

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

MARIANA MAPELLI DE PAIVA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS DO
MUNICÍPIO DE UBERABA – MINAS GERAIS

UBERABA

2014

MARIANA MAPELLI DE PAIVA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE UBERABA – MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Darlene Mara dos Santos Tavares.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

UBERABA

2014

MARIANA MAPELLI DE PAIVA

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS DO
MUNICÍPIO DE UBERABA – MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Uberaba, _____ de _____ de 2014

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Orientadora

Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Membro

Profa. Dra. Luciana Kusumota
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP)
Membro

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

P169p Paiva, Mariana Mapelli de
Prevalência e fatores associados à violência contra idosos do município
de Uberaba – Minas Gerais / Mariana Mapelli de Paiva. -- 2014.
98 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Darlene Mara dos Santos Tavares.

1. Idoso. 2. Violência. 3. Maus-tratos ao idoso. 4. Saúde do idoso. 5.
Enfermagem. 6. Enfermagem geriátrica. I. Tavares, Darlene Mara dos Santos.
II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613. 98

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que não mediram esforços para a concretização desta etapa de minha vida. Obrigada pelo incentivo constante!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela intensa presença em minha vida, por ouvir minhas preces, guiar meus passos e pelo amparo em todos os momentos.

Ao meu pai, pelo amor incondicional, por me ensinar a lutar pelos sonhos e acreditar no meu potencial.

A minha mãe, meu anjo da guarda, por todo amor e estar sempre ao meu lado me guiando e protegendo. Obrigada pelo incentivo, conselhos, pelas preces e por ser essa mãe tão amorosa, carinhosa e amiga.

Aos meus irmãos, Victor Hugo e Vinícius, que mesmo com a distância, estão sempre presentes! Obrigada pela amizade, amor e incentivo.

Aos meus queridos e amados avós, por toda sabedoria transmitida com simplicidade, amor e carinho. E por todas as preces que se dirigiram a minha pessoa.

Agradeço em especial ao meu vô Nelson (in memoriam), que desde meu nascimento esteve sempre presente em minha vida. Obrigada querido vovô, pelo imenso amor, em especial a todos seus netos, e por toda dedicação a nossa família. “Óh, como é doce e consoladora a certeza de que não há entre nós um véu material que te oculta a minha visão. Que tu possas estar aqui, ao meu lado, me ver e me ouvir como antigamente, e melhor ainda do que antigamente; que não me olvides mais, e que eu mesmo não te olvide; que os nossos pensamentos não cessem de se confundir, e que o teu me siga e me sustente sempre”.

Ao Léo, por todo amor e carinho, incentivo, companheirismo, compreensão e paciência. Obrigada pela confiança, pelo auxílio e por dar forças nos momentos de desânimo.

Aos meus familiares, por todo apoio, incentivo e compreensão no decorrer desta caminhada.

A professora Darlene, orientadora desta pesquisa, pela confiança e credibilidade em meu trabalho, pelas contribuições na construção do meu conhecimento, pelo incentivo e todas as oportunidades de crescimento. Agradeço também, pela amizade e valores transmitidos nesta caminhada.

Às professoras Leiner e Luciana Kusumota, pelas contribuições na construção desta dissertação e por aceitar, gentilmente, o convite de compor a banca.

Ao professor Vanderlei, pelos valiosos ensinamentos neste processo e pelas palavras de apoio em todos os momentos.

A todos os professores da Pós-Graduação pelas contribuições na minha formação, apoio, incentivo e bons conselhos.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, pela oportunidade de crescimento e aprendizado, pelo companheirismo e apoio.

A Mariana Freitas, pela disponibilidade e contribuir gentilmente na etapa de coleta de dados.

Aos amigos Alisson e Nayara Martins pelo incentivo constante em fazer parte do Programa de Pós Graduação da UFTM, apoio e amizade.

Aos amigos Maycon e Flavia, pela amizade e disposição em ajudar em cada momento de dificuldade e dúvidas.

A minha amiga Maysa, pela amizade construída na graduação, apoio e companheirismo durante esta trajetória. Obrigada pelos conselhos, palavras amigas e incentivo! Tenho certeza que esta amizade é para vida inteira!

A minha querida amiga Janaína, por tudo que vivenciamos durante o mestrado; por compartilhar momentos de alegrias e tristezas, pela disponibilidade em auxiliar nas minhas dificuldades. A concretização desta etapa tornou-se mais leve com a sua presença! Obrigada por tornar uma irmã e pela intensa presença em minha vida!

Aos colegas da Pós – Graduação, durante esta trajetória tivemos a oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Obrigada pelo convívio diário, trocas de experiências, conhecimentos, e por compartilhar medos e anseios.

Aos funcionários da Pós – Graduação, pela disponibilidade, palavras amigas e pelo simples “bom dia” / “boa tarde” que fazia a diferença nos meus dias!

A CAPES/DS, pelo auxílio financeiro.

Aos idosos que participaram deste estudo, meu agradecimento por possibilitar a construção deste conhecimento, pelos singelos ensinamentos, confiança e pela receptividade e atenção em suas casas.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a construção e realização deste projeto, meus sinceros agradecimentos.

Como se Morre de Velhice

Como se morre de velhice
ou de acidente ou de doença,
morro, Senhor, de indiferença.

Da indiferença deste mundo
onde o que se sente e se pensa
não tem eco, na ausência imensa.

Na ausência, areia movediça
onde se escreve igual sentença
para o que é vencido e o que vença.

Salva-me, Senhor, do horizonte
sem estímulo ou recompensa
onde o amor equivale à ofensa.

De boca amarga e de alma triste
sinto a minha própria presença
num céu de loucura suspensa.

(Já não se morre de velhice
nem de acidente nem de doença,
mas, Senhor, só de indiferença.)

Cecília Meireles, in 'Poemas (1957)'

RESUMO

PAIVA, Mariana Mapelli. **Prevalência e fatores associados à violência contra idosos no município de Uberaba – Minas Gerais**. 2014. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo Brasil trouxe questões fundamentais para gestores e pesquisadores, em virtude da desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições. Nesse contexto, destaca-se o desenvolvimento da violência que atinge todos os níveis sociais e causa, além de óbitos, traumas físicos e emocionais, tornando-se um desafio para o setor de saúde. Este estudo objetivou verificar a prevalência de violência física e psicológica; somente física e psicológica entre os idosos nos últimos 12 meses; caracterizar as variáveis sociodemográficas e econômicas, saúde e capacidade funcional entre os idosos sob violência; comparar as variáveis sociodemográficas, econômicas, arranjo de moradia, indicadores clínicos e capacidade funcional entre os idosos sob violência, e verificar os fatores associados à violência física e psicológica segundo dados sociodemográficos, de saúde e capacidade funcional. Trata-se de um inquérito domiciliar, analítico e transversal realizado com 729 idosos do município de Uberaba-MG. Os instrumentos utilizados foram: Miniexame do Estado Mental (MEEM), instrumento estruturado de caracterização dos dados sociodemográficos, econômicos e indicadores clínicos, Escala de Independência em Atividades da Vida Diária, Escala de Lawton e Brody, Conflict Tactics Scales-1. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, no período de janeiro a abril de 2014. Os dados foram submetidos à análise descritiva e teste qui-quadrado ($p < 0,05$). Para analisar as variáveis preditores da ocorrência de violência empregou-se o modelo de regressão logística, por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, nº 573.833. A prevalência de idosos sob violência foi de 20,9%, dos quais 5,9% sob violência física e 20,9% psicológica. As características dos idosos submetidos à violência física e psicológica e estratificada em física e psicológica foram semelhantes, prevalecendo mulheres, com 60|-80 anos, com escolaridade, com renda, e tendo como principal agressor o cônjuge. Os idosos submetidos à violência física e psicológica moravam com o cônjuge; tinham autopercepção negativa de saúde; foram hospitalizados no

último ano; e apresentavam duas ou mais morbidades. Os preditores de violência física e psicológica foram à faixa etária de 60|-80 anos, morar com o cônjuge e atividades instrumentais de vida diária. Levando-se em conta que a violência é considerada multifatorial, os resultados deste estudo agregam conhecimento aos fatores que estão relacionados à agressão em idosos, bem como as principais características dessa população vítima de agressão. Assim, contribui para o fortalecimento de políticas públicas de enfrentamento à violência e se constitui em ferramenta para o planejamento de ações em saúde.

Palavras-chave: Idoso; Violência; Maus-tratos ao Idoso; Saúde do Idoso; Enfermagem; Enfermagem geriátrica.

ABSTRACT

PAIVA, Mariana Mapelli. **Prevalence and associated factors for violence against elderly in the city of Uberaba - Minas Gerais.** 2014. 98f. Dissertation (Masters in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

The speed of the demographic and epidemiological transition process experienced by Brazil brought key issues for managers and researchers due to social inequality, poverty and fragile institutions. In this context highlights the development of violence affecting all social levels and causes, further deaths, physical and emotional trauma; become a challenge for the health sector. This study aimed to verify the prevalence of physical and psychological violence; only physical and psychological among the elderly in the last 12 months; characterize the sociodemographic and economic variables, health and functional capacity among elderly in violence and those without risk; compare the demographic, economic variables, housing conditions, clinical indicators and functional ability among older people at risk of violence and those without risk and those without risk and identify factors associated with physical and psychological factors by sociodemographic characteristics, health and functional capacity. Home, analytical and cross-sectional survey conducted with 729 elderly in the city of Uberaba. The instruments used were: Mini Mental State Examination, structured instrument for characterization of sociodemographic, clinical and economic indicators data, Scale of Independence in Activities of Daily Living, Lawton and Brody Scale, Conflict Tactics Scales-1. Data collection was conducted in the home of the elderly in the period January-April 2014. Data were subjected to descriptive analysis and chi-square test ($p < 0,05$). To analyze the predictive variables in the occurrence of violence it was used the logistic regression model using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 17.0 version. The project was approved by the Ethics Committee on Human Research of UFTM, nº 573.833. The prevalence of violence was 20.9%, of which 5.9% in physical violence and 20.9% psychological. The characteristics of the elderly undergoing physical and psychological violence and physical and psychological stratified were similar whichever women, aged 60|-80 years, education, income, and with the primary aggressor spouse. Elderly subjected physical and psychological violence were living with a spouse; they had negative self-rated health, they were hospitalized last year and they had two or more comorbidities. Predictors of physical and psychological violence were between the age of 60|-80 years, living with your spouse and instrumental activities of daily living. Whereas violence is considered

multifactorial, the results of this study add to the knowledge factors that are related to aggression in the elderly, as well as the main characteristics of this population victim of aggression. Thus it contributes to the strengthening of public policies addressing violence and constitutes a tool for the planning of public health.

Keywords: Aged; Violence; Elder Abuse; Health of the Elderly; Nursing; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Paiva, Mariana Mapelli. **Prevalencia y factores asociados a la violencia contra las personas de edad avanzada en la ciudad de Uberaba - Minas Gerais.** 2014. 98f. Disertación (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

La velocidad del proceso de transición demográfica y epidemiológica experimentada por Brasil trajo cuestiones fundamentales para los gestores e investigadores, debido a la desigualdad social, pobreza y fragilidad de las instituciones frágiles. En este contexto se destaca el desarrollo de la violencia que afecta a todos los niveles sociales y es causa, de más muertes, traumas físicos y emocionales; tornándose en un desafío para el sector de salud. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de violencia física y psicológica; sólo física y psicológica de las personas mayores en los últimos 12 meses; caracterizar las variables sociodemográficas y económicas, salud y capacidad funcional entre los ancianos la sub violencia; comparar las variables sociodemográficas, económicas, las condiciones de vivienda, indicadores clínicos y la capacidad funcional entre los ancianos en situación de violència, e verificar los factores asociados a la violencia física y psicológica según datos sociodemográficos, de salud y capacidad funcional. Encuesta en hogares, analítico y transversal realizado con 729 ancianos en el municipio de Uberaba - MG. Los instrumentos utilizados fueron: Mini Examen del Estado Mental (MEEM), instrumento estructurado de caracterización de los datos sociodemográficos, económicos e indicadores clínicos, Escala de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria Escala de Lawton y Brody, Conflict Tactics Scales. La recolección de datos fue realizada en el domicilio de los ancianos en el período de enero a abril de 2014. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo y la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$). Para analizar las variables predictores de la aparición de la violencia se utilizó el modelo de regresión logística, por medio de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 17.0. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFTM, nº 573.833. La prevalencia de ancianos en situación de violencia fue de 20,9%, de los cuales el 5,9% en situación de violencia física y 20,9% psicológica. Las características de los ancianos sometidos a violencia física y psicológica y estratificada en física y psicológica fueron semejantes, prevaleciendo mujeres con 60|-80 años, escolaridad, ingresos, teniendo como principal agresor el cónyuge. Los ancianos sometidas de violencia física y psicológica Vivian con su cónyuge; tenido

autopercepción de salud negativo, fueron hospitalizados el año pasado y tuvo dos o más morbilidades. Los predictores de la violencia física y psicológica fueron la edad de 60|-80 años, vive con su cónyuge y actividades instrumentales de la vida diaria. Mientras que la violencia se considera multifactorial, los resultados de este estudio se suman a los factores de conocimiento que están relacionados con la agresión en los ancianos, así como las principales características de esta población víctima de la agresión. De este modo contribuir al fortalecimiento de las políticas públicas frente a la violencia y que constituye una herramienta para la planificación de acciones en salud.

Descriptores: Anciano; Violencia; Maltrato al Anciano; Salud Del Anciano; Enfermería; Enfermería geriátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Modelo ecológico para compreensão da violência..... | 24 |
| Figura 2 – Composição final da amostra..... | 40 |
| Figura 3 – Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário..... | 41 |
| Figura 4 – Prevalência de violência física e psicológica entre os idosos..... | 47 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas de idosos segundo violência física e psicológica, somente física, somente psicológica. Uberaba, MG. 2014..... | 48 |
| Tabela 2 - Estratificação do arranjo de moradia entre idosos segundo violência física e psicológica, somente física, somente psicológica. Uberaba, MG, 2014..... | 49 |
| Tabela 3 - Distribuição dos indicadores clínicos e capacidade funcional dos idosos segundo violência física e psicológica. Uberaba, MG. 2014..... | 51 |
| Tabela 4 - Modelo final de regressão logística para as variáveis associadas à violência física e psicológica entre os idosos de Uberaba, MG. 2014..... | 52 |

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de vida diária

AIVD – Atividades Instrumentais da vida diária

BOMFAQ – Questionário de Avaliação Funcional e Multidimensional

CASE – Caregiver Abuse Screen

CRAS – Centros de Referência de Assistência Social

CREAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social

CTS-1 – Conflict Tactics Scales

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Equipe Saúde da Família

H-S/EAST – Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test

IA – Intervalo Amostral

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPEA – Rede Internacional para a Prevenção de Maus – Tratos contra Idoso

MG – Minas Gerais

NCS – Número total de setores censitários

NCS- Número total de setores sorteados

OMS – Organização Mundial de Saúde

SEDI – Serviço Especial de Defesa do Idoso

SOMA – Secretária da Ouvidoria Geral e do Meio Ambiente

SPSS – Statistical Package for the social Sciences

UFTM – Mini Exame do Estado Mental

VASS – Vulnerability to Screening Scale

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 21 |
| 2. VIOLÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS, MODELO EXPLICATIVO | 23 |
| 2.1 VIOLÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS..... | 23 |
| 2.2 MODELO EXPLICATIVO DA VIOLÊNCIA..... | 24 |
| 2.3 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA..... | 25 |
| 3. VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: CONCEITO, EPIDEMIOLOGIA, MENSURAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS | 27 |
| 3.1 VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: CONCEITO E MAGNITUDE DO PROBLEMA..... | 27 |
| 3.2 INSTRUMENTOS QUE MENSURAM A VIOLÊNCIA..... | 30 |
| 3.3 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA..... | 31 |
| 4. OBJETIVOS | 36 |
| 5. METODOLOGIA | 38 |
| 5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | 38 |
| 5.2 LOCAL..... | 38 |
| 5.3 POPULAÇÃO..... | 38 |
| 5.3.1 Definição da População | 38 |
| 5.3.2 Procedimento para amostragem conglomerado em múltiplos estágios | 38 |
| 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... | 40 |
| 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... | 41 |
| 5.6 COLETA DE DADOS..... | 41 |
| 5.6.1 Procedimentos para coleta de dados | 41 |
| 5.6.2 Instrumentos de coleta de dados | 42 |
| 5.6.2.1 <i>Mini exame do estado mental</i> | 42 |
| 5.6.2.2 <i>Características sociodemográficas e econômicas</i> | 42 |
| 5.6.2.3 <i>Indicadores clínicos</i> | 42 |
| 5.6.2.4 <i>Escala de Independência em Atividades de Vida Diária e Escala de Lawton e Brody</i> | 42 |
| 5.6.2.5 <i>Conflict Tactics Scales form R (CTS-1)</i> | 43 |

| | |
|---|-----------|
| 5.6.3 Variáveis de estudo..... | 43 |
| 5.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS..... | 44 |
| 6. ASPECTOS ÉTICOS | 45 |
| 7. RESULTADOS..... | 47 |
| 7.1 PREVALÊNCIA DE IDOSOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA..... | 47 |
| 7.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONOMICAS DOS IDOSOS SEGUNDO A VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA..... | 47 |
| 7.3 IDOSOS SOB VIOLÊNCIA SEGUNDO INDICADORES CLÍNICOS E CAPACIDADE FUNCIONAL..... | 50 |
| 7.4 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA..... | 51 |
| 8. DISCUSSÃO | 54 |
| 9. CONCLUSÃO..... | 66 |
| REFERENCIAS..... | 68 |
| APÊNDICES | 80 |
| APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 80 |
| APÊNDICE B – IDENTIFICAÇÃO, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONOMICOS..... | 81 |
| APENDICE C – INDICADORES CLÍNICOS..... | 83 |
| ANEXOS..... | 85 |
| ANEXO A - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)..... | 85 |
| ANEXO B - PERCEPÇÃO DE SAÚDE..... | 88 |
| ANEXO C - ESCALA DE KATZ..... | 89 |
| ANEXO D - ESCALA DE LAWTON E BRODY..... | 91 |
| ANEXO E - CONFLICT TATICS SCALES FORM R (CTS-1)..... | 93 |
| ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS..... | 96 |

Introdução

Como se Morre de Velhice

*"Como se morre de velhice
ou de acidente ou de doença,
morro Senhor, de indiferença."*

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma conquista da humanidade e resultado do avanço social e tecnológico. Esse processo acontece progressivamente nos países em desenvolvimento em razão de melhorias nas condições alimentares, sanitárias, progresso da medicina e cuidados com saúde, educação e bem-estar econômico (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Destaca-se que o século XX foi marcado por esses avanços em virtude do conhecimento adquirido por meio de estudos envolvendo a ciência do envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2011).

O envelhecimento pode ser considerado como a fase de todo o *continuum* que é a vida, tendo início na concepção e terminando com a morte; e ao longo do processo é possível caracterizar cada fase desse desenvolvimento, como a puberdade e a maturidade (PAPALÉO NETTO, 2011).

Envelhecer é “um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando mais vulnerabilidade e mais incidência de processos patológicos, que terminam por levar o idoso à morte” (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO; GARCIA, 2005, p.10).

Neste cenário, a transição demográfica brasileira é um fenômeno estrutural que tem marcado tanto a economia quanto a sociedade, desde a segunda metade do século passado. Está ligada às questões históricas que foram permeadas pelos desequilíbrios regionais e sociais (BRITO, 2008). Além disso, esse fato ocorreu de forma acentuada, sem tempo para reestruturação social e da área da saúde (BRASIL, 2006).

Iniciou-se a partir do final da década de 1960, com queda das taxas de natalidade, principalmente nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas. Tal fato, associado ao aumento da expectativa de vida e à queda nas taxas de mortalidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), foi generalizado e desencadeou o processo de transição da estrutura etária, ocasionando uma população com perfil envelhecido e, conseqüentemente, provocando queda no ritmo de crescimento populacional (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008) e, em seguida, mudança na estrutura etária brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A população é considerada em processo de envelhecimento quando os idosos representam uma parcela de 7% ou mais da população total (CHELALA, 1992; FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Em 1950, no mundo, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, em 2012 esse número aumentou para aproximadamente 810 milhões (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Projeções indicam que em 2050 a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, representando a quinta maior do planeta, inferior apenas as da Índia, da China, dos EUA e da Indonésia (BRITO, 2008).

Além dos fenômenos demográficos, ocorreu, em conjunto, a transição epidemiológica, que se refere às modificações dos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade (OMRAN, 2001).

A velocidade da transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo Brasil trouxe questões fundamentais para gestores e pesquisadores, com repercussões para a sociedade, agravadas pela desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (SANTOS et al., 2007; VERAS, 2009). As possíveis dificuldades para o enfrentamento desse processo geraram problemas de ordem social, econômica, política, cultural e previdenciária (SILVA; LACERDA, 2007), que favoreceram o crescimento da violência (SANTOS et al., 2007; SERRA, 2005).

Neste contexto, a violência se tornou um fenômeno mundial, promovendo a atenção e a mobilização tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). Além disso, passou a ser alvo de investigações e ações de políticas públicas.

Embora as estatísticas demonstrem que os acidentes e as violências atingem predominantemente a população jovem e adulta, os idosos também merecem atenção (SANTOS et al., 2010), uma vez que esse grupo populacional é mais vulnerável, por conta da fragilidade advinda do processo de envelhecimento, como as alterações fisiológicas (MACHADO; QUEIROZ, 2006).

Desta forma, trata-se de um desafio para o setor de saúde, pois atinge todos os níveis sociais e pode levar a distúrbios emocionais, isolamento, sentimento de culpa e negação, traumas físicos e óbitos (APRATTO JUNIOR, 2010; SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008; WOLF, 1995).

Nesta perspectiva, esta investigação tem como finalidade contribuir para ampliar o conhecimento acerca da temática e subsidiar ações de políticas públicas para idosos vítimas de violência.

2 VIOLÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS, MODELO EXPLICATIVO E TIPOLOGIA

2.1 VIOLÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A violência está presente na humanidade desde os primórdios da História, e constitui-se em um dos grandes problemas sociais (SERRA, 2005). Porém, observam-se significados diferentes de violência ao longo do processo histórico da humanidade, principalmente no que se refere às transformações socioculturais (WIEVIORKA, 1997).

O interesse em aprofundar o conhecimento sobre a temática começou em 1960, com enfoque no abuso da criança; em 1970 foi incluída a violência entre cônjuges; e apenas em 1980 foi dada ênfase à violência em pessoas idosas. Neste momento, a violência foi reconhecida como problema de saúde pública, não somente pelos traumas físicos, como também em razão das consequências para a saúde mental (SERRA, 2005). A partir da década de 1990, ela passou a ser analisada por outros setores nacionais — como os sociais e jurídicos — e ter repercussão internacional (SARAIVA, 2010; SERRA, 2005).

A violência contra idosos foi descrita pela primeira vez em 1975, em artigos britânicos (MINAYO, 2005) e, a princípio, era vista como uma questão familiar, permanecendo privada e escondida, até meados do século XX (APRATTO JÚNIOR, 2010). Na América Latina começou a ser discutida em 1996, na Argentina, através de pesquisas que tinham o objetivo de investigar a percepção sobre maus-tratos na velhice (PAIXÃO JÚNIOR, ROCHA, 2011). Especificamente no Brasil, o assunto começou a ser discutido apenas na década de 1990 (MINAYO, 2005), e a ganhar mais visibilidade a partir da promulgação e regulamentação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), da aprovação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006) e, posteriormente, do Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2007).

Nesse panorama, essa temática, que antes era vista como uma questão social, passou a ser considerada um problema de idade, e logo se tornou uma questão de saúde pública e de justiça criminal (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

Para o aprofundamento sobre os aspectos relacionados à violência, é necessária a sua definição conceitual. Entretanto, por ser um conceito amplo, associado intrinsecamente ou inerente à condição humana, admite diversas definições (JARDIM, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua violência como “o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou

contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002, p. 5).

Não existe um único fator explicativo para que algumas pessoas tenham comportamento violento em relação às outras, ou mesmo o motivo de ocorrer mais agressão em algumas comunidades quando comparado a outras (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002). Atualmente, a violência é considerada um crime de origem multifatorial (MELO, 2010), e é resultado da complexa interação dos fatores individuais, sociais, culturais, ambientais e de relacionamento (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

2.2 MODELO EXPLICATIVO DA VIOLÊNCIA

Para compreender a natureza multifacetada da violência, introduziu-se, em 1970, o modelo ecológico, aplicado primeiramente ao abuso infantil e, posteriormente, à violência juvenil. É utilizado em pesquisas para melhor entendimento da violência praticada pelo parceiro íntimo e do abuso de idosos (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).



Figura 1 - Modelo ecológico para compreensão da violência (World Health Organization, 2002)

O modelo ecológico, de forma geral, explora as relações entre os fatores individuais e contextuais. Assim, a violência seria o resultado das influências sobre o comportamento. Este modelo está dividido em quatro níveis: individual, relações sociais, comunidade e sociedade (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002). No primeiro nível, identificam-se as características pessoais, como fatores históricos, biológicos e pessoais. Entre eles

destacam-se a impulsividade, o abuso de substâncias tóxicas, o histórico de agressão e o abuso, os quais favorecem para que o indivíduo seja vítima ou agressor da violência (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

O segundo explora de que forma as relações sociais desenvolvidas pelo indivíduo contribuem para a violência, como, por exemplo, a interação diária com alguém que pratique abuso pode ser uma oportunidade de confrontos violentos (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

O terceiro nível analisa o contexto comunitário em que as relações estão introduzidas. Por exemplo, escolas e locais de trabalho influenciam no fato de a pessoa ser vítima ou agressor (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

O quarto e último nível avalia de forma mais ampla como os fatores sociais interferem nas questões relacionadas à violência. Dentre estes, destacam-se a cultura, as políticas de saúde, a educação e a desigualdade econômica e social presentes na sociedade (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

Além de compreender o modelo ecológico, faz-se necessário conhecer a tipologia da violência.

2.3 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

A violência está classificada em três categorias: a dirigida a si mesmo (autoinfligida), a interpessoal e a coletiva (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

A violência autoinfligida subdivide-se em comportamento suicida e autoabuso, sendo o primeiro relacionado a pensamentos suicidas, parassuicidos ou autolesão deliberada; e o segundo inclui atos de automutilação (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

A violência interpessoal é subdividida em da família e de parceiro (a) íntimo (a), as quais ocorrem entre familiares e parceiros íntimos; como exemplo, o abuso infantil e contra idosos. A segunda, designada comunitária, ocorre entre pessoas sem laços familiares, sendo essas conhecidas ou não, como o caso de violência juvenil e em grupos institucionais, e o estupro (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

A última categoria, violência coletiva, é subdividida em social, política e econômica. É cometida por grandes grupos de pessoas ou pelo Estado, por diversas razões, envolvendo questões sociais, ganhos econômicos e política. Pode-se citar como exemplo, na social, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A

política abarca guerras e conflitos, violência do Estado e atos realizados por grupos maiores. A econômica abrange ataques de grupos motivados pelo ganho econômico, como, por exemplo, negar acesso a serviços essenciais (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

Destaca-se que, no Brasil, o fenômeno da violência manifesta-se de três formas: estrutural, a qual ocorre em consequência da desigualdade social e naturalizada pela pobreza, miséria e discriminação; interpessoal, que se refere às relações e às interações cotidianas, e por fim a institucional, que diz respeito à aplicação ou à omissão na gestão pública e pelas instituições de assistência (FALEIROS, 2007; MINAYO, 2004; SILVA; LACERDA 2007).

Mais um aspecto importante a ser conhecido acerca da violência é a sua natureza, que se classifica em: física, sexual, psicológica, abandono, negligência, abuso financeiro e econômico, autonegligência (MINAYO, 2005). Estas estão descritas abaixo.

Violência, maus-tratos ou abuso físico referem-se ao uso da força física de forma intencional, a fim de ferir, causar dor, incapacidade ou morte (MINAYO, 2005).

Violência ou abuso sexual tratam-se de ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, que visam obter excitação, relação ou práticas eróticas através de aliciamento, violência física ou ameaças (MINAYO, 2005).

Violência, abuso ou maus-tratos psicológicos acenam agressões verbais ou gestuais com a finalidade de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social (MINAYO, 2005).

Negligência refere-se à omissão ou recusa de cuidados necessários aos que precisam, por parte dos responsáveis. Trata-se de uma das formas de violência mais presente contra os idosos e associa-se a outros abusos que geram traumas físicos, emocionais e sociais (MINAYO, 2005).

Abandono manifesta-se pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro à pessoa que necessite de proteção (MINAYO, 2005).

Abuso financeiro e econômico alude à exploração imprópria ou ilegal, além do uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais. Tal violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar (MINAYO, 2005).

Autonegligência trata-se da conduta da pessoa que ameaça sua própria saúde ou segurança, devido à recusa de prover cuidados a si mesmos (MINAYO, 2005).

3 VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: CONCEITOS, EPIDEMIOLOGIA, MENSURAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: CONCEITO E MAGNITUDE DO PROBLEMA

A OMS e a Rede Internacional para a Prevenção de Maus-Tratos contra Idoso (Inpea) definem violência como: “o maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002, p. 3).

Destaca-se que a violência contra os idosos não deve ser vista apenas como evento esporádico de caráter individual. Ela faz parte da violência social e é expressa através da organização da sociedade em relação à classe, ao gênero, às etnias e aos grupos etários. Além disso, há de se considerar a forma como o poder é exercido em âmbito político e institucional (BRASIL, 2005).

Deste modo, é preciso que a violência contra idosos seja abordada de forma integrada e entendida em termos sociodemográficos, antropológicos e epidemiológicos (MINAYO, 2005). O primeiro item relaciona-se ao interesse recente acerca da violência e sua relação com o acelerado crescimento de idosos em todos os países e suas repercussões. As repercussões abarcam a organização dos serviços de saúde e a formação de profissionais especializados a fim de contemplar as necessidades específicas deste grupo; a aposentadoria; a organização dos espaços públicos e familiares com intenção de proteger os idosos; e a inclusão como atores sociais (MINAYO, 2005).

O segundo aspecto envolve fenômenos culturais da violência e a relevância social do problema. São considerados os diferentes contextos históricos sociais acerca do envelhecimento, destacando-se a atribuição de poderes em cada ciclo de vida e a segregação dos idosos em diversas culturas, assim como o reestabelecimento do papel do idoso diante da sociedade e a elevação da consciência de seus direitos (MINAYO, 2005).

O terceiro item mede a magnitude das ocorrências que chegam até os serviços de saúde; são notificadas e transformam-se em informações quantificáveis (MINAYO, 2005). São registradas no grupo de causas externas e incluem: lesões; traumas; agressões; homicídios; e suicídios (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 2008). Tais informações são importantes para subsidiar as políticas públicas em relação à violência.

As estatísticas brasileiras expressam o aumento da violência no país. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), a mortalidade por

agressão na população total do Brasil, em 2008, representou 25,6%, em Minas Gerais, 19%, e na cidade de Uberaba, local de realização da presente investigação, 12,7% (BRASIL, 2010).

Em 2010, as causas externas representaram a sexta principal causa de mortalidade entre os idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2011).

Informações baseadas nas fichas de notificação compulsória, no período de 2006 a 2007, demonstraram que a violência moral ou psicológica representou, entre os idosos, 55% dos casos, seguida da física (27%), abandono (22%) e danos financeiros ou patrimoniais (21%) (BRASIL, 2008). Em revisão de literatura de estudos populacionais entre idosos, observou-se prevalência de abuso verbal entre 1,1 % a 26,5%; de abuso psicológico, 29,6% a 47%; enquanto o abuso físico variou entre 1,2% a 16,5% e o abuso financeiro entre 1,4% a 8,5% (ESPIDOLA; BLAY, 2007).

Estudos realizados nas diferentes localidades do país demonstram também diferenças na prevalência e na natureza. Pesquisa conduzida em uma unidade de saúde de Recife verificou que 20,8% dos idosos relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência (DUQUE et al., 2012). Inquérito realizado com 343 idosos, vítimas de agressão doméstica do município de Niterói (RJ), constatou que 43,2% sofreram violência psicológica e 10% física, no ano anterior à pesquisa (APRATTO JÚNIOR, 2010).

Em contrapartida, as denúncias realizadas no Serviço Especial de Defesa do Idoso (Sedi) e no Alô-Idoso, provenientes da Secretaria da Ouvidoria-Geral e do Meio Ambiente (Soma) do Ceará, mostraram que dos 424 documentos analisados destacaram-se a negligência (38%), a violência financeira (27%), a agressão verbal (27%) e a física (16%) (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Quanto aos estudos internacionais, a prevalência também é diversificada. Inquérito com idosos da Espanha verificou que 16% foram vítimas de negligência, 15,2% de violência psicológica, 4,7% de financeira e 0,1% física (GARRE-OLMO et al., 2009). Pesquisa conduzida na Eslovênia, entre adultos e idosos, demonstrou que 17,1% das pessoas com 65 anos ou mais sofreram violência psicológica e 13,8% violência física, no período de 2005 a 2009 (KOPCAVAR GUCEK; SVAB; SELIC, 2011).

Um estudo com 118 idosos em Lima – Peru, a partir de dados secundários, constatou que 77,12% sofreram violência psicológica, como insultos (33,4%), desvalorização e humilhação (23,6%), rejeição (10,5%) e ameaça (5,9%); e 16,1% violência física, tais como empurrões (30,4%) e bofetadas (17,4%) (MARTINA et al., 2010).

Apesar dos esforços para detectar a prevalência da violência contra os idosos, enfatiza-se que os resultados dos estudos não expressam toda a magnitude do evento, em virtude do

seu caráter velado, dos inúmeros de casos de subnotificação e subdiagnósticos (FALEIROS, 2007; OLIVEIRA et al., 2013; PAIXÃO JÚNIOR, ROCHA, 2011).

Além disso, a prevalência ainda é difícil de ser estimada pela falta de informações ou reconhecimento sobre muitos casos de vítimas que encontram-se isoladas; por problemas na definição dos termos “negligência” e “maus-tratos” contra idosos; negação da situação de violência por parte do idoso; ocorrência de maus-tratos no âmbito familiar; escassa conscientização entre os profissionais da área de saúde; indecisão de alguns profissionais em denunciar a suspeita de um caso; e o uso de metodologias diferentes nos estudos realizados (INSTITUTO DE MAYORES y SERVICIOS SOCIALES DA ESPANHA, 2007).

A partir dos estudos supracitados, cabe destacar que a violência contra idosos é representada de forma diferente nas localidades, entre as sociedades e os grupos a ela inseridos (SARAIVA; COUTINHO, 2012). Desta forma, ainda são necessárias pesquisas sobre a violência contra idosos, no nível municipal, em especial em localidades que possuem percentual significativo de idosos, como é o caso de Uberaba – MG (12,5%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Os resultados dessas investigações podem contribuir para desvelar a violência que, muitas vezes, ocorre no âmbito familiar, local em que está permeado de vínculos de afeto e dependência dos familiares (GAIOLI; RODRIGUES, 2008; SOUZA; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008; FREITAS; QUEIROZ, 2007; WANDERBROOKE; MORÉ, 2012). Esse fator dificulta a denúncia dos abusos ocorridos em virtude do medo ou vergonha, permanecendo a vítima silenciada (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Neste cenário, cabe aos profissionais da área de saúde identificar, prevenir, diagnosticar e prestar os cuidados necessários aos idosos vítimas de violência (OLIVEIRA et al., 2013), assim como apoiar os seus familiares.

Para isso, é necessário considerar alguns indicadores de maus-tratos, como perda de peso, desnutrição, desidratação, palidez, olheiras, marcas, hematomas, lacerações, escaras, feridas, pouca higiene, acidentes inexplicáveis, administração incorreta de medicação, história relatada pelo idoso diferente da contada pelo cuidador (MACHADO; QUEIROZ, 2006). Ressalta-se que mesmo com a ausência desses sinais e sintomas, a inexistência da violência não é assegurada (ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007).

Outros indicadores podem sinalizar a presença de maus-tratos, tais como passividade, retraimento, tristeza, desesperança, depressão, ansiedade, agitação, medo, imposição de isolamento físico ou social, atitude de desviar-se do contato físico e verbal com terceiros

(MACHADO; QUEIROZ, 2006). Porém, tais sinais frequentemente são negligenciados, em virtude de dificuldades em identificá-los (BRASIL, 2007).

Para auxiliar os profissionais de saúde no rastreamento desse fenômeno é necessário inserir estratégias, como, por exemplo, a utilização de instrumentos que possibilitem a identificação de atos violentos e subsidiem a elaboração de estratégias adequadas (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENEHIM, 2006).

3.2 INSTRUMENTOS QUE MENSURAM À VIOLÊNCIA

Em revisão da literatura, cujo objetivo foi identificar instrumentos que rastreassem a violência doméstica contra idosos, foram encontrados 17, construídos entre 1979 e 2002, nos Estados Unidos e no Canadá (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2006).

Dentre tais instrumentos, três passaram pela adaptação transcultural e validação da versão em português, a saber, *Conflict Tactics Scales* (CTS-1) (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006), *Caregiver Abuse Screen* (Case) (PAIXÃO JÚNIOR et al, 2007), *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/East) (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM; MORAIS, 2008). Esse processo tem por objetivo alcançar a equivalência entre a versão original e a versão traduzida da escala (STREINER; NORMAN, 2003).

O Case, foi construído no Canadá e tem por objetivo rastrear atos de violência a partir de informações específicas do cuidador. Esse instrumento possui uma consistência interna de $\alpha = 0,71$, e na adaptação transcultural apresentou boa qualidade de equivalência conceitual, de itens e semântica (PAIXÃO JÚNIOR et al., 2007).

Enquanto o H-S/East é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, cujo objetivo é identificar sinais de presença e suspeita de violência (HWALEK; SENGSTOCK, 1986; NEALE; HWALEK, 1991). O H-S/East apresentou adequada equivalência conceitual e de itens. A equivalência de mensuração foi feita empregando-se propriedades psicométricas, e a análise fatorial resultou em três dimensões: situação de abuso potencial, violação de direitos pessoais e cargas cruzadas, características de vulnerabilidade, semelhante ao instrumento original. A consistência interna desse instrumento é relativamente boa ($\alpha = 0,29$). Entretanto, os autores sugerem que o instrumento precisa ser mais explorado (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM; MORAIS, 2008).

O CTS-1 foi desenvolvido nos Estados Unidos no final da década de 1970 e tem por objetivo verificar as estratégias utilizadas pelos familiares em situações de conflitos e captar situações de violência familiar (STRAUS, 1979). Abarca três táticas para lidar com conflitos:

argumentação, a qual se relaciona ao uso da discussão com a linguagem sensata ou moderada; agressão verbal através de insultos ou ameaças com intenção de machucar; agressão física, em que a força física é utilizada (STRAUS, 1979).

Neste estudo será utilizado o CTS-1, por apresentar baixa taxa de recusa e boa confiabilidade ($\alpha = 0,88$) (STRAUS, 1979).

A adaptação transcultural ocorreu em 2003 e vem sendo utilizada em estudos nacionais, como, por exemplo, em pesquisa conduzida entre adultos no Rio de Janeiro (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999) e em inquéritos populacionais envolvendo adultos (ANACLETO et al., 2007; REICHENHEIM et al., 2006) e idosos (APRATTO JÚNIOR, 2010; MORAES et al., 2008).

Internacionalmente, o CTS-1 também é utilizado em estudos populacionais com adultos (GREENFIELD; MARKS, 2010; KOZIOL-McLAIN; COATES; LOWESTEIN, 2001; SCHAFER; CAETANO; CLARK, 2002) e idosos (PILLEMER; FINKELHOR, 1988; PODINEKS, 1992). Sendo que entre idosos de Boston, a prevalência de violência foi de 32%, sendo o cônjuge o principal agressor (PILLEMER; FINKELHOR, 1988), e no Canadá encontrou-se foi de 40% (PODINEKS, 1992).

Cabe destacar que o Ministério da Saúde propõe, para a prática clínica do rastreamento da violência contra os idosos, um instrumento desenvolvido e validado em Porto Rico, denominado Avaliação de Violência e Maus-Tratos contra a Pessoa Idosa (BRASIL, 2007). Alguns estudos brasileiros têm utilizado esse instrumento para pesquisa (DUQUE, et al., 2012; QUIRINO et al., 2013; ZAMBONI et al., 2011). Entretanto, por não ser validado no Brasil, optou-se pelo uso do CTS-1, que está validado no país e tem sido utilizado em pesquisas nacionais e internacionais com idosos.

Diante do exposto, são necessários estudos que utilizam tais instrumentos e a relação com os possíveis fatores que predispõem os idosos à violência.

3.3. FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA

Verifica-se que os idosos estão vulneráveis à violência independente do nível socioeconômico, ético ou religioso, podendo ser vítima, ao mesmo tempo, de vários tipos de violência (ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007). No Brasil, estudo realizado com idosos evidencia que a violência esteve associada a questões sociodemográficas e de saúde (DUQUE et al., 2012).

Destaca-se que entre os fatores relacionados à saúde, o comprometimento cognitivo, as doenças psiquiátricas ou psicológicas, a dependência funcional, os problemas de saúde e a fragilidade aumentam as chances dos idosos sofrerem abusos (JOHANNESSEN; LoGIUDICE, 2013).

Além dos fatores supracitados, o histórico de agressividade e violência doméstica, a idade superior a 75 anos, o abuso de substâncias nocivas e os ciclos recorrentes de violência familiar também propiciam riscos de violência (LACHES; PILLEMER, 1995; MACHADO; QUEIROZ, 2006).

Verifica-se na literatura científica a relação entre sexo e violência, em que as idosas são as maiores vítimas de abusos, possivelmente em consequência de questões de gênero e mais vulnerabilidade (ABATH; LEAL; FILHO, 2012; DONG; SIMON, 2013; DUQUE et al., 2012; FALEIROS, 2007; MARTINA, 2010; MASCARENHAS, 2012; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

Em muitas situações, as idosas são mais vulneráveis à discriminação, inclusive com menos acesso ao trabalho e ao atendimento à saúde; além disso, estão sujeitas, em maior número, ao abuso (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Já os homens, após a aposentadoria, tornam-se mais vulneráveis por conta da fragilidade de suas redes de suporte social, e estão mais sujeitos ao abuso, principalmente ao financeiro (FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Embora a literatura científica evidencie que os idosos mais velhos são as maiores vítimas, por conta das limitações funcionais e cognitivas (DUQUE et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012), estudos verificaram que a prevalência desse evento é maior entre os idosos mais jovens (ABATH, 2012; APRATTO JÚNIOR, 2010; MARTINA et al., 2010), o que pode estar relacionado à maior autonomia pela procura de serviços especializados e à iniciativa de denunciar os maus-tratos.

Quanto aos recursos financeiros, um inquérito com 40 idosos em São Paulo evidenciou que 47,50% tinham renda entre dois a cinco salários mínimos (QUEIROS; LEMOS; RAMOS, 2010). Outra pesquisa, em que 16 idosos relataram sofrer violência, 47,75% recebiam de dois a três salários mínimos (SARAIVA, 2010).

Verificou-se em estudos entre os idosos vítimas de violência a porcentagem de casados variou entre 46,4% e 50,85% (APRATTO JÚNIOR, 2010; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; MARTINA et al., 2010). Em contrapartida, outros estudos evidenciaram que a prevalência de idosos sem companheiros que foram agredidos variou entre 21,71% e 66,55%,

o que pode estar relacionado ao arranjo de moradia (ABATH; LEAL; FILHO, 2012; DUQUE et al., 2010).

Quanto maior o número de pessoas que compartilham a moradia, maiores as chances de o idoso ser vítima de violência (APRATTO JUNIOR, 2010; BRASIL, 2008; DUQUE et al., 2012; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Constata-se que os principais agressores são filhos homens, noras, genros e cônjuges; além disso, há uma forte relação com o uso de drogas lícitas, a dependência financeira, a história de violência na família, o sofrimento mental e psíquico (COLLINS, 2006; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; MINAYO, 2007; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Essas relações interpessoais, em que existem ao mesmo tempo cumplicidade e medo, são estabelecidas pelo autoritarismo do agressor ou pelo simbolismo de uma confiança entre a vítima e o agressor, e a denúncia provocaria o rompimento (FALEIROS, 2007).

Além das variáveis mencionadas, verifica-se que a violência é mais frequente em idosos com menor escolaridade (APRATTO JÚNIOR, 2010; DONG, SIMON, 2013). Em contrapartida, estudo realizado com idosos em Recife revelou que o número de vítimas de violência era maior entre aquelas com quatro e dez anos de estudos (20,73%) (DUQUE et al., 2012). Porém, não se pode prever que idosos com menos escolaridade sejam considerados mais vulneráveis à violência (DUQUE et al., 2012).

Nota-se, através dos estudos citados, que as publicações que envolvem indicadores epidemiológicos acerca da violência contra idosos ainda são contraditórias, representando um desafio ao planejamento de estratégias para o enfrentamento do problema (SARAIVA, 2010).

Quanto às questões relacionadas à saúde e à violência, estudo realizado em Niterói com idosos verificou que a violência foi praticada com mais frequência contra aqueles com as seguintes doenças: depressão; incontinência urinária ou fecal; diabetes; reumatismo; e demência/problemas de memória (APRATTO JUNIOR, 2010). Inquérito com idosos na Espanha também constatou associação entre violência e depressão (GARRE-OLMO et al., 2009).

Enfatiza-se que os profissionais de saúde devem estar atentos aos possíveis sinais de violência, já citados, uma vez que as manifestações de doenças crônicas e agudas podem mimetizar os atos de violência ou diminuir a suspeita clínica, principalmente a relacionada à negligência e à psicológica (PAIXÃO JÚNIOR, REICHENHEIM, 2006).

Outro fator relacionado à violência é a perda da capacidade funcional, que está intimamente ligada a ocorrência de fragilidade, dependência, institucionalização, risco

aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, ocasionando complicações ao longo do tempo (CORDEIRO et al., 2002).

Essas, associadas à dependência física, psíquica ou emocional, são consideradas algumas das situações que podem tornar os idosos mais vulneráveis a maus-tratos (BRASIL, 2006; DUQUE et al., 2012; MICHELETTI et. al., 2011; REIS, 2013), por conta do grau de dependência de terceiros (SACOL; ZAPPE, 2011).

Quanto aos fatores supracitados, verifica-se em inquérito realizado com 40 idosos vítimas de violência, que 65% apresentaram dependência total e 35% dependência parcial — tais dados estiveram associados à negligência nesse estudo (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010). Pesquisa com 15 idosos cadastrados em uma unidade de saúde, de uma cidade do interior da Bahia, evidenciou que a dependência de um familiar expõe os idosos a situações de violência, expressas pela negligência, violência psicológica, exploração financeira e violência física (REIS, 2013).

Diante do exposto, há necessidade de verificar as condições sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos e relacioná-las à violência em nível local, ressaltando que a grande extensão territorial brasileira e as especificidades regionais podem influenciar nesses dados, assim como as práticas sociais (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH, 2002).

Objetivos

*"Da indiferença deste mundo
Onde o que se sente e se pensa
Não tem eco, na ausência imensa."*

4 OBJETIVOS

Verificar a prevalência de violência física e psicológica e estratificada para física e psicológica entre os idosos nos últimos 12 meses.

Caracterizar as variáveis sociodemográficas e econômicas, indicadores clínicos e capacidade funcional entre os idosos sob violência física e psicológica, e estratificada para física e psicológica.

Comparar as variáveis sociodemográficas, econômicas, arranjo de moradia, indicadores clínicos e capacidade funcional entre os idosos sob violência física e psicológica, e estratificada para física e psicológica.

Verificar os fatores associados à violência física e psicológica segundo variáveis sociodemográficas, de saúde e capacidade funcional.

Metodologia

*"Na ausência, areia movediça
onde se escreve igual sentença
para o que é vencido e o que vença."*

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se como inquérito domiciliar, com delineamento analítico, e observacional de corte transversal.

5.2 LOCAL

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Uberaba, situado a 19°45'27'' latitude sul e 47°55'36'' longitude oeste, e que é pólo da macrorregião do Triângulo Sul, Minas Gerais, composto por 27 cidades. Localizado na região do Triângulo Mineiro, a 494 km da capital do estado, Belo Horizonte. O referido município detém população estimada de 315.360 habitantes, área territorial de 4.523,957km² e densidade demográfica de 65,43 hab./km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Ademais, está dividido em três Distritos Sanitários de Saúde e possui 50 Equipes de Saúde da Família (ESF), o que lhe confere uma cobertura populacional de 55% (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2011).

5.3 POPULAÇÃO

5.3.1 Definição da População

Para a definição da população da área urbana foi utilizada a amostra por conglomerado em múltiplo estágio.

5.3.2 Procedimentos para amostragem conglomerado em múltiplos estágios

A população foi composta por idosos residentes na zona urbana no município de Uberaba - MG. Para o cálculo do tamanho amostral foi considerada uma prevalência de violência de 40%, uma precisão de 3,5% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 idosos, chegando-se a uma amostra de 738. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de entrevistas máximo será de 923.

Para a seleção dos idosos, foi considerado, no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município, por meio de amostragem sistemática, organizando-se uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbano no município de Uberaba – MG é de 409, sendo selecionados 204. O Intervalo Amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir: $IA = Ncs/ncs$.

Onde:

Ncs é o número total de setores censitários;

ncs o número setores censitários sorteados.

Sendo $IA = \frac{409}{204}$; $IA = 2$

O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais, conforme IA; a listagem dos setores foi ordenada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio.

No segundo estágio, o número de idosos a serem entrevistados segundo cálculo amostral (738) foi dividido pela quantidade de setores censitários do município (204), de tal forma que obteve-se um valor aproximadamente semelhante dentro de cada setor censitário. A quantidade de domicílios/idosos em Uberaba foi de 3,62 idosos, sendo arredondado para 4 idosos por setor censitário. Ressalta-se que havia bairros com mais de um setor censitário. Nesta perspectiva, considerando o cálculo amostral, 204 setores censitários e quatro pessoas por setor, partiu-se de uma amostra de 816 idosos, Figura 1.

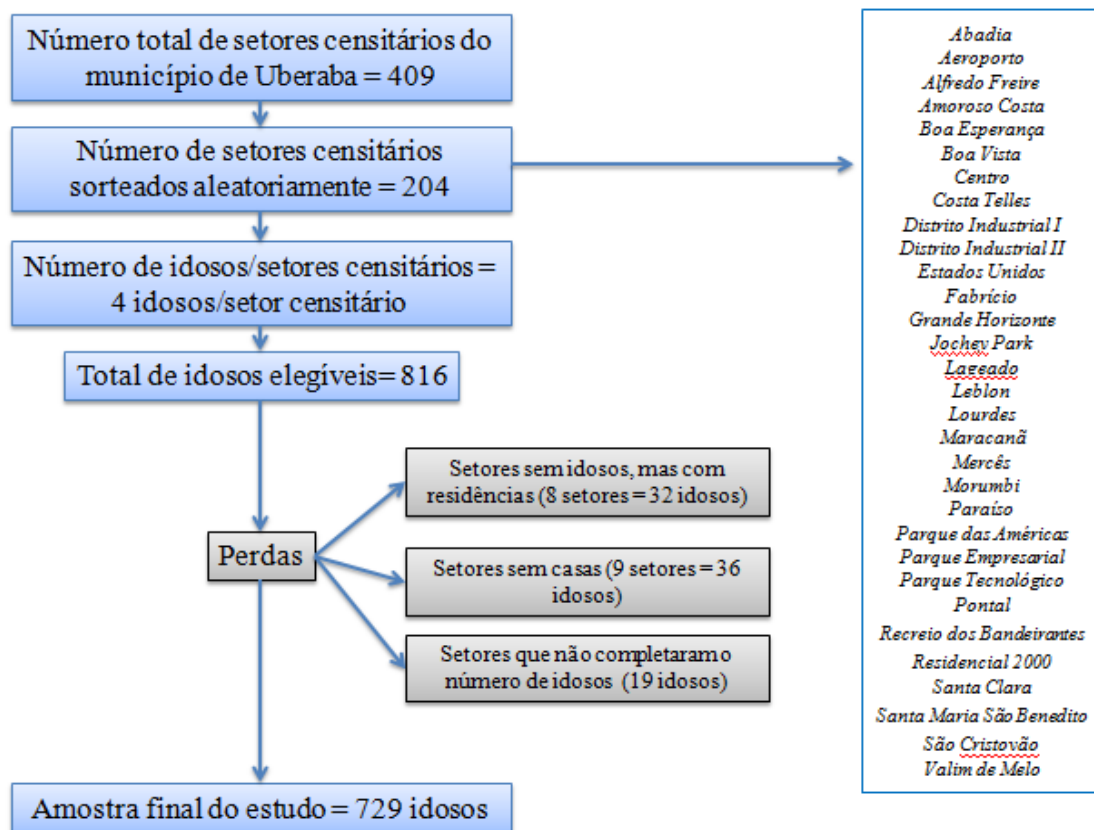


Figura 2 - Composição final da amostra.

As ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, e sorteada aleatoriamente a rua na qual deveria iniciar a busca do idoso. A coleta de dados iniciou na primeira residência da rua de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Uberaba ou pelo *Google Earth*, seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário. Visitaram-se todos os domicílios sequencialmente, conforme Figura 2, até obter número de idosos por setor.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A amostra foi constituída pelos indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; residente na zona urbana do município de Uberaba – MG; sem declínio cognitivo.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados excluídos da pesquisa aqueles que não foram localizados após três tentativas pelo entrevistador, setores sem idosos (n=32 idosos), setores sem casas (n=36 idosos) e setor que não completou o número de idosos (n=19 idosos). Desta forma, foram entrevistados 729 idosos.

5.6 COLETA DE DADOS

5.6.1 Procedimentos para coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2014, nas respectivas residências dos idosos, em um único momento.

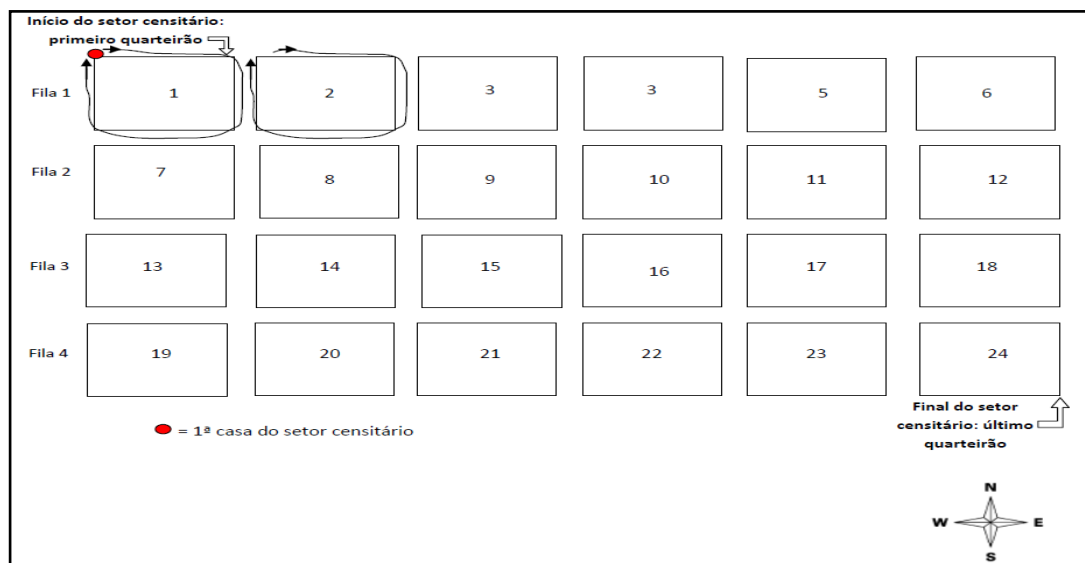


Figura 3 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.

Foram selecionados 10 entrevistadores com experiência prévia em coleta de dados, os quais passaram por treinamento para aplicação dos instrumentos, como abordar o idoso e questões éticas da pesquisa. Os entrevistadores anotaram as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo. Reuniões sistemáticas foram realizadas entre os entrevistadores e pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM para acompanhamento e orientações da coleta dos dados.

As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo do referido grupo e, na identificação de dados incompletos ou inconsistentes, retornaram ao entrevistador para correções. Reuniões também aconteceram entre os pesquisadores e supervisores.

5.6.2 Instrumentos de coleta dos dados

5.6.2.1 Mini Exame do Estado Mental

Antes de iniciar a entrevista foi realizada a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que se constituiu em um dos critérios de inclusão. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI, 1994 - ANEXO A). Com escores que variam de 0 a 30 pontos, está constituído por questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo e local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual (ALMEIDA, 1998). É considerado o nível de escolaridade do entrevistado para o ponto de corte para declínio cognitivo, sendo 13 para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com escolaridade de 1 a 11 anos e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI, 1994).

5.6.2.2 Características sociodemográficas e econômicas

Instrumento construído pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, utilizados em pesquisas do referido grupo (APÊNDICE B).

5.6.2.3 Indicadores clínicos

Instrumento construído pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (APÊNDICE C). A percepção de saúde foi mensurada por meio de uma questão pertencente ao Questionário de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) (RAMOS et al., 1993) (ANEXO B).

5.6.2.4 Escala de Independência em Atividades de Vida Diária e da Escala de Lawton e Brody

A capacidade funcional foi avaliada por meio da realização das atividades da vida diária.

1. Atividades básicas de vida diária (ABVD), utilizando a Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz), elaborada por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira (LINO et al., 2008). Essa escala é composta por seis itens; tomar banho, vestir-se, banheiro, transferência, controle de esfínteres, alimentação; que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado (LINO et al., 2008) (ANEXO C).

2. Atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foram avaliadas, por meio da Escala de Lawton e Brody (1969), adaptada no Brasil (SANTOS, VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). A escala é composta por nove itens; usar o telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar suas refeições, realizar trabalhos domésticos, uso de medicamentos e manusear dinheiro; com escore que varia de 7 a 21 pontos. Considera-se dependência total quando a pontuação final é 7, dependência parcial de 8 a 20 pontos e independência quando o idoso obtiver 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (ANEXO D).

Nesta pesquisa os idosos foram categorizados em independentes quando não apresentaram dificuldade para a realização de nenhuma das ABVD e AIVD e dependente para realizar uma ou mais atividade.

5.6.2.5 “Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)”

Para identificar a violência foi avaliado pelo instrumento Conflict Tactics Scales, traduzido e validado no Brasil (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2003). Esse instrumento é composto por 19 questões que abarcam três táticas para lidar com conflitos e indiretamente captar uma situação de violência familiar. Tais táticas tratam-se da argumentação; agressão verbal ou violência psicológica e agressão física ou violência física (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2003). A pontuação varia de 0 a 19, sendo que para cada resposta positiva há indicativo de violência (STRAUS, 1979), ressalta que as três primeiras questões são relacionadas à resolução dos conflitos (ANEXO E).

5.6.3 Variáveis de estudo

5.6.3.1 Sociodemográficas e econômicas:

- sexo (masculino e feminino),
- faixa etária, em anos (60|-80 anos, 80 anos e mais),

- estado conjugal (com ou sem companheiro),
- escolaridade (com e sem escolaridade),
- renda individual (com e sem renda),
- arranjo domiciliar (sozinho ou acompanhado),
- estratificação do arranjo domiciliar (somente com cuidador profissional, somente com o cônjuge, com outros de sua geração com ou sem cônjuge, com filhos com ou sem cônjuge, com netos com ou sem cônjuge, outros arranjos),

5.6.3.2 *Número de morbidades*: 0|-2, 2 ou mais.

5.6.3.3 *Percepção de Saúde*: péssima/má/regular e boa/ótima.

5.6.3.4 *Hospitalização nos últimos doze meses*: sim e não

5.6.3.5 *Capacidade funcional nas ABVD*: dependente e independente.

5.6.3.6 *Capacidade funcional nas AIVD*: dependente e independente.

5.6.3.8 *Violência física e psicológica*: xingou ou insultou; ficou emburrado, não falou mais nada; retirou-se do quarto, da casa, ou da área; chorou; fez ou disse coisas só para irritar; ameaçou bater ou jogar coisas nele (a) ou em você; destruiu, bateu, jogou, ou chutou objetos; jogou coisas sobre ele/ela/(você); empurrou ou agarrou ele (a) ou você; deu tapa ou bofetada nele (a) ou em você; chutou, mordeu ou deu murro nele (a) ou em você; bateu ou tentou bater nele (a) ou em você com objetos; espancou-o(a) ou você; queimou-o (a), estrangulou ou sufocou-o ou você; ameaçou (a) ou você com faca ou arma; usou faca ou arma contra ele (a) ou você.

5.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para a análise dos dados foi construída uma planilha eletrônica, no programa *Excel*, e os dados coletados foram digitados em dupla entrada. Posteriormente, foi verificada a consistência entre as duas bases de dados. Quando constatada inconsistência retornou-se à

entrevista original, para correção. Para a análise dos dados, o banco de dados foi importado para o software *Statistical Package for The Social Sciences* – SPSS, versão 17.0.

Para atender ao primeiro objetivo, calculou-se a taxa de prevalência, obtida segundo a fórmula:

$$\text{taxa de prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de determinada doença em um dado local e período}}{\text{população do mesmo local e período}} \times 10^n$$

A fim de responder ao segundo objetivo foi realizada estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

Para responder o terceiro objetivo, que comparou as variáveis categóricas com a ocorrência de violência, foi realizada análise bivariada empregando-se teste *qui-quadrado* (X^2). Foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para analisar as variáveis preditores da ocorrência de violência empregou-se o modelo de regressão logística. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por meio do protocolo N° 573.833 (ANEXO F).

Os sujeitos foram contatados e convidados a participar após informações sobre a natureza e objetivos da pesquisa. Após anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), a entrevista foi conduzida. Destaca-se que a entrevista foi aplicada ao idoso sem a presença de outras pessoas, com o intuito de evitar interferências nas respostas.

Resultados

*"Salva-me, Senhor, do horizonte
sem estímulo ou recompensa
onde o amor equivale à ofensa."*

7 RESULTADOS

7.1 PREVALÊNCIA DE IDOSOS SOB VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA

Entre os 729 idosos entrevistados, constatou-se que 20,9% (n=152) estavam sob violência física e psicológica, sendo que 20,9% (n=152) sob violência psicológica, 5,9% (n=43) violência física e 4,1% (n=30) violência física grave.

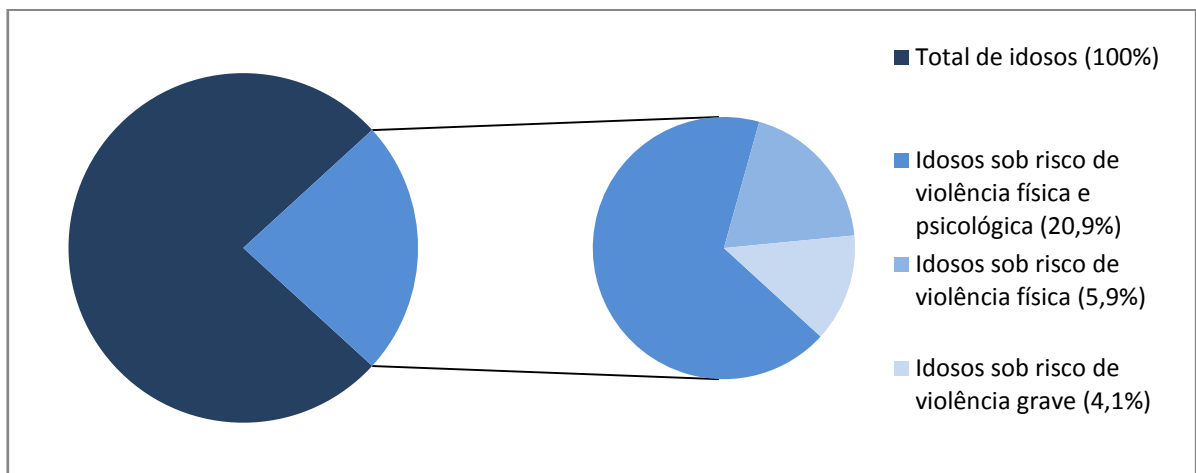


Figura 4 - Prevalência de violência física e psicológica entre os idosos. Uberaba, MG. 2014.

7.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS IDOSOS SEGUNDO A VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA

Entre os idosos sob violência física e psicológica, verificou-se que o maior percentual era do sexo feminino (22%), entre 60|80 anos (22,1%), sem escolaridade (28,8%), com companheiro (21,0%), com renda (21,5%) e moravam acompanhados (22,4%). Na comparação, entre os idosos submetidos à violência física e psicológica, não se observou diferença significativa para as variáveis sociodemográficas e econômicas (Tabela 1).

Na estratificação da violência física verificou-se, maior percentual do sexo feminino (6,4%), idosos entre 60 |80 anos (6,4%), sem escolaridade (11,5%), com companheiro (6,3%), renda (6,2%), e que moravam acompanhados (6,1%) (Tabela 1). Na comparação entre os idosos submetidos à violência física não obteve diferença significativa para as variáveis sociodemográficas e econômicas (Tabela 1).

Concernente aqueles sob violência psicológica observou, percentual superior do sexo feminino (22%), entre 60 |80 anos (22,1%), sem escolaridade (28,8%), com companheiro

(21,0%), com renda (21,4%) e que viviam acompanhados (22,4%) (Tabela 1). Na comparação entre os idosos submetidos à violência psicológica não obteve diferença significativa para as variáveis sociodemográficas e econômicas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas de idosos segundo a violência física e psicológica, somente física, somente psicológica. Uberaba, MG. 2014.

| Variáveis | Violência física e psicológica | | Violência física | | Violência psicológica | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | SIM n (%) | NÃO n (%) | SIM n (%) | NÃO n (%) | SIM n (%) | NÃO n (%) |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 45(18,6) | 197(81,4) | 12(5,0) | 230(95,0) | 45(18,6) | 197(81,4) |
| Feminino | 107(22,0) | 380(78,0) | 31(6,4) | 456(93,6) | 107(22,0) | 380(78,0) |
| <i>p</i> * | | 0,291 | | 0,45 | | 0,29 |
| Faixa Etária (em anos) | | | | | | |
| 60 80 | 132(22,1) | 464(77,9) | 38(6,4) | 558(93,6) | 132(22,1) | 467(77,9) |
| 80 ou mais | 20(15,0) | 113(85,0) | 5(3,8) | 128(96,2) | 20(15,0) | 113(85,0) |
| <i>p</i> * | | 0,068 | | 0,25 | | 0,068 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Sem escolaridade | 15(28,8) | 37(71,2) | 6(11,5) | 46(88,5) | 15(28,8) | 37(71,2) |
| Com escolaridade | 137(20,2) | 540(79,9) | 37(5,5) | 640(94,5) | 137(20,2) | 540(79,9) |
| <i>p</i> * | | 0,14 | | 0,07 | | 0,14 |
| Estado Conjugal | | | | | | |
| Sem companheiro | 62(20,7) | 238(79,3) | 16(5,3) | 284(94,7) | 62(20,7) | 238(79,3) |
| Com companheiro | 90(21,0) | 339(79,0) | 27(6,3) | 402(93,7) | 90(21,0) | 339(79,0) |
| <i>p</i> * | | 0,92 | | 0,59 | | 0,92 |
| Renda | | | | | | |
| Sem renda | 10(15,4) | 55(84,6) | 2(3,1) | 63(96,9) | 10(15,4) | 55(84,6) |
| Com renda | 142(21,4) | 522(78,6) | 41(6,2) | 623(93,8) | 142(21,4) | 522(78,6) |
| <i>p</i> * | | 0,26 | | 0,31 | | 0,26 |
| Arranjo de moradia | | | | | | |
| Acompanhado | 129(22,4) | 448(77,6) | 35(6,1) | 542(93,9) | 129(22,4) | 448(77,6) |
| Sozinho | 23(15,1) | 129(84,9) | 8(5,3) | 144(94,7) | 23(15,1) | 129(84,9) |
| <i>p</i> * | | 0,05 | | 0,71 | | 0,05 |

*Teste qui-quadrado; $p < 0,05$

Foi realizada a estratificação do arranjo de moradia para os idosos sob violência física e psicológica, obtendo-se maior percentual para aqueles que moravam com cônjuge (29,1%), seguidos pelos que residiam com o cuidador (25%), filhos (21,6%) e outros arranjos (21,4%) (Tabela 2). Na comparação entre os grupos, maior proporção de idosos que estavam submetidos à violência física e psicológica moravam com o cônjuge ($p < 0,001$) e não residiam com netos ($p = 0,038$) e nora ou genro ($p = 0,013$) (Tabela 2).

Entre aqueles sob violência física, maior percentual viviam com cuidador (25%), seguido dos cônjuges (7,8%). Maior proporção de idosos que estavam submetidos à violência

física não residiam com os netos ($p=0,04$) comparados aos que não sofreram violência (Tabela 2).

Referente aos idosos sob violência psicológica verificou-se, maior percentual para aqueles que moravam com cônjuge (29,1%), cuidador (25%), filhos (21,6%) e outros arranjos (21,4%) (Tabela 2). Maior proporção de idosos que estavam submetidos à violência psicológica viviam com o cônjuge ($p<0,001$) e não residiam com netos ($p=0,038$) e nora ou genro ($p=0,013$) (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a estratificação do arranjo de moradia entre os idosos sob violência.

Tabela 2 - Estratificação do arranjo de moradia entre os idosos segundo violência física e psicológica, somente física, somente psicológica. Uberaba, MG. 2014.

| Variáveis | Violência física e psicológica | | Violência física | | Violência psicológica | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | SIM n (%) | NÃO n (%) | SIM n (%) | NÃO n (%) | SIM n (%) | NÃO n (%) |
| Mora com cuidador | | | | | | |
| Sim | 1(25,0) | 3(75,0) | 1(25,0) | 3(75,0) | 1(25,0) | 3(75,0) |
| Não | 151(20,8) | 574(79,2) | 42(5,8) | 683(94,2) | 151(20,8) | 574(79,2) |
| p^* | | 1,0 | | 0,10 | | 0,84 |
| Cônjuge | | | | | | |
| Sim | 90(29,1) | 219(70,9) | 24(7,8) | 285(92,2) | 90(29,1) | 219(70,9) |
| Não | 62(14,8) | 358(85,2) | 19(4,5) | 401(95,5) | 62(14,8) | 358(85,2) |
| p^* | | <0,001 | | 0,06 | | <0,001 |
| Outros da geração | | | | | | |
| Sim | 6(14,6) | 35(85,4) | 1(2,4) | 40(97,6) | 6(14,6) | 35(85,4) |
| Não | 146(21,2) | 542(78,8) | 42(6,1) | 646(93,9) | 146(21,2) | 542(78,8) |
| p^* | | 0,31 | | 0,33 | | 0,32 |
| Filhos | | | | | | |
| Sim | 73(21,6) | 265(78,4) | 18(5,3) | 320(94,7) | 73(21,6) | 265(78,4) |
| Não | 79(20,2) | 312(79,8) | 25(6,4) | 366(93,6) | 79(20,2) | 312(79,8) |
| p^* | | 0,64 | | 0,54 | | 0,64 |
| Netos | | | | | | |
| Sim | 23(14,8) | 132(85,2) | 4(2,6) | 151(97,4) | 23(14,8) | 132(85,2) |
| Não | 129(22,5) | 445(77,5) | 39(6,8) | 535(93,2) | 129(22,5) | 445(77,5) |
| p^* | | 0,038 | | 0,04 | | 0,038 |
| Nora ou genro | | | | | | |
| Sim | 2(5,1) | 37(94,9) | 0(0) | 39(100) | 2(5,1) | 37(94,9) |
| Não | 150(21,7) | 540(78,3) | 43(6,2) | 647(93,8) | 150(21,7) | 540(78,3) |
| p^* | | 0,013 | | 0,11 | | 0,013 |
| Outros arranjos | | | | | | |
| Sim | 9(21,4) | 33(78,6) | 0(0) | 42(100,0) | 9(21,4) | 33(78,6) |
| Não | 143(20,8) | 544(79,2) | 43(6,3) | 644(93,7) | 143(20,8) | 544(79,2) |
| p^* | | 0,92 | | 0,95 | | 0,92 |

Teste qui-quadrado; $p<0,05$

7.3 IDOSOS SOB VIOLÊNCIA SEGUNDO INDICADORES CLÍNICOS E CAPACIDADE FUNCIONAL

Entre os idosos sob violência física e psicológica, observou maior percentual entre aqueles com percepção negativa de saúde (24,5%), que estiveram hospitalizados no último ano (29,2%), com duas e mais morbidades (21,9%), independentes nas ABVD (21,0%) e dependentes nas AIVD (22,9%) (Tabela 3). Entre aqueles submetidos à violência física e psicológica verificou-se maior proporção, com percepção negativa de saúde ($p=0,005$) e hospitalizados no último ano ($p=0,009$) (Tabela 3). Não observou diferença significativa entre aqueles submetidos à violência física e psicológica para morbidades e capacidade funcional (Tabela 3).

Entre aqueles sob violência física, percentual superior de idosos tinham percepção negativa de saúde (8,7%), estiveram hospitalizados no último ano (8,5%), tinham duas e mais morbidades (6,4%), eram independentes na ABVD (6,0%) e dependentes na AIVD (7,0%) (Tabela 3). Verificou-se maior proporção, entre aqueles submetidos à violência física, com percepção negativa de saúde ($p=0,01$) (Tabela 3). Não observou diferença significativa entre aqueles submetidos à violência física para hospitalização no último ano, morbidades e capacidade funcional (Tabela 3).

Referente aos idosos sob violência psicológica, percentual superior percepção negativa de saúde (24,5%), estiveram hospitalizados no último ano (29,2%), tinham duas e mais morbidades (21,9%), eram independentes na ABVD (21,0%) e dependentes na AIVD (22,9%) (Tabela 3). Verificou-se maior proporção de idosos submetidos à violência psicológica com percepção negativa de saúde ($p=0,005$) e hospitalizados no último ano ($p=0,009$) (Tabela 3). Não observou diferença significativa entre aqueles submetidos à violência psicológica para morbidades e capacidade funcional (Tabela 3).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis clínicas e de saúde, capacidade funcional dos idosos sob violência física e psicológica.

Tabela 3 - Distribuição dos indicadores clínicos e capacidade funcional dos idosos segundo violência física e psicológica. Uberaba, MG. 2014.

| Variáveis | Violência física e psicológica | | Violência Física | | Violência Psicológica | |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | SIM n (%) | NÃO n (%) | SIM n (%) | NÃO n (%) | SIM n (%) | NÃO n (%) |
| Percepção de Saúde | | | | | | |
| Negativa | 102(24,5) | 314(75,5) | 36(8,7) | 380(91,3) | 102(24,5) | 314(75,5) |
| Positiva | 50(16,0) | 263(84,0) | 7(2,2) | 306(97,8) | 50(16,0) | 263(84,0) |
| <i>p</i> * | 0,005 | | <0,001 | | 0,01 | |
| Hospitalização no último ano | | | | | | |
| Sim | 38(29,2) | 92(70,8) | 12(8,5) | 119(91,5) | 38(29,2) | 92(70,8) |
| Não | 114(19,0) | 485(81,0) | 31(5,3) | 567(94,7) | 114(19,0) | 485(81,0) |
| <i>p</i> * | 0,009 | | 0,17 | | 0,009 | |
| Morbidades | | | | | | |
| 0 2 | 22(16,2) | 114(83,8) | 5(3,7) | 131(96,3) | 22(16,2) | 114(83,8) |
| 2 e mais | 130(21,9) | 463(78,1) | 38(6,4) | 555(93,6) | 130(21,9) | 463(78,1) |
| <i>p</i> * | 0,14 | | 0,22 | | 0,14 | |
| ABVD | | | | | | |
| Independente | 147(21,0) | 554(79,0) | 42(6,0) | 659(94,0) | 147(21,0) | 554(79,0) |
| Dependente | 5(17,9) | 23(82,1) | 1(3,6) | 27(96,4) | 5(17,9) | 23(82,1) |
| <i>p</i> * | 0,69 | | 0,57 | | 0,69 | |
| AIVD | | | | | | |
| Independente | 54(17,9) | 247(82,1) | 13(4,3) | 288(95,7) | 54(17,9) | 247(82,1) |
| Dependente | 98(22,9) | 330(77,1) | 30(7,0) | 384(93,0) | 98(22,9) | 330(77,1) |
| <i>p</i> * | 0,11 | | 0,13 | | 0,11 | |

Teste qui-quadrado; $p < 0,05$

7.4 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA

Verificou-se que os idosos entre 60|80 anos possuem duas vezes mais risco de violência física e psicológica quando comparados aos com 80 ou mais ($OR=2,64$; $p=0,007$). Os idosos que moram com o cônjuge têm 2,64 vezes mais chance de sofrer violência física e psicológica ($OR= 2,64$; $p < 0,001$) em relação a residir com outras pessoas. A AIVD apresentou como fator de proteção para aqueles idosos submetidos à violência física e psicológica ($OR=0,65$; $p < 0,035$) (Tabela 4).

A Tabela 4 apresenta o modelo final de regressão logística para as variáveis associadas ao risco de violência física e psicológica.

Tabela 4 - Modelo final de regressão logística para as variáveis associadas à violência física e psicológica entre os idosos de Uberaba, MG. 2014.

| Violência física e psicológica | | | | |
|--------------------------------|--------------|------|------------|------------------|
| Variáveis | | OR | IC95% | <i>p</i> * |
| Sexo | Masculino | | | |
| | Feminino | 1,17 | 0,78-1,76 | 0,43 |
| Faixa etária (em anos) | 60 80 | 2,02 | 1,17-3,49 | 0,012 |
| | 80 ou mais | | | |
| Mora cônjuge | Sim | 2,50 | 1,72-3,64 | <0,001 |
| | Não | | | |
| Mora com filhos | Sim | 0,84 | 0,57-1,22 | 0,36 |
| | Não | | | |
| Morar com nora ou genro | Sim | 0,29 | 0,065-1,35 | 0,11 |
| | Não | | | |
| Número de morbidades | 0 2 | | | |
| | ≥2 | 0,65 | 0,39-1,10 | 0,11 |
| ABVD | Independente | 1,36 | 0,48-2,81 | 0,55 |
| | Dependente | | | |
| AIVD | Independente | 0,65 | 0,43-0,97 | 0,035 |
| | Dependente | | | |

IC: Intervalo de confiança; *p** < 0,05

Discussão

*"De boca amarga e de alma triste
sinto a minha própria presença
num céu de loucura suspensa."*

8 DISCUSSÃO

8.1 PREVALÊNCIA DE IDOSOS SOB VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA

A prevalência de violência obtida na presente investigação foi semelhante (20,8%) à da pesquisa conduzida com 274 idosos em uma microrregião de Recife, contudo, o instrumento utilizado foi o proposto pelo Ministério da Saúde (DUQUE et al., 2012). Com relação à investigação nacional, este estudo verificou prevalência superior em inquérito com 343 idosos cadastrados no Programa Saúde da Família de um bairro do Rio de Janeiro, em que 58,9% foram submetidos à violência física e psicológica, e, destes, 43,2% sofreram violência psicológica e 9,6% física (APRATTO JÚNIOR, 2010).

O mesmo se observou em estudos de análise documental (MASCARENHAS et al., 2012; NOGUEIRA, FREITAS, ALMEIDA, 2011; PERUHYPE, HAUSER, 2011). A análise de 904 fichas de notificação na Delegacia do Idoso de Porto Alegre –RS demonstrou que 37,2% foram vítimas de violência psicológica e 11,9% de física, no ano de 2009 (PERUHYPE, HAUSER, 2011). Em análise documental, por meio de denúncias de violência contra idosas registradas pelo Alô Idosos do município de Fortaleza, verificou-se que 436 idosos foram vítimas de violência, sendo a psicológica a mais prevalente, seguida de negligência, violência econômica e física (NOGUEIRA, FREITAS, ALMEIDA, 2011). Outro estudo com fichas de notificações de idosos de 524 municípios brasileiros constatou que 67,7% foram vítimas de violências físicas e 29,1% psicológicas (MASCARENHAS et al., 2012).

Alguns estudos internacionais apresentaram prevalências inferiores aos achados desta pesquisa como os realizados nos Estados Unidos (ACIERNO et al., 2010) e Portugal (GIL et al., 2014). Nos Estados Unidos, dos 5.777 idosos entrevistados, 11,4% foram vítimas de violência, sendo que 4,6% sofreram violência psicológica e 1,6%, física (ACIERNO et al., 2010). Em Portugal, por meio de inquérito telefônico com 1.123 idosos da comunidade, verificou-se que 12,3% também foram vítimas de violência, e, destes, 6,3% sofreram violência psicológica, 6,3%, financeira, 2,3%, física, 0,4%, negligência e 0,2% sexual (GIL et al., 2014).

Em contrapartida, prevalências superiores foram obtidas entre idosos da comunidade, nas regiões da Lituânia (21,8%), de Portugal (39,4%) e da Finlândia (25,1%), sendo a violência psicológica a mais frequente (CROME et al., 2014). Na China, entretanto, pesquisa conduzida em um centro médico de NanJing, a prevalência de violência, avaliada por meio de

um instrumento denominado Vulnerability to Abuse Screening Scale, entre 269 idosos foi de 31,2% (XINQI; SIMON, 2013).

Apesar das diferenças metodológicas dos estudos supracitados e da tipologia de violência em relação à presente investigação, os achados demonstram a relevância da violência contra idosos no cenário nacional e internacional. Ressalta-se que há dificuldade em mensurar a prevalência de violência em razão das definições e dos conceitos que apresentam alterações entre setores e culturas (INSTITUTE OF MEDICINE; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2014).

Cabe destacar que as diferentes prevalências observadas no Brasil e em outros países expressam as diversas formas de organização social e as relações de classe, gênero, etnias e de grupos etários. Soma-se a isto o exercício do poder nos espaços micro e macropolítico (BRASIL, 2005).

Outro fator de destaque são as subnotificações, em virtude do caráter velado da violência e pelo fato de um dos contextos de ocorrência ser o ambiente familiar (OLIVEIRA et al., 2013).

Apesar das notificações serem prevista pela Portaria do Ministério da Saúde nº 104/2011 (BRASIL, 2011), os profissionais de Saúde ainda encontram dificuldades, sobretudo nos casos de identificação e notificação da violência (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2013). Desta forma, uma das estratégias para sanar tal dificuldade é a mudança na formação profissional com novas diretrizes curriculares associadas às políticas públicas de saúde e a inclusão da temática violência (SOUZA et al., 2008), em destaque para a enfermagem considerando que está nos serviços de atenção primária durante todo o horário de funcionamento e no hospital 24 horas por dia.

Ressalta-se que neste inquérito, a violência psicológica apresentou maior percentual em relação à violência física, pois esta deixa marcas e fica mais evidente para a família e a sociedade, enquanto a psicológica é velada, de difícil identificação devido às características que apresenta, tais como agressões verbais ou gestuais (MINAYO, 2005; SILVA et al., 2013). Esta diferença de percentual pode ser resultado do ciclo da violência, pois, muitas vezes, antes de ocorrer a agressão física, o agressor ameaça a vítima ou comete outro tipo de violência psicológica, que, por vezes, é negligenciada (MELO; SILVA; CALDAS, 2009).

Neste contexto, uma das formas de enfrentamento da violência contra os idosos são as ações passíveis de serem realizadas na atenção primária. Por meio do diagnóstico situacional, a equipe de saúde tem a oportunidade de identificar fatores de risco potenciais para a

violência e propor ações preventivas, intervindo na proteção dos idosos (SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013).

Outra estratégia para identificar situações de violência é a visita domiciliar, em que o profissional tem a oportunidade de conhecer o contexto familiar e as principais dificuldades enfrentadas, sendo capaz de intervir no ambiente por meio da promoção de alterações na dinâmica familiar, encaminhamentos para outros profissionais e o acompanhamento contínuo.

8.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS IDOSOS SEGUNDO VIOLÊNCIA

Assim como nos achados da presente pesquisa, as mulheres idosas foram as que apresentaram maior percentual de violência física e psicológica, somente física e psicológica em estudos nacionais (ALENCA; SANTOS; HINO, 2014; APRATO JÚNIOR, 2010; DUQUE, et al., 2012; MASCARENHAS, et al., 2012; PERUHYPE; HAUSER, 2011) e internacionais (ACIERNO, et al., 2010; CARCELES, et al., 2009; CROME et al., 2014; GUCEK; SVAB; SELIC, 2011; STRASSER, et al., 2013).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, em pesquisas de base populacional, realizadas em vários países, entre 10% e 64% das mulheres adultas e idosas afirmaram ter sido vítimas de agressão física em algum momento de sua vida (OPS, 2002). No Brasil, esse fenômeno é muito frequente, abrangendo mulheres independente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social (SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013).

Estes dados demonstram a questão de gênero, que relaciona as atribuições construídas historicamente e dadas ao homem e à mulher, marcadas pela assimetria e hierarquia na relação entre eles e reproduzidos cotidianamente; e revela uma cultura de discriminação contra a mulher (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011). Desse modo, a violência contra a mulher tem se constituído em um fenômeno social que influencia o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

A violência contra as mulheres é destaque no complexo fenômeno da violência; e a partir da década de 1980, com avanços na implementação de ações de suporte a elas, esta questão passou a ter mais visibilidade (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Em 2006, no Brasil, foi aprovada a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que tem o intuito de aumentar o rigor das punições relativas às agressões contra a mulher, o decreto de prisão preventiva, as penas e outras medidas protetoras (SANTOS, 2010). Este episódio é

considerado um marco na história da luta contra a violência doméstica contra a mulher (SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013).

Apesar do avanço no que tange à proteção às mulheres, o acolhimento oferecido a elas ainda é um desafio, exigindo esforços de todos os setores sociais (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). Ademais, tal problemática continua a se configurar como um problema de saúde pública (LEAL; LOPES; GASPAS, 2011).

Atualmente, existe a Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres, que tem o objetivo de desenvolver estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam a sua autonomia, os seus direitos e a assistência qualificada a elas, além da responsabilização dos agressores (BRASIL, 2011).

Esta rede é composta por centros de atendimento à mulher em situação de violência, casas-abrigo, casas de acolhimento provisório, delegacias especializadas de atendimento à mulher, núcleos da mulher nas defensorias públicas, promotorias especializadas, juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher, central de atendimento à mulher, ouvidoria da mulher, serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, posto de atendimento humanizado nos aeroportos e núcleo de atendimento à mulher nos serviços de apoio ao migrante (BRASIL, 2011). Desta forma, é necessário que os profissionais de Saúde, em destaque o enfermeiro, conheçam a rede de apoio a mulheres submetidas à violência. Cabe destacar que é responsabilidade do enfermeiro identificar, assistir e encaminhar para centros especializados as mulheres vítimas de violência, uma vez que esta afeta de forma significativa a relação saúde-doença (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Outros serviços especializados que atendem vítimas de violência, independente de sexo e faixa etária, além do sistema de saúde, são os Centros de Referência de Assistência Social/Cras, Centros de Referências Especializados de Assistência Social/Creas, Ministério Público e defensorias públicas (BRASIL, 2011). O enfermeiro, em conjunto com a rede de assistência social, pode promover ações coletivas por meio de atividades grupais para promoção da saúde e o empoderamento individual e coletivo para o enfrentamento da violência (COSTA; LOPES, 2012).

É importante ressaltar que as mulheres submetidas à violência são frequentadoras contumazes dos serviços de saúde, possivelmente porque esses locais são o único meio onde podem encontrar ajuda (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Um dos momentos propícios para a identificação da violência física e psicológica entre as mulheres é durante a consulta de enfermagem, em que há possibilidade de estreitar o vínculo entre a paciente e o enfermeiro.

Ademais, a enfermagem, por meio de instrumentos de avaliação rápida propostos pelo Ministério da Saúde, pode identificar casos suspeitos ou confirmados de violência, notificar, assim como promover ações de prevenção com educação em saúde para familiares e estimular a participação na rede de proteção à pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Referente à faixa etária entre aqueles submetidos à violência, resultados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais (ALENCAR; SANTOS; HINO; 2014; DUQUE et al., 2012; NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011; PERUHYPE; HAUSER, 2011;) e internacionais (ACIERNO, et al., 2010; CARCELES, et al., 2009; STRASSER et al., 2013). Esta variável pode ser um fator relacionado à violência, principalmente quando associada ao comprometimento funcional (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010).

Quanto à escolaridade, resultado semelhante foi encontrado tanto para violência física quanto para a psicológica, em pesquisa conduzida com idosos de Recife, em que os sem escolaridade (26,15%) foram as maiores vítimas (DUQUE et al., 2012). Em contrapartida, outras pesquisas constataram que a violência foi mais frequente entre aqueles com escolaridade (ALENCAR; SANTOS; HINO, 2014; PERUHYPE, HAUSER; 2011; STRASSER et al., 2013).

Os resultados obtidos na presente investigação reforçam a controvérsia entre escolaridade e violência na literatura científica. Estudo no município do Rio de Janeiro identificou que o grau de escolaridade pode influenciar na ocorrência da violência, uma vez que quanto menor a escolaridade, menor o acesso a informações, o que pode resultar em dificuldades e limitações cotidianas; além de menor conhecimento acerca dos serviços sociais e menor taxa de denúncias (SOUZA et al., 2008). Todavia, a escolaridade não pode ser considerada um fator de risco independente para violência (BAPTISTA 2007) e, ainda, não se pode presumir que os idosos sem escolaridade estejam mais suscetíveis à violência (DUQUE et al.; 2012).

Durante a assistência de enfermagem, faz-se necessário considerar, no momento da abordagem do idoso, o seu nível de escolaridade, pois esse fator pode facilitar ou dificultar a compreensão em relação aos seus direitos, meios de denúncias e orientações dos profissionais. É importante ressaltar que os profissionais de saúde devem visar à garantia do acesso e da acessibilidade do idoso vítima de violência ao atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

No que refere ao estado conjugal, os achados na literatura nacional (APRATTO JÚNIOR, 2010) e internacional (ACIERNO, et al., 2010; PERUHYPE, HAUSER; 2011; STRASSER et al., 2013) corroboram o resultado desta pesquisa que aponta que o maior

percentual de idosos vítimas de violência refere-se aos casados. Em contrapartida, outras pesquisas demonstraram maiores percentuais entre os que não tinham companheiros (CARCELES, et al., 2009; DUQUE et al., 2012).

Este resultado ratifica a violência de gênero, e entre as causas do não prosseguimento das queixas de violência entre mulheres, adultas e idosas, estão a vergonha de expor que são submetidas a maus-tratos por seus parceiros; as promessas de não serem mais agredidas; a esperança na volta do antigo amor; os fatores econômicos e sociais (DEEKE et al., 2009; JONG; SADALA; TANAKA, 2008). Para as pessoas idosas acentuam-se as dificuldades em denunciar, e muitas vezes estas se culpabilizam pela violência sofrida ou acham que é normal da idade (CADERNO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA, 2007).

Neste contexto, é papel do enfermeiro acolher os idosos submetidos à violência e, ao criar vínculo, encorajá-los a falar acerca da problemática. Desta forma, com a possibilidade de detectar a violência, o enfermeiro pode identificar outros problemas, tais como sintomas de depressão e ansiedade (COSTA; LOPES, 2012).

No que concerne à renda, estudos constataram percentuais superiores de violência física e psicológica entre aqueles que tinham alguma renda, resultado semelhante a este inquérito (ALENCAR; SANTOS; HINO, 2014; DUQUE et al., 2012;). Entretanto, na literatura científica nacional verifica-se que a dificuldade financeira é um dos fatores de risco para o desentendimento entre os cônjuges, caracterizado por domínio econômico do homem, dependência financeira feminina e agressões físicas (ROSA, et al., 2008; SÁ et al., 2012).

Outra explicação para essa questão é a coabitação dos filhos com os idosos e o fato de dependerem financeiramente dos pais (MENEZES, 2010). É sabido que muitas vezes o idoso é o único mantenedor do lar e seus recursos provêm de aposentadorias e pensões (SILVA et al., 2012). E a violência, quando relacionada à questão financeira, é praticada principalmente por filhos e outros familiares (LAUMANN; LEITSCH; WAITE, 2008; LOWENSTEIN; EISIKOVITS; WINTERTEIN, 2009; NAUGHTON et al., 2010).

Quanto ao arranjo de moradia, pesquisas nacionais encontraram percentuais semelhantes aos deste inquérito, em que a violência esteve associada a morar acompanhado (APRATTO JÚNIOR, 2010; DUQUE et al., 2012; NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011). Tal achado pode ser explicado pelas relações de poder desenvolvidas entre os membros da família e os conflitos intergeracionais (OLIVEIRA et al., 2013). Em uma revisão da literatura, constatou-se que a desarmonia familiar e as relações ruins ou conflituosas foram fatores de risco para a violência contra idosos (JOHANNESSEN; LOGIUDICE, 2013).

De acordo com a literatura científica, os idosos podem ter até sete agressores, entre eles, cônjuges, filhos, netos, genros, noras, irmãos, sobrinhos (DEBERT; OLIVEIRA, 2007; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). Nessa perspectiva, o arranjo de moradia foi estratificado; e estudos nacionais corroboram com os achados deste inquérito, em que a violência foi mais frequente entre os casados, e o cônjuge foi o principal agressor (APRATTO JÚNIOR, 2010; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008; OLIVEIRA, 2013). Quanto às características do agressor, destaca-se o fato de ele viver na mesma casa que a vítima, ser usuário de álcool e drogas e manter vínculos afetivos frouxos (BRASIL, 2005).

Entre a rede de apoio para casos de violência, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual é possível, por intermédio da equipe de profissionais de Saúde, diagnosticar casos de violência intrafamiliar, tendo em vista as suas características, entre elas o foco de atenção na tríade indivíduo, família e comunidade e a priorização da prevenção e a integração com a comunidade (BRASIL, 2008).

No que se refere à autopercepção negativa de saúde, inquérito internacional com idosos da Carolina do Norte, Estados Unidos, encontrou relação entre aqueles submetidos à violência e a percepção negativa de saúde (AMSTADTER et al., 2011). Esta relação pode ser devido às consequências geradas pela violência, entre elas, frustração, dor, medo, depressão e traumas (SILVA et al., 2014) e, ainda, tornando-os mais propensos ao comprometimento físico, emocional e social, que aumenta os índices de morbimortalidade (BRASIL, 2006).

Uma das formas para que o enfermeiro possa identificar as consequências geradas pela violência são as atividades de grupo. Esse trabalho estimula os integrantes a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vivenciados por eles, e o reconhecimento de potenciais na comunidade (COSTA; LOPES, 2012). Além disso, os períodos em grupo constituem momentos de conscientização e são capazes de proporcionar alternativas do modo de vida até aquele instante (COSTA; LOPES, 2012).

No que concerne ao número de morbidades, estudo nacional corrobora com este inquérito, em que por meio de um serviço de denúncias no município de Fortaleza constatou que 34,4% dos idosos submetidos a algum tipo de violência relataram problemas de saúde (NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011). Já em investigação internacional demonstrou que 22,3% dos idosos que sofreram maus-tratos tinham algum problema de saúde (ACIERNO et al., 2010).

Destaca-se que as alterações biológicas decorrentes do processo de envelhecimento tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando sofrem um estresse fisiológico

(STHAL; BERTI; PALHARES, 2011). Essas modificações associadas à idade cronológica determinam mais suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e mais probabilidade de morte (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011). Além disso, a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas somada à decorrência de pluripatogenia pode ser considerada responsável pela necessidade de hospitalização e pela progressiva perda de autonomia dos idosos (SALES; SANTOS, 2007) e, conseqüentemente, requer mais cuidados por parte dos familiares, além de deixá-los mais vulneráveis à violência (OLIVEIRA et al., 2013).

De acordo com a literatura científica, as doenças foram consideradas um possível fator de risco para a violência, em virtude do aumento da sobrecarga do cuidador, seja este formal ou informal, envolvendo maior número de consultas médicas e cuidados de saúde para os idosos, além de mais responsabilidade sob o idoso (TEJADA-HERNANDEZ et al., 2013).

É fundamental ressaltar que a promoção de cuidados aos idosos é um desafio para a família, a qual, muitas vezes, não tem preparo para assumir o papel de cuidador, conhecimento ou suporte adequado, o que pode provocar prejuízos a sua qualidade de vida e ao atendimento aos idosos (GONÇALVES et al., 2011; INOYE; PEDRAZZANI. PAVARINI, 2008). Neste contexto, cabe aos profissionais de enfermagem esclarecer dúvidas e orientar a família em relação às modificações procedentes do envelhecimento, ao uso de medicamentos, aos cuidados básicos com o autocuidado do idoso e às possíveis complicações ocasionadas pelas morbidades.

Quanto à relação entre hospitalização, morbidades e violência ainda existem poucos estudos (ACIERNO et al., 2010; NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011; TEJADA-HERNANDEZ et al., 2013), o que dificulta possíveis explicações.

No que se refere à capacidade funcional, percentual semelhante foi encontrado em pesquisa conduzida com idoso no município de Recife, em que 26,17% eram dependentes nas AIVD (DUQUE et al., 2012), entre aqueles que sofreram algum tipo de violência, física e/ou psicológica. Em contrapartida, estudos constataam a associação entre capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária e violência, sendo que à medida que há perdas da funcionalidade, maiores são as chances de o idoso ser vítima de violência (CARCELES, et al., 2009; JOHANNESSEN; LOGIUDICE, 2013).

O declínio da capacidade funcional, geralmente, conduz os idosos às limitações ou perda total da capacidade de desempenhar, de forma independente, suas atividades cotidianas (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006). As AIVD, na maioria das vezes, são atingidas primeiramente, uma vez que são mais complexas que as AVD, e estão relacionadas com a participação social

do idoso ou com a manutenção de sua integração com o meio social, e exige uma reorganização familiar (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006). Essa diminuição faz com que o idoso fique mais restrito ao seu contexto domiciliar e, ainda, diminui o seu convívio com outras pessoas, além dos seus familiares, dificultando a procura por serviços de saúde e serviços especializados para denúncia.

Assim, esses idosos merecem atenção especial dos profissionais de Saúde, e uma importante estratégia é a visita domiciliar. Durante a visita, torna-se necessário que o profissional tenha um olhar cuidadoso voltado para a dinâmica familiar e para as condições desses idosos, no intuito de identificar possíveis sinais que podem estar relacionados à violência.

8.3 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA

Estudos que realizaram análise bivariada também verificaram que a faixa etária de 60-80 anos estava associada à maior ocorrência de violência física e psicológica (ALENCAR; SANTOS; HINO, 2014; APRATTO JÚNIOR; MORAES, 2010; DUQUE et al., 2012). Tais pesquisas corroboram a presente investigação na qual esta faixa etária foi preditora de violência.

É na faixa etária de idosos mais jovens que surgem as principais denúncias de violência (FLORÊNCIO; FILHA; SÁ, 2007; MINAYO, 2003), sejam físicas ou psicológicas, entre outras tipologias. Nessa faixa etária, grande parte dos idosos é ativa física e intelectualmente, tem mais autonomia e condições para buscar ajuda. Enquanto os idosos mais velhos geralmente possuem mais dificuldades de reagir à violência física, psicológica e econômica (MINAYO, 2003). Contudo, essa não é a regra.

Nos últimos anos houve um aumento dos idosos com mais idade, e em 1980 essa população representava 600 mil idosos; em 2000, este número passou para 1,6 milhão, com projeções de aumento para 9 milhões em 2020 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Estes dados indicam o envelhecimento da população de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Entretanto, apesar do aumento dos idosos longevos, o maior contingente de idosos concentra-se entre 60-80 anos, sendo que no município de Uberaba esta faixa etária representa 6,6% de toda população, enquanto aqueles com 80 anos ou mais representam 1,7% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

E em razão do aumento da população idosa, a violência tem tomado grandes proporções e visibilidade na sociedade contemporânea (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012). Em consequência desse fato, o tema está inserido em políticas e leis brasileiras, as quais orientam o atendimento aos idosos, assim como às vítimas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

Diante disso, durante a assistência de enfermagem, é necessário considerar a faixa etária dos idosos, bem como suas dificuldades e limitações. E a partir dessas informações, o enfermeiro deve promover atividades para informação e prevenção da violência (CADERNO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA, 2007).

Assim como os resultados encontrados nesta pesquisa, estudos nacionais (JÚNIOR; ROCHA, 2011; MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008) e internacionais (STRAUSSER et al., 2013) também obtiveram como preditor de violência o fato do idoso morar com o cônjuge.

Salienta-se que a presença e intensidade da violência são maiores quando existem relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, e em consequência ocorrem desigualdades e subordinação entre os membros (BAPTISTA, 2007). Além disso, a violência por cônjuges está ligada à aceitação desta e a normas hierárquicas de gênero, como o “direito” de um controlar bens e comportamentos do outro (D’OLIVEIRA, et al.; 2009), e a condição de dependência afetiva (PAIXÃO JÚNIOR; ROCHA, 2011; SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

Outro motivo para violência entre cônjuges é o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, sendo o abuso de tais práticas uma das principais causas de violência. Essas substâncias são usadas tanto em situações de recreação e celebração quanto para compensar perdas e sofrimentos (GRANJA; MEDRADO, 2009; MELO; SILVA; CALDAS, 2009). Apesar de ser uma das possíveis explicações, neste inquérito o consumo de substâncias lícitas e ilícitas não foi investigado.

Neste contexto, a violência de gênero é um sério problema de saúde pública, que vem se agravando. Os profissionais de Saúde, na maioria das vezes, são os primeiros a prestar assistência logo após a um episódio de violência, implicando a importância das tecnologias do processo de trabalho em saúde e a necessidade da eficácia para assistir as vítimas de violência (BEZERRA et al., 2012).

O principal indicador de saúde e de qualidade de vida para o idoso é a capacidade funcional, a qual abrange a autonomia; a capacidade do indivíduo para escolher suas condutas; e a independência, que possibilita a realização das atividades da vida diária sem

dependem de terceiros (RIBEIRO, 2006). Entre essas atividades destacam-se as atividades instrumentais do cotidiano, as quais apoiam a vida diária dentro de casa e na comunidade, e apresentam maior grau de complexidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; RIBEIRO et al., 2012). Essas características podem ser uma das explicações para a AIVD ser um fator protetor contra a violência, em que o idoso consegue uma maior rede de apoio e possibilidade em recorrer à ajuda para sair da situação de violência.

Uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é a manutenção da capacidade funcional, além da sua reabilitação quando comprometida (BRASIL, 2006). A partir disso, sendo a ESF uma das redes de apoio dos idosos, a enfermagem tem o papel de realizar atenção integral às pessoas idosas (BRASIL, 2006), e em conjunto com a equipe multidisciplinar otimizar as ações no combate à violência.

Conclusão

*(Já não se morre de velhice
nem de acidente nem de doença,
mas, Senhor, só de indiferença).
Cecília Meireles, in Poemas (1957)*

9 CONCLUSÃO

A prevalência de violência física e psicológica entre os idosos de Uberaba foi de 20,9% — a violência física foi de 5,9%; e a psicológica de 20,9%.

As características dos idosos submetidos à violência física e psicológica e estratificada em física e psicológica foram semelhantes, prevalecendo mulheres, com 60-80 anos, escolaridade, renda, tendo como principal agressor o cônjuge.

Os idosos submetidos à violência física e psicológica moravam com o cônjuge; tinham autopercepção negativa de saúde; foram hospitalizados no último ano; e apresentavam maior número de morbidades.

Os preditores de violência física e psicológica foram: faixa etária de 60-80 anos; morar com o cônjuge; dependência para AIVD.

Levando-se em conta que a violência é considerada multifatorial, os resultados deste estudo agregam conhecimento aos fatores que estão relacionados à agressão em idosos, bem como às principais características dessa população vítima de agressão. Assim, contribui para o fortalecimento de políticas públicas de enfrentamento à violência e se constitui em ferramenta para o planejamento de ações em saúde.

Cabe destacar que este inquérito apresenta como limitação o delineamento transversal em que a coleta dos dados é realizada em um único momento, não permitindo estabelecer relações de causalidade entre as variáveis.

Referências

REFERÊNCIAS:

- ABATH, M. B.; LEAL, M. C.C.; FILHO, D. A. M. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 305-314, 2012.
- ACIERNO, R. et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistratment Study. **American Public Health Association**, New York, v. 100, n. 2, 2010.
- ALENCAR, K. C.A.; SANTOS, J.O; HINO, P. Vivência de situação de violência contra idosos. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v.1, n.3, p.74-83, 2014.
- ALMEIDA, O. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq.Neuropsiquiatr.**; São Paulo, v.56, n. 3-B, p. 605-612, 1998.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, jul./ago. 2008.
- AMSTADTER, A. B.; ZAJAC, K.; STRACHAN M.; HERNANDEZ, M. A.; KILPATRICK, D. G.; ACIERNO, R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. **Journal of interpersonal violence**, New York, v.26, n. 15, p. 2947-72, 2011.
- ANACLETO, A. J.; NJAINE, K.; LONGO, G. Z.; BOING, A. F.; PERES, K. G. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, 2007. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.800-808, 2009.
- APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, 2010.
- ARAUJO, L. F.; CRUZ, E. A.; ROCHA, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2013.
- BAPTISTA, M. N. Suporte familiar e violência. In: Romaro, R. A.; Capitão, C. G. (Org.). As faces da violência: aproximações, pesquisas e reflexões. São Paulo: Vetor, p. 11-31, 2007.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BEZERRA, M.L.B.; ROSA, E.M. Percepção de maus-tratos no domicílio pelo idosos morador no município de Juazeiro(BA). **Revista Geriatria & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 65-71, 2014.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Coleção Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Vol.1: Política Nacional; Vol.2: Rede de enfrentamento; Vol. 3: Pacto Nacional; Vol.4: Diretrizes para o abrigo; Vol.5: Mulheres do campo e da floresta; Vol.6: Tráfico de mulheres. Brasília: SPM, 2011.

BRASIL. Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Temática prevenção de violência e cultura da paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2528, de 18 de outubro de 2006: **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. *Diário Oficial da União* 2006, 19 out.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista brasileira de estudos populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

CARCELES, P. et al. Suspicion of Elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, n. 49, p. 132:137, 2009.

CARVALHO, J. A. M.; RODRIGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.; GARCIA, Y.M. Biologia e teorias do envelhecimento. p. 3-18. In: FILHO, E.T.C.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CHELALA, C. A. La salud de los ancianos: una preocupacion de todos. Whashington, OMS/OPAS, 1992. 30p. (Comunicacion para salud, n. 3)

COLLINS, K. A. Elder maltreatment: a review. **Archives of pathology and laboratory medicine**, Chicago, n. 130, v. 9, p. 1290-1296, 2006.

CORDEIRO, R. C. et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Revista de fisioterapia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 69-77, 2002.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012.

CROME, P. et al. Elder abuse in Finland, France, Spain and United Kingdom. **European Geriatric Medicine**, v.5, p. 277-284, 2014.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, A. M. A polícia e as formas de feminização da violência contra o idoso. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 15-28, 2007.

DEEKE, L. P.; BOING, A.F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E.B.S. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.2, p.248-58, 2009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al . Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, Apr. 2009.

DONG X.; SIMON, M. A. Elder Abuse as a Risk factor for Hospitalization in Older Persons. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, n. 173, v. 10, p. 911-917, 2013.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 8, 2012.

ELSNER, V. R.; PAVAN, F.; GUEDES J. M. Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo**, n. 4., v. 2, p. 46-54, 2007.

ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S.L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, Apr. 2007.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa – ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa; 2007. 394 p.

FLORÊNCIO, M. V. L.; FERREIRA FILHA, M. O.; SÁ, L.D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n. 2, p. 847-57, 2007.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafios**. 2012.

GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latinoamericana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 465-70, 2008.

GARRE-OLMO, J. et al. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. **Journal of the american geriatrics society**, New York, v. 57, n. 5, p. 815-22, 2009.

GIL, A.P. et al. Elder abuse in Portugal: Findings from the first national prevalence study. **Journal of elder abuse & neglect**, New York, Aug. 2014.

GONÇALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, p.458-66, 2011.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.25-34, 2009.

GREENFIELD, E. A.; MARKS, N. F. Sense of community as a protective factor against long-term psychological effects of childhood violence. **Social Service Review**, v. 84, n.1, 2010.

GUCEK, N. K.; SVAB, I.; SELIC, P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). **Croatian Medical Journal**, Zagreb, v. 52, n.6, p.728-734, 2011.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-31, 2009.

HASSELMANN, M.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural de versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), usada pra aferir violência no casal: equivalências semânticas e de mensuração. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1083-93, 2003.

HWALEK, M. A.; SENGSTOCK, M.C. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. **Journal of applied gerontology**, Tampa, v. 5, p.153-73, 1986.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [HTTP://WWW.CENSO2010.IBGE.GOV.BR/SINOPSE/INDEX.PHP?DADOS=26&UF=31](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&UF=31) Acesso em: 17 de setembro de 2013.

_____. **Coordenação de População e Indicadores Sociais. Informações Sobre os Municípios Brasileiros**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010>. Acesso em 28 de setembro de 2013.

_____. **Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Informação Demográfica e Socioeconômica número 29. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira.** Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão 2008.** Rio de Janeiro: IBGE – Depis, 2008.

_____. **Resolução de Conflitos Domésticos e Violência Intrafamiliar nos Bairros da Tijuca e Maracanã.** Rio de Janeiro: IBGE. 1999.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Brasília, DF, 2012.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis, n.17, v.2, p.350-7, 2008.

INSTITUTO DE MAYORES y SERVICIOS SOCIALES MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES. **Organização Mundial de Saúde.** Madrid. Espanha. 2007.

IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). Elder abuse and its prevention: Workshop summary. Washington,DC: The National Academies Press. 2014.

JARDIM, S. E. G. **Maus tratos contra a pessoa idosa.** Da suspeita à notificação: Um desafio para os profissionais do Hospital do Servidor Público Municipal. 107p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

JÚNIOR, N. F. et al. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa, Orientações Gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

JOHANNESSEN, M.; LOGIUDICE, D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. **Age and ageing**, London, v. 42, n. 22, p. 292-298, 2013.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A.C.D. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 774-51, 2008.

KOPCAVAR GUCEK, N.; SVAB, I.; SELIC, P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). **Croatian medical journal**, Zagreb, v. 52, n. 6, p.778-34, 2011.

KOZIOL-McLAIN, J.; COATES, C. J.; LOWENSTEIN, S. R. Predictive validity of a screen for partner violence against women. **American journal of preventive medicine**, New York, v. 21, n. 2, p.93-100, 2001.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health. Geneva, **World Health Organization**, 2002.

LACHS, M. S.; PILLEMER, K. Abuse and neglect of elderly persons. **New England journal of medicine**, Boston, v. 332, n. 7, 1995.

- LAUMANN, E.O.; LEITSCH, S. A.; WAITE, J. “Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study”, **Journals of gerontology – Series B – Psychological sciences and social sciences**, Washington, v. 63, n. 4, p. 248-254, 2008.
- LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.; GASPAR, M.F.M. Social representations of violence against women in the nursing perspective. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.37, p.409-24, abr./jun. 2011.
- LINO, V.T.S et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.103-12, 2008.
- LOWENSTEIN, A.; EISIKOVITS, Z.; WINTERSTEIN, T. “Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel”, **Journal of Elder Abuse & Neglect**, New York, 21, p. 253-277, 2009.
- MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligencia e Maus tratos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1152-1159.
- MARTINA, M. et al. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer Del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. **Revista peruana de epidemiologia**, Lima, v. 14, n.3, 2010.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2331-2341, 2012.
- MEIRA, E. C.; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, J. O. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Ciência, Cuidado e saúde**, Maringá v. 6, n. 2, p. 171-180, 2007.
- MELO, E. M. Podemos Prevenir a Violência. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2010.
- MELO, Z. M.; SILVA, D. M.; CALDAS, M. T. Violência Intrafamiliar: crime contra a mulher na área metropolitana do Recife. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 111-9, 2009.
- MENEZES M. R. **Violência contra idosos: é preciso se importar!** In: Berzins M.V., Malagutti W. (org). Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari; 2010.
- MICHELETTI, A. L. N. et al. Produção científica sobre violência contra idoso nas bases Scielo e Lilacs. **Psicólogo in Formação**, São Paulo, ano 15, n. 15, jan./dez. 2011.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: **Curso de Impactos de Violência na Saúde: Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 5a.ed., 2005.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 783-791, 2003.
- MORAES, C. L.; APRATTO JUNIOR, P.C.; REICHENHEIM, M.E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico da Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, 2008.
- NAUGTON, C. et al. Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect, Dublin, University College Dublin, 2010. disponível em: <<http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf>> Acesso em 14 de setembro de 2013.
- NEALE A.V. et al. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. **Journal of applied gerontology**, Tampa, v.10, p. 406-18, 1991.
- NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M.C.; ALMEIDA, P.C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 543-554, 2011.
- OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-33, 2013.
- OLIVEIRA, M. L. C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.
- OLIVEIRA, P. S. **Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro**. 62 f. Orientador: Souza, Edinilsa Ramos de Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*, v.79, n.2, p.161-170, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em: 07 nov. 2013.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington, DC(USA); 2002.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M et al. Cross-cultural adaptation to Brazil of the instrument *Caregiver Abuse Screen (CASE)* for detection of abuse of the elderly by caregivers. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2013-2022, 2007.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1137-1149, 2006.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L . Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1801-1813, 2008.

PAIXÃO JUNIOR, C. M.; ROCHA, S. M. Violência Doméstica contra Idosos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.p. 1324-1334.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 3-13.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2006.

PEREL-LEVIN S. Discussing screening for elder abuse at Primary Health Care level. Geneva: **World Health Organization**; 2008.

PERUHYPE, R. C.; HAUSER, L. Análise do perfil sociodemográfico de idosos vítimas de violência no município de Porto Alegre/RS/Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 5. n. 4, p. 220-5, 2011.

PILLEMER, K. A.; FINKELHOR, D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. **Gerontologist**, Washington, v. 28, p. 51-7,1988.

PODINEKS, E. National Survey on Abuse of the elderly in Canada. **Journal of elder abuse & neglect**, Nova Iorque, v.4, p.5-58, 1992.

QUEIROZ, Z. P.V.; LEMOS, N. F.D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, Sept. 2010 .

QUIRINO, E. A. et al. Inferferência da violência e maus tratos na qualidade de vida da pessoa idosa. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, n. 3, 2013. Campina Grande.

REICHENEHIM, M. E. et al. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.

REIS, L. A. **Dinâmica familiar de idosos com comprometimento da capacidade funcional**. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

RIBEIRO, A. P. **Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas**. 130 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz. 2006

RIBEIRO, L. H. M.; NERI, A. L.; PINTO, J. M.; FALSARELLA, G. R.; SPÓSITO, G.; FREITAS, D. C. C. V. Desempenho de atividades de vida diária e fragilidade. In: Neri, A. L. **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. 1º ed. Campinas: Alínea, 2012.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, May 2012.

ROSA, A.G. et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, set. 2008.

SÁ, A. N. P.; ROCHA, I. A. L.; MORAES, M. N.; BRAGA, L. A. V.; FILHA, M. O. F.; DIAS, M. D. Conflitos familiares abordados na Terapia Comunitária Integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n.4, p.786-93, 2012.

SACOL, K. L. P.; ZAPPE, J. G. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 19, n. 1-2, p. 39-50, 2011.

SALES, F. M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, n. 16, v. 3, p.495-502, 2007.

SANCHES, P. A. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra Idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, 2008.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, 2010, v. 19, n. 3, p. 417-24, 2010.

SANTOS, A. C. P. O. et al. A construção da violência contra idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007.

SANTOS, E. R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, p. 2741-2752, 2010.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista brasileira em promoção da saúde (Impresso)**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-96, 2008.

SANTOS, S. M. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado [Internet]. **Revista Crítica de Ciências Sociais**; v. 89, p.153-70, 2010.

- SARAIVA, E. R. A. **Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa**. 272f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal de João Pessoa, João Pessoa. 2010
- SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 112-121, 2012.
- SCHAFER, J., CAETANO, R., & CLARK, C. L. Agreement about violence in U.S.couples. **Journal of interpersonal violence**, New York, 17, p. 457-470, 2002.
- SERRA, J. N. As múltiplas faces da violência contra os idosos no Brasil: violência simbólica contra os idosos, forma sutil de constrangimento de cidadania. **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, 2005.
- SILVA, E. A. O.; LACERDA, A. M. G. M. A violência e os maus-tratos contra pessoa idosa. **Fragmentos de cultura**, Goiânia, v. 17, n.3/4, p. 239-255, 2007.
- SILVA, M. C. M.; et al. Characterization of cases of physical, psychological and sexual violence and negligence reported in Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.22, n.2, p. 403-412, 2013.
- SILVA, R. F et al. O perfil da violência notificada contra idosos na microrregião de senhor do Bonfim-BA. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 7, n.1, p. 171-183, 2014.
- SOUZA, A. K. A.; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C. V.C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p. 425-31, 2013.
- SOUZA, E. R. et al. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em Enfermagem e Medicina. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.13-9, 2008.
- SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; MARQUES, C. C. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, 2008.
- SOUZA, J. A. V; FREITAS, M. C; QUEIROZ, T. A. Violência contra idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.3, p. 268- 270, 2007.
- STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.1, p. 59-67, 2011.
- STRASSER, S.M.; SMITH, M.; WEAVER, M.; ZHENG, S.; CAO, Y. Screening for Elder abuse Mistratment among Older Adults Seeking Legal Assistance Services. **Western Journal of Emergency Medicine**, Califórnia, v.14, n. 4, 2013.
- STRAUS, M. A. Measuring intrafamiliar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. **Journal of Marriage and the Family**, n. 41, p.75-88, 1979.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford University Press. 2003.

TEJADA-HERNANDEZ, M. A.; AMSTADTER, A. ; MUZZY, W.; ACIERNO, R. The National Elder Mistreatment Study: Race and Ethnicity Findings. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, New York, v.25, n.4, p. 281-293, 2013.

UBERABA (MG). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2011-2013**. Uberaba, MG: Assessoria de Planejamento em Saúde, 2011. 165 p.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, São Paulo, n. 43, v. 3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S.C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-7, 2011.

WANDERBROOKE, A. C. N. S.; MORE, C. L. O. O. C. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, 2012.

WIERSVORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 9, n.1, 1997.

WOLF, R. S. Maltrato en ancianos. In: E. Anzola-Perez (ORG.). **Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1995. p. 35-42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. **The Toronto Declaration the Global Prevention of Elder Abuse**. Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse. 2002. Disponível em:
<http://www.who.int/ageind/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf> Acesso em 17 de outubro de 2013.

XINQI, D.; SIMON, M. A. Urban and Rural Variations in the Characteristics Associated With Elder Mistreatment in a Community-Dwelling Chinese Population. **Journal of Elder Abuse & Neglect**, New York, v.25, p. 97-125, 2013.

ZAMBONI, C. et al. Violência contra idoso: Um velho estigma. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p.634-639, 2011.

Apêndices

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS DO MUNICÍPIO DE UBERABA – MINAS GERAIS. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: verificar a prevalência de violência física e psicológica entre os idosos; comparar os dados sociodemográficos e econômicos, de saúde e capacidade funcional entre idosos e verificar os fatores associados à violência física e psicológica. Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE B – IDENTIFICAÇÃO, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
ECONÔMICOS**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ **Código:**

Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da Coleta: ____/____/____

Bairro: _____ Endereço: _____ Tel: _____

Setor Censitário: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

Sexo.....

1- Masculino 2- Feminino

Qual o seu estado conjugal?.....

- 1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

5) Qual a sua renda individual:.....

- 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 | 3 salários mínimo 5 - De 3 | 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimo

Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de: (Múltipla escolha).....

- 1-Aposentadoria
 3-Renda/ aluguel
 5-Doação (outros)
 7- Trabalho eventual
 9- Aplicação financeira
 99- Ignorado
- 2-Pensão
 4-Doação (família)
 6-Trabalho contínuo (formal ou não)
 8-Renda mensal vitalícia
 10- Sem rendimento próprio

Principal atividade profissional exercida atualmente:.....

- 1- Dona de casa 2- Empregada doméstica 3- Trabalhador braçal
 4- Trabalhador rural 5- Profissional liberal 6- Agricultor 7- Empresário
 8- Outro (especifique _____) 9- Não exerce 99- Ignorado

Qual a razão pela qual o (a) sr(a) se aposentou?.....

- 1- Tempo de Serviço 2- Idade 3- Problema de Saúde:

 4- Não se aposentou 99- Ignorado

No seu entender de acordo com sua situação econômica, de que forma o(a) senhor(a) satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc).....

- 1- Mal 2- Regular 3- Bom 99- Ignorado

10) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:.....

- 1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

A casa onde o sr. mora:.....

- 1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação 3- É de parente - paga aluguel
 4- Estranho - paga aluguel 5- Cedida - sem aluguel 6- Asilo 99- Ignorado

O Sr(a) mora em seu domicílio (Múltipla escolha):.....

(1) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)

(2) Com cuidador profissional (1 ou +)

(3) Com o cônjuge

(4) Com outros de sua geração

(5) Com filhos

(6) Com netos

(7) Com nora ou genro

(8) Outros _____

(9) Não Sei

(99) Não Respondeu

APÊNCIDE C - INDICADORES CLÍNICOS

O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

| Morbidades | Sim | Não | Ignorado |
|----------------------------|------------|------------|-----------------|
| A) Reumatismo | 1 | 2 | 99 |
| B) Artrite/artrose | 1 | 2 | 99 |
| C) Osteoporose | 1 | 2 | 99 |
| D) Asma ou bronquite | 1 | 2 | 99 |
| E) Tuberculose | 1 | 2 | 99 |
| F) Embolia | 1 | 2 | 99 |
| G) Pressão alta | 1 | 2 | 99 |
| H) Má circulação (varizes) | 1 | 2 | 99 |
| I) Problemas cardíacos | 1 | 2 | 99 |
| J) Diabetes | 1 | 2 | 99 |
| K) Obesidade | 1 | 2 | 99 |
| L) Derrame | 1 | 2 | 99 |
| M) Parkinson | 1 | 2 | 99 |
| N) Incontinência urinária | 1 | 2 | 99 |
| O) Incontinência fecal | 1 | 2 | 99 |
| P) Prisão de ventre | 1 | 2 | 99 |
| Q) Problemas para dormir | 1 | 2 | 99 |
| R) Catarata | 1 | 2 | 99 |
| S) Glaucoma | 1 | 2 | 99 |
| T) Problemas de coluna | 1 | 2 | 99 |
| U) Problema renal | 1 | 2 | 99 |
| V) Sequela acidente/trauma | 1 | 2 | 99 |
| W) Tumores malignos | 1 | 2 | 99 |
| X) Tumores benígnos | 1 | 2 | 99 |
| Y) Problema de visão | 1 | 2 | 99 |
| Z) Depressão | 1 | 2 | 99 |
| Outras (_____) | 1 | 2 | 99 |
| | 1 | 2 | 99 |
| | 1 | 2 | 99 |

Número de doenças.....

HOSPITALIZAÇÃO NO ÚLTIMO ANO

Senhor (a) ficou internado (a) nos últimos doze meses (último ano)?.....

1) sim

2) não

Número de vezes.....

Anexos

ANEXO A: MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na “Nota” coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100_____ 93_____ 86_____ 79_____ 72_____ 65

Nota:_____

b) “Soletre a palavra MUNDO de trás para frente”

O_____ D_____ N_____ U_____ M_____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca_____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota:_____

Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis_____

Nota:_____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: “Nem aqui, nem ali, nem lá”

Nota:_____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHER OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota:_____

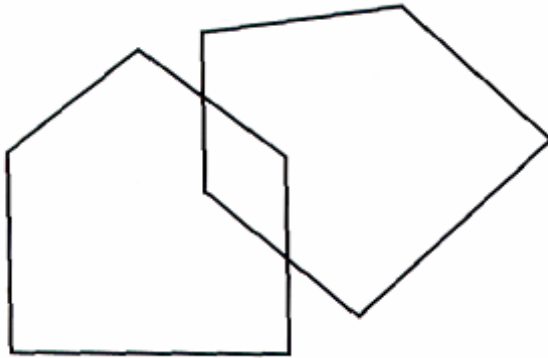
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota:_____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos \leq 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18

• com escolaridade superior a 11 anos \leq 26

Idoso apresentou declínio cognitivo:.....

(1) Sim (2) Não

Fonte: Bertolucci, 1994

ANEXO B – PERCEPÇÃO DE SAÚDE

SAÚDE

Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima 99- Ignorado

Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o Sr (a) diria que sua saúde está:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

ANEXO C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)– ESCALA DE KATZ

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)– ESCALA DE KATZ

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

| Área de funcionamento | Indep. Dep. |
|---|----------------------------------|
| <p>Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)</p> <p>1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).</p> <p>2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna).</p> <p>3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.</p> | <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> |
| <p>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</p> <p>1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda</p> <p>2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos</p> <p>3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa</p> | <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> |
| <p>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p> | <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> |
| <p>Transferência</p> <p>1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p>2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>3. Não sai da cama</p> | <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> |
| <p>Continência</p> <p>1. Controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p>2. Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p> | <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> |
| <p>Alimentação</p> <p>1. Alimenta-se sem ajuda</p> <p>2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p>3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos</p> | <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> |

- 0: independente em todas as seis funções;
- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas;
- 3: independente em três funções e dependente em três;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções.

Classificação.....

Número de ABVD que não consegue realizar.....

Fonte: Katz (1963), adaptada à realidade brasileira Lino et al. (2008).

| |
|--|
| |
| |

ANEXO D - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD) - ESCALA DE LAWTON E BRODY

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD) - ESCALA DE LAWTON E BRODY

| Atividade | Avaliação | |
|---------------------------------------|---|---|
| Em relação ao uso do telefone... | | |
| a) Telefone | Recebe e faz ligações sem assistência | 3 |
| | Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas | 2 |
| | Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone | 1 |
| Em relação as viagens... | | |
| b) Viagens | Realiza viagem sozinho | 3 |
| | Somente viaja quando tem companhia | 2 |
| | Não tem o hábito ou é incapaz de viajar | 1 |
| Em relação a realização de compras... | | |
| c) Compras | Realiza compras, quando é fornecido transporte | 3 |
| | Somente faz compras quando tem companhia | 2 |
| | Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras | 1 |
| Em relação ao preparo de refeições... | | |
| d) Preparo de refeições | Planeja e cozinha as refeições completas | 3 |
| | Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda | 2 |
| | Não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições | 1 |
| Em relação ao trabalho doméstico... | | |
| e) Trabalho doméstico | Realiza tarefas pesadas | 3 |
| | Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas | 2 |
| | Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos | 1 |

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Em relação ao uso de medicamentos... | | |
| f) Medicamentos | Faz uso de medicamentos sem assistência | 3 |
| | Necessita de lembretes ou de assistência | 2 |
| | É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos | 1 |
| Em relação ao manuseio do dinheiro | | |
| g) Dinheiro | Preenche cheques e paga contas sem auxílio | 3 |
| | Necessita de assistência para uso de cheques e contas | 2 |
| | Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas... | 1 |

TOTAL.....

Classificação da dependência para AIVDs.....

(1) Dependência total: igual a 7 pontos

(2) Dependência parcial: 7-20 pontos

(3) Independente: 21 pontos

ANEXO E - CONFLICT TACTICS SCALES FORM R (CTS-1)

Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com o Sr (a) sobre a violência que, às vezes, somos vítimas e também sobre como as pessoas que moram em sua casa resolvem os desentendimentos e desavenças do dia a dia. Nós sabemos que algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, às vezes, parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante que você faça um esforço para lembrar com a gente como sua família se entendem, quer dizer, como as pessoas se dão umas com as outras e com o Sr(a). Eu queria lembrar que tudo que será dito aqui ficará somente entre nós e que essas informações serão muito importantes para nossa avaliação.

1) Aconteceu alguma situação de desentendimento ou desavença nos últimos 12 meses.

Sim Não

Obs.: Caso a resposta for NÃO encerre a entrevista.

| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| 1-Discutiu o problema calmamente. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 2-Procurou conseguir informações para conhecer melhor o modo de pensar dele (a), ou o seu. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 3-Trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar acalmar as coisas. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 4-Xingou ou insultou. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 5- Ficou emburrado, não falou mais nada. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 6- Retirou-se do quarto, da casa, ou da área. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 7- Chorou. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 8- Fez ou disse coisas só para irritar. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 9- Ameaçou bater ou jogar coisas nele (a) ou em você. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 10- Destruiu, bateu, jogou, ou chutou objetos. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |

| | (1) | | (3) |
|---|--------------------------|--|---|
| 11- Jogou coisas sobre ele/ela/ (você). | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 12- - Empurrou ou agarrou ele (a) ou você. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 13- Deu tapa ou bofetada nele (a) ou em você. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 14- Chutou, mordeu ou deu murro nele (a) ou em você. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 15- Bateu ou tentou bater nele (a) ou em você com objetos. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 16- Espancou-o(a) ou você. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 17- Queimou-o (a), estrangulou ou sufocou-o ou você | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 18- Ameaçou (a) ou você com faca ou arma. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |
| 19- Usou faca ou arma contra ele (a) ou você. | Não aconteceu (1) | Aconteceu algumas vezes nesses últimos 12 meses (2) | Aconteceu várias vezes nesses últimos 12 meses (3) |

Fonte: Straus (1979), adaptado a realidade brasileira Hasselmann, Reichenheim (2003).

ANEXO F- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26148813.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 573.833

Data da Relatoria: 11/04/2014

Apresentação do Projeto:

Coerente e pertinente.

Objetivo da Pesquisa:

Coerente e pertinente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente parecer é emitido para aprovar o pedido de inclusão de avaliação da violência contra idosos, quedas e a síndrome do medo. Foram apresentados os instrumentos de coleta de dados que serão utilizados para alcançar o novo objetivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Coerentes e pertinentes.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações.

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

Bairro: 2º andar - Sala H

CEP: 38.025-180

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5854

Fax: (34)3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 573.833

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Foi aprovada a solicitação de inclusão do novo objetivo ao projeto.

UBERABA, 28 de Março de 2014

Assinado por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)