a 60 anos,
- idosos frequentadores do serviço de saúde básica da Regional de Saúde do Paranoá,
- idosos sem diagnóstico de demências.

4.5 Variáveis do estudo

As principais variáveis do estudo foram as relacionadas as situações de violência:

1. Ter sofrido violência após os 60 anos: sendo considerado respostas positivas “sim” ou negativas “não”;
2. Ocorrência da violência: se ocorreu nos últimos 12 meses;
3. Frequência da violência: onde foram consideradas as seguintes respostas “Uma vez”, “Poucas Vezes”, “Três ou mais Vezes” “Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)” “Não se aplica” no caso de a primeira pergunta em relação a exposição de violência ter sido negativa e a opção “Recusa/Não Sabe/Não se lembra”.

As variáveis explicativas foram:

1. Idade: a idade completada no último aniversário, sendo checada junto ao prontuário;
2. Sexo: onde foram considerados o sexo masculino e o feminino;
3. Orientação sexual: com as opções de heterossexual, homossexual, bissexual, não sei/não quero responder;
4. Local de residência: sendo consideradas todas as regiões administrativas do Distrito Federal;
5. Local de Procedência antes de residir no Distrito Federal: sendo considerados todos os estados do Brasil;
6. Cor autodeclarada: branca, amarela/indígena, parda, preta;
7. Estado civil/ conjugal: casado, desquitado ou separado, divorciado, viúvo, solteiro, mora com algum companheiro / parceiro;
8. Escolaridade: foi considerada em níveis de formação ensino fundamental, médio e superior e quanto ao tempo de estudo, sem instrução / analfabeto, 1-4 anos de estudo, 5-8 anos de estudo, 9-11 anos e 12 anos ou mais de escolaridade.
9. Reside com quem: filhos, com algum membro de sua família / outras pessoas.
10. Possui filhos: sim ou não, se sim quantos;
11. Religião atual: católica, evangélica, espírita, afro-brasileira, outra ou nenhuma;
12. Situação de ocupação: aposentado, recebe benefício do governo, recebe pensão, trabalha, outra situação;

Material e Métodos

13. Participação em grupo / atividades sociais: considerada participação sim ou não;
14. Renda familiar: até 01 salário mínimo, 02 a 03 salários mínimos, 04 ou mais salários mínimos, não sabe precisar / não tem valor fixo, sem renda;
15. Uso de bebida alcóolica: uso e frequência;
16. Problema de saúde: se sim qual o tipo.
17. Estado cognitivo: foi classificado segundo os pontos de corte do MEEM (64).
18. Medida da capacidade funcional: foi classificada de acordo com os instrumentos que avaliaram a ABVD e AIVD e os escores utilizados pelos autores (65, 66).

4.6 Coleta de dados

Antes do início da etapa de coleta de dados foi feita a submissão de um dos instrumentos pertencentes a pesquisa e elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A) à um grupo de juízes, a fim de ser analisado quanto à validade de conteúdo. No total foram encaminhados para cinco juízes com formação na área de gerontologia e ou atuação com população idosa, com níveis de formação variando entre mestrado e doutorado. Nesta etapa foram julgados se os itens do instrumento estavam compreensíveis e se apresentavam validade aparente ou de face, o que consistiu no julgamento de cada item quanto à clareza, à facilidade de leitura, à compreensão e à forma de apresentação no instrumento. Após a análise e devolutiva dos juízes os ajustes sugeridos foram atendidos e modificados pela pesquisadora.

Também foi realizado um teste-piloto durante os dois primeiros meses da coleta de dados, ou seja, entre julho e agosto de 2012, com o objetivo de avaliar o processo de entrevista utilizando-se os instrumentos de pesquisa. Neste período a pesquisadora contou com a colaboração de alunos do curso de enfermagem que foram treinados pela própria pesquisadora quanto a aplicação dos instrumentos.

Ao término do período do teste-piloto foram coletados 32 instrumentos, os quais foram descartados e não foram contabilizados na amostra final, por ter sido considerado pela pesquisadora que havia a necessidade de ajustes quanto ao formato e ordem das perguntas no instrumento principal.

Ressalta-se que toda a amostra coletada e considerada para os resultados finais do estudo, foram coletadas pela própria pesquisadora.

4.7 Instrumentos de Pesquisa

Foi utilizado o Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A) baseado no formato das perguntas da pesquisa SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), um estudo coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e que possui o formato de um inquérito multicêntrico sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas em sete centros urbanos na América Latina e Caribe, sendo que no Brasil foi coordenado e desenvolvido por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) (67).

Em relação aos aspectos sociodemográficos e as situações de violência, foi necessária a complementação e adaptação para atender aos objetivos desta pesquisa, com outras perguntas acerca das violências. No instrumento do estudo SABE o foco principal era a violência física, e como a intenção da presente pesquisa era a de avaliar todas as naturezas das violências, foi integrado ao instrumento (APÊNDICE A) perguntas elaboradas pela própria pesquisadora, abrangendo todos os tipos de violência, ou seja, as várias naturezas definidas pela OMS: psicológica, física, financeira, abandono, negligência, autonegligência e abuso sexual.

Ao final o Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A) ficou composto por 18 perguntas em relação aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde e de informações pessoais e por 24 perguntas acerca das naturezas das violências contra idosos. Em relação as perguntas voltadas para os aspectos da violência, destaca-se a avaliação por parte da pesquisadora no que diz respeito se o interlocutor, no caso a pessoa idosa, já havia sofrido ou não aquele tipo de situação problema após ter completado 60 anos.

Ao ser colocada a pergunta, que consistiu de exemplos de situações de violência que exemplificava a natureza do abuso, era dada ao idoso as opções de repostas entre o “sim”, “não”, ou ainda “Recusa/Não Sabe/Não se lembra”. Quando sim “por parte de quem?” na tentativa de observar o agressor.

Se a resposta fosse positiva em relação aquela situação de violência haviam ainda mais duas perguntas, uma relacionada ao período da exposição e outra quanto a frequência do abuso sofrido. Desta forma então era perguntado ao idoso se aquela situação vivenciada havia acontecido no último ano, determinando o período de exposição. A pergunta era: “Isso aconteceu nos últimos doze meses?”, com as seguintes opções de repostas “sim”, “não”, ou ainda “Recusa/Não Sabe/Não se

Material e Métodos

lembra”, e nos casos de reposta negativa anteriormente era marcada a opção “não se aplica”.

No que diz respeito a frequência de exposição ao abuso a pergunta era “qual a frequência?” tendo as seguintes opções de respostas: “Uma vez”, “Poucas Vezes”, “Três ou mais Vezes” “Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)” “Não se aplica” no caso de a primeira pergunta em relação a exposição de violência ter sido negativa e a opção “Recusa/Não Sabe/Não se lembra”.

Além do instrumento de entrevista geral, a avaliação também foi composta por instrumentos que permitissem identificar a situação das capacidades funcional e cognitiva do idoso, por se tratar de aspectos mensuráveis que podem determinar maior chance da pessoa idosa sofrer maus-tratos de acordo com os fatores de risco para a violência anteriormente citados. A escolha dos instrumentos para avaliação funcional e cognitiva foi determinada por serem de ampla utilização em estudos nacionais e internacionais das áreas de gerontologia e geriatria e terem sido validados e adaptados para a realidade brasileira.

Para avaliação das capacidades funcionais em relação ao desempenho nas ABVD foi utilizada a escala proposta por Katz (68) (ANEXO 2), que avalia o nível de dependência do sujeito para desempenhar um conjunto de seis atividades diárias de autocuidado como: banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação (69).

O resultado do escore de Katz pode variar entre 6 a 18 pontos e, para fins de análise, foi utilizada a seguinte classificação para a interpretação das pontuações, onde eram dadas as seguintes opções de respostas: não recebe assistência nenhuma (1 ponto), recebe assistência parcial (2 pontos), não executa a atividade (3 pontos). Assim a escala permite classificar o idoso como independente (6 pontos), semidependente (7 a 16 pontos) e dependente (acima de 16 pontos) (66,70).

O outro instrumento utilizado para avaliação da capacidade funcional em relação as AIVD foi a Escala de Lawton e Brody (71) (ANEXO 3), que avalia o desempenho funcional em atividades mais complexas: como usar o telefone, ir a locais distantes usando algum tipo de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar roupas, tomar remédios corretamente e cuidar das finanças (65).

Os escores podem variar de 9 a 27 pontos e, quanto à classificação em relação ao nível de dependência adotou-se a seguinte classificação: Independente (27

Material e Métodos

pontos), Dependência parcial (de 26 até 18 pontos) e Dependência total (≤ 18 pontos) (65).

Para avaliação da função cognitiva foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO 4) que é uma escala desenvolvida por Folstein, Folstein e Mchugh (72), nos EUA e traduzida e validada para o Brasil por Bertolucci e colaboradores (1994), e tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos em potencial risco para desenvolver síndromes demenciais (73).

O MEEM é composto por questões de diferentes aspectos avaliativos de funções cognitivas específicas, onde estão agrupadas em sete categorias: orientação para o tempo (5 pontos), orientação para o espaço (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação, lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). A escala varia de 0 a 30 pontos. Para fins de análise foi adotada a classificação de escores sugerida por Brucki quando o escore mediano mínimo obtido de acordo com a escolaridade deve ser atingido pelo idoso avaliado, quando não pode se considerar presença de comprometimento cognitivo: para analfabetos escore mediano mínimo de 20; para escolaridade entre 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 (64).

4.8 Procedimentos de Pesquisa

A seguir a descrição das etapas de coleta de dados e procedimentos de pesquisa realizados pela pesquisadora:

1. Primeiramente era coletado junto ao médico da unidade o histórico do idoso em relação a alterações cognitivas ou presença de demência, em caso positivo da presença destas condições, não era feito o convite ao idoso para participar da pesquisa, em casos negativos era feito então o convite;
2. Os idosos eram abordados individualmente, após consulta médica e em sala privativa na unidade de saúde, onde eram convidados a participar da pesquisa, onde eram informados os objetivos da pesquisa;
3. Em caso de aceite era prosseguida a aplicação dos instrumentos de pesquisa. Em caso de recusa em participar da pesquisa, era entregue

Material e Métodos

um folheto explicativo acerca das definições de violência e suporte para denúncias (ANEXO 5).

4. As entrevistas eram realizadas face a face com o idoso, e os instrumentos eram aplicados na seguinte ordem:
 - a. Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A), parte 1 com as perguntas referentes aos aspectos sociodemográficos, pessoais e de saúde.
 - b. Instrumento de Katz (ANEXO 2)
 - c. Instrumento de Lawton (ANEXO 3)
 - d. Mini Exame do Estado Mental (ANEXO 4)
 - e. Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A), parte 2, com as perguntas acerca das naturezas das violências.

A duração média das entrevistas era de 50 minutos. Optou-se por esta ordem na aplicação dos instrumentos a fim de haver maior familiarização com as condições de saúde e funcionalidade do idoso entrevistado, antes de serem perguntadas as questões acerca das violências, por ser considerado um tema mais sensível em ser abordado.

A coleta de dados foi realizada durante o período de julho de 2012 a novembro de 2013, incluindo aqui o período de teste-piloto. Todas as informações eram transcritas pela pesquisadora no momento da entrevista nos próprios instrumentos.

Ao final da entrevista para todos os idosos era entregue um folheto explicativo acerca dos tipos de violência (ANEXO 5), cujo enfoque do material era a informação acerca dos tipos de violência que idosos podem sofrer e para a denúncia da situação, sendo disponibilizado telefones úteis de contato no Distrito Federal que tomam providências frente a presença de violência contra a pessoa idosa. Este material foi solicitado pela pesquisadora e adquirido junto a Secretaria Especial do Idoso do Distrito Federal (SEI-GDF).

No momento da entrega do folder, também eram discutidas eventuais dúvidas acerca das situações de violência e também eram apresentados alguns dos canais de denúncia e rede proteção ao idoso no Distrito Federal contidos no próprio material. Em situações onde era solicitado pelo próprio idoso ou quando era observada a situação de risco quanto aos maus-tratos, a pesquisadora fazia o encaminhamento do idoso para a assistente social, ou para a enfermeira da unidade

Material e Métodos

de saúde a fim de que fossem tomadas outras providências e serem tomados outros encaminhamentos acerca da situação de maus-tratos vivenciada pelo próprio idoso e que foram declaradas ou observadas durante a entrevista.

Durante a coleta, outros 8 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar, porém após o convite e a explicação dos objetivos da pesquisa se recusaram por motivos pessoais relacionados ao tempo que seria dispendido para a entrevista.

4.9 Análise de dados

Os dados foram transcritos para uma planilha no programa Excel da suíte Microsoft e as variáveis foram categorizadas por meio da elaboração de um dicionário (codebook). Também foi utilizada a estratégia da dupla digitação dos dados a fim de validar as informações na planilha matriz.

Para o cálculo da prevalência, que se refere ao número de casos existentes de uma doença em um dado momento, optou-se pelo período de observação realizar a Prevalência de Período que é a frequência de casos existentes em um período de tempo, por exemplo, em um ano de observação (74).

A fórmula utilizada foi a seguinte (74):

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{número de casos existentes em determinado período}}{\text{número de pessoas na população no mesmo período}} \times \text{constante}$$

Os resultados das análises foram gerados com o auxílio dos seguintes programas estatísticos: Statistical Analysis Software (SAS), versão 9.3, IBM SPSS Statistics 20 e o Microsoft Excel 2010 e Bioestat, na versão 5.3.

Para avaliar variáveis qualitativas foram calculadas as frequências relativas, em percentual. Para verificar se os dados foram compatíveis com alguma hipótese foi utilizado o teste de hipóteses que é o método que muitas vezes pode sugerir a não-validade de uma hipótese.

Material e Métodos

O nível de significância adotado em todos os testes foi $\alpha = 0,05$, tendo sido interpretados os valores de p supondo que a casuística foi constituída por uma amostra aleatória simples de uma população com características semelhantes.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-Quadrado para Independência, que consiste em detectar a existência de associação entre as variáveis qualitativas. Para a aplicação desse teste foi considerado, que as observações foram selecionadas aleatoriamente.

E quando o teste de Qui-quadrado não foi significativo por conta de um ou mais de suas células possuírem valores esperados de cinco ou menos, foi realizado o teste exato de Fisher.

A variável dependente foi a ocorrência ou não de violências contra idosos, ocorrida em algum momento após os 60 anos. Qualquer resposta afirmativa para os atos classificados como violentos equivaleu a um caso positivo.

4.10 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), e foi aprovado sob o número 160/2012 em 04 de junho de 2012 (ANEXO 1).

Todos os idosos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que foi assinado em duas vias pelo idoso e pesquisadora, ficando uma via com o idoso e outra com a pesquisadora, conforme orienta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, informações pessoais e a relação com as situações de violência

A amostra final foi composta por 237 idosos de ambos os sexos, onde a idade variou entre 60 a 93 anos (média = 70,25; DP = 6,94 e mediana = 70 anos), sendo a faixa etária de maior frequência a de idosos jovens com idade entre 60 a 69 anos (47,3%; n=118). Esta também foi a faixa etária que mais relatou ter sofrido algum tipo de violência (65,3%; n=77).

Houve predominância do sexo feminino (69,6%; n=165), sendo que as mulheres foram as que mais sofreram algum tipo de violência (67,9%; n=112).

Quanto à orientação sexual, 100% (n=237) se autodeclararam ser heterossexuais(Tabela 1).

Todos os idosos (100%) são moradores da Região do Paranoá (Tabela 1).

Em relação à procedência antes de morar no DF a maioria era proveniente da região nordeste (68,8%; n= 163), contudo, se comparado por região, os que mais sofreram algum tipo de abuso foram os provenientes da região Sul do país (100%; n= 1) (Tabela 1).

A cor autodeclarada mais frequente foi a cor branca (48,1%; n= 114) e, quanto a sofrer violência, os idosos de cor parda foram as vítimas mais frequentes (71,8%; n= 56) (Tabela 1).

Quanto ao estado conjugal, predominaram os casados (38%; n= 90), a escolaridade de maior ocorrência foi a de não possuir nenhum grau de instrução, ou seja, predominou os analfabetos (44,3%; n= 105), mas os que relataram com maior frequência casos de abusos foram os idosos com 5 a 8 anos de escolaridade (72,2%; n= 26) (Tabela 1).

A maioria dos entrevistados era de aposentados (61,6%; n= 146), praticantes da religião católica (62%; n= 147), de baixa renda, ou seja, recebiam até um salário mínimo (46%; n= 109) e residiam com pelo menos um familiar (89,00%; n=209).

Quanto a possuir algum problema de saúde 96% (n= 229) dos idosos relataram possuir pelo menos uma doença, sendo que 65,9% (n=151) destes idosos relataram ter passado por alguma situação de maus-tratos (Tabela 1).

Resultados

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo faixa etária, sexo, orientação sexual, local de residência, cor, região que morava antes, escolaridade, estado conjugal, ocupação, renda, tem filhos, reside com, religião, grupo de atividade, problema de saúde, tipo de problema de saúde e uso de álcool, Região Metropolitana de Brasília, Paranoá, 2014 (n=237) continua

Perfil dos idosos	Sofreu Violência				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Faixa etária, anos						
60-69	77	65,3	41	34,7	118	47,3
70-79	59	64,8	32	35,2	91	40,1
>80	18	64,3	10	35,7	28	12,6
Sexo						
Feminino	112	67,9	53	32,1	165	69,6
Masculino	42	58,3	30	41,7	72	30,4
Orientação Sexual						
Heterossexual	154	65,0	83	35,0	237	100,0
Homossexual	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Local de Residência						
Paranoá	154	65,0	83	35,0	237	100,0
Outros	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cor						
Branca	73	64,0	41	36,0	114	48,0
Parda	56	71,8	22	28,2	78	33,0
Preta	25	55,6	20	44,4	45	19,0
Região que morava antes						
Nordeste	102	62,6	61	37,4	163	68,8
Sudeste	27	62,8	16	37,2	43	18,2
Centro-oeste	19	79,2	5	20,8	24	10,1
Norte	5	83,3	1	16,7	6	2,5
Sul	1	100,0	0	0,0	1	0,4
Escolaridade, anos						
Analfabetos	63	60,0	42	40,0	105	44,3
1 a 4 anos	56	67,5	27	32,5	83	35,0
5 a 8 anos	26	72,2	10	27,8	36	15,2
9 a 11 anos	4	66,7	2	33,3	6	2,5
12 anos ou mais	5	71,4	2	28,6	7	3,0
Estado conjugal						
Casado	60	66,7	30	33,3	90	38,0
Viúvo	48	64,9	26	35,1	74	31,2
Desquitado ou separado	24	68,6	11	31,4	35	14,8

Resultados

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo faixa etária, sexo, orientação sexual, local de residência, cor, região que morava antes, escolaridade, estado conjugal, ocupação, renda, tem filhos, reside com, religião, grupo de atividade, problema de saúde, tipo de problema de saúde e uso de álcool, Região Metropolitana de Brasília, Paranoá, 2014 (n=237) continuação

Perfil dos idosos	Sofreu Violência				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	15	60,0	10	40,0	25	10,5
Mora com algum companheiro	7	53,8	6	46,2	13	5,5
Ocupação						
Aposentado	100	68,5	46	31,5	146	62,0
Recebe pensão	12	48,0	13	52,0	25	11,0
Trabalha	13	52,0	12	48,0	25	11,0
Recebe apoio familiar	16	66,7	8	33,3	24	10,0
Recebe benefício	13	76,5	4	23,5	17	7,0
Renda, salários mínimos						
Até 1	67	61,5	42	38,5	109	46,0
2-3	68	65,4	36	34,6	104	44,0
>4	9	81,8	2	18,2	11	4,6
Sem renda	6	75,0	2	25,0	8	3,4
Não sabe precisar/ sem valor fixo	4	80,0	1	20,0	5	2,0
Tem filhos						
Sim	147	65,9	76	34,1	223	94,0
Não	7	50,0	7	50,0	14	6,0
Reside com quem						
Acompanhado de algum familiar	138	66,0	71	34,0	209	89,0
Sozinho	15	57,7	11	42,3	26	11,0
Acompanhando de outra pessoa não familiar	1	50,0	1	50,0	2	0,1
Religião						
Católica	94	63,9	53	36,1	147	62,0
Evangélica	55	65,5	29	34,5	84	36,0
Outras	5	83,3	1	16,7	6	2,5
Grupo de Atividade						
Não	124	63,3	72	36,7	196	83,0
Sim	30	73,2	11	26,8	41	17,0
Problemas de saúde						
Sim	151	65,9	78	34,1	229	96,0
Não	3	37,5	5	62,5	8	4,0
Tipos de problema de saúde						
Hipertensão Arterial	126	65,6	66	34,4	192	81,0
Diabetes Mellitus	42	60,9	27	39,1	69	29,0
Dor Crônica	33	66,0	17	34,0	50	21,0

Resultados

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo faixa etária, sexo, orientação sexual, local de residência, cor, região que morava antes, escolaridade, estado conjugal, ocupação, renda, tem filhos, reside com, religião, grupo de atividade, problema de saúde, tipo de problema de saúde e uso de álcool, Região Metropolitana de Brasília, Paranoá, 2014 (n=237) conclusão

Perfil dos idosos	Sofreu Violência				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Osteoporose	29	67,4	14	32,6	43	18,0
Dislipidemia	22	68,8	10	31,3	32	14,0
Artrose	20	62,5	12	37,5	32	14,0
Depressão	9	100,0	0	0,0	9	3,8
Uso de álcool						
Não	142	64,8	77	35,2	219	92,0
Sim	12	66,7	6	33,3	18	7,6

No que se refere ao tipo de problema de saúde mais frequente e autodeclarados pelos idosos, em primeiro lugar apareceu a hipertensão arterial 81% (n= 192), seguidos do diabetes mellitus 29% (n=69), dor crônica 21% (n=50) e osteoporose 18% (n= 43). Outros problemas de saúde como a dislipidemia e a artrose foram citados com a mesma distribuição, sendo cada uma com 13,5% (n=32) e por último, a menos citada pelos idosos foi a depressão 3,8% (n=9) (Tabela 1).

Outras características importantes se destacaram entre a população de idosos: 94% (n= 223) possuíam filhos, somente 17,3% (n=41) participava de grupos de atividades sociais e apenas 7,60% (n=18) fazia uso de bebidas alcoólicas em seu cotidiano (Tabela 1).

Quanto aos resultados obtidos com os testes de significância entre as variáveis sociodemográficas e as situações de violências, ter filhos ($p=0,01$) e a região em que o idoso morava antes ($p=0,01$) estiveram significativamente mais associadas a “Humilhação ou insulto” (Tabela 2).

Ter filhos ($p=0,02$) e sexo ($p=0,01$) estiveram significativamente associadas a “Discriminação”. A cor ($p=0,01$), renda ($p=0,04$) e participar de atividades ($p=0,01$) foram significativamente mais associado a “Agressão Física” (Tabela 2).

Participar de atividades ($p=0,03$) também esteve associada a “Abandono”. Fazer uso de álcool ($p=0,04$) e a região em que o idoso morava antes foram associadas a “Autonegligência” ($p=0,01$) e a “Abuso financeiro”. Já renda esteve associada a “Agressão Sexual” ($p=0,02$) (Tabela 2).

Resultados**Tabela 2 - Resultados dos testes de associação das variáveis socioeconômicas, demográficas e de contexto de pessoas idosas com os tipos de situação de violência (n=237)**

Variáveis em estudo	Humilhação ou Insulto		Discriminação		Agressão Física		Agressão Sexual		Abandono		Negligência		Autonegligência		Abuso Financeiro	
	Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher		Teste de Qui-Quadrado / Fisher	
	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor	χ^2	P-Valor
Idade	0,10	0,95	3,00	0,22	1,22	0,54	0,80	0,66*	1,69	0,42	0,25	0,88	1,19	0,55	5,72	0,05
Sexo	2,81	0,09	5,84	0,01	-	0,05**	-	0,49**	1,78	0,18	2,72	0,09	1,20	0,27	0,37	0,54
Região em que morava antes	11,65	0,01*	5,25	0,22*	10,86	0,07*	1,45	0,77*	3,66	0,47*	9,32	0,06*	13,27	0,01*	12,32	0,01*
Cor	0,07	0,96	5,58	0,06	13,43	0,01*	1,64	0,43*	1,80	0,40	1,01	0,60	1,50	0,47	4,13	0,12
Estado civil	1,16	0,88	4,16	0,38	1,94	0,76*	2,49	0,65*	2,95	0,56	1,08	0,89	3,09	0,55*	1,93	0,74
Escolaridade	2,88	0,57	6,07	0,19	1,53	0,46*	0,70	1,00	2,17	0,70	2,69	0,61	5,89	0,20*	1,46	0,83
Pessoa com quem reside	1,74	0,41*	0,66	0,71	-	0,37**	1,39	0,43*	0,78	0,67	3,10	0,23*	0,77	0,65*	1,34	0,54*
Tem filhos?	5,73	0,01	-	0,02**	0,32	1,00*	-	1,00**	-	0,52**	0,38	0,53	-	1,00**	-	0,74**
Religião Atual	3,40	0,19*	2,28	0,35*	10,68	0,35*	2,85	0,26*	2,54	0,29*	5,90	0,05	3,16	0,20	4,65	0,08*
Ocupação	4,04	0,40	3,30	0,50	-	0,08**	1,34	0,90*	5,40	0,24	3,42	0,49*	2,62	0,63*	1,06	0,90
Grupo de atividade	0,07	0,78	2,76	0,09	16,10	0,01*	-	0,68**	4,61	0,03	0,03	0,85	-	0,18**	0,17	0,68
Renda	6,65	0,15*	0,19	0,99*	28,42	0,04*	17,10	0,02*	5,57	0,22*	4,23	0,35*	2,13	0,73*	4,40	0,35*
Uso de álcool	0,44	0,50	-	0,25**	-	0,23**	-	1,00**	-	0,57**	-	0,32**	-	0,04**	-	0,57**

*Valores referentes ao teste de Qui-Quadrado exato de Pearson / ** Resultado para Teste de Fisher

Resultados

5.2 Avaliação da prevalência de casos de violência entre idosos

Quanto a prevalência de casos de violência pela natureza dos casos pode-se observar que a maior prevalência esteve mais presente entre a “Violência Psicológica” aqui subdivididos em situações de “Humilhação” 37,13% (n=88) e “Discriminação” 24,05% (n=57), seguidos por “Abandono” 23,6% (n= 56) e por “Abuso Financeiro” 22% (n= 52) (Figura 4).

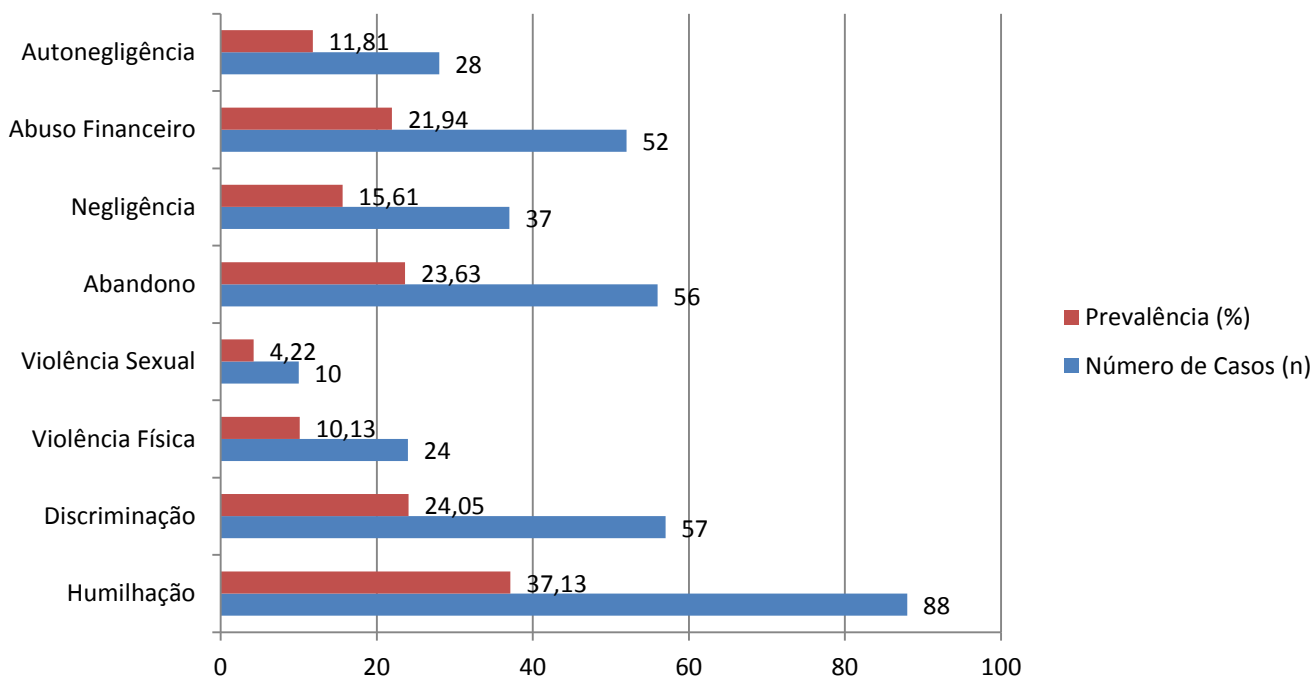


Figura 4 – Gráfico de distribuição dos casos positivos para violência entre idosos e o valor da prevalência na amostra

5.3 Relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano

Quanto à capacidade funcional para as Atividades Básicas de Vida Diária, a dependência parcial para uma ou duas atividades esteve presente em 22% (n=53) dos idosos, sendo 76% (n=180) independentes para este tipo de atividade.

Já para as atividades instrumentais, 54% (n=128) tiveram avaliação de dependência parcial em pelo menos uma atividade desempenhada e 6% (n=14) eram dependentes totais para usar transportes, tomar seus remédios, cuidar das finanças, entre outras atividades (Tabela 3).

Resultados

Tabela 3 - Índices da capacidade funcional e situação de violência em geral de pessoas idosas (n=237)

Atividades de Vida Diária	Sofreu violência		Total n(%)	p-value
	Sim n (%)	Não n(%)		
Atividades Básicas de Vida Diária				
Independente (escore =6)	115 (63,8)	65 (36,2)	180 (76,0)	0,49
Dependente parcial para 1 ou 2 atividades (escore de 7-8)	36 (67,9)	17 (32,1)	53 (22,3)	
Dependente parcial para 3 ou mais atividades (escore ≥9)	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (1,7)	
Atividades Instrumentais de Vida Diária				
Independente (escore =27)	60 (63,1)	35 (36,9)	95 (40,1)	0,31
Dependente parcial (escore entre 26-18)	84 (65,6)	44 (34,4)	128 (54,0)	
Dependente total (escore <18)	10 (71,4)	4 (28,6)	14 (5,9)	

Teste qui-quadrado (p<0,05)

Quanto às violências, cerca de 60% referiram ter sofrido algum tipo de violência em algum momento da vida após os 60 anos de idade, mesmo com a obtenção dos maiores escores de independência, tanto na escala de Katz quanto em Lawton.

Já para os escores de maior dependência funcional, ou seja, maior necessidade de ajuda na realização das atividades de autocuidado e as mais complexas do cotidiano, mais de 70% dos idosos relataram alguma situação de maus-tratos depois que se tornaram idosos (Tabela 3); contudo, na relação entre as variáveis, não houve valor de significância nos testes aplicados.

Tabela 4 - Tipos/naturezas de violência e sua relação com as atividades funcionais de pessoas idosas (n=237)

Tipo/naturezas de violência	Casos positivos	Casos negativos	Escala Lawton	Escala Katz
	n (%)	n (%)	p-value	p-value
Humilhação	88 (37,13)	149 (62,87)	0,60	0,12
Discriminação	57 (24,05)	180 (75,95)	0,90	0,08
Violência física	24 (10,13)	213 (89,87)	0,12	0,02
Violência sexual	10 (4,22)	227 (95,78)	0,98	0,33
Abandono	56 (23,63)	181 (76,37)	0,75	0,89
Negligência	37 (15,61)	200 (84,39)	0,54	0,73
Abuso financeiro	52 (21,94)	185 (78,06)	0,90	0,59
Autonegligência	28 (11,81)	209 (88,19)	0,71	0,26

Teste qui-quadrado (p<0,05)

Resultados

Sobre os resultados da relação entre capacidade funcional e presença de violência, o único tipo de violência em que houve valor com significância estatística no teste realizado foi para a associação entre Atividade Básica de Vida Diária e Violência Física ($p=0,02$). Quanto maior o escore de Katz, maior a chance de o idoso sofrer violência física. Em outras palavras, quanto maior a dependência no desempenho das atividades básicas, maior a possibilidade da pessoa idosa sofrer agressão física corporal, quando, por exemplo, necessitar de ajuda para manter continência fecal ou urinária, para trocar de roupa ou para realizar o banho (Tabela 4).

Assim ser dependente em atividades básicas de autocuidado e sofrer violência física foram estatisticamente significativos, ou seja, quando o idoso necessita de auxílio para realizar atividades de higiene corporal, transferências, auxílio na alimentação, entre outras, maior é a chance de exposição a situações de maus-tratos físicos.

5.4 Relação entre a capacidade cognitiva de idosos e a exposição a situações de violência em seu cotidiano

Quanto aos escores do teste Mini-mental, em todos os níveis de escolaridade a média dos resultados ficou abaixo do esperado em relação ao escore mediano mínimo exigido pelo teste (BRUCKI et al 2003), ficando de 1 a 2 pontos abaixo do escore em todas as faixas de escolaridade.

A menor diferença de pontuação média foi para o grupo dos analfabetos, o qual foi de 19,7 pontos enquanto o escore mediano mínimo esperado é de 20 pontos (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de idosos quanto a escolaridade em anos e os escores médio, máximo e mínimo do MEEM (n=237)

Escolaridade em anos	n° (%)	Média do MEEM	Escore Mínimo MEEM	Escore Máximo MEEM
Analfabetos	105 (44,3)	19,17	9	29
1- 4	83 (35,0)	23,12	16	30
5-8	36 (15,2)	23,77	17	30
9-11	6 (2,5)	26,33	15	30
12 anos ou mais	7 (3,0)	28,71	27	30

Ao se tratar das análises com os testes estatísticos verificou-se que não houve associação entre o teste cognitivo e sofrer qualquer tipo de violência, visto que os valores não foram significativos quando foram relacionados entre si pelo Teste Exato de Fisher. Todos os resultados foram acima do nível de significância que era de $p\text{-valor} < 0,05$ (Tabela 6).

Resultados

Tabela 6 - Resultados dos testes de associação do teste Mini-mental, anos de escolaridade e os tipos de violência (n=237)

Teste Mini-Mental / Anos de Escolaridade	Abuso financeiro P-Valor	Autonegligência P-Valor	Negligência P-Valor	Abandono P-Valor	Agressão sexual P-Valor	Agressão física P-Valor	Discriminação P-Valor	Humilhou ou Insultou P-Valor
Sem Instrução	0,46	1	1	0,48	1	0,53	1	0,43
1 a 4 anos	0,42	0,36	1	0,42	1	0,15	0,44	0,16
5 a 8 anos	1	0,08	1	0,40	1	1	0,70	0,11
9 a 11 anos	1	0,33	0,33	0,58	-	0,33	-	1
Mais de 11 anos	0,42	-	0,42	0,48	0,42	0,42	1	1

* Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$)

Resultados

Tabela 7 - Frequência de ocorrência de tipos de violência de abuso financeiro, autonegligência, negligência e abandono em relação ao Teste Mini-mental e a escolaridade (n=237)

Escolaridade	Teste Mini-Mental	Abuso financeiro				Autonegligência				Negligência				Abandono			
		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Instrução	Menor que 20	13	12,4	42	40,0	6	5,70	49	46,6	8	7,6	47	44,8	10	9,5	45	42,9
	Igual ou superior a 20	8	7,6	42	40,0	5	4,70	45	43,0	8	7,6	42	40,0	12	11,4	38	36,2
1 a 4 anos	Menor que 25	15	18,0	39	47,0	11	13,3	43	51,8	7	8,5	47	56,5	15	18,1	39	47,0
	Igual ou superior a 25	5	6,0	24	29,0	3	3,6	26	31,3	4	5,0	25	30,0	5	6,0	24	28,9
5 a 8 anos	Menor que 26	6	16,7	19	52,8	0	0	25	69,4	6	16,7	19	52,8	5	14,0	20	55,6
	Igual ou superior a 26	2	5,5	9	25,0	2	5,6	9	25	2	5,5	9	25,0	4	11,0	7	19,4
9 a 11 anos	Menor que 28	1	16,7	1	16,7	1	16,6	1	16,7	1	16,7	1	16,7	1	3,5	24	82,7
	Igual ou superior a 28	1	16,7	3	50	0	0	4	66,7	0	0	4	66,6	1	3,5	3	10,3
Mais de 11 anos	Menor que 29	1	14,3	2	28,6	0	0	3	5,8	1	14,3	2	28,6	2	28,6	1	14,3
	Igual ou superior a 29	0	0	4	57,1	0	0	49	94,2	0	0	4	57,1	1	14,3	3	42,8

Resultados

Tabela 8 - Frequência de ocorrência de tipos de violência de agressão sexual, agressão física, discriminação, e humilhação ou insulto em relação ao Teste Mini-mental e a escolaridade (n=237)

Escolaridade	Teste Mini-Mental	Agressão sexual				Agressão física				Discriminação				Humilhou ou Insultou			
		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Instrução	Menor que 20	2	2,0	53	50,5	7	6,7	48	45,7	10	9,5	45	42,8	23	21,9	32	30,5
	Igual ou superior a 20	2	2,0	48	45,5	4	3,8	46	43,8	9	8,6	41	39,1	17	16,2	33	31,4
1 a 4 anos	Menor que 25	3	3,6	51	61,5	8	9,6	46	55,5	17	20,5	37	44,6	24	29,0	30	36,1
	Igual ou superior a 25	1	1,2	28	33,7	1	1,2	28	33,7	6	7,2	23	27,7	8	9,6	21	25,3
5 a 8 anos	Menor que 26	1	2,8	24	66,7	2	5,5	23	64,0	10	27,8	15	41,7	10	27,8	15	41,6
	Igual ou superior a 26	0	0	11	30,5	0	0,00	11	30,5	3	8,3	8	22,2	1	2,8	10	27,8
9 a 11 anos	Menor que 28	0	0	2	33,3	1	16,7	1	16,7	0	0,00	2	33,3	0	0,00	2	33,3
	Igual ou superior a 28	0	0	4	66,7	0	0,00	4	66,6	0	0,00	4	66,7	1	16,7	3	50,0
Mais de 11 anos	Menor que 29	1	14,3	2	28,6	1	14,3	2	28,6	1	14,3	2	28,6	2	28,6	1	14,0
	Igual ou superior a 29	0	0	4	57,1	0	0,00	4	57,1	1	14,3	3	42,8	2	28,6	2	28,6

Resultados

Contudo quando observados os dados de escolaridade e os resultados do teste cognitivo por meio da análise das frequências, destaca-se que quanto menor a escolaridade - aqui considerada 4 anos ou menos de estudo - e o baixo desempenho no teste do Mini Mental, ou seja, pontuações abaixo de 25 pontos, maior é a frequência de casos de violência relatados pelos idosos (Tabela 7).

Ao separar a análise em dois subgrupos, sendo o primeiro grupo com menos anos de estudos (4 anos ou menos) e o segundo grupo os que possuem mais anos de estudos (5 anos ou mais), pode-se observar as maiores concentrações dos casos de violência relatados na amostra total (Tabela 7 e 8).

Em relação ao primeiro grupo, observa-se que mais da metade dos casos observados de maus-tratos estão presentes entre estes idosos.

A distribuição dos casos de maus-tratos, segundo os tipos, ficou da seguinte forma em relação ao total da amostra: autonegligência em 89,3% (n=25) dos casos, seguidos por violência física 83,3% (n=20), humilhação em 81,8% (n=72) dos idosos e violência sexual em 80,0% (n=8) dos idosos com o perfil de baixa escolaridade e desempenho cognitivo ruim (Tabela 7 e 8).

Outros tipos de violência também foram observados como, por exemplo, o abuso financeiro em 78,8% (n= 41), a discriminação em 73,7% (n=42), a negligência em 73,0% (n=27) e o abandono em 66,6% (n=42) (Tabela 7 e 8).

5.5 Caracterização do tipo de agressor e a frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos

Segundo a distribuição dos casos de violência relatados pelos idosos e os tipos de agressores, pode-se observar o seguinte cenário: para as situações de violência psicológica que envolveu maus-tratos, como a humilhação, em 16% (n=14) dos casos os agressores foram pessoas desconhecidas e 16% (n=14) os agressores eram os próprios filhos, seguidos de 10,2% (n=9) os esposos e, com a mesma distribuição, os vizinhos.

Para os casos onde o idoso sentiu-se discriminado por ser idoso, os agressores mais citados foram os desconhecidos 35,1% (n= 20) e os motoristas de ônibus 31,6% (n=18) (Tabela 9).

Em relação ao abuso físico praticado contra o idoso, o agressor mais comum foram os filhos (20,8%; n=5), seguidos do esposo (a) (16,7%; n= 4). Para o abuso

Resultados

sexual contra o idoso o agressor mais relatado foi o esposo (30%; n= 3), seguido pelos conhecidos (20%; n=2) e vizinhos (20%; n=2) (Tabela 9).

O sentimento de abandono relatado pelos idosos, como uma situação de violência, teve como maior agressor os filhos (37,5%; n=21), seguido dos familiares (30,4%; n= 17) (Tabela 9).

Nos relatos de sentir-se negligenciado nos aspectos da vida, em relação as mínimas condições de sobrevivência para o idoso, veio a tona como agressor o Governo, como um “ser” que pode aqui estar representado pelos governantes.

Este tipo de maus-tratos provenientes de uma “instituição” apareceu na fala de 56,8% (n=21) dos idosos que descreveram a negligência como uma situação de violência.

Os relatos de negligência nos serviços de saúde apareceram em segundo lugar (18,9%; n= 7). Podemos aqui identificar uma instituição que pode ser personificada na figura dos profissionais de saúde (Tabela 9).

Para os maus-tratos do tipo abuso financeiro, o agressor mais citado era uma pessoa desconhecida (26,9%; n= 14), representado pela figura de ladrões que assaltaram ou roubaram idosos nas ruas ou em casa e golpistas que provocaram danos tanto pessoalmente quanto por telefone aos idosos. Em segundo lugar, o agressor financeiro foram os filhos (21,2%; n= 11), que se apoderavam do dinheiro do idoso subtraindo-o de bolsas, carteiras ou locais da casa sem permissão ou aos quais os idosos confiaram o controle de sua conta bancária, fazendo movimentações financeiras sem a devida autorização ou conhecimento do idoso (Tabela 9).

No quesito autonegligência, todos os idosos que relataram este tipo de maus-tratos, assumiram a responsabilidade enquanto autoagressores (100%; n= 28).

Neste item, os idosos que declaram este abuso atribuíram esta situação a outras condições como, por exemplo, não se cuidar mais por ter perdido o sentido da vida após perda de ente querido, ou deixa de se cuidar por não ter tempo pelo motivo de ter assumido os cuidados diários com netos para os filhos trabalharem, ou mesmo associado a comorbidades que levaram este idoso a “desanimar” devido a depressão ou a outras doenças incapacitantes, especialmente quando aparecem as complicações, como as do diabetes mellitus.

As principais condições de falta de autocuidados estavam relacionadas às atividades de uso de medicações, alimentação e banho (Tabela 9).

Resultados

Tabela 9 - Distribuição dos tipos de relação quanto aos agressores de idosos. Brasília, DF (n=237)

Tipo de Relação	Humilhação		Discriminação		Física		Sexual		Abandono		Negligência		Financeiro		Autonegligência	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cobrador de ônibus	0	0	2	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Conhecido (a)	2	2,3	2	3,5	1	4,2	2	20	0	0	0	0	1	1,9	0	0
Desconhecido (a)	14	16	20	35,1	3	12,5	1	10	0	0	0	0	14	26,9	0	0
Esposo (a)	9	10	2	3,5	4	16,7	3	30	11	19,6	1	2,7	2	3,8	0	0
Ex-colega de trabalho	3	3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ex-Marido	3	3,4	0	0	1	4,2	1	10	2	3,6	0	0	0	0	0	0
Familiares	3	3,4	2	3,5	1	4,2	0	0	17	30,4	5	13,5	8	15,4	0	0
Filho (a)	14	16	3	5,3	5	20,8	0	0	21	37,5	2	5,4	11	21,2	0	0
Filho e Marido	2	2,3	0	0	0	0	0	0	2	3,6	0	0	0	0	0	0
Genro / Nora	6	6,8	1	1,8	2	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Governo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	56,8	0	0	0	0
Motorista de ônibus	3	3,4	18	31,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neto (a)	5	5,7	1	1,8	2	8,3	0	0	0	0	0	0	8	15,4	0	0
Profissional de saúde	2	2,3	2	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Própria vítima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	100
Serviço de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	18,9	0	0	0	0
Sociedade	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3,6	0	0	0	0	0	0
Vizinho (a)	9	10	1	1,8	1	4,2	2	20	0	0	0	0	1	1,9	0	0
Outros	13	14	3	5,4	4	16,8	1	10	1	1,8	1	2,7	7	13,3	0	0
TOTAL	88	100	57	100	24	100	10	100	56	100	37	100	52	100	28	100

Resultados

Quanto a distribuição da época ou período em que ocorreram os atos violentos relatados pelos idosos, a maioria (> 60%) dos casos de abuso ocorreu nos últimos 12 meses anteriores a entrevista (Tabela 10).

Em relação à frequência da ocorrência de violência na categoria “uma vez” destaca-se a situação de “abuso financeiro” com 57,7% (n=30).

Para “poucas vezes”, a situação de autonegligência foi relatada por 32,1% (n=9) de todos os casos para esta frequência. Para “três vezes ou mais” como frequência dos maus-tratos, mais uma vez autonegligência foi a mais relatada (46,4%; n= 5,8) (Tabela 11).

Para a frequência “muitas vezes ou mais de 5 vezes” as situações de maus-tratos mais frequentes vivenciadas pelos idosos foram a humilhação (54,5%; n= 48), a discriminação (54,4%; n=31), o abandono (69,5%; n=39) e a negligência (62,2%; n=23) (Tabela 11).

Resultados**Tabela 10 - Distribuição de violência entre idosos segundo época de ocorrência. Brasília, DF**

Aconteceu nos últimos 12 meses?	Humilhação		Discriminação		Física		Sexual		Abandono		Negligência		Financeiro		Autonegligência	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	70	79,5	44	77,2	19	79,2	4	40	40	71,4	25	67,6	33	63,5	20	71,4
Não	18	20,5	3	5,3	4	16,7	1	10	9	16,1	3	8,1	11	21,2	6	21,4
Recusa/Não Sabe/Não se lembra	0	0,0	10	17,5	1	4,2	5	50	7	12,5	9	24,3	8	15,4	2	7,1
TOTAL	88	100,0	57	100,0	24	100,0	10	100,0	56	100,0	37	100,0	52	100,0	28	100,0

Tabela 11 - Distribuição de violência entre idosos segundo a frequência de ocorrência. Brasília, DF

Qual frequência	Humilhação		Discriminação		Física		Sexual		Abandono		Negligência		Financeiro		Autonegligência	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uma vez	24	27,3	14	24,56	12	50,00	3	30	3	5,36	2	5,41	30	57,7	4	14,3
Poucas Vezes	3	3,4	1	1,75	1	4,17	0	0	4	7,14	2	5,41	4	7,69	9	32,1
Três ou mais Vezes	13	14,8	2	3,51	2	8,33	0	0	2	3,57	1	2,7	3	5,77	13	46,4
Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	48	54,5	31	54,39	5	20,83	3	30	39	69,6	23	62,2	9	17,3	2	7,14
Recusa/Não Sabe/Não se lembra	0	0,0	9	15,79	4	16,67	4	40	8	14,3	9	24,3	6	11,5	0	0
Total	88	100,0	57	100,0	24	100,0	10	100,0	56	100,0	37	100,0	52	100,0	28	100,0

6. DISCUSSÃO

Neste item, iniciam-se a discussão dos resultados referentes à caracterização dos idosos, à prevalência dos casos de violência, à relação entre capacidade funcional e cognitiva com as situações de violência e a caracterização do tipo de agressor e à frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos.

6.1 Caracterização dos idosos quanto aos aspectos sócio demográficos, condições de saúde, informações pessoais e a relação com as situações de violência

As características sóciodemográficas observadas no presente estudo corroboraram com as populações de idosos estudadas tanto no Brasil como em outros países, evidenciando as características do perfil do idoso que mais sofre violência, como sendo em sua maioria mulheres, da cor autodeclarada branca, na faixa etária entre 60 a 70 anos, com baixa escolaridade, de baixa renda que compartilham a residência com algum membro da família (14,40,75,76,77,78).

O fenômeno da feminização da população idosa pode ser observado em vários estudos e explicado a partir de alguns fatos marcantes da história, como, por exemplo, a maior longevidade atingida pela mulher, que pode estar associada ao maior cuidado com a saúde e a não exposição, quando jovens, a situações de risco de morte violenta – essa ocorrência tem maior concentração em homens para essa geração de idosos (77, 79).

As explicações estão embasadas numa perspectiva de gênero, de espaços simbólicos objetivados e hábitos de vida em contextos de ocupação socioespacial nos territórios.

Uma característica peculiar é que os idosos estão vivendo com algum membro de sua família, situação denominada coresidência. Poucos vivem sozinhos, sendo esse fato reflexo de possíveis situações como a da dependência financeira de outros membros da família em relação ao idoso, o que pode caracterizar um abuso financeiro, visto que a maioria possui renda própria, ou o inverso, quando os idosos são financeiramente dependentes de familiares (80).

Outra realidade é a de preocupação em cuidar de pessoas idosas em nossa cultura latina, ou seja, a postura de superproteção ao idoso, que, no imaginário simbólico, é representado como frágil e dependente de auxílio para a execução de

Discussão

atividades desde as mais complexas até as básicas de autocuidado, o que minimiza sua autonomia e sua independência muitas vezes ainda preservada. A condição de morar junto de familiares não oferece uma garantia de que haverá assistência adequada às necessidades do idoso e não se caracteriza como fator de proteção contra maus-tratos (81, 82).

As comorbidades observadas pela presença de doenças crônicas entre os idosos apresentaram resultados semelhantes aos de outros estudos, sendo a hipertensão arterial e o diabetes as mais prevalentes nessa população.

Tais comorbidades estão relacionadas principalmente aos hábitos ao longo da vida, ao processo senescente do envelhecimento, e à senilidade associada, por sua vez, às doenças cardiovasculares e endócrinas, que favorecem o desenvolvimento dessas patologias e o aparecimento de complicações incapacitantes (27, 75, 77, 83, 84).

Contudo, algumas características não observadas chamam a atenção, sendo uma delas o estado conjugal, onde a maioria dos estudos revela que idosos solteiros ou que moram sozinhos sofrem mais maus-tratos, o que não foi observado na presente pesquisa (46). Além disto, quando a análise é por sexo, existem algumas diferenças estatisticamente significativas no perfil do idoso agredido. Por exemplo, entre as mulheres, ser parda foi um fator relacionado à vivência de maus-tratos.

As relações assimétricas de gênero e as desigualdades sociais devem servir de base para análise desses resultados baseados na interseccionalidade.

Sabe-se que as práticas de maus-tratos são consideradas comuns e passam despercebidas como formas de violência, onde os grupos oprimidos escondem o sofrimento físico e emocional sem poder sequer interpretá-los como violência e, muito menos, denunciá-los (85).

A religiosidade e/ou a prática religiosa proporciona ressignificação e fortalecimento pessoal, ainda mais na vida sofrida das pessoas dos grupos mais penalizados, neste caso os idosos. Muitos idosos relataram ser praticantes na religião declarada, mas não foi possível observar este fato como um fator “protetor” para as situações de violência. Ainda, de acordo com a religião professada, é possível encontrar diferenças na postura quanto ao próprio enfrentamento de uma situação de maus-tratos (86).

O apoio social, observado no estudo, pode ser qualquer informação e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais se têm contatos

sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. São trocas mútuas nas quais tanto aquele que recebe quanto o que oferece o apoio é beneficiado, por darem um maior sentido a suas vidas.

Os grupos ou atividades relatadas pelos idosos entrevistados foram pouco prevalentes na amostra, sendo que a maioria não possuía em sua rotina contato com este tipo de fator de proteção para as situações de violência (87). Fazer parte ou não de um grupo ou atividade esteve diretamente associado com os maus-tratos do tipo abandono e agressão física.

Ter filhos esteve associado com a ocorrência da violência psicológica, caracterizada por atos de humilhação, insultos e discriminação contra o idoso. Isto reforça um dos perfis do agressor de pessoas idosas - os próprios filhos - muitas vezes em decorrência da necessidade da coresidência, o que aumenta os conflitos intergeracionais potencialmente estressantes na convivência cotidiana (88).

6.2 Avaliação da prevalência de casos de violência entre idosos

Ainda são poucos os estudos que mensuraram a magnitude do fenômeno das situações de violações de direito e a intensidade das violências, bem como a distribuição destas no curso da vida das pessoas.

Em levantamento acerca das questões de violência em estudo conduzido na Índia, com metodologia do tipo entrevista face a face com idosos, pelo menos 11%, tanto dos homens quanto de mulheres entrevistados relatou já ter sofrido pelo menos um tipo de violência após os 60 anos de idade, valor muito abaixo do observado no presente estudo, onde pelo menos 65% dos idosos relataram ter sofrido algum abuso após a sexta década de vida (89).

Quanto à prevalência de idosos que sofreram violência e sua relação com o sexo, ficou evidente a feminização do fenômeno, visto que a interface de fatores sociodemográficos e o envelhecimento (associados aos estereótipos sexuais, de classe, cor ou etários) faz com que mulheres idosas se tornem um grupo com risco elevado de sofrer alguma forma de violência ou abuso.

Quanto às taxas de incidência e prevalência de violência contra o idoso no Brasil, ainda são poucos os estudos de base populacional nos quais os idosos sejam os interlocutores da violência vivenciada.

Em um panorama mundial, a prevalência de violência contra a pessoa idosa varia entre 3% e 10%, tendo um aumento da incidência em 150% nas últimas

Discussão

décadas. Nos EUA, em estudo com cerca de 450 mil pessoas com 60 anos ou mais, a prevalência foi em torno de 1% da população de todo o país (90).

Já na Espanha, entre idosos com 70 anos ou mais, 11,9% haviam sofrido maus-tratos e, na Coreia, 6,3% de idosos com 65 anos ou mais passaram por situações de abuso (90).

A violência emocional ou psicológica sofrida por idosos tem sido a mais relatada em estudos nacionais e internacionais. Em um estudo realizado com mais de 5000 idosos da Carolina do Sul, EUA, entrevistados via telefone, acerca das situações em que ocorrem agressões verbais do tipo xingamento e humilhação, os maus-tratos psicológicos ocorreram com 12,9% dos idosos (91).

No Brasil um estudo retrospectivo, realizado em base de dados secundária no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - versão Net (SINAN Net) identificou notificações de violência doméstica, sexual e outras violências na população de idosos no Brasil durante todo ao ano de 2010. Foram identificadas nas análises aproximadamente 3000 notificações de violência contra idosos realizados pelos estabelecimentos notificadores (92).

O estado que mais teve notificações foi o estado de São Paulo, com 1.073 notificações, o que correspondeu a 30% de todas as notificações. Já o estado do Pará no teve nenhum caso de violência notificado o que pode apontar para a ocorrência de subnotificação (92).

Outro estudo brasileiro apontou para uma prevalência de violência que variou de 43,2% para violência psicológica a 6,1% para violência física grave, entre idosos residentes no estado do Rio de Janeiro (49).

A prevalência para situações de violência entre as pessoas de modo geral, como por exemplo, homicídios ou discussão violenta, é duas vezes mais alta quando comparadas àquelas situações que ocorrem em comunidades onde o controle social faz parte do seu modus operandis (93).

No que se refere às violências do tipo abandono, foi relatado pelos idosos como uma condição de isolamento por parte da família, principalmente pelos filhos, e que não ocorre somente quando o idoso mora sozinho, mas também quando reside com outros membros da família com os quais não possui relações de afeto ou de escuta (6).

Assim, a solidão torna-se não só uma barreira física pela distância, mas também uma barreira que afetará o estado emocional deste idoso, devido a

Discussão

ausência da manutenção das relações humanas, caracterizando assim situações de violência dos tipos negligência, abandono e psicológica (6).

Quando se constata escassez de controle social na denuncia e enfrentamento das violências pela inexistência de redes de apoio social, as pessoas buscam de forma individual soluções para as situações de violência.

Neste sentido, o problema da violência ganha dimensões diferentes nos enfrentamentos pelas gerações, pois os mais jovens estão inseridos em ambientes de processos de vulnerabilidade à violência enquanto para os idosos estão associados não apenas ao ambiente em que habitam, mas também as mudanças produzidas pelo processo de envelhecimento marcado pelas reduções da funcionalidade, bem como mudanças no status econômico e social (43,94).

No Distrito Federal um levantamento realizado pela Central Judicial do Idoso nas bases de dados dos casos de violência contra a pessoa idosa denunciados entre os anos de 2008 a 2012, foram registradas 1777 ocorrências em todo período, tendo uma maior concentração de denúncias a partir do ano de 2011 (95).

A maior proporção de casos de violência foi para o tipo psicológica, com uma prevalência de 31,8% (95). Esse processo de identificar e denunciar as violências têm sido mediado pelos movimentos sociais e por ações específicas do Estado na garantia de maior proteção e cuidado com as pessoas idosas.

Neste sentido a alta prevalência dos vários tipos de violência contra o idoso na amostra estudada precisa causar estranhamento e desconforto entre os profissionais de saúde, área acadêmica, na comunidade, na cidade onde foi desenvolvido o estudo e na sociedade como um todo e, para tal, é preciso compreender o fenômeno violência para poder agir sobre este problema real (85).

6.3 Relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano

A avaliação da capacidade funcional nas populações de idosos analisadas em outros estudos com idosos jovens destacou que, nas atividades de vida diária, estes mostraram maior independência funcional em relação às instrumentais, o que pode estar relacionado ao próprio declínio natural ocasionado pelo envelhecimento. Isso ocorre na maioria das populações de idosos sem doenças neurodegenerativas (46, 75, 77, 83).

Discussão

Em relação às situações de violências e à capacidade funcional, é unânime, entre os estudos, que, com o aumento do grau de dependência, maior é a chance de o idoso ser vítima de violência, ou seja, idosos que necessitam de ajuda para o autocuidado ou para realizar atividades mais complexas do cotidiano, como cuidar de finanças, fazer compras e outros, principalmente devido às incapacidades físicas, apresenta maior risco de sofrer algum abuso ou maus-tratos, principalmente quando não há uma boa relação entre os idosos e familiares ou cuidador, e isso pode vir a favorecer a violência (46,80,96).

O que foi observado entre os idosos avaliados é que, apesar de apenas a violência física no modelo estudado ter resultado significativo, na situação de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária, os outros tipos de violência podem ser vivenciados, quando há certo declínio nas funções de maior complexidade associado à presença de prejuízo cognitivo. Isso porque, desse modo, o idoso ficaria duplamente exposto às condições de abuso, pois ele está inserido em um contexto que sinaliza a perda da autonomia e da independência (46, 80, 84, 96).

Em outro estudo, a diminuição da capacidade funcional entre idosos foi associada a episódios de maus-tratos emocionais e financeiros (76).

Novos modelos de regressão logística multinível precisam ser testados para desvelar possíveis efeitos entre outras variáveis.

Há de se destacar que a violência psicológica, seguida do abandono e do abuso financeiro foram as condições mais relatadas entre os entrevistados.

Alguns estudos já têm como evidência que a maior dependência nas atividades funcionais está associada a um aumento de chance de o idoso sofrer abuso emocional e financeiro, por estar mais fragilizado física e psicologicamente, e por ficar mais vulnerável às situações que envolvem desde agressões verbais, ameaças de abuso, assédio ou mesmo intimidação. A detecção dessa natureza de maus-tratos, ainda pouco denunciada ou notificada em nosso meio, merece a atenção dos profissionais (78, 80, 84).

A utilização de estratégias que favoreçam a detecção precoce e a intervenção de enfermagem e de outros profissionais junto às famílias de idosos que sofram maus-tratos é uma necessidade que precisa ser incorporada à prática profissional, principalmente entre populações de idosos com fatores de risco inerentes ao processo normal de envelhecimento e aqueles em situação de vulnerabilidade (8).

6.4 Relação entre a capacidade cognitiva de idosos e a exposição a situações de violência em seu cotidiano

A violência constitui-se um determinante social na saúde da pessoa idosa, pois está associada aos preditores na piora das condições de saúde geral, sendo a saúde uma condição que pode ser afetada pelas características do contexto social, pois estes fatores inseridos no ambiente de convívio do idoso podem ser desencadeantes de um processo de desigualdades e vulnerabilidade.

Quando o olhar é para a saúde psicológica e mental deste idoso, aquele que possui menos apoio social terá maiores chances de exposição a situações de maus-tratos em relação àqueles que possuem íntegras as funções mentais e cognitivas (97, 98).

O prejuízo cognitivo inclui situações de falhas de memória, confusão mental, alucinações, paranóia, dificuldade de concentração, ou dificuldade para se comunicar, por isso não é difícil entender por que o prejuízo cognitivo leva aos abusos físicos e agressões verbais (99,100).

Alguns estudos afirmam haver uma proporção maior de idosos que sofrem maus-tratos quando possuem algum comprometimento cognitivo e ou demencia, sendo o abuso de ordem financeira muito observado nesta situação, ou seja, o idoso não tem mais condições de cuidar de suas finanças e acaba delegando esta função à outras pessoas ou é interdito por familiares ou responsáveis legais, terminando por ser lesado financeiramente (80,101,102).

Também há a relação em se sofrer de depressão e a relação com violência, por ser uma doença que debilita não só mentalmente, mas também fisicamente, tornando o idoso mais fragilizado e exposto as situações de maus-tratos.

Além disto, a presença de sintomas de depressão pode levar ao isolamento social que é outro fator de risco para abusos - daí a importância do efeito de proteção que as relações sociais podem ter na prevenção das violências, sabendo que a falta da rede de apoio pode aumentar o risco para o abuso psicológico e a negligência (96, 101).

Atos de negligência contra o idoso podem ser definidos como "recusa ou omissão por parte dos responsáveis para fornecer alimentos, abrigo, cuidados de saúde ou proteção para uma pessoa idosa vulnerável, sendo esta vulnerabilidade também incluída em idosos com déficits cognitivos ou mentais".

Discussão

A autonegligência é o "fracasso do indivíduo para fornecer serviços essenciais para si como resultado da incapacidade física ou mental que pode começar com problemas de saúde de origem neurodegenerativos e de saúde mental, seguidos por alterações nas funções executivas e por deficiência nas atividades da vida diária" (101,103).

Estas situações de maus-tratos dos tipos negligência e autonegligência podem vir associadas a serviços de apoio inadequados, com precárias redes de proteção e articulação de serviços, ou associadas à falta de capacidade de autocuidado e autoproteção, ou por estarem presentes questões extrínsecas, como a pobreza ou a falta de apoio social, resultando em situações de maus-tratos (103).

A capacidade cognitiva preservada em um idoso é um importante fator de proteção, pois mantém sua capacidade de tomar parte no processo de tomada de decisão e mantém sua autonomia, contudo situações em que o idoso passa por situações de isolamento, sofrimento e ou vergonha podem ter grande impacto nesta capacidade de tomar decisões sozinho, o expondo aos abusos (104, 105).

Em relação à exposição a situações de violência e nível de escolaridade, alguns estudos afirmam que possuir um nível elevado de educação ou formação pode ser um fator de proteção para idosos, pois pode favorecer a capacidade de responder eficazmente a situações em que ocorre abuso, aumentando a probabilidade de o idoso ser respeitado em seu meio de convivência (89).

Quando a diminuição da capacidade cogntiva está associada a perdas funcionais para o autocuidado, alguns estudos com populações de idosos em unidades de internação ou instituições de longa permanência observaram que a chance de ocorrer o abuso do tipo negligência aumenta devido ao contexto das situações de cuidado que irão exigir em demasia do cuidador em relação a estes idosos mais dependentes, assim estes cuidadores relatam se sentir mais cansados, frustrados, irritados e mentalmente exaustos quando vão prestar qualquer tipo de cuidado ao idoso mais dependente (99).

6.5 Caracterização do tipo de agressor e a frequência dos atos de violência sofrida pelos idosos

De acordo com outros estudos nacionais que corroboraram com os resultados do presente estudo, o agressor de idosos no ambiente familiar são os próprios filhos, seguidos de cônjuges e outros familiares como noras, genros ou netos.

Em muitos casos constata-se no perfil do perpetrador a presença de uso de álcool e drogas, ambiente familiar pouco comunicativo e afetivo, gerando conflitos intergeracionais, histórico de agressividade nas relações com seus familiares (87), ter problemas legais de envolvimento com o crime (106), história de doenças mentais ou depressão e ser dependente financeiramente da vítima (107).

Também em outras regiões do mundo os filhos continuam a serem os executores dos maus-tratos, ou mesmos os membros da família com quem os idosos residem, sendo menos frequentes pessoas conhecidas ou próximas da convivência do idoso como amigos ou vizinhos, conforme observam estudos realizados na Índia (89), no Reino Unido (108) e nos EUA (106).

Muitas vezes o perfil do agressor está relacionado a um comportamento de falta de responsabilidade e interesse nos cuidados com o idoso, manifestação de irritabilidade frequente, hostilidade e elevada sobrecarga de cuidados para com a pessoa idosa.

A presença de dependência do idoso com o seu cuidador, somada as condições do processo de envelhecimento senil e senescente, aumentam as chances do idoso estar mais vulnerável aos maus-tratos, sendo assim imprescindível que profissionais de saúde que prestam assistência a este idoso e seus familiares estejam atentos a possíveis relações de violência no ambiente doméstico (88).

Atualmente apesar de haver no Brasil e no mundo amparo legal ao idoso vítima de abusos, a relação de proximidade entre o idoso vítima da violência e de seu agressor, na grande maioria um membro da família, ocasiona conflitos de afeto devido aos laços familiares, ficando estes idosos em dúvida se deve denunciar ou não um familiar.

Ainda, esta denúncia pode ser tornar ainda mais difícil para o idoso quando houver, além da dependência física, a dependência emocional, levando a não denúncia dos agressores aos órgãos de direitos humanos e policiais, o que pode contribuir significativamente para a subnotificação dos casos de violência e a manutenção dos abusos no cotidiano do idoso no cenário familiar (88).

Discussão

Assim a dependência em qualquer um dos lados, tanto para os idosos quanto para seus agressores é fator de risco para a ocorrência de maus-tratos.

No Brasil percebe-se uma tendência onde muitas vezes o idoso é a única fonte de renda da família, sendo o provedor de recursos financeiros por meio de sua aposentadoria ou mesmo aquele que recebe algum benefício do governo, condição esta que colabora para a geração de conflitos familiares, agravados pela desigualdade social presente na sociedade (107).

A violência contra pessoas idosas pode ser uma manifestação de ocorrência ao longo da história de vida e um fenômeno intensificado durante o envelhecimento, ou seja, um reflexo do que a pessoa foi durante a vida adulta.

Além disto, as condições de vida podem ser consideradas causa de conflito ou causa de isolamento para a pessoa idosa, como por exemplo, na situação onde há aglomeração e falta de privacidade em que hoje vivem muitas famílias intergeracionais e de baixa renda, pois o risco é maior quando o perpetrador vive junto a este idoso (6).

7. CONCLUSÕES

Quanto à prevalência de casos de maus-tratos em relação às naturezas entre os idosos entrevistados pode-se observar que as maiores frequências foram as dos tipos violência psicológica (37,13%), abandono (23,63%) e abuso financeiro (21,94%).

No que diz respeito à caracterização dos idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, informações pessoais e as situações de violência, destaca-se que o perfil do idoso que sofre violência na área estudada mostra uma população idosa jovem com predominância feminina que sofre maus-tratos psicológicos dentro e fora de casa em sua grande maioria.

E, além disto, ainda possuem doenças crônicas que podem se tornar incapacitantes caso não haja o cuidado e suporte de saúde adequados.

Estes idosos não estão morando sozinhos, coabitam com outros familiares, contudo sofrem de solidão por ficarem em casa a maior parte do dia sozinho pois os adultos saem para trabalhar deixando a responsabilidade dos afazeres domésticos e os cuidados com netos.

Em consequência disto estes idosos acabam por não ter tempo para frequentar grupos sociais ou realizar atividades de lazer. Outro agravante é que a aposentadoria ou mesmo a renda proveniente do benefício assistencial do idoso acabam compondo o orçamento familiar.

Quanto a relação entre as variáveis sociodemográficas e as situações de violências conclui-se que nos casos onde os idosos passaram por situação de “Humilhação ou insulto” esteve associado a condição de possuir filhos e à região de procedência. Para os casos onde houve “Discriminação” esteve associado a variável sexo e ter filhos.

Para aqueles que sofreram “Agressão física” foi associado as variáveis cor, renda e à participar de atividade em grupo.

Os casos de violência do tipo “Abandono” foi associado com a variável participar ou não de alguma atividade em grupo, o que ficou claro no relato do tipo de agressor que foi na maioria dos casos relacionado a família ou mesmo a própria sociedade.

No caso da “Autonegligência” foi relacionado a fazer uso de álcool e a região de procedência, neste caso a presença do etilismo crônico pode favorecer a

Conclusões

condição de violência por ser um ato de autodestruição, que pode levar a negligência do autocuidado básico com a saúde, cuidados com o manejo de medicações e mesmo com a própria alimentação.

Quanto aos maus-tratos do tipo “Abuso financeiro” este esteve associado com a região em que o idoso morava antes, ou seja a origem e cultura do indivíduo, pode estar influenciando o modo como este idoso lida com suas finanças. O que pode ser um reflexo das condições de baixa renda e escolaridade observados no estudo.

Os resultados sugerem que estes aspectos podem ajudar a identificar indivíduos em trajetórias de violência, que muitas vezes estavam presentes no curso da vida, e que podem ter se intensificado com o declínio funcional presente no envelhecimento.

Em relação a capacidade funcional e violência, ser dependente em atividades básicas de autocuidado e sofrer violência física foram estatisticamente significativos, ou seja, quando o idoso necessitar de auxílio para realizar atividades de higiene corporal, transferências, auxílio na alimentação entre outras atividades de autocuidado, esta poderá favorecer à um aumento da exposição à situação de maus-tratos físicos.

Já para a relação entre violência e função cognitiva observou-se não haver relação estatística. Apesar disto as maiores frequências de violências relatados pelos idosos foram predominantes entre aqueles com menor escolaridade e com pior desempenho no teste cognitivo. Assim os determinantes sociais da saúde devem ser considerados na análise da exposição de alterações cognitivas e de violências.

A caracterização do agressor do idoso foi diversificada nos diferentes tipos de natureza de violência. No caso da violência psicológica do tipo humilhação os agressores eram pessoas da família, com destaque para os filhos dos idosos.

Mas quando esta natureza dizia respeito a situações de discriminação por ser idoso, foi observado que esta ocorrência foi maior com agressores desconhecidos pelo idoso, ou seja, pessoas que não pertenciam ao ciclo social, tendo destaque o protagonismo dos motoristas de ônibus como os agressores, trazendo à tona a falta de preparo desta classe trabalhista para lidar com pessoas idosas e o processo de envelhecimento.

Conclusões

Em relação ao abuso físico o maior agressor observado também foram seus familiares com destaque para os filhos e cônjuges, o que torna latente os conflitos geracionais e das relações íntimas.

No caso do abuso sexual foi mais prevalente o agressor que reside com o idoso, sendo o que mais apareceu nas respostas o parceiro íntimo. Situação que pode ser fruto de uma vida inteira de abusos.

Para a situação de abandono, aqui caracterizada pela falta de contato com familiares ou ausência de relações com outras pessoas, o agressor mais relatado foram os filhos e outros familiares.

O que pode ser consequência de relações já destruídas em outros períodos da vida as quais irão refletir nesta fase, onde muitos idosos podem estar mais fragilizados em consequências de todas as perdas inerentes ao envelhecimento.

Quanto a percepção de um agressor nas situações de negligência, foi pautado pelos idosos a falta de condições para sobreviver ou ter mais saúde, pois os agressores neste caso foram nomeados como grupos ou instituições, entre eles o governo brasileiro que não auxilia em fornecer melhores condições de vida ao idoso no Brasil e pelos profissionais de saúde, que não sabem lidar com as necessidades específicas relacionadas ao processo de envelhecimento.

Nos casos de violência financeira, os agressores ficaram caracterizados como pessoas desconhecidas, como nos casos onde o idoso sofreu um assalto ou roubo, na rua ou mesmo com invasão domiciliar. Os filhos também se destacaram como agressores neste item, o que reforça a condição da violência doméstica.

E por fim em relação ao período e a frequência dos atos de violência, na maior parte das situações, o idoso havia vivenciado esta situação nos últimos doze meses.

Quanto à frequência dos atos de violência praticados pelos seus agressores, os idosos declararam ter vivenciado as situações de violências do tipo psicológica, abandono e negligência, sendo as de maior percentual, pelo menos cinco ou mais vezes.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

8. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Ressalta-se que na composição da amostra foram excluídos os idosos em situação de fragilidade, com deficiência ou incapacidade física, mas que poderiam estar com capacidade cognitiva preservada e que sofrem algum tipo de violência, mas que não frequentaram o serviço de saúde durante o período de coleta devido à dificuldade de acesso pela limitação física.

Ainda a amostra não representou o todo de uma população de idosos, sendo assim os resultados não podem ser generalizados para todo o Brasil, mas a pesquisa representa uma região com características semelhantes a muitas cidades do país pelo perfil de idosos com baixa escolaridade, baixa renda e coesidindo com algum familiar.

Contudo destaca-se o idoso como o interlocutor da vivência de violência o que poderá favorecer futuramente na multiplicação da informação sobre as situações de violência entre esta população e até a própria denúncia do abuso.

Além disto, a amostra foi de idosos frequentadores de um serviço de saúde com demandas específicas e que possuíam capacidade física para se locomover preservada, o que facilitou o acesso a unidade de saúde.

Ainda que o presente estudo tenha buscado a associação do fenômeno da violência e as condições da capacidade funcional entre idosos, uma das limitações do estudo é que não foi possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre os fatores analisados, o que sugere que o evento tenha sido causado pela associação de outras variáveis que não foram o escopo deste estudo, pois a violência contra idosos é um fenômeno complexo e multifacetado, tanto de origem clínica como social e situacional.

Desse modo, a violência contra idosos abrange vários aspectos dos cuidados de saúde e, sendo assim, precisa ser abordada durante a assistência em todos os ambientes de atuação de todos os profissionais da saúde.

Por meio dos métodos e abordagens empregados, foi possível verificar que, na prática, as avaliações de funcionalidade e dos aspectos da violência podem ser realizadas em conjunto, por serem complementares, a fim contribuir para a manutenção da integridade física, mental e social do idoso, por meio da assistência global ao idoso, que pode ser realizada pela equipe multiprofissional.

Limitações da pesquisa

Valores discrepantes entre os achados em vários estudos que tratam do mesmo tema estão relacionados aos diferentes métodos de coleta de dados e aos diversos tipos de instrumentos utilizados nas pesquisas, o que dificulta a comparação entre os estudos.

9. RECOMENDAÇÕES

No Brasil, o campo das políticas públicas tem destacado a importância da defesa de direitos e da justiça social ao longo do curso da vida.

O enfrentamento da violência, em qualquer grupo populacional, compreende análise de situações complexas e multidimensionais envolvendo indivíduos, famílias, comunidade e estruturas sociais.

No caso do idoso, envolve ainda um reposicionamento cultural societário de valorização da dignidade da pessoa idosa e o estabelecimento de relacionamentos familiares sem a mediação violenta de conflitos nos cuidados da vida diária.

A transição demográfica marcada pelo aumento contínuo e irreversível do envelhecimento mundial alerta para a necessidade de planejamento e ação política para implementação de programas de governo, políticas públicas, protagonismo local e global da sociedade civil, dos profissionais da saúde e da educação para desconstruir a cultura da subnotificação por parte da equipe de saúde, da família e da sociedade em relação à problemas sociais de forte impacto na área da saúde como é o caso da violência contra a pessoa idosa.

O salto civilizatório que precisa ser feito é inadiável e representa um desafio para o desenvolvimento humano e sustentável.

Assim há uma necessidade premente de organizar redes de suporte familiar e social que permitam a inserção deste idoso em sua comunidade, favorecendo as relações entre suas gerações bem como a criação da cultura da valorização da experiência do idoso por meio do incentivo e criação de espaços onde o idoso possa ser reconhecido e seja protagonista em suas escolhas para melhorar sua qualidade de vida.

Neste contexto também se faz necessário o treinamento dos profissionais de saúde, sendo que esta formação e olhar voltados para o fenômeno violência devem acontecer desde a formação acadêmica, com vistas a favorecer ações destes profissionais nos cenários da prática.

A articulação dos cuidados de promoção de saúde, bem como na identificação de casos suspeitos, devem fazer parte do processo de trabalho de profissionais de saúde que atendam idosos, o que poderá contribuir para oportunizar a elaboração de protocolos de atendimento articulados com a rede de proteção contra as violências inseridas na rede de atenção a saúde a pessoa idosa.

Recomendações

Em relação a temática das violências contra pessoas idosas ainda há uma lacuna muito grande entre a evidência e a prática. Essa lacuna pode estar relacionada ao baixo número de incidentes que são relatados às autoridades devido a inúmeros e complexos fatores que cercam as questões sociais e culturais pertinentes às situações de violência contra idosos, o que favorece a subnotificação do problema.

Pesquisas epidemiológicas, como o presente estudo, podem ajudar a aumentar a conscientização sobre as características de casos de incidência de maus-tratos entre idosos que não são relatados, bem como vem ressaltar a necessidade da inserção do tema nos cenários de atuação profissional por meio de ações como, por exemplo, fazer parte de roteiros de entrevistas, do exame físico dos profissionais e principalmente da formação acadêmica dos mesmos.

10. REFERÊNCIAS

1. Burston GR. Granny-battering. Session Letter. British Medical Journal. 1975, 6(3-5983): 592.
2. Brasil. Portaria Nº 2.528 DE 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Brasil. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 24 p.: --- em. (Direitos Humanos e Cidadania : v. 1), 2005.
4. Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2010; 15(6): 2659-2668.
5. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Violência contra adultos mais velhos. In: OPAS; OMS. Repercussão da violência na saúde das populações americanas. Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003; 20p.
6. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. /Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013; 90p.
7. Organização Panamericana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). Violência contra adultos mais velhos. In: OPAS; OMS. Repercussão da violência na saúde das populações americanas. Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003; 20p.

Referências

8. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Occurrence of domestic elder abuse. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(3): 465-470.
9. Organização Panamericana da Saúde (OPAS); Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). Informe de situação e tendências: demografia e saúde / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2009; 36 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006; 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
11. Brasil. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
12. Sousa CAM. Perspectivas profissionais da violência sobre mulheres idosas. 2012; 223f. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal. 2012.
13. Abath MB, Leal MCC, 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; 26(9):1797-1806.
14. Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012; 15(3): 555-566.
15. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15 (6): 2815-2824.

Referências

16. Magnus G. The Age of Aging: How demographics are changing the global economy and our world. UK: John Wiley & Sons, 2008; 256p.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 2010; número 27, 317p.
18. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais Velho: Implicações do Envelhecimento Populacional sobre: Crescimento Econômico, redução da Pobreza, Finanças Públicas e Prestação de Serviços. Sumário Executivo, Washington; Copyright Brasil, 2011; 64p.
19. Fonseca FB, Rizzotto MLF. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(2):365-73.
20. Belon AP, Barros MB. Esperança de vida ao nascer: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5): 877-87.
21. Santos JLF. Demografia: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no Século XX, *apud* Atlas Nacional do Brasil Milton Santos : Rio de Janeiro, IBGE, 2010; 117p e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008/2010; 35p.
22. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009; 43 (3): 548-54.
23. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012; 21(4): 529-532.

Referências

24. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2004; 13 (4):217-228.
25. Lemos NDL, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(3):170-179.
26. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & contexto - Enferm*. 2006; 15(4):570-577.
27. Santos MRDR, Mendes SCSM, Morais DB, Coimbra MPSM, Araújo MAM, Carvalho CMRG. Nutritional characterization of elderly people with hypertension in Teresina, Piauí State. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2007; 10(1): 73-86.
28. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-30.
29. Kelley-Moore JA, Schumacher JG, Kahana E, Kahana B. When do older adults become "disabled"? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *J Health Soc Behav*. 2006; 47(2): 126-41.
30. Eliopoulos, C. *Enfermagem Gerontológica*, 6ªed. Porto Alegre, Artmed, 2011; capítulo 2, p.39-49.
31. Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011; 1750p.

Referências

32. Farinatti PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte*. 2002; 8(4): 129-138.
33. Tornstam L. Gerotranscendence. A Developmental Theory of Positive Aging, New York: Springer Publishing Company. 2005; 224p.
34. Thorsen K. The paradoxes of gerotranscendence: The theory of gerotranscendence in a cultural gerontological and post-modernist perspective. *Norwegian Journal of Epidemiology*. 1988; 8(2):165-176.
35. Santin JR, Costa LT. O envelhecimento humano e a violência intrafamiliar: algumas reflexões. *Justiça do Direito*. 2008; 22(1): 96-108.
36. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002; 380p.
37. Minayo MC. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005; 48p.
38. Phua DH, Ng TW, Seow E. Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Med J*. 2008; 49(10): 765-73.
39. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ*. 2009; 22(338):b155.
40. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008; 37(151-60):151-160.
41. Hildreth CJ, Burke AE, Golub RM. Elder abuse. *JAMA*. 2011; 5(306):568.

Referências

42. 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; 23(4):461–467.
43. Luoma M-L, Koivusilta M, Lang G, Enzenhofer E, De Donder L, Verté D, Reingarde J, Tamutiene I, Ferreira-Alves J, Santos AJ, Penhale B. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL), 2011.
44. Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil, AP. Prevalência da violência contra as pessoas idosas. Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2013; 72:53-77.
45. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio Cognitivo de Idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa , Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2011; 14 (1): 109-122.
46. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17 (8): 2199-2208.
47. Fraga S, Costa D, Dias S, Barros H. Does interview setting influence disclosure of violence? A study in elderly. *Age Ageing*. 2012; 41 (1):70-5.
48. Sanches APRA. Violência doméstica contra idosos no município de São Paulo: Estudo Sabe 2000, 2006. 83f. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
49. Apratto Junior PC, Moraes CL. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (6): 2983-2995.

Referências

50. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria . Gac Sanit. 2007; 21(3):235-241.
51. Gironda MW, Lefever KH, Anderson EA. Dental Students' Knowledge About Elder Abuse and Neglect and the Reporting Responsibilities of Dentists. J Dent Educ. 2010; 74 (8): 824-829.
52. Gutmann ME, Solomon ES. Family violence content in dental hygiene curricula: a national survey. J Dent Educ. 2002; 66 (9): 999-1005.
53. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. Fam Med. 2005; 37(7):481-485.
54. Murphree KR, Campbell PR, Gutmann ME, Plichta SB, Nunn ME, Mccann AL, Gibson G. How well prepared are Texas dental hygienists to recognize and report elderly abuse? J Dent Educ. 2002; 66 (11): 1274-1280.
55. Richardson B, Kitchen G, Livingston G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. Age Ageing. 2002; 31(5): 335-341.
56. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. Ann Fam Med. 2006; 4 (5): 403-409.
57. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ, Dossi AP. Responsibility of health providers in domestic violence reporting. Rev Saude Publica. 2007; 41 (3): 472-477.
58. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006; 98 (3):403-404.

Referências

59. Wanderbroocke AC, Moré CL. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(8):2095-103.
60. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008; 63(4):S248-54.
61. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Anuário Estatístico do Distrito Federal. Dados de Demografia. 2011. Disponível em : http://www.codeplan.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=21294. Visualizado em: 25 de setembro de 2012.
62. Brasília. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios, Distrito Federal, PDAD - DF. Brasília, 2013. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), 2013.
63. Peterle V, Faustino AM, Ferreira S, Martinelli E, De Barros T. Construção Coletiva Da Rede De Atenção À Saúde Do Idoso No Paranoá, Distrito Federal: Relato De Experiência. *Gestão e Saúde.* 2012; 4(1):1769-1779.
64. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2003; 61 (3B): 777-781.
65. Torres GV, Reis LA, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2010; 68 (1): 39-43.
66. Paula FL, Fonseca MJM, Oliveira RVC, Rozenfeld S. Profile of elderly admitted to public hospitals of Niterói (RJ) due to falls. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(4): 587-595.

Referências

67. Lebrão ML. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2003. 255p. : il.
68. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. *Jama*. 1963; 185 (12):914 – 919.
69. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. Katz index on elderly functionality evaluation. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2): 317-25.
70. Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2014; 17(1): 165-176.
71. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-86.
72. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *Journal of Psychiatry Research, Oxford*. 1975; 12:189-198.
73. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr*. 1994; 52 (1): 1-7.
74. Universidade Aberta do SUS. Conceitos e ferramentas da epidemiologia [Recurso eletrônico]/ Universidade Aberta do SUS. Antonio Fernando Boing, Eleonora d’Orsi, Calvino Reibnitz Júnior. Florianópolis: UFSC, 2010; 97p.
75. Fiedler MM, Peres KG. Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-415.

Referências

76. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. 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; 100 (2): 292–7.
77. Santos MIPO, Griep RH. Functional capacity of the elderly attended in a Unified Health System (SUS) program in Belém in the State of Pará. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (3): 753-761.
78. 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; 26(11): 2321-32.
79. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado*. 2012; 27(1):165-80.
80. Beach SR, Schulz R, Castle NG, Rosen J. Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: differences between African Americans and non-African Americans in a population-based survey. *Gerontologist*. 2010; 50 (6):744-57.
81. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Elderly persons, family and household: a narrative review of the decision to live alone. *Rev. bras. estud. Popul*. 2011; 28(1): 217-230.
82. Hernandez-Tejada MA, Amstadter A, Muzzy W, Acierno R. The national elder mistreatment study: race and ethnicity findings. *J Elder Abuse Negl*. 2013; 25 (4): 281-93.
83. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP. Diabetes mellitus: factors associated with prevalence in the elderly, control measures and practices, and health services utilization in São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27 (6); 1233-1243.

Referências

84. Dong X, Simon M, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60 (10): 1922-8.
85. Moura LBA, Reis PED, Faustino AM, Guilhem D, Bampi LNS, Martins G. Experiences of Violence Lived by Women of the Federal District: Descriptive Study. *Online braz j nurs.* 2011; 10 (3): 1-13.
86. Faria MGA, David HMSL, Rocha PR. Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2011; 7 (1):32-37.
87. Sousa DJ, White HJ, Soares LM, Nicolosi GT, Cintra FA, Delboux MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010; 13 (2): 321-328.
88. Araujo LF, Lobo Filho JG. Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* 2009; 22 (1):153-160.
89. Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India – The role of education. *BMC Public Health.* 2014; 14:336.
90. Abath MB, Leal MCC, Melo Filho DA. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012; 15(2):305-314.
91. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. (a) Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *Interpers Violence.* 2011; 26 (15):2947-72.
92. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações

Referências

realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(9):2331-2341.

93. Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado PS, Pattussi MP. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(4): 289-297.

94. Mejia MRG. Controle social expresso em representações sociais de violência, insegurança e medo. *Sociologias*. 2008; 12(20):72-107.

95. Central Judicial do Idoso do Distrito Federal (CJI-DF). O Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal. Brasília: MPDFT, 2013; 36p.

96. 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.

97. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(1): 123-133.

98. Amstadter AB, Begle AM, Cisler JM, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Prevalence and Correlates of Poor Self-Rated Health in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18 (7): 615–623.

99. Conner T, Prokhorov A, Page C, Fang Y, Xiao Y, Post LA. A impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: evidence from structural equation modeling. *Interpers Violence*. 2011; 26:21-33.

100. Dong X, Simon M, Leon CM, Fulmer T, Beck T, Hebert L, Dyer C, Paveza G, Evans D. Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *JAMA*. 2009; 302(5):517–526.

Referências

101. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, Lopez-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J, Frailty and Dependence in Girona Study Group. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57 (5):815-22.
102. Jackson JL, Mallory R. Aggression and Violence Among Elderly Patients, a Growing Health Problem. *J Gen Intern Med.* 2009; 24 (10):1167–1168.
103. Taylor RM. Forum on Global Violence Prevention; Board on Global Health; Institute of Medicine; National Research Council. Elder Abuse and Its Prevention: Workshop Summary. Washington, DC. 150p. 2013.
104. Sandmoe A, Kirkevold M, Ballantyne A. Challenges in handling elder abuse in community care. An exploratory study among nurses and care coordinators in Norway and Australia. *J Clin Nurs.* 2011; 20 (23-24):3351-63.
105. Pillemer K, Breckman R, Sweeney CD, Brownell P, Fulmer T, Berman J, Brown E, Laureano E, Lachs MS. Practitioners' Views on Elder Mistreatment Research Priorities: Recommendations from a Research-to-Practice Consensus Conference. *J Elder Abuse Negl.* 2011; 23(2):115–126.
106. Amstadter AB, Cisler JM, Mccauley JL, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl.* 2011; 23 (1): 43–57.
107. Florêncio MVL, Ferreira Filha MO, Sá LD. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Rev. Eletr. Enf.* 2007; 9 (3): 847-57.
108. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse and Neglect.* 2009; 21(1): 1–14.

ANEXO 1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 160/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 04 de junho de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR(a) do(a): **HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ (com vistas à Chefia do Ambulatório e Gerência do Centro de Saúde nº01) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 059/2012 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NA REGIÃO DO PARANOÁ – DISTRITO FEDERAL** encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 04/06/2012

Validade do parecer: 04/06/2014

Pesquisador responsável e telefone: ANDREA MATHES FAUSTINO – (61) 3264-1618

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 160/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 059/2012 – VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NA REGIÃO DO PARANOÁ – DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 04/06/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 04 de junho de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
 Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

Anexos**ANEXO 2. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)**

Data de Aplicação: _____

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____. Sexo: _____

Mora com quem?: _____

1) BANHO (1) I: não recebe assistência (2) A: assistência para uma parte do corpo (3) D: não toma banho sozinho	BANHO _____
2) VESTUÁRIO (1) I: veste-se sem assistência (2) A: assistência para amarrar sapatos (3) D: assistência para vestir-se	VESTU _____
3) HIGIENE PESSOAL (1) I: vai ao banheiro sem assistência (2) A: recebe assistência para ir ao banheiro (3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas	HIGPES _____
4) TRANSFERÊNCIA (1) I: deita, levanta e senta sem assistência (2) A: deita, levanta e senta com assistência (3) D: não levanta da cama	TRANFER _____
5) CONTINÊNCIA (1) I: controle esfinteriano completo (2) A: acidentes ocasionais (3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente	CONTIN _____
6) ALIMENTAÇÃO (1) I: sem assistência (2) A: assistência para cortar carne/manteiga no pão (3) D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV	ALIMEN _____

Total: _____

Anexos**ANEXO 3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (LAWTON)**

Data de Aplicação: _____

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____. Sexo: _____

Mora com quem?: _____

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____ pontos	

Anexos**ANEXO 4. MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Data: _____

Nome: _____ . Idade: _____ . Sexo: _____

Anos de Escolaridade: _____ . Profissão: _____

1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).* ORIENTTEMP ____

Ano	()acertou	()errou	()Não sabe
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe

ORIENTESP ____

2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).*

Onde está agora? (sala de atendimento)	()acertou	()errou	()Não sabe
Onde fica este lugar? (no Centro de Saúde)	()acertou	()errou	()Não sabe
Que região é esta da cidade? (Centro do Paranoá)	()acertou	()errou	()Não sabe
Que cidade é esta? (Paranoá)	()acertou	()errou	()Não sabe
Em qual estado fica? (DF)	()acertou	()errou	()Não sabe

REGISTOT ____

3) REGISTRO - *Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote > Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.*

Vou lhe dizer três palavras e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Árvore	()conseguiu	()não conseguiu
Mesa	()conseguiu	()não conseguiu
Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu

ATCALCTOT ____

4) ATENÇÃO E CÁLCULO - *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).*

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe
93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe
86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe
79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe
72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe

MEMEVO ____

5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – *Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem*

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.

Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe
Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe
Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe

LINGGEM ____

6) LINGUAGEM – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).*

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe
Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe

REPFRA ____

7) Repita a frase que vou lhe dizer - *(Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.*

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

Conseguiu ()	Não conseguiu ()
---------------	-------------------

Anexos

- 8) Dê uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe: **VISA O** ____
 Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

FECHE OS OLHOS

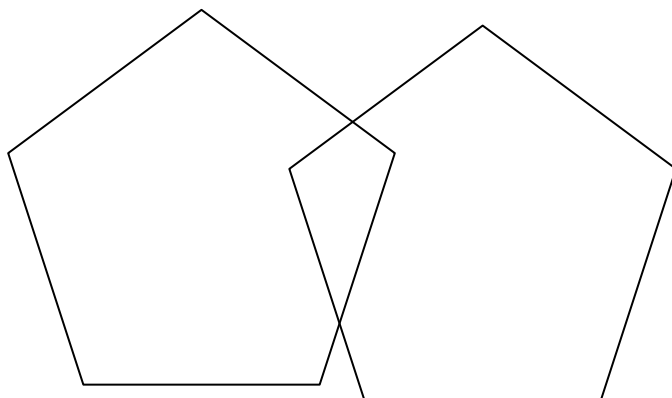
- 9) Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero.)

ATIVI ____

Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe
Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe
Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe

- 10) O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha?
 Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir FRASE ____
 se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)

- 11) Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)

Desenho ____

TOTAL ____

ANEXO 5. FOLDER ENTREGUE AOS IDOSOS

10 CONDUTAS QUE CONSTITUEM CRIME:

- 1 Desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar a pessoa idosa, por qualquer motivo.
- 2 Não prestar assistência ao idoso.
- 3 Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência ou não prover suas necessidades básicas.
- 4 Expor a perigo a integridade e a saúde física ou psíquica do idoso.
- 5 Apropriar-se de ou desviar bens, proventos ou pensão do idoso.
- 6 Reter o cartão magnético da conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso com o objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida.
- 7 Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicações, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas a pessoa do idoso.
- 8 Induzir a pessoa idosa a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente.
- 9 Coagir o idoso a doar ou contratar algo.
- 10 Impedir ou dificultar o acesso do idoso a qualquer meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania.

FAÇA SUA PARTE!

“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”

Declaração Universal dos Direitos Humanos - Artigo I

TELEFONES ÚTEIS

Secretaria do Idoso	3361-7720 3233-4928
Conselho do Idoso	3346-9563
Central Judicial	3103-7612
Defensoria Pública da União	3319-4311
Polícia Civil	197



Secretaria Especial do Idoso
www.idoso.df.gov.br
secretariadoidoso@hotmail.com



Quem maltrata o idoso não fere apenas o corpo, mas apaga toda sua história.

15 de junho.
Dia Mundial de Combate à Violência Contra o Idoso.

A PESSOA IDOSA SOFRE VIOLÊNCIA QUANDO:

ABANDONO

É abandonada nas ruas, nos lares, nas casas, nos hospitais, isolada da convivência familiar ou comunitária.

VIOLÊNCIA FÍSICA

É submetida à dor, ferimentos, coerção física (bater, empurrar, beliscar, puxar cabelo etc.)

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

É ameaçada, chantageada, pressionada, xingada, discriminada, ignorada, humilhada ou exposta a situações vexatórias.

EXPLORAÇÃO E ABUSO FINANCEIRO

Seus bens, proventos, pensão ou aposentadoria são desviados ou utilizados em benefício de outros sem seu conhecimento e consentimento (empréstimos, apropriação de moradia etc.)

AUTONEGLIGÊNCIA

Nega-se a receber assistência ou a manter seus próprios cuidados pessoais (como aparência, higiene, alimentação, medicação).

VIOLÊNCIA SEXUAL

É assediada, ou forçada a manter relação sexual sem seu consentimento.

DESCUIDO

É assistida precariamente ou não assistida nas suas necessidades básicas (cuidado com a saúde geral, alimentação, medicamentos, higiene e outros).



“É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.”

Lei 10.701/03 - Estatuto do idoso - Art. 10º

O envelhecimento saudável começa a partir do momento em que nós, como cidadãos, deixamos para trás preconceitos e preconceitos que rotulam o idoso como uma pessoa decadente, dependente e incapaz.

Se o envelhecimento é sinônimo de decadência, o que falar daqueles que, fisicamente mais jovens, se deixaram vencer, se perderam na caminhada da vida e assim abandonaram os seus sonhos?

Ser idoso é ser capaz, ativo e totalmente participativo em todas as ações que formam um conjunto de atividades em nossa sociedade.

Estar nessa fase da vida é unir em um só corpo alegria, maturidade, experiência e fidelidade.

A Secretaria Especial do Idoso trabalhará intencionalmente para que os valores da pessoa idosa sejam respeitados.

Vencendo os preconceitos, portas se abrirão para a inclusão social, especialmente no que se refere ao acesso do idoso ao mercado de trabalho e ao respeito aos seus direitos.

Apêndices**APÊNDICE A. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Nº _____

INICIAIS: _____ DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____

Se você não se incomodar, gostaria de começar perguntando-lhe um pouco sobre você.

SEÇÃO 1: Perfil do Idoso		
PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CLASSIFICAÇÃO	
01	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos..... [][]
02	Sexo	Feminino 1 Masculino 2
03	Como você descreveria sua orientação sexual	Heterossexual [] Homossexual [] Bissexual [] Não sei/não quero responder []
04	Você mora no Distrito Federal?	Sim..... 1. Onde: ----- Não.....2
05	Em qual estado você viveu antes de vir para o Distrito Federal	Nome do Estado: _____ Sempre vivi no Distrito Federal ().
06	Quanto à cor/raça, você se considera	Branca..... [] Amarela/Indígena..... [] Parda..... [] Preta..... []
07	Qual é o seu estado civil?	Casado..... [] Desquitado ou separado..... [] Divorciado..... [] Viúvo..... [] Solteiro..... [] Mora com algum companheiro / parceiro []

Apêndices

08	Qual é a sua escolaridade?	Analfabeto[] Fundamental ___ Anos.....[] Médio ___ Anos.....[] Superior ___ Anos.....[] Recusa/Não Sabe/Não se lembra.....[]	
09	Você mora com seus filhos ou com algum membro de sua família / outras pessoas?	Sim..... 1. Quem: ----- Não.....2	
10	Possui filhos?	Sim..... 1. Quantos----- Não.....2	
12	Atualmente, qual é a sua religião?	Católica..... 1 Evangélica 2 Espírita 3 Afro-brasileira (candomblé, umbanda)..... 4 Outra..... 5 Não possui..... 9	
14	Atualmente você está:	Aposentado..... 1 Recebe benefício do governo..... 2 Recebe pensão..... 3 Trabalha.....4 Outra – Qual:_____ 5 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
15	Participa de algum grupo / atividades com outras pessoas?	Sim..... 1. Se sim, qual? Não.....2	
16	Qual a renda da sua família?	Até 01 salário mínimo [] 02 a 03 salários mínimos [] 04 ou mais salários mínimos [] não sabe precisar / não tem valor fixo..... [] sem renda..... []	

Apêndices

17	Faz uso de bebidas alcoólicas?	Sim..... 1. Se sim, qual a frequência? Não.....2 _____	
18	Possui algum problema de saúde?	Sim..... 1. Se sim, qual? Não.....2	
SEÇÃO 2: Perfil de Violência			
<u>Subseção: Violência psicológica (abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos)</u>			
01	Apos os 60 anos, alguma pessoa humilhou, insultou publicamente, falou (xingou) mal, gritou ou ameaçou você ?	Sim..... 1. Por parte de quem:: ----- Não..... 2. Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 04
02	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
03	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
04	Apos os 60 anos, você passou por uma situação em que se sentiu discriminado (não foi tratado com respeito) por que você era idoso?	Sim..... 1 Por parte de quem:: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 07
05	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Não se aplica3 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	

Apêndices

06	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
<u>Subseção: Violência Física (Abuso físico, maus-tratos físicos):</u>			
07	Apos os 60 anos, alguma pessoa deu um tapa, soco, empurrou ou praticou qualquer agressão física contra você?	Sim..... 1. Por parte de quem: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 10
08	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
09	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
<u>Subseção: Violência sexual (abuso sexual)</u>			
10	Apos os 60 anos, você foi fisicamente forçado a ter relação sexual (fez sexo, transou, foi para cama) com seu/sua parceiro / ou outra pessoa quando você não queria?	Sim..... 1 Por parte de quem: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 13
11	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
12	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	

Apêndices

<u>Subseção: Abandono</u>			
13	Apos os 60 anos, alguma vez você se sentiu abandonado?	Sim..... 1 Por parte de quem: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 16
14	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
15	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
<u>Subseção: Negligência</u>			
16	Apos os 60 anos, alguma vez você sentiu que não recebeu os cuidados necessários para sua vida? (alimentação, segurança, saúde e outros)	Sim..... 1. Por parte de quem: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 19
17	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
18	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
<u>Subseção: Abuso financeiro e econômico</u>			
19	Apos os 60 anos, alguma pessoa que o rodeia ou pessoa fora do seu convívio tem	Sim..... 1. Por parte de quem: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, pule para questão 22

Apêndices

	usado ou mexido no seu dinheiro sem a sua autorização?		
20	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
21	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
<u>Subseção: Autonegligência</u>			
22	Apos os 60 anos, você deixou de se cuidar (autocuidado), abandonou tratamento médico, ou frequentou lugares considerados inseguros?	Sim..... 1. Por parte de quem: ----- Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	Se não, encerre a entrevista.
23	Isso aconteceu nos últimos doze meses?	Sim..... 1. Não..... 2 Recusa/Não Sabe/Não se lembra..... 9	
24	Qual a frequência?	() Uma vez () Poucas Vezes () 3 ou mais Vezes) () Muitas Vezes (Mais de 5 vezes)	
RESULTADOS DOS TESTES:			
MINI-MENTAL:		LAWTON:	KATZ:

APÊNCICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Título da Pesquisa: *Violência contra idosos na região do Paranoá - Distrito Federal***

Estamos realizando uma pesquisa sobre o perfil dos idosos em situação de violência que residem na Regional do Paranoá, verificando assim se existem estas situações de violência contra a pessoa idosa, a fim de poder criar e divulgar mecanismos de defesa e proteção para este idoso, além de treinar e capacitar os profissionais de saúde que fazem o atendimento do idoso aqui no Centro de Saúde do Paranoá / Hospital do Paranoá, em relação a situações vividas de violência e maus-tratos com esta população.

Vimos por meio desta convidá-lo (a) a participar deste estudo. Precisaremos, então, fazer uma breve entrevista com o (a) senhor (a) para coletarmos dados pessoais e informações sobre as possíveis situações de violência que o Sr. (a) pode já ter sofrido. Esta entrevista pode durar cerca de 40 minutos.

Este estudo tem o objetivo de descrever vivências de pessoas idosas residentes no Paranoá (DF) em situação de violência. O (a) senhor (a) terá a liberdade para se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento, ou seja, poderá se recusar a responder qualquer questão que possa lhe trazer algum tipo de constrangimento, mesmo tendo assinado este termo de compromisso, sem que isto lhe traga algum tipo de prejuízo. Sua participação é voluntária.

Não haverá nenhuma forma de identificação em relação a sua participação. Todas as suas informações pessoais e/ou de identificação são sigilosas e as pesquisadoras terão a responsabilidade de garantir que ninguém tenha acesso a esses dados. As informações coletadas serão analisadas e podem ser publicadas em revistas ou congressos científicos, sem em nenhum momento, identificá-lo (a). Após seu consentimento, uma cópia deste Termo ficará com o (a) Sr. (a.) e outra com as pesquisadoras. Isso é uma garantia de que as informações só foram coletadas após seu consentimento.

O senhor poderá interromper a pesquisa a qualquer momento para solucionar dúvidas e me coloco à disposição para qualquer informação adicional sobre a pesquisa no telefone (61) 3307-2515. Endereço: Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – Campus Darcy Ribeiro ou por e-mail: andreamathes@unb.br, quanto aos aspectos éticos o (a) Sr. (a) pode tirar suas dúvidas no Comitê de Ética na Pesquisa da SES – DF, no telefone: (61) 3325-4955.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável:
Andréa Mathes Faustino

Brasília, ____/____/____

Assinatura do voluntário