



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GERONTOLOGIA



RENATA LAÍSE DE MOURA BARROS

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

RECIFE
2017

RENATA LAÍSE DE MOURA BARROS

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde.

Orientador: Dr^a. Márcia Carréra Campos Leal

Co-orientadora: Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques

Recife, 2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

B277v Barros, Renata Laíse de Moura.
Violência doméstica e os fatores associados em idosos assistidos na
atenção básica / Renata Laíse de Moura Barros. – 2017.
82 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carrêra Campos Leal.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2017.
Inclui referências e apêndices.

1. Idoso. 2. Violência. 3. Atenção básica. I. Leal, Márcia Carrêra
Campos (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-108)

RENATA LAÍSE DE MOURA BARROS

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação aprovada pela banca examinadora em: 22 de fevereiro de 2017.

Prof. Dr^a Márcia Carréra Campos Leal
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a Isolda Belo da Fonte
(Membro Titular Interno)

Prof^a Dr^a Sandra Carolina Farias de Oliveira
(Membro Titular Externo)

Prof^a. Dr^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins
(Membro Suplente Interno)

Prof^a. Dr^a Francisca Márcia Pereira Linhares
(Membro Suplente Externo)

Recife

2017

Dedico este trabalho a minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre guiar meu caminho e minhas escolhas, mesmo que por vezes seja além do meu entendimento, mas sempre o melhor para mim.

Aos meus pais, que me incentivaram desde a inscrição para o processo seletivo do mestrado e que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. Que desde sempre colocaram os interesses de nós, filhos, acima de qualquer coisa. Obrigada pelo exemplo de vocês e pelo ensinamento, desde criança, de que o estudo é nosso melhor caminho. Eu amo vocês.

Aos meus irmãos, Larisse e Fernando César, pelo apoio constante em tudo que decido fazer. Os anos vão passando e, agora, adultos que somos, entendo que não foi por acaso que a vida nos fez irmãos. A vocês todo o meu amor.

À minha avó Inês (in memoriam) que, mesmo sem saber, despertou em mim o interesse pela gerontologia ainda no início da graduação e tanto me ensinou sobre humanidade e amor.

A Cici (in memoriam), pelo seu exemplo de vida, sabedoria, simplicidade e amor. Você está em todas as minhas conquistas, faz parte de mim.

Aos demais familiares, pelo carinho e pelo incentivo, mesmo que à distância.

A Hugo, companheiro de todas as horas, pela paciência, compreensão, auxílio, incentivo e amor que sempre se fizeram presentes. A você, minha eterna gratidão e meu amor.

À família Albuquerque, por me acolher como filha, me dar tanta assistência e me proporcionar tantas alegrias.

Às professoras Dra. Márcia Carréra Campos Leal e Dra. Ana Paula de Oliveira Marques, minhas orientadoras, pela confiança depositada, pela paciência e por todos os ensinamentos passados na construção desse trabalho. Sem dúvida, são exemplos a serem seguidos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, pelos conhecimentos transferidos.

Aos funcionários do PPGERO, em especial Manoel, pela disponibilidade e sorriso no rosto para nos atender e solucionar nossos problemas.

Às colegas de turma do PPGERO, pelo companheirismo e pela amizade.

Aos alunos da equipe de trabalho de campo, pela convivência, empenho e dedicação a esse trabalho: Camila Rezende, Breno Dantas, Camila Melo e Carolina Regueira.

Às equipes e demais funcionários das Unidades de Saúde da Família de Vila União, Skylab, Casarão do Cordeiro, Caranguejo e Sítio Cardoso, pela recepção e disponibilidade em contribuir com a pesquisa.

À Maria Eduarda Morais, pela parceria que construímos desde a graduação, pelo companheirismo e pela amizade sincera.

Às amigas da graduação, minhas enforcats, por todo o apoio e incentivo que sempre me dedicaram. É tudo recíproco.

À amiga Lucianna Rabelo, que sempre foi para mim um exemplo na vida acadêmica e me incentivou desde quando eu nem pensava em cursar o mestrado.

A todos os meus queridos amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desse trabalho.

*A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer*

*Não quero morrer pois quero ver como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é e dizer venha pra o que vai acontecer*

*Eu quero que o tapete voe
No meio da sala de estar
Eu quero que a panela de pressão pressione
E que a pia comece a pingar*

*Eu quero que a sirene soe
e me faça levantar do sofá
Eu quero por Rita Pavone
no ringtone do meu celular*

*Eu quero estar no meio do ciclone
pra poder aproveitar
e quando eu esquecer meu próprio nome
que me chamem de velho gagá*

*Pois ser eternamente adolescente nada é mais demodé
com os ralos fios de cabelo sobre a testa que não pára de crescer
Não sei porque essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr*

*Não quero morrer pois quero ver como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é e dizer venha pra o que vai acontecer*

Eu quero que o tapete voe...

(Arnaldo Antunes)

RESUMO

Introdução: o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Dentre as diversas situações vivenciadas pelo idoso, destacamos a possibilidade de sofrer violência doméstica.

Objetivo: investigar a ocorrência de violência doméstica e os fatores associados em idosos assistidos na atenção básica. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo de corte

transversal. Participaram 169 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, cadastrados nas cinco Unidades de Saúde da Família (USF) que compõem a microrregião 4.1 da cidade do Recife. Foram excluídos os idosos com enfermidade ou agravo à saúde que implicasse comprometimentos de comunicação e/ou cognição. O instrumento de pesquisa foi

estruturado com questões fechadas sobre dados socioeconômicos, saúde autopercebida, Índice de Katz, Índice de Lawton e Brody, Escala de Depressão Geriátrica abreviada de Yesavage e o instrumento para avaliar possíveis situações de violência contra pessoas idosas, desenvolvido e validado em Porto Rico e adotado pelo Ministério da Saúde. **Resultados:**

verifica-se a existência de 133 idosos com sinais indicativos de pelo menos um dos tipos de violência em seu ambiente doméstico, o que corresponde à prevalência de 78,7%. O tipo mais prevalente foi a negligência (58,5%), seguida da psicológica (21,5%) e da financeira (14%).

Conclusão: o estudo contribuiu para reforçar a hipótese da existência de violência doméstica contra os idosos. Portanto, identificar a ocorrência de violência no ambiente doméstico é o primeiro passo para solucionar essa situação difícil, que tem se tornado um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Idoso. Violência. Atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: The growth of the elderly population is a worldwide phenomenon. Among the various situations experienced by the elderly, we highlight the possibility of suffering domestic violence. **Objective:** investigate the occurrence of domestic violence and associated factors to the elderly assisted in basic care. **Methodology:** this is a cross-sectional descriptive study. Participated 169 individuals, aged 60 or over, of both sexes, enrolled in the five Family Health Units (USF) that compose the micro-region 4.1 of Recife. Were excluded the elderly with illness or health impairment that implied communication and/or cognition impairments. The research instrument was structured with closed questions about socioeconomic data, self-perceived health, Katz Index, Lawton and Brody Index, Yesavage abbreviated Scale of Geriatric Depression and the instrument for assessing possible situations of violence against elderly people, developed and validated in Puerto Rico and adopted by the Ministry of Health. **Results:** it was verified that 133 elderly people presented indicative signs of at least one of the types of violence in their domestic environment, corresponding to a prevalence of 78.7%. The most prevalent type was negligence (58.5%), followed by psychological (21.5%) and financial violence (14%). **Conclusion:** this study contributed to reinforce the hypothesis of the existence of domestic violence against the elderly. Therefore, identifying the occurrence of violence in the domestic environment is the first step to resolve this difficult situation, which has become a public health problem.

Key words: Elderly. Violence. Basic care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Página
Figura 1:	Mapa da microrregião 4.1 do Recife	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição do quantitativo de idosos cadastrados nas respectivas USF da MR 4.1, Recife/PE, 2016

Tabela 2. Distribuição dos fatores sociodemográficos dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016

Tabela 3. Distribuição das características econômicas dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016

Tabela 4. Distribuição das condições de saúde dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016

Tabela 5. Prevalência e caracterização da violência doméstica contra o idoso, cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 6. Caracterização da violência psicológica contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 7. Caracterização da violência física contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 8. Caracterização da violência financeira contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 9. Caracterização da violência sexual sofridas pelos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 10. Caracterização da negligência contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 11. Distribuição da violência doméstica contra idoso segundo o perfil sociodemográfico dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 12. Distribuição da violência doméstica contra idoso segundo o perfil econômico do idoso cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Tabela 13. Distribuição da violência doméstica contra idoso segundo as condições de saúde do idoso cadastrado na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ONU	Organização das Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
WHO	World Health Organization
PNI	Política Nacional do Idoso
PNRMAV	Política Nacional de Redução das Mortes por Acidentes e Violências
AVD	Atividades básicas de Vida Diária
RPA	Região Político Administrativa
USF	Unidade de Saúde da Família
MR	Microrregião
ESF	Estratégia Saúde da Família
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO NO CONTEXTO ATUAL	18
2.2	VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS.....	24
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	MÉTODO	33
4.1	DESENHO DE ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DE ESTUDO	33
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	34
4.4	SELEÇÃO DA AMOSTRA	35
4.4.1	<i>Critérios de inclusão</i>	35
4.4.2	<i>Critérios de exclusão</i>	36
4.5	ELENCO DAS VARIÁVEIS	36
4.5.1	<i>Variável dependente</i>	36
4.5.2	<i>Variáveis independentes</i>	36
4.6	INSTRUMENTO DE PESQUISA	37
4.7	COLETA DE DADOS	38
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
4.9	ASPECTOS ÉTICOS	39
5	RESULTADOS	40
6	DISCUSSÃO	52
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	70
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
	ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE, SECRETARIA DE SAÚDE	78
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	79

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é uma das grandes conquistas do último século, sendo um fenômeno evidente a nível mundial (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012; VERAS, 2016). A queda da fecundidade ocasiona o envelhecimento da população do planeta, processo que começou em épocas distintas nos diferentes países e se dá em proporções variadas. No Brasil, os efeitos desse envelhecimento são ainda maiores em virtude do pequeno período de tempo em que vem ocorrendo (BALDONI; PEREIRA, 2011; VERAS, 2016).

Celebrar o centésimo aniversário tem se tornado cada vez mais comum, especialmente nos países desenvolvidos (ARAÚJO, RIBEIRO, PAÚL, 2016). Avanços sociais, políticos, económicos, culturais e de saúde pública proporcionaram um acréscimo de uma média de 20 anos em comparação com 50 anos anteriores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Essa “Revolução da Longevidade” tem transformado a maioria das pirâmides etárias ao redor do mundo (INTERNATIONAL LONGEVITY CENTER BRAZIL, 2015).

Em 2015, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), existiam 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 12% da população em geral. Portanto, este contingente populacional, vem crescendo a uma taxa de 3,26% ao ano. Embora a Europa detenha o maior percentual de sua população com 60 anos ou mais, 24%, pode-se afirmar que o rápido envelhecimento acontecerá em outras partes do mundo. Estimativas apontam que até 2050, todas as principais regiões, terão quase um quarto da sua população com 60 anos ou mais, excetuando-se a África (UNITED NATIONS, 2015).

No Brasil, a distribuição populacional por idade e sexo segue a tendência de envelhecimento da estrutura etária. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade é acentuado o aumento na participação relativa, passando de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060. Esse grupo etário será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030, e em 2055 a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade (IBGE, 2013).

Hoje um dos maiores desafios da modernidade é conquistar um envelhecer com qualidade de vida e dignidade. A população em envelhecimento apresenta desafios também de cunho social, econômico e cultural para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Observa-se que no

Brasil o envelhecimento vem acontecendo em ritmo bastante veloz. Isso ocasiona a necessidade de transformações nas políticas sociais e estimula redefinições nas políticas de saúde direcionadas à atenção integral no cuidado à saúde do idoso (DUQUE et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; VERAS, 2009).

É importante pontuar que existem importantes diferenças no processo de envelhecimento populacional entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, como no Brasil, esse processo se dá de maneira muito rápida, sem uma reorganização social e da área de saúde adequadas para atender às novas demandas (BRASIL, 2007; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Além dos fenômenos característicos do envelhecimento, como as alterações fisiológicas e as patologias comuns dessa fase, os idosos também estão vulneráveis ao fenômeno da violência. Suas consequências são devastadoras, podendo acarretar baixa qualidade de vida, lesões, traumas e estresse, além de morbidade e mortalidade (WHO, 2005; PEREL-LEVIN, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua violência contra o idoso como um ato único ou repetido, ou mesmo a omissão, podendo ser tanto intencional como involuntária, que cause dano, sofrimento ou angústia ao idoso, impedindo o desempenho do seu papel social. A violência ocorre dentro de uma relação com expectativa de confiança, sobretudo dos filhos, cônjuges, da comunidade e da sociedade em geral (WHO, 2002).

A violência contra o idoso foi retratada pela primeira vez em 1975, em publicações científicas britânicas, que se referiam ao fenômeno como “espancamento de avós” (BAKER, 1975). No Brasil, no entanto, esta temática só começa a ganhar magnitude a partir dos anos 90, depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da Saúde (VERAS, 1994). Com o passar dos anos, a violência contra a pessoa idosa passou a configurar uma preocupação relacionada com a saúde pública e a violação dos direitos humanos (MINAYO, 2005b).

De maneira geral, as várias formas de violência contra o idoso decorrem do conflito de interesses entre as gerações jovens e idosas. O idoso acaba sendo colocado à margem da sociedade por ser considerado improdutivo e obsoleto, além de dependente (MINAYO, 2003).

Associado a isso, existem as morbidades que comumente acometem o idoso e sua consequente diminuição da capacidade funcional e cognitiva, antecedentes de relação de violência entre o idoso e o cuidador ou a família, moradia conjunta, conflitos familiares como falta de privacidade e aglomeração e o empobrecimento da população. Também a relação de

dependência financeira do idoso para com o cuidador, ou o contrário, ou até mesmo a interdependência, além de histórico de abuso de álcool e drogas e distúrbio psicopatológico do cuidador. Tudo isso contribui para ocorrência da violência (MELO, CUNHA E FALBO, 2006; DUQUE et al, 2012).

Outro fator que pode facilitar a ocorrência de maus-tratos ao idoso são os problemas de cunho familiar. Esses são decorrentes das mudanças observadas na conjuntura da família brasileira contemporânea, como menor número de filhos, inserção da mulher no mercado de trabalho, divórcios, menor poder aquisitivo, residências fisicamente menores, entre outros (FLORÊNCIO et al., 2007).

A presença de estresse entre os cuidadores também pode ser fator de risco para a ocorrência de episódios de violência contra a pessoa idosa. Se há apenas um cuidador disponível para esta atividade, a carga sobre ele pode ser muito intensa, favorecendo também seu próprio adoecimento (BRASIL, 2007; MICHELETTI et al., 2011).

Os abusos contra idosos vão além da agressão perceptível, como a física. Trata-se também de danos de cunho social, psicológico e moral. É importante destacar que qualquer tipo de abuso resultará em sofrimento desnecessário ao idoso (LEITE et al., 2008; MASCARENHAS et al., 2010).

Contabilizar o peso da violência contra a pessoa idosa é dificultoso, inclusive a nível mundial. As fontes de dados são escassas e geralmente não confiáveis. Isso se deve, principalmente, ao fato de o evento da violência ainda ser encoberto por familiares. Também existe a falta de uma consciência coletiva de denúncia desses casos, além da ausência, em muitas cidades, de serviços especializados para tais denúncias (FLORÊNCIO; FERREIRA FILHA; SÁ, 2007).

No tocante a essas dificuldades, segundo o Ministério da Saúde (2005), no Brasil, 27% das internações, dos 93 mil idosos, são decorrentes de violências e agressões. Dos casos que chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS), as agressões explícitas predominam. Contudo, há os casos não discriminados, como os que ocorrem no ambiente intrafamiliar. Estes são bastante complexos visto que envolvem relações de consanguinidade, medo e sentimentos de insegurança, além de amor e instinto de proteção em defesa do agressor (PASINATO et al, 2006).

Diante desse cenário, considera-se um desafio estimar a violência contra a pessoa idosa e seus fatores associados no âmbito doméstico, bem como oferecer intervenções visando transformar essa realidade.

A atenção primária funciona como porta de entrada do sistema de saúde, pois oferta serviços próximos à moradia do usuário, facilitando, dessa forma, o acesso, o vínculo e a atenção continuada focalizada na pessoa e não na doença. Também é o espaço no qual cerca de 85% dos problemas de saúde podem ser solucionados, além de proporcionar a aproximação da equipe com as questões que envolvem a violência. No Brasil, a expansão da atenção primária vem ocorrendo, prioritariamente, com a implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que exercem ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. Tudo isso torna a atenção primária, nesta em especial a ESF, estratégica no enfrentamento da problemática dos abusos contra idosos (CAMPOS et al., 2014; SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011; BRASIL, 2008).

Souza et al (2010) propõem em seu estudo esforços na produção de conhecimentos na área a fim de ampliar o campo teórico, embasar intervenções e criar condições para prevenção. Sacol e Zappe (2011) destacam a complexidade do tema e ressaltam a necessidade de novos trabalhos com o intuito de oferecer melhores condições para lidar com o envelhecimento e suas demandas.

Assim, justifica-se o presente trabalho na necessidade de ampliação da produção científica sobre o conhecimento em relação a violência contra a pessoa idosa. Essa pesquisa contribuirá não somente no campo teórico, mas também proverá dados que poderão servir de embasamento na criação de intervenções na atenção básica e nas políticas de atenção à saúde do idoso a fim de ajustá-las a esse grupo etário para serem mais efetivas no enfrentamento dessa problemática.

Nesse contexto, o estudo tem como pergunta norteadora: “Qual a ocorrência de violência doméstica e os fatores associados em idosos assistidos na atenção básica?”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO NO CONTEXTO ATUAL

O envelhecimento populacional é um processo caracterizado por uma oscilação na estrutura etária que ocasiona uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população (CARVALHO; GARCIA, 2003). Trata-se de um fenômeno presente em todo o mundo. Logo, atingir a longevidade configurou-se como um dos maiores êxitos da segunda metade do século XX. (DUQUE et al., 2012; PEREIRA et al., 2011).

A proporção do número de idosos vem crescendo de maneira mais rápida do que a proporção de crianças. O aumento da população mais envelhecida é resultado da queda da fecundidade e da mortalidade e do aumento da expectativa de vida, que vem ocorrendo em detrimento da melhoria das condições econômicas e ambientais e do avanço da medicina (UNITED NATIONS, 2009; CARVALHO; WONG, 2008; BLOOM, 2011).

Como consequência desse processo de transição demográfica, o número de pessoas com 60 anos ou mais passou de 8% da população mundial em 1950 para 11% em 2010 (IESS, 2013). A ONU (2011) estima que em 2030 e em 2050 esse percentual será de 17% e 22% respectivamente.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos últimos censos realizados, seguindo a tendência mundial, a composição etária do Brasil vem exibindo um progressivo aumento da proporção de idosos. Em 1980 os idosos somavam 7,2 milhões e esse número elevou-se para 20,6 milhões em 2010, o que ratifica a concretude deste fenômeno (IBGE, 2010).

O processo do envelhecimento é bastante complexo e vem, cada vez mais, exigindo estudos multidisciplinares com o intuito de melhor compreendê-lo. (CAMPOS, FERREIRA, VARGAS, 2015). Desde 1950, a produção acadêmica acerca do envelhecimento vem se destacando. Isso ocorre em virtude da transição demográfica dos Estados Unidos e diversos países da Europa. No Brasil, é a partir de 1980 que a temática da velhice começa a receber maior atenção dos pesquisadores. O aumento da expectativa de vida ocasiona a necessidade de compreensão a respeito das especificidades e necessidades desse grupo etário. (FÉLIX, 2009; PRADO, SAYD, 2006; BRUNO, FROTA, 2007).

Para estudar a temática do aumento do número de idosos, considerar-se-á idoso aquele indivíduo que tenha 60 anos ou mais de idade, segundo condição definida pelo Estatuto do Idoso e pela Política Nacional do Idoso. Essa definição ocasiona uma heterogeneidade do segmento considerado idoso, visto que aí estão incluídas pessoas de 60 a 100 anos ou mais de idade (CAMARANO, 2011).

Projeções apontam para um envelhecimento progressivo da própria população de idosos. O grupo dos que tinham 80 anos ou mais, 17% em 2000, corresponderá a 28% em 2050 (OPAS, 2009). Em 2007, o Ministério da Saúde (2007) já demonstrava o grupo com idade igual ou superior a 80 anos como o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos. Dessa forma, embora a população idosa apresente características em comum, as necessidades dentro desse grupo etário são, por vezes, diferentes. As demandas de um idoso de 60 anos não são as mesmas de um de 80. É um erro tentar homogeneizar esse grupo, pois isso leva a ações padronizadas, que não consideram as diferenças culturais, regionais, físicas e mentais dos indivíduos (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

Segundo estimativas do Banco Mundial (2011), nos próximos 40 anos, a população idosa brasileira crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, enquanto a população total crescerá a uma taxa de apenas 0,3% ao ano, atingindo 64 milhões de habitantes em 2050, o que representa cerca de 30% da população. Ainda nesse mesmo ano, a previsão é que a população de 65 anos ou mais será 13% maior que a população até 19 anos.

O aumento da longevidade representa uma conquista social. Porém, o que se espera desses anos a mais é que eles sejam vividos com qualidade. Cada vez mais o envelhecimento populacional requer aumento nas demandas sanitárias, econômicas e sociais (PEREIRA et al., 2011).

A esse aumento soma-se a velocidade com a qual vem acontecendo o processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo Brasil nas últimas décadas. Isso traz diversas questões primordiais para gestores e pesquisadores, repercutindo em toda a sociedade. O cenário é de marcante desigualdade social e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

Para a maioria dos países de média e baixa renda, como o Brasil, o desafio demográfico compreende, principalmente, a manutenção do crescimento econômico mesmo com o aumento relativo da população inativa, a sustentabilidade fiscal e a provisão apropriada de serviços essenciais, em especial no que tange a assistência à saúde (FELIX, 2009; BANCO MUNDIAL, 2011).

Dessa forma, o Brasil encontrar-se-á diante da complexa e difícil tarefa de atender uma sociedade que envelhece progressivamente num curto período de tempo, bem menor do que o vivenciado pelos países desenvolvidos. Para atender a população idosa, as políticas públicas precisam prover os serviços e benefícios que lhe possibilite uma vida digna, justa e ativa, o que depende principalmente da solidez das políticas de seguridade social (OPAS, 2009). No entanto, observa-se uma carência de recursos. É preciso habilidade e criatividade gerencial por partes dos gestores para transformar esse cenário (VERAS, 2009).

Ao se observar esse processo de transição demográfica sob a ótica de gênero, constata-se o que a literatura denomina de feminização da velhice, ou seja, à medida que a população envelhece, mais feminina ela se torna (KÜCHEMANN, 2012). Esta condição também foi constatada por Nicodemo e Godoi (2010), que afirmam que as mulheres constituem a maioria entre os idosos a nível mundial. No Brasil, seguindo a mesma tendência, o número de mulheres idosas vem crescendo ao longo dos anos. Segundo dados recenseados do Brasil, o percentual de mulheres com mais de 60 anos passou de 2,2% em 1940 para 4,7% em 2000, chegando a 6% no ano de 2010. Essa feminização acarreta vários fatores positivos, mas também negativos, visto que pode estar associada a um maior risco social (IBGE, 2010; ALMEIDA et al., 2015).

Essa superioridade estatística feminina é resultado da maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens, que é de aproximadamente 8 anos. Para explicar essa diferença, especialistas destacam as mortes violentas (assassinatos e acidentes), cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos e o acompanhamento médico contínuo que as mulheres costumam fazer mais do que os homens desde a idade reprodutiva (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Ainda que tenham acontecido avanços para as mulheres observados no trabalho e na educação, por exemplo, entre as idosas a realidade ainda é bem difícil, o que as leva, muitas vezes, a uma condição de dependência econômica (SOARES, 2012). É pertinente salientar que a dependência, seja ela qual for, torna as mulheres mais vulneráveis ao risco social (ALMEIDA et al., 2015).

Nesse cenário, é importante frisar que as famílias brasileiras vêm se transformando. A família modificou-se e essas mudanças atingem a população idosa (SILVA; DAL PRÁ, 2014). Observa-se redução do número de filhos, marido e mulher trabalhando fora, divórcios, diminuição do poder aquisitivo, migração dos jovens para outras regiões por trabalho e estudo, lares menores e uso de álcool e outras drogas. As mudanças na família brasileira ocorrem, entre outros fatores, em razão da mudança nas condições de trabalho, principalmente

do trabalho da mulher, que teve sua inserção e ascensão no mercado, demonstrando um padrão comportamental bem diferente daquele observado antigamente. Acrescenta-se a isso a queda da fecundidade e novos arranjos de convivência (FLORÊNCIO, 2014; FALEIROS, 2014).

Mesmo diante da progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho, dos novos arranjos familiares, da crescente quantidade de mulheres como principais provedoras do sustento da casa e dos intensos questionamentos feministas sobre os papéis tradicionais de gênero, ainda é muito forte e hegemônica a visão de que trabalhos domésticos e cuidados das crianças, dos idosos e dos doentes da família são responsabilidades quase exclusivas das mulheres (KÜCHEMANN, 2012). Essas transformações nas famílias implicam conflitos no cuidado e também no orçamento, além de maior número de idosos cuidando de idosos, acarretando estresse familiar (FALEIROS, 2014).

No entanto, não devem ser encaradas como problema social as ascensões da mulher na sociedade ao longo da história. O que deve ser observado, contudo, é a necessidade de se criar um modelo que desonere as mulheres da obrigação de serem as únicas responsáveis pela conciliação entre trabalho produtivo e reprodutivo. Esse novo modelo deve buscar, na verdade, uma corresponsabilização com outros atores sociais no desempenho do cuidado e nas tensões geradas a partir dele. Estudiosos da área apontam que o caminho parece estar mais próximo quando se busca soluções advindas do trabalho produtivo, ou seja, políticas de conciliação entre trabalho e família, que partam do raciocínio de uma reformulação da divisão sexual do trabalho abrangendo os mais variados atores sociais (KÜCHEMANN, 2012).

Nesse contexto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou em 2009 um relatório intitulado “Trabalho e Família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social”. Dentre outras propostas, o relatório sugere abandonar a ideia socialmente construída de que somente as mulheres devem conciliar trabalho produtivo e responsabilidades familiares, promovendo, dessa forma, modelos alternativos de maternidade, paternidade e masculinidade para o êxito das políticas de conciliação. O documento destaca, ainda, que enquanto a maternidade estiver agregada ao sacrifício e à onipresença com os filhos, será muito difícil atingir uma redistribuição de tarefas de cuidado e amenizar a sobrecarga que recai sobre as mães trabalhadoras. As novas políticas devem ser pautadas no sentido de demandar, igualmente, aos homens na família o significado de pessoas afetivas, interessadas e capazes de assumir responsabilidades familiares como a criação de filhos, a realização de tarefas domésticas e o cuidado aos idosos e familiares enfermos (OIT, 2009).

Ainda sobre o cenário do cuidar, é pertinente apontar o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendo em vista que essa mudança influencia bastante no cuidado que a população idosa requer. Esse aumento representa uma das principais características do processo denominado de transição epidemiológica (BARRETO et al., 2009). O processo supracitado pode ser entendido como as modificações nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, de maneira geral, acontecem concomitantemente com outras mudanças demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001; SANTOS-PRECIADO et al., 2003).

O processo da transição epidemiológica pode ser descrito em três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e transformação de um cenário de predomínio da mortalidade para outro no qual as morbidades estão mais presentes (CHAIMOWICZ, 1997; SCHRAMM et al., 2004).

Nos países desenvolvidos, essa transfiguração no perfil epidemiológico ocorreu de modo progressivo e gradual, no decorrer de um século inteiro. O mesmo não foi observado nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil. Nestes, verifica-se também uma transformação em seus perfis de morbimortalidade, não idêntica, contudo, àquela vista nos países desenvolvidos (ARAÚJO, 2012). Somente a partir da década de 1960 é que essas alterações tornaram-se evidentes e progrediram de maneira bastante intensa. Diante disso, nota-se uma superposição entre as etapas da transição, nas quais predominam doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, há a reintrodução de algumas doenças como dengue e cólera e a persistência ou recrudescimento de outras, como a malária, a tuberculose e a hanseníase (CHAIMOWICZ, 1997; PONTES et al., 2009; SCHRAMM et al., 2004).

O envelhecimento, bem como a urbanização, as mudanças socioeconômicas e a globalização provocaram mudanças importantes na vida da sociedade brasileira. Ocorreram transformações no modo de viver, trabalhar e até de se alimentar. Como resultado, observa-se o aumento na prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, que predisõem ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DUARTE; BARRETO, 2011).

Dados demonstram que em 2011, quase a metade dos adultos das capitais brasileiras, 48,5%, relataram excesso de peso e 14% não praticavam atividades físicas. Além disso, em 2010, as DCNT provocaram 73,9% dos óbitos no Brasil. Desses, pouco mais de 80% foram em virtude de doença cardiovascular e respiratória crônica, câncer, ou diabetes. Esses dados reafirmam a relevância das DCNT neste momento de transição epidemiológica do Brasil (BRASIL, 2011; DUARTE; BARRETO, 2011).

Toda essa mudança demográfica e epidemiológica evidencia que os cuidados de saúde que as pessoas demandam a partir dos 60 anos de idade são diferentes daqueles apresentados pelas outras faixas etárias. Num período inferior a 40 anos, o Brasil mudou seu cenário de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro de morbidades complexas e bastante onerosas, característico de países longevos, com predomínio de doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos e exigem cuidados e medicamentos contínuos e exames periódicos (OPAS, 2009; VERAS, 2009).

Além disso, observa-se, com o avançar da idade, que os idosos tendem a passar gradativamente por perdas cognitivas e a apresentarem mudanças emocionais e de comportamento. Dessa forma, o cuidado não pode ser uma atividade movida simplesmente por questões humanitárias ou éticas. O cuidar requer competências específicas para seu exercício, inclusive com boas condições de saúde de quem o exerce (KÜCHEMANN, 2012).

A relevância do aumento da demanda por assistência à saúde em razão do envelhecimento populacional pode ser observada pelo número de idosos com problemas crônicos de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e mais longas, fazendo com que o tempo de ocupação do leito seja maior em comparação a outras faixas etárias. Estimativas apontam que entre 75 a 80% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam pelo menos uma condição crônica de saúde. Isso resultaria, em 2025 e 2050 num contingente de 27 e 50 milhões respectivamente (OPAS, 2009; VERAS, 2009).

Assim, devido ao acelerado crescimento da população idosa, a infraestrutura de cuidados aos idosos da sociedade brasileira exige ferramentas sociais e serviços cada vez mais eficientes e multifacetados. Torna-se fundamental que o Estado brasileiro garanta a infraestrutura de serviços e a atuação das políticas públicas de modo a garantir o bem estar dos idosos e o exercício de sua cidadania (KÜCHEMANN, 2012).

Os desafios até agora expostos são só algumas das principais demandas que o envelhecimento populacional acarreta na sociedade brasileira. Deve-se acrescentar a esse cenário as desigualdades sociais, a falta de informações acerca do processo, o preconceito e o desrespeito a pessoa idosa. A velhice é quase sempre estigmatizada pela redução da capacidade funcional e social do indivíduo, levando-o, muitas vezes, a ser tido como um peso familiar e social. Medo da morte, inutilidade, desprezo e solidão são alguns dos sentimentos que podem andar com o idoso durante todo o processo de envelhecimento, tornando-o doloroso (OLIVEIRA et al., 2013).

Esta realidade precisa ser transformada, visto que, os mitos do envelhecimento configuram um tipo de violência, a simbólica. Esses mitos cobram a eterna juventude e

cultuam preconceitos que impedem os investimentos da sociedade em uma velhice com mais bem-estar e qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

O processo de envelhecimento pode ocasionar muitas dificuldades. Dentre elas, a violência contra a pessoa idosa, que tem se mantido como preocupação a nível mundial, com alta prevalência quando comparada a outros problemas com destaque epidemiológico (WHO, 2002; BRASIL, 2002).

Nesse contexto, segundo Florêncio e colaboradores (2007), a convivência dos idosos com as demais gerações podem gerar relações conflituosas no âmbito familiar, institucional e social. Nestas situações é comum acontecer o fenômeno da violência contra o idoso, que configura um dos principais problemas de saúde pública.

2.2 VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

A violência, certamente, sempre fez parte da experiência humana. Todo ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de agressões a si mesmas, de agressões interpessoais ou de violência coletiva (WHO, 2002).

Ainda que seja difícil estimar, a violência acarreta um custo altíssimo para o mundo, que se traduz em bilhões de dólares de despesas com cuidados de saúde a cada ano, e também outros bilhões relativos à economia dos países. Além disso, o custo humano de dor e sofrimento é incalculável. Algumas causas da violência são fáceis de serem constatadas, enquanto outras estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana (WHO, 2002).

Para estudar a violência é pertinente o conhecimento do seu conceito. A violência pode ser conceituada de várias maneiras. A Organização Mundial de Saúde (1996) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, regressão ou privação.

No Brasil, a sociedade teve o seu despertar acerca dos abusos contra os idosos, na perspectiva antropológica e cultural, com a elevação da consciência de direitos, inclusive dos próprios idosos (MINAYO, 2005a; MINAYO, 2003). Com incremento populacional desse grupo etário, observa-se, por parte da sociedade, uma maior atenção às questões políticas, socioeconômicas e de saúde, objetivando a criação de políticas sociais que garantam o

atendimento na saúde pública e psicossocial, que são dispositivos importantes de apoio para a população idosa. (BRASIL, 2009; NERI, 2009).

Diversos estudos sobre o envelhecimento, nacionais e estrangeiros, constataam o idoso como vulnerável à violência (SANCHES et al., 2008). Antes os atos de violência eram tidos como problemas particulares de família, sendo, portanto, obscurecidos por contextos culturais. Não havia relevância em termos de saúde e de sociedade, não cabendo, por consequência, alguma intervenção do Estado (FLORÊNCIO et al., 2007). Essa conotação mudou, tornando esse tipo de violência uma importante questão de saúde pública, bem como uma preocupação relacionada à violação dos direitos humanos (MINAYO, 2005b).

No Brasil, ainda observa-se uma escassez de pesquisas que estimem a prevalência de violência contra o idoso, bem como que retratem as características epidemiológicas desses casos de forma padronizada para todo o país. Mesmo assim, alguns dados já demonstram a relevância que essa temática requer do Estado e da sociedade como um todo. No ano de 2009, por exemplo, os óbitos por causas externas (acidentes e violência) ocuparam a sexta posição entre os óbitos de idosos no Brasil, somando 21.453 mortes. Dessas, 1.929 foram devidas a agressões (MASCARENHAS et al., 2011).

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso adotou a definição elaborada em 1995 na Inglaterra, que conceitua a violência contra o idoso como sendo um ato, único ou repetido, ou a omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

A violência contra idosos pode manifestar-se nas formas estrutural, interpessoal e institucional. A violência estrutural ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões de pobreza, de miséria e de discriminação. A violência interpessoal se refere às formas de comunicação e de interação nas relações cotidianas. E a violência institucional se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência (BRASIL, 2007).

Na esfera social, a violência contra a pessoa idosa não ganha o mesmo destaque que a provocada em crianças e em mulheres. É um tipo de violência que acontece de forma silenciosa dentro das relações humanas de uma comunidade. Poucos são os estudos nessa área do conhecimento, especialmente no que tange à família. Já existem políticas para tentar combater essa violência. Porém, essa problemática ainda requer muito investimento (SHIMBO, 2008).

Dentre os dispositivos legais que tratam dos direitos dos idosos, destaca-se a Política Nacional do Idoso (PNI), que foi promulgada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994

(BRASIL, 1994). Com essa lei, em seu artigo 1º, os direitos sociais do idoso estão assegurados, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O Conselho Nacional do Idoso também é criado com essa lei. Porém, a PNI não faz referência à temática da violência. Essa ausência pode ser explicada pelo fato de ser um documento relativamente antigo, de uma época em que questões relativas à violação dos direitos dos idosos não estavam em evidência e não faziam parte das Políticas de Direitos Humanos, sendo apenas incipiente na área da saúde (SOUZA; MINAYO, 2010).

Em 16 de maio de 2001 a Portaria nº 737/GM aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), trazendo diretrizes preconizadas que tratam do papel do setor saúde na questão dos acidentes e violências. Dentre elas, pode-se citar a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências, assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências, entre outras (BRASIL, 2001).

Pouco tempo depois, o Estatuto do Idoso é sancionado na Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Este assegura direitos específicos às pessoas com 60 anos ou mais, sendo um documento mais abrangente. Seu cumprimento representa uma tentativa de estabelecer orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil e de coibir as diversas formas de violência (BRASIL, 2003; SOUZA; MINAYO, 2010).

O artigo 9º do Estatuto estabelece que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável sob condições dignas. Seu artigo 10º dispõe sobre o dever de todos zelarem pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. O artigo 19º do Estatuto prevê o monitoramento dos acidentes e violências e trata da obrigação da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos ao idoso pelos profissionais de saúde, pela autoridade policial, pelo Ministério Público e pelos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso. E a PNRMAV preconiza o registro contínuo, padronizado e adequado das informações sobre acidentes e violências (BRASIL, 2003; BRASIL, 2001).

De acordo com Souza e Minayo (2010), no Brasil, a temática da violência, vem aparecendo na formulação das políticas públicas dirigidas ao idoso de maneira gradual e lenta, sobretudo nas que promovem a garantia dos direitos e estruturam a atenção a sua saúde. A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), além das duas Conferências

Nacionais dos Direitos do Idoso (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009) enfatizam as especificidades que esse grupo etário demanda. No entanto, esses dispositivos legais não versam adequadamente o tema da violência. O Estatuto, portanto, configura o documento mais objetivo e assertivo até o momento para esse grupo etário. As autoras ainda afirmam que, nesse cenário, passos concretos são fundamentais.

O evento da violência contra idosos acontece nos mais diversos espaços e circunstâncias, sendo praticada no ambiente doméstico, nas instituições de longa permanência para idosos, nos espaços públicos e privados e nas relações institucionais, grupais ou interpessoais. Vários são os atores envolvidos nessa prática, como familiares, cuidadores ou vizinhos (ARAÚJO; ROCHA; CRUZ, 2012; SARAIVA; COUTINHO, 2012; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; SOORYANARAYANA; CHOO; HAIRI, 2013).

A sociedade contemporânea ressalta o bem estar material, o consumo, o individualismo, o novo. O culto à beleza e aos padrões estéticos, o saudável e vigoroso, tudo que está associado à jovialidade é socialmente enaltecido. Esse olhar é duramente excludente em relação à pessoa idosa. O aposentado é tido como inútil, já que não produz. O idoso carrega consigo o estigma de peso social, pois o próprio Estado, por vezes, o coloca como responsável por gastos em previdência social e em saúde, representando um tipo de violência naturalizada pela sociedade (SACOL; ZAPPE, 2011).

A literatura especializada ressalta alguns aspectos tidos como fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade dos idosos à violência. São eles: o agressor viver na mesma casa que a vítima; relação de dependência financeira; ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e vínculos frouxos; isolamento social da família e da pessoa idosa; antecedentes de violência familiar; cuidador vítima de violência doméstica prévia; cuidador usuário de drogas; e presença de sofrimento mental ou psiquiátrico (MACHADO; QUEIROZ, 2006; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006; VALADARES; SOUZA, 2010).

De maneira mais detalhada, em relação à vítima as principais situações de risco são: dependência que o torne impossibilitado de desenvolver suas atividades básicas de vida diária (AVDs), alterações das funções cognitivas, dependência emocional relacionada a transtornos emocionais e isolamento social. Dentre os fatores de risco associados ao agressor pode-se elencar o estresse e seu isolamento social, problemas econômicos e/ou dependência econômica do idoso, abuso do uso de álcool e/ou drogas, transtorno mental e também o papel de cuidador único (SÃO PAULO, 2007).

O estresse do cuidador em virtude da sobrecarga de trabalho é tido como uma das principais causas da violência contra o idoso (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007). O

cuidador se sente sobrecarregado devido ao exercício de diversas tarefas durante um período prolongado de tempo, além do fato de ser, por vezes, o único a executar essas tarefas (MICHELETTI et al., 2011).

Dificuldades relacionadas a questões estruturais, como pobreza absoluta, discriminação etária, estereótipos da velhice, relações intergeracionais desrespeitosas e descumprimento das leis que protegem os idosos também podem favorecer situação de violência. Com relação à violência institucional, seus fatores de risco são trabalhadores sem formação profissional, baixa remuneração, sobrecarga de trabalho ou número insuficiente de profissionais, escassez de recursos materiais, normas de funcionamento inadequadas e falta de controle e fiscalização (SÃO PAULO, 2007).

Outro fator que pode ser facilitador para a ocorrência de maus-tratos ao idoso são as mudanças pelas quais a família brasileira vem passando ao longo do tempo nos seus valores e tradições (BRASIL, 2007). Observa-se um menor número de filhos, o que significa menor quantidade de pessoas para serem cuidadores dos pais durante a idade tardia. Há também a ascensão da mulher no mercado de trabalho, divórcios, problemas financeiros e a migração dos jovens para outras regiões em busca de trabalho (FLORÊNCIO et al., 2007).

Segundo a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001), as diversas formas de violência contra o idoso são:

- **Violência Física:** é o uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte;
- **Violência Psicológica:** corresponde a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social;
- **Violência Sexual:** refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterossexual, utilizando pessoas idosas, que visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;
- **Abandono:** é uma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência;
- **Negligência:** refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade;

- **Violência Financeira ou econômica:** consiste na exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais;
- **Auto-negligência:** diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma;

O Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa (2007) acrescenta ainda dois tipos de violência. São elas:

- **Violência Medicamentosa:** é administração por familiares, cuidadores e profissionais dos medicamentos prescritos, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo os medicamentos;
- **Violência Emocional e Social:** refere-se à agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde.

Em virtude dos agravos que causa à saúde da pessoa idosa, a violência doméstica é considerada um sério problema de saúde pública, onerando o sistema de saúde, aumentando os índices de mortalidade e, por vezes, ocasionando sequelas irreversíveis. Estudos demonstram a relevante incidência de casos de agressão contra idosos em vários países desenvolvidos, dentre eles Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, que fazem altos investimentos no intuito de eliminar esse problema. Logo, a violência doméstica contra idosos configura um assunto de âmbito mundial (BRANDL; COOK-DANIELS, 2002; SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008). Essa violência representa um expressivo fator de risco para a saúde emocional, psíquica e social das pessoas idosas (LOURENÇO et al., 2012).

Os conceitos de violência intrafamiliar e violência doméstica são bem próximos. A violência intrafamiliar implica a existência de parentesco entre a vítima e o agressor, dentro ou fora do domicílio da vítima. Por outro lado, a violência doméstica implica em proximidade do agressor para com a vítima, podendo ou não ter parentesco, sendo exercida por pessoas que compartilhem o espaço doméstico do idoso, como empregados, agregados, visitantes (SANTOS et al., 2007). Essas definições servem para destacar que o agressor do idoso é, quase sempre, alguém próximo do mesmo, sendo a violência praticada por um inimigo íntimo, conhecedor de minúcias em relação à vida e as fraquezas do idoso (FLORÊNCIO et al., 2007).

As questões culturais podem contribuir para a ocorrência da violência, em especial no ambiente doméstico, no qual o idoso frequentemente é desvalorizado e considerado um peso, sendo visto como inútil e condenado à marginalização. Moradias com diversas gerações, pouco espaço físico e problemas financeiros também parecem favorecer episódio violentos. Além disso, vale destacar o imaginário social que considera a velhice como decadência (LEITE, 2008).

A literatura aponta a prevalência da violência contra idosos na esfera doméstica como a maior quando comparada com outros contextos (SANCHES et al., 2008). Segundo Minayo (2003), dentre os estudos internacionais, a maioria demonstra que nesses países 90% dos casos de vitimização em pessoas de 60 anos e mais de idade acontecem nos lares. Seguindo essa tendência, Paraíba e Silva (2015), em seu estudo realizado em Recife, Pernambuco, relataram que 47,52% dos casos de violência contra idosos ocorreram na própria residência da vítima. Em um levantamento feito por Micheletti et al., 2011, é no espaço doméstico que ocorre a grande maioria de casos de violência contra os idosos, perpetrada pelos próprios familiares e cuidadores, sendo altos os índices de maus-tratos praticados por parentes.

Uma das maiores dificuldades no combate à violência contra o idoso é a subnotificação do fenômeno, especialmente no âmbito doméstico. Um dos obstáculos apontados é que a violência ocorrida nesse ambiente frequentemente é tratada como assunto privado da família. Além disso, a vítima geralmente teme denunciar seu agressor em virtude dos vínculos que mantém com o mesmo (GONDIM; COSTA, 2006).

A violência pela qual o idoso é acometido é sofrida em silêncio. Suas reações envolvem sentimentos de medo, vergonha e culpa pelo fracasso das relações. Isso resulta na omissão do fato pela vítima e até mesmo sua aceitação. O idoso passa a achar que isso é natural das relações entre os membros da família (RITT, 2007). O medo faz com que as testemunhas e as vítimas não denunciem os agressores, que se sentem ameaçados (FALEIROS, 2007). Os casos de violência no âmbito familiar/doméstico geralmente não são discriminados. Estes são bastante complexos visto que envolvem relações de consanguinidade, sentimentos de insegurança e até amor e instinto de proteção em defesa do agressor (PASINATO et al, 2006).

O rastreamento de sinais dessa violência geralmente é negligenciado nos serviços de saúde. É difícil identificá-los, há uma ausência de suporte formal para auxiliar as vítimas e os profissionais, além da falta de uma consciência coletiva de denúncia desses casos. (BRASIL, 2007; FLORÊNCIO et al., 2007). Diante desses empecilhos, anos depois, a literatura continua

a pontuar essa mesma dificuldade na detecção desses casos, sendo a violência contra as pessoas idosas ainda subnotificada (PARAÍBA; SILVA, 2015).

No setor saúde, especificamente, pouco se tem feito para a incorporação da temática da violência na agenda da atenção ao idoso. Dentre as justificativas para tal destaca-se a difusão da ideia de que a violência é uma questão privada, só cabendo, portanto, ser resolvida pelos envolvidos (MORAES, APRATTO JUNIOR; REICHENHEIM, 2008). Os profissionais tendem a subestimar a importância da violência familiar, sendo precária sua detecção em serviços de atenção primária (APRATTO JUNIOR, 2010).

No entanto, apesar da necessidade evidente de novos estudos que abordem a violência contra o idoso na perspectiva da atenção básica, alguns já demonstram sua importância frente a essa temática. Apratto Junior (2010), em seu estudo, por exemplo, destaca que a Estratégia Saúde da família, deve ocupar lugar de destaque na detecção precoce e no manejo da violência.

Duque e colaboradores (2012) conseguiram identificar a prevalência de violência doméstica contra idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) de uma microrregião do município de Recife/PE. Os autores destacaram a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento das vítimas.

Em estudo semelhante, Melo e colaboradores (2006) descreveram a situação de maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe/PE por meio da investigação de violência com uma amostra representativa de idosos cadastrados em uma USF. De acordo com os autores, é relevante a tentativa de descrever a situação de maus-tratos contra idosos a fim de possibilitar o oferecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas de direcionadas a esse grupo de risco.

A partir de um diferente desenho metodológico, mas ainda na perspectiva da atenção básica em saúde, Wanderbroocke e Moré (2013) descreveram a abordagem profissional da violência familiar contra idosos em uma unidade básica de saúde em uma capital da Região Sul do Brasil. As autoras pretendiam evidenciar as situações de violência familiar contra os idosos com o intuito de gerar bases para melhor qualificação dos profissionais na escuta dessa temática. Os achados deste estudo oportunizam a possibilidade de se pensar a abordagem da violência familiar contra o idoso no contexto da atenção básica, evidenciando, mais uma vez, a importância desse contexto no enfrentamento da violência contra o idoso.

Nesse cenário, observa-se que a Estratégia de Saúde da Família representa uma importante aliada no manejo da violência doméstica contra o idoso. A Estratégia tem um enorme potencial para efetivar ações de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de

famílias em situação de violência, tendo em vista que suas atividades possibilitam o estreitamento da relação entre o serviço de saúde e a comunidade (MORAES, APRATTO JUNIOR; REICHENHEIM, 2008). Dessa forma, é pertinente o apoio da Estratégia como ferramenta para enfrentamento dessa problemática.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a ocorrência de violência doméstica e os fatores associados em idosos assistidos na atenção básica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra segundo variáveis sócio-demográficas, saúde autopercebida, capacidade funcional, sintomatologia depressiva;
- Estimar a prevalência de possíveis situações de violência doméstica contra idosos na microrregião estudada;
- Identificar o tipo de violência sofrida pelos idosos;
- Verificar a existência de associação significativa entre a violência doméstica e as variáveis estudadas.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DE ESTUDO

O estudo desenvolvido foi do tipo transversal, ou estudo seccional, ou de corte transversal ou de prevalência, segundo Pereira (2006). O “termo estudo seccional” dá uma ideia de seccionamento transversal, corte no fluxo histórico, evidenciando características daquele intervalo de tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Nesse tipo de estudo epidemiológico, fator e efeito são observados no mesmo momento, o que produz um quadro instantâneo da situação de saúde de uma população, baseado no estado de saúde de cada um dos membros, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo em análise. Almeida Filho e Rouquayrol (2006) definem esse tipo de estudo como sendo do tipo individuado-observacional-seccional.

O baixo custo, a clareza e simplicidade de análise e o elevado potencial descritivo configuram as principais vantagens dessa estratégia de estudo. Além desses, podemos citar a possibilidade de auxílio no planejamento de ações para enfrentamento da problemática estudada e a rapidez da coleta de dados, que é realizada em um único momento (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006; PEREIRA, 2006).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A cidade do Recife encontra-se dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que por sua vez, são subdivididas em três microrregiões (MR) cada uma. A investigação na atenção básica será realizada na RPA 4, centrando-se nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da MR 4.1 que compreende os bairros Iputinga, Cordeiro, Zumbi, Torre, Madalena, Prado e Ilha do Retiro (figura 1).

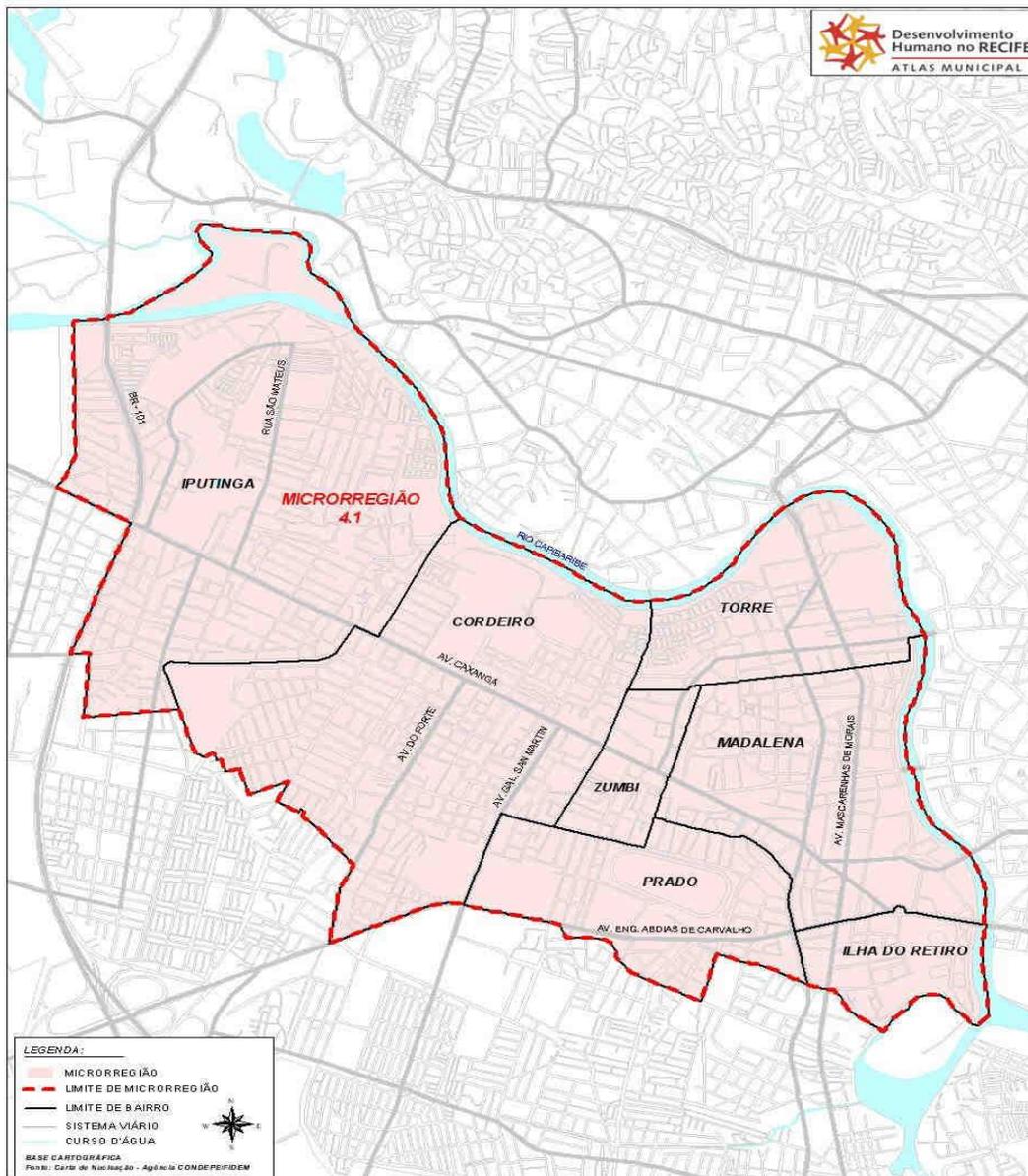


Figura 01 – Mapa da microrregião 4.1 do Recife
 Fonte: Desenvolvimento Humano no Recife - Atlas Municipal, 2005.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de referência foi constituída por pessoas idosas (60 anos e mais), de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes e assistidos nas Unidades de Saúde na área de abrangência da MR 4.1. De acordo com informações fornecidas pelas próprias Unidades de Saúde da Família da área de investigação, nestas estão cadastrados 2907 idosos.

4.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizada a equação de cálculo amostral para estudo de proporção em população finita, dada por:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que:

z = quantil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção esperada de idosos que sofrem/sofreram algum tipo de violência ($p = 0,208$); (DUQUE et al, 2012)

q = proporção esperada de idosos que não sofrem/sofreram algum tipo de violência ($q = 0,792$);

d = Margem de erro tolerada ($d = 0,06$);

N = Número total de idosos cadastrados na MR 4.1 ($N = 2907$).

Considerando o nível de confiança de 95%, proporção esperada de 0,208, margem de erro de 0,06 e população total de 2907 idosos, o tamanho calculado da amostra é de 169 idosos. A coleta será feita de forma aleatória nas USF da MR 4.1 até completar o tamanho mínimo para amostra.

4.4.1 Critérios de inclusão

- Indivíduos de ambos os sexos, com idade mínima de 60 anos - condição que define a pessoa idosa de acordo com a Lei 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994);

- Ser cadastrado em uma das unidades de Saúde da Família da microrregião 4.1 e residir na área;
- Concordância em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Idosos que tenham algum comprometimento de comunicação e/ou cognição que possa interferir na coleta dos dados primários durante a entrevista;
- Idosos institucionalizados.

4.5 ELENCO DAS VARIÁVEIS

4.5.1 Variável dependente

Violência doméstica contra idosos - segundo a classificação do documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001), os tipos de violência incluem: física, psicológica, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e econômico e auto-negligência.

Para a análise da variável dependente será utilizada a de violência nos últimos doze meses, visto que a informação de ter sofrido violência alguma vez na vida poderá conter viés de recordação.

4.5.2 Variáveis independentes

A. Sociodemográfica

- **Sexo** – masculino ou feminino;
- **Faixa etária** - considerada em anos completos a partir da data de nascimento.
- **Escolaridade** - categorizada em anos de estudo completos com aprovação.
- **Estado civil** - categorizada em casado (a)/união estável, solteiro (a), viúvo (a), separado (a)/divorciado (a).
- **Arranjo familiar** - relacionado a quantidade de membros da família que vivem com o idoso na mesma casa. Categorizou-se da seguinte forma: mora sozinho (a); somente com companheiro (a); com companheiro (a) + familiares.
- **Situação previdenciária** - categorizada em aposentado (a), pensionista, aposentado (a) e pensionista, não aposentado ou pensionista (a) e ou em benefício.

- **Renda individual** - considerado o rendimento mensal individual adotando-se como referência o salário mínimo no valor de R\$880,00. Categorizou-se esta variável da seguinte forma: nenhuma renda, até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos e mais de dois salários mínimos.
- **Contribuição para o sustento da casa** - categorizada em contribuição total (quando o idoso referia contribuir sozinho), contribuição parcial (quando o idoso referia contribuir com a ajuda de outros membros da família) e não contribui (quando o idoso dependia totalmente da ajuda financeira de outros membros da família).

B. Saúde autopercebida – A autopercepção da saúde é um indicador que vem sendo largamente utilizado em estudos voltados à população idosa. Nesse estudo, usou-se para este indicador o Projeto SABE (Saúde, bem estar e envelhecimento), da OPAS/OMS (2000). O participante foi questionado em relação a sua saúde, cuja resposta deveria estar entre as seguintes categorias: excelente, muito boa, boa, regular e ruim para a percepção de sua saúde.

C. Sintomatologia depressiva - categorizada em “sim” e “não” de acordo com pontuação obtida por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (Abreviada de Yesavage), GDS-15. De fácil aplicação, o ponto de corte em 5/6 (caso e não caso) se mostra adequado quando sob os aspectos de critérios de acurácia diagnóstica, sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. (PARADELA, LOURENÇO, VERAS, (2005).

D. Capacidade Funcional - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – AVD – Índice Katz (KATZ et al., 1970), formada por seis questões, com respostas “sim” e “não” e apresentando como base a resposta afirmativa a cada pergunta, conclui-se que 5 a 6 pontos correspondem a independência, 3 a 4 pontos a dependência moderada e 2 ou menos pontos considera-se muito dependente. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD - Escala de Lawton (LAWTON, BRODY, 1969). Nesta, para critérios de classificação foi considerada a pontuação de 0 a 16 pontos como dependência, 17 e mais pontos como independência e 27 pontos como máxima independência (NETTO, 2008).

4.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

A violência contra o idoso foi verificada através do instrumento baseado em estudo desenvolvido e validado em Porto Rico para avaliar possíveis situações de violência contra pessoas idosas e adotado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com o instrumento, respostas afirmativas em qualquer questão sugerem situação de violência. Este instrumento é estruturado de modo a investigar violência “física”, “psicológica”, “abuso financeiro e econômico”. Assim, foram acrescentadas duas perguntas, conforme o Caderno de Atenção Básica nº 8 do ano de 2002, para investigar a “violência sexual” e duas para avaliar a situação de “negligência”.

Foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), contendo perguntas sobre dados sociodemográficos. Para avaliar a capacidade funcional, foram aplicadas a Escala de Lawton e o Índice de Katz, que avaliam, respectivamente, o grau de independência/dependência do idoso/a nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) o grau de independência/dependência do idoso/a nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVD). A presença de sintomatologia depressiva foi avaliada através da aplicação da Escala de Depressão em Geriatria (GDS). A Saúde autopercebida foi categorizada em: excelente, muito boa e boa, para referir uma boa autopercepção de saúde; e em regular e ruim, para referir uma autopercepção ruim. Tal categorização foi realizada utilizando-se como base o proposto pelo projeto “Saúde, bem-estar e envelhecimento” (SABE).

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nas unidades de saúde da família e nos domicílios dos idosos, de acordo com a conveniência. A coleta foi realizada pela pesquisadora principal e por uma equipe de cinco pesquisadores devidamente treinados. Nesse treinamento foram enfatizadas a importância do estudo e os aspectos éticos da pesquisa.

Utilizou-se um roteiro de entrevista estruturado, composto por questões fechadas, o qual incluía as variáveis sociodemográficas e as relativas à capacidade funcional do idoso. Para a classificação em relação à capacidade funcional, foram utilizados os instrumentos de avaliação para análise da independência nas atividades instrumentais de vida diária (Escala de Lawton) e atividades de vida diária (Índice de Katz). Para analisar a sintomatologia depressiva, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (Abreviada de Yesavage), GDS-15. Na finalização da entrevista utilizou-se o instrumento para identificação da violência.

Todos os sujeitos da pesquisa foram entrevistados de maneira individualizada preservando-se a privacidade e o anonimato do entrevistado.

A pesquisa ocorreu entre janeiro e maio de 2016.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel. Esta planilha foi exportada para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18, onde foi realizada a validação do banco e, posteriormente, a análise.

Para avaliar o perfil pessoal, econômico e de saúde dos idosos avaliados, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência dos fatores avaliados. Para avaliar os percentuais dos níveis dos fatores avaliados foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Ainda, foi realizada a descrição dos tipos de violências sofridas pelos idosos avaliados.

Construiu-se a tabela de contingência para avaliar quais fatores são determinantes para ocorrência da violência contra o idoso, bem como foi aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para análise e posterior consentimento para realização do estudo, sendo aprovado pelo CAAE: 50970115.8.0000.5208.

Desta forma, a investigação atendeu aos requisitos da resolução nº466/2012, publicada no dia 13 de junho de 2013 no Diário Oficial da União, referente ao desenvolvimento de pesquisas e testes envolvendo seres humanos, resguardando-se os princípios éticos da justiça, beneficência e da não-maleficência.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado. O TCLE é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa de maneira que ele possa decidir de forma justa sobre sua participação no estudo. Nele constavam os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa caso o participante julgue necessário, sem qualquer comprometimento da assistência prestada na unidade de saúde da família.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir foram baseados no quantitativo de idosos entrevistados na pesquisa, que totalizou 169 sujeitos investigados nas USFs da Microrregião 4.1 do município de Recife/PE. A descrição dos dados está apresentada em tabelas.

Na tabela 1 temos a distribuição das USFs que participaram do estudo e o número de idosos entrevistados em cada uma delas, proporcional ao número de idosos cadastrados. Observa-se que a USF com maior número de idosos participantes é Vila União (31,4%), seguida de Skylab (29,6%) e de Sítio Cardoso (24,3%). Casarão do Cordeiro é a USF com menor número de usuários idosos.

Tabela 1. Descrição do quantitativo de idosos cadastrados nas respectivas USF da MR 4.1, Recife/PE, 2016.

USF	N	%
Sítio Cardoso	41	24,3
Casarão do Cordeiro	7	4,1
Caranguejo	18	10,7
Skylab	50	29,6
Vila União	53	31,4

Na tabela 2 temos a distribuição do perfil sociodemográfico dos idosos avaliados. Verifica-se que a maior parte dos idosos é do sexo feminino (66,3%), tem entre 60 a 70 anos de idade (66,9%), é da cor parda (59,8%), não tem companheiro (56,2%) e mora com 1 a 2 pessoas (48,2%), sendo o filho(a), o companheiro(a) e o neto(a) os mais citados. Quanto à escolaridade, observa-se que o primário completo/incompleto foi a categoria mais prevalente entre os idosos (40,7%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os

fatores, exceto na situação conjugal (p -valor = 0,106), indicando que o número de idosos que tem companheiro e que não tem companheiro é semelhante. Nos demais fatores foi significativamente mais prevalente o perfil descrito.

Tabela 2. Distribuição dos fatores sociodemográficos dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	N	%	p-valor¹
Sexo			
Masculino	57	33,7	<0,001
Feminino	112	66,3	
Cor/Raça			
Branca	40	23,7	<0,001
Negra	28	16,6	
Parda	101	59,8	
Idade			
60 a 70	113	66,9	<0,001
71 a 80	44	26,0	
81 a 90	12	7,1	
Mínimo-Máximo	60 - 90		-
Média±Desvio padrão	68,8 ± 7,3		-
Situação conjugal			
Tem companheiro	74	43,8	0,106
Não tem companheiro	95	56,2	
Com quantas pessoas mora			
Nenhuma	27	16,3	<0,001
1 a 2	80	48,2	
3 a 4	47	28,3	
5 ou mais	12	7,2	
Mínimo-Máximo	0 - 9		-
Média±Desvio padrão	2,1 ± 1,8		-
Com quem mora			
Filho(a)	82	28,5	
Esposo(a)	74	25,7	
Neto(a)	59	20,5	
Sozinho	27	9,4	
Irmão(ã)	9	3,1	
Genro	8	2,8	
Nora	4	1,4	
Amigos	2	0,7	
Enteado(a)	1	0,3	

Cunhado(a)	1	0,3	
Outros	21	7,3	
Escolaridade			
Nenhum	35	21,0	
Primário incomp/comp	68	40,7	
1º grau incomp/comp	40	24,0	<0,001
2º grau incomp/comp	18	10,8	
Superior incomp/comp	6	3,6	
Anos de estudo			
Mínimo-Máximo	0 - 17		-
Média±Desvio padrão	4,9 ± 4,2		-

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor foi menor do que 0,05 os percentuais dos níveis dos fatores avaliados diferem significativamente).

Na tabela 3 temos a distribuição das características econômicas dos idosos. Verifica-se que é maior o grupo dos idosos aposentados (53,9%) e possuem rendimento de até 1 salário mínimo (65,5%). Observa-se, também, que a maior parte não recebe complemento de renda (56,0%), mas contribui totalmente para o sustento da casa (60,9%). Quanto ao rendimento mensal, os idosos recebem, em média, R\$977,20. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor foi menor do que 0,001), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais freqüente entre os idosos avaliados.

Tabela 3. Distribuição das características econômicas dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	n	%	p-valor¹
Situação previdenciária			
Aposentado(a)	89	53,9	
Pensionista	20	12,1	
Aposentado(a) e pensionista	6	3,6	<0,001
Não é aposentado(a) ou pensionista	28	17,0	
Benefício	22	13,3	
Rendimento mensal individual (R\$)			
Nenhum	17	10,3	
Até 1 salário mínimo	108	65,5	<0,001
Mais de 1 a 2 salários mínimos	26	15,8	
Mais de 2 salários mínimos	14	8,5	
Mínimo-Máximo	0 - 5200		-
Média±Desvio padrão	977,2 ± 678,5		-

Complemento de renda			
Ajuda de familiares	61	36,3	
Trabalha	12	7,1	<0,001
Outra fonte	1	0,6	
Não tem	94	56,0	
Contribui para o sustento da casa			
Sim, totalmente	103	60,9	
Sim, parcialmente	48	28,4	<0,001
Não contribui	18	10,7	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor foi menor do que 0,05 os percentuais dos níveis dos fatores avaliados diferem significativamente).

A tabela 4 dispõe sobre a distribuição das condições relacionadas à saúde dos idosos participantes do estudo. O primeiro dado diz respeito à saúde autopercebida. Foi verificado que 50,9% dos idosos classificam a própria saúde como regular. Em relação à capacidade funcional, segundo o índice Katz, 98,2% da amostra foi classificada como independente para atividades básicas de vida diária. Ainda sobre capacidade funcional, de acordo com o escore de Lawton, que avalia a dependência para atividades instrumentais de vida diária, 95,9% dos sujeitos entrevistados são independentes. Sobre sintomatologia depressiva, após aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), 87,6% dos participantes desta pesquisa não apresentaram essa sintomatologia. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor foi menor do que 0,05 e todos os fatores), indicando que o perfil descrito é significativamente o mais presente entre os pacientes em estudo.

Tabela 4. Distribuição das condições de saúde dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	N	%	p-valor¹
Saúde autopercebida			
Excelente	4	2,4	
Muito boa	10	5,9	
Boa	41	24,3	<0,001
Regular	86	50,9	
Ruim	28	16,6	
Lawton			
Independente	162	95,9	<0,001
Dependente	7	4,1	
Katz			
Independente	166	98,2	<0,001
Dependente parcialmente	3	1,8	

GDS			
Sem sintomatologia depressiva	148	87,6	<0,001
Com sintomatologia depressiva	21	12,4	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor foi menor do que 0,05 os percentuais dos níveis dos fatores avaliados diferem significativamente).

A prevalência e caracterização da violência doméstica contra o idoso estão descritas na tabela 5. Verifica-se que 78,7% dos idosos afirmaram já terem sofrido algum tipo de violência, sendo a negligência (58,5%) o tipo de violência mais presente na vida desses idosos. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor < 0,001 em ambos), indicando que é relevantemente maior o número de idosos vítimas de violência e, principalmente, pela negligência.

Tabela 5. Prevalência e caracterização da violência doméstica contra o idoso, cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	n	%	p-valor
Já sofreu violência			
Sim	133	78,7	<0,001
Não	36	21,3	
Tipo de violência			
Negligencia	117	58,5	<0,001
Psicológica	43	21,5	
Financeira	28	14,0	
Física	6	3,0	
Sexual	6	3,0	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor foi menor do que 0,05 os percentuais dos níveis dos fatores avaliados diferem significativamente).

A tabela 6 apresenta a caracterização da violência psicológica sofrida pelos idosos. Nota-se que 25,4% dos idosos sofrem violência psicológica, dos quais 88,4% receberam gritos sem razão no último ano com frequência de pelo menos uma vez ao mês. Observa-se, ainda, que 25,6% dos pacientes violentados psicologicamente receberam apelidos que não gostam com frequência de, pelo menos, uma vez ao mês. A última pergunta sobre esse tipo de violência trata da existência de ameaça contra o idoso por parte das pessoas que o rodeiam. Apenas 18,6% dos pacientes violentados psicologicamente passaram por tal situação, pelo menos, uma vez ao mês.

Tabela 6. Caracterização da violência psicológica contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	N	%
Violência Psicológica		
Sim	43	25,4
Não	126	74,6
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem gritado com o Sr(a) sem razão?		
Sim	38	88,4
Não	5	11,6
Com que frequência?		
Todos os dias da semana	11	28,9
2 ou 3 vezes na semana	5	13,2
Uma vez na semana	6	15,8
2 a 3 vezes ao mês	2	5,3
Uma vez ao mês ou menos	14	36,8
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem chamado por algum nome ou apelido que o Sr(a) não goste?		
Sim	11	25,6
Não	32	74,4
Com que frequência?		
Todos os dias da semana	1	9,1
2 ou 3 vezes na semana	1	9,1
Uma vez na semana	2	18,2
Uma vez ao mês ou menos	7	63,6
No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam o(a) tem ameaçado por não fazer o que eles querem que o Sr(a) faça?		
Sim	8	18,6
Não	35	81,4
Com que frequência?		
2 ou 3 vezes na semana	2	25,0
Uma vez na semana	2	25,0
Uma vez ao mês ou menos	4	50,0

Na tabela 7 tem-se a caracterização da violência física sofrida pelos idosos. 3,6% dos idosos participantes desta pesquisa alegaram terem sofrido violência física, dos quais, 66,7% recebeu golpe, batida ou foi bofeteado no último ano com frequência de pelo menos uma vez ao mês. 83,3% dos idosos vítimas de violência física foram sacudidos ou segurados de forma intimidadora ou ameaçadora com frequência de pelo menos uma vez ao mês.

Tabela 7. Caracterização da violência física contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	n	%
Violência Física		
Sim	6	3,6
Não	163	96,4
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem golpeado, batido ou esbofeteado?		
Sim	4	66,7
Não	2	33,3
Com que frequência?		
Uma vez na semana	1	25,0
Uma vez ao mês ou menos	3	75,0
No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem sacudido ou segurado de forma intimidadora ou ameaçadora?		
Sim	5	83,3
Não	1	16,7
Com que frequência?		
Todos os dias da semana	1	20,0
2 ou 3 vezes na semana	1	20,0
Uma vez ao mês ou menos	3	60,0

A tabela 8 demonstra a caracterização da violência financeira relatada pelos idosos. Verifica-se que 16,6% dos idosos sofrem de violência financeira. Destes, 64,3% tiveram seu dinheiro manejado de forma diferente das suas instruções no último ano com frequência de pelo menos uma vez ao mês e 46,4% tiveram seu dinheiro roubado com a mesma frequência.

Tabela 8. Caracterização da violência financeira contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	n	%
Violência Financeira		
Sim	28	16,6
Não	141	83,4
No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem usado ou manejado seu dinheiro sem seguir suas instruções?		
Sim	18	64,3
Não	10	35,7
Com que frequência?		
2 a 3 vezes ao mês	1	5,6

Uma vez ao mês ou menos	17	94,4
No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum de seus pertences?		
Sim	13	46,4
Não	15	53,6
Com que frequência?		
2 a 3 vezes ao mês	1	7,7
Uma vez ao mês ou menos	12	92,3

A tabela 9 caracteriza a violência sexual confessada pelos idosos entrevistados. Da amostra estudada, 3,6% afirmam já terem sido sexualmente violentados, dos quais 50,0% foram desrespeitados em sua intimidade no último ano. Com relação à frequência desse tipo de violência, houve semelhança de número de casos com frequência de 2 ou 3 vezes na semana, 2 a 3 vezes no mês e uma vez ao mês ou menos, todos com 33,3% dos casos. Dos idosos vítimas de violência sexual, 66,7% ficaram constrangidos pela forma como alguém tocou no seu corpo ou o acariciou e este evento ocorreu com maior frequência de uma vez ao mês ou menos (75,0% dos casos).

Tabela 9. Caracterização da violência sexual sofridas pelos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	N	%
Violência Sexual		
Sim	6	3,6
Não	163	96,4
No último ano, o Sr(a) se sentiu desrespeitado em sua intimidade e privacidade?		
Sim	3	50,0
Não	3	50,0
Com que frequência?		
2 ou 3 vezes na semana	1	33,3
2 a 3 vezes ao mês	1	33,3
Uma vez ao mês ou menos	1	33,3
No último ano, o Sr(a) se sentiu constrangido pela forma como alguém tocou o seu corpo ou lhe acariciou?		
Sim	4	66,7
Não	2	33,3
Com que frequência?		

Uma vez na semana	1	25,0
Uma vez ao mês ou menos	3	75,0

Na tabela 10 temos a caracterização da negligência sofrida pelos idosos avaliados. Verifica-se que a maioria dos idosos já sofreu negligência (69,2%), dos quais 45,3% têm ficado sozinhos por longo período e/ou se sentem inseguros dentro de casa. Observa-se, ainda, que 37,6% dos idosos que sofreram negligência afirmaram que deixaram de receber ajuda quando precisaram e tal situação ocorre, na maioria dos casos, uma vez ao mês ou menos. Além disso, verifica-se que 76,9% dos idosos estão precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura e não são contemplados com essa necessidade.

Tabela 10. Caracterização da negligência contra os idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	n	%
Sofreu Negligência		
Sim	117	69,2
Não	52	30,8
No último ano, o Sr(a) está precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura?		
Sim	90	76,9
Não	27	23,1
No último ano, o Sr(a) tem ficado sozinho por longo período? O Sr(a) se sente inseguro na sua casa?		
Sim	53	45,3
Não	64	54,7
Com que frequência?		
Todos os dias da semana	32	60,4
2 ou 3 vezes na semana	8	15,1
Uma vez na semana	7	13,2
2 a 3 vezes ao mês	1	1,9
Uma vez ao mês ou menos	5	9,4
No último ano, o Sr(a) deixou de receber ajuda sempre que precisou?		
Sim	44	37,6
Não	73	62,4
Com que frequência?		
Todos os dias da semana	12	27,3
2 ou 3 vezes na semana	1	2,3
Uma vez na semana	2	4,5

2 a 3 vezes ao mês	1	2,3
Uma vez ao mês ou menos	28	63,6

As tabelas a seguir, apresentam o resultado da análise bivariada entre a violência doméstica sofrida pelos idosos e as variáveis independentes.

A tabela 11 dispõe sobre a distribuição da violência segundo o perfil sociodemográfico do idoso. Verifica-se maior prevalência de violência no grupo de idoso do sexo feminino (83,0%), da cor branca (82,5%), com idade de 81 a 90 anos (91,7%), que não possui companheiro (78,9%), que mora com 5 ou mais pessoas (83,3%) e que estudou até o 2º grau (88,9%).

Observa-se, ainda, que mesmo sendo encontrada maior prevalência de violência em determinado grupo de idosos, o teste de independência não foi significativo em nenhum dos fatores avaliados (todo p-valor foi maior do que 0,05), indicando que as características que compõem o perfil pessoal dos idosos não são fatores determinantes para o aumento do risco para a violência. De acordo com o teste, a violência contra o idoso ocorre de forma idêntica em todos os grupos de sexo, cor/raça, idade, situação conjugal, composição familiar ou escolaridade, sem discriminação.

Tabela 11. Distribuição da violência doméstica contra idoso segundo o perfil sociodemográfico dos idosos cadastrados na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	Sofreu violência		p-valor
	Sim	Não	
Sexo			
Masculino	40(70,2%)	17(29,8%)	0,054 ¹
Feminino	93(83,0%)	19(17,0%)	
Cor/Raça			
Branca	33(82,5%)	7(17,5%)	0,788 ¹
Negra	22(78,6%)	6(21,4%)	
Parda	78(77,2%)	23(22,8%)	
Idade			
60 a 70	87(77,0%)	26(23,0%)	0,492 ¹
71 a 80	35(79,5%)	9(20,5%)	
81 a 90	11(91,7%)	1(8,3%)	
Situação conjugal			
Tem companheiro	58(78,4%)	16(21,6%)	0,929 ¹
Não tem companheiro	75(78,9%)	20(21,1%)	

Com quantas pessoas mora			
Nenhuma	20(74,1%)	7(25,9%)	0,890 ¹
1 a 2	63(78,8%)	17(21,3%)	
3 a 4	38(80,9%)	9(19,1%)	
5 ou mais	10(83,3%)	2(16,7%)	
Escolaridade			
Nenhum	27(77,1%)	8(22,9%)	0,904 ²
Primário incomp/comp	53(77,9%)	15(22,1%)	
1º grau incomp/comp	31(77,5%)	9(22,5%)	
2º grau incomp/comp	16(88,9%)	2(11,1%)	
Superior incomp/comp	5(83,3%)	1(16,7%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia no risco para violência contra o idoso). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 12 temos a distribuição da violência segundo o perfil econômico do idoso. A maior prevalência de violência doméstica foi encontrada no grupo de idosos pensionista (90,0%), com outra fonte de renda complementar (100,0%) e que não contribui para o sustento familiar (94,4%). Mesmo sendo encontrada maior prevalência da violência contra idoso neste grupo descrito, o teste de independência não foi significativo em nenhum dos fatores avaliados (todos os p-valores foram maiores do que 0,05), indicando que o perfil financeiro não é fator determinante para ocorrência da violência contra o idoso e, ainda, reafirma que a alta prevalência de violência ocorre nos idosos sem discriminação da situação previdenciária, complemento de renda ou ajuda no sustento da casa.

Tabela 12. Distribuição da violência doméstica contra idoso segundo o perfil econômico do idoso cadastrado na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	Sofreu violência		p-valor
	Sim	Não	
Situação previdenciária			
Aposentado(a)	65(73,0%)	24(27,0%)	0,331 ²
Pensionista	18(90,0%)	2(10,0%)	
Aposentado(a) e pensionista	4(66,7%)	2(33,3%)	
Não é aposentado(a) ou pensionista	23(82,1%)	5(17,9%)	
Benefício	19(86,4%)	3(13,6%)	
Complemento de renda			
Ajuda de familiares	53(86,9%)	8(13,1%)	0,240 ²
Trabalha	9(75,0%)	3(25,0%)	
Outra fonte	1(100,0%)	0(0,0%)	

Não tem	70(74,5%)	24(25,5%)	
Contribui para o sustento da casa			
Sim, totalmente	79(76,7%)	24(23,3%)	
Sim, parcialmente	37(77,1%)	11(22,9%)	0,225 ¹
Não contribui	17(94,4%)	1(5,6%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia no risco para violência contra o idoso). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A tabela 13 apresenta a distribuição da violência doméstica contra o idoso segundo as condições de saúde. Verifica-se maior prevalência de violência contra o idoso no grupo, segundo a classificação de saúde autopercebida, com condições regular/ruim de saúde (82,5%), independente pela escala de Lawton (79,6%), dependente parcialmente na escala de Katz (100%) e com sintomatologia depressiva (90,5%). Ainda, mesmo sendo encontrada maior prevalência de violência contra idosos neste grupo descrito, o teste de independência foi significativo apenas no fator saúde autopercebida (p-valor = 0,020), indicando que a percepção do idoso sobre a sua saúde é o único fator significante para ocorrência da violência. Além disso, observa-se que os idosos que se afirmaram com boa saúde têm um aumento de 56% (RP = 1,56) no risco para sofrer violência quando comparado com os idosos que se classificaram com saúde excelente/muito boa. Já o grupo que declarou sua saúde como regular/ruim tem esse risco aumentado em 65% (RP = 1,65) quando comparado com o grupo de idosos com saúde excelente/muito boa.

Tabela 13. Distribuição da violência doméstica contra idoso segundo as condições de saúde do idoso cadastrado na MR 4.1, Recife/PE, 2016.

Fator avaliado	Sofreu violência		p-valor
	Sim	Não	
Saúde autopercebida			
Excelente/muito boa	7(50,0%)	7(50,0%)	
Boa	32(78,0%)	9(22,0%)	0,020 ¹
Regular/ruim	94(82,5%)	20(17,5%)	
Lawton			
Independente	129(79,6%)	33(20,4%)	
Dependente	4(57,1%)	3(42,9%)	0,167 ²
Katz			
Independente	130(78,3%)	36(21,7%)	
Dependente parcialmente	3(100,0%)	0(0,0%)	1,000 ²
GDS			

Sem sintomatologia depressiva	114(77,0%)	34(23,0%)	0,253 ²
Com sintomatologia depressiva	19(90,5%)	2(9,5%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia no risco para violência contra o idoso). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

6 DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional vem proporcionando desafios aos profissionais de saúde e a sociedade de modo geral, trazendo à tona a discussão sobre a atuação dos diferentes atores sociais, nos mais variados contextos, além da demanda de elaboração de novas políticas que incentivem a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde do idoso. Esta temática nunca esteve tão evidente em um país em desenvolvimento, como o Brasil, visto que é notório um aumento da longevidade associada à melhoria da qualidade de vida (SALES et al., 2016).

Dentre os fatores que podem influenciar na saúde do idoso, a violência vem sendo cada vez mais colocada em pauta. Segundo Reichenheim, Paixão Júnior e Moraes (2008), o tema vem crescendo nas produções científicas. No entanto, o direcionamento ao grupo idoso é mais recente, não surpreendendo, dessa forma, uma carência de informação. O que pode contribuir para isso é a própria complexidade do tema, tornando difícil seu reconhecimento e manejo (DUQUE et al, 2012).

A análise do perfil sociodemográfico da população estudada é semelhante em diversos fatores a de outros estudos de inquéritos populacionais com idosos (APRATTO JUNIOR, 2010; DUQUE et al, 2012; CLARES et al, 2011). Configuram o perfil encontrado na amostra do presente estudo: predominância do sexo feminino (66,3%), cor parda (59,8%), faixa etária entre 60 e 70 anos (66,9%), não ter companheiro (56,2%), a maioria mora acompanhado (83,7%), aposentado (53,9%), com baixa escolaridade (40%), em média 4,9 anos de estudo. Em relação às características econômicas, o perfil dos idosos participantes é que são aposentados (53,9%), recebem em média 1 a 2 salários mínimos (81,3%), a maior parte não tem complemento de renda (56%) e contribui totalmente para o sustento da casa (60,9%).

A predominância do sexo feminino é observada na grande maioria dos estudos envolvendo a temática do envelhecimento, nos mais variados contextos abordados. (LIMA, ARAÚJO, SCATTOLIN, 2016; SILVA, SOUZA, TORRES, 2013; CLARES et al., 2011).

Tal fato vem sendo denominado, na literatura especializada, como a feminização da velhice, caracterizada pelo maior número de mulheres idosas quando comparado ao quantitativo de homens nesse grupo etário.

Essa diferença pode ser entendida como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida. As mulheres vivem, em média, 8 anos a mais do que homens. Isso pode ser atribuído a fatores biológicos, em especial pela proteção hormonal pelo estrógeno, e à diferença de exposição a fatores de risco de mortalidade, riscos ocupacionais e ao uso de tabaco e álcool. Além disso, há uma diferença de atitude entre homens e mulheres no que diz respeito à relação com a saúde e ao processo de adoecimento, visto que a mulher busca mais os serviços de saúde, dedicando mais atenção ao autocuidado (MOURA, DOMINGOS, RASSY, 2010; SALGADO, 2002; BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Em dados estatísticos, o fenômeno da feminização da velhice pode ser demonstrado por meio dos resultados do último censo demográfico realizado no Brasil, em 2010. Segundo o IBGE (2010), as mulheres representam 55,5% da população idosa. Esses dados corroboram com a tendência mundial de um maior número de mulheres idosas em relação ao sexo masculino.

Em relação à saúde autopercebida, pouco mais da metade dos idosos participantes dessa pesquisa referiu sua saúde como regular (50,9%). Segundo Lima-Costa et al (2007), a autoavaliação da saúde traduz a percepção integrada do indivíduo, considerando as dimensões biológica, psicossocial e social, conferindo, dessa forma, confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde. No presente estudo, viu-se que a maioria dos idosos atribuiu valores insatisfatórios à própria saúde. Esse resultado é similar ao do Projeto SABE, segundo o qual 53,8% dos idosos participantes atribuíram valores negativos à saúde autopercebida (LEBRÃO, LAURENTI; 2005).

Da mesma forma, o estudo realizado por Belém et al (2016) analisou a autoavaliação do estado de saúde de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. Nesse contexto, os resultados também se mostraram semelhantes aos dessa pesquisa, onde mais da metade dos participantes considerou sua saúde como regular (51,4%) e ruim (15%).

Tais dados diferem, porém, dos resultados apresentados no inquérito domiciliar realizado com os idosos no município de Guarapuava, Paraná, onde a autopercepção da saúde foi considerada boa para 54,8% dos idosos entrevistados. Os que consideraram a saúde como ruim representaram 31,7% dos participantes (PILGER, MENON, MATHIAS, 2011).

Lebrão e Laurenti (2005) afirmam que as avaliações de saúde autopercebida não são mais consideradas puramente impressões relacionadas às condições reais de saúde. Esse autor referencia ainda, que investigações recentes têm mostrado que os indivíduos que se declaram com condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que referem melhor estado de saúde.

No que concerne à capacidade funcional, nas atividades básicas de vida diária (AVD – Índice Katz), a grande maioria da amostra foi classificada como independente (98,2%). O mesmo foi demonstrado na avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD – Escala de Lawton), com 95,9% da amostra considerada independente. Nas duas análises, nenhum idoso foi classificado como totalmente dependente.

Em pesquisa realizada no município de Ananindeua, estado do Pará, Brasil, observou-se, após a aplicação das escalas de AVD e AIVD, um percentual de 65% de idosos classificados como independentes (LOPES, SANTOS, 2015). Destaca-se também o estudo de Alves et al (2007) e Duca, Silva e Hallal (2009) que abordaram a capacidade funcional de idosos da comunidade e demonstraram independência funcional da maioria dos participantes para execução das atividades básicas e instrumentais, avaliadas por meio do índice de Katz e da Escala de Lawton. Quando nos casos de dependência funcional, a prevalência foi maior na avaliação da execução das AIVD, semelhante ao presente estudo.

Esses resultados contrariam a tendência social de se pensar no idoso como decadente e incapaz. Felizmente esse olhar em relação ao envelhecer vem sendo desconstruído por meio do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do maior interesse e investimentos em estudos acerca do envelhecimento. Nesse contexto, Narsi (2008) destaca que o conceito de envelhecimento ativo pressupõe independência como principal marcador de saúde, e que, dessa forma, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde. O envelhecimento, ainda que venha acompanhado de suas demandas físicas e cognitivas, não deve ser visto como sinônimo de incapacidade.

Sobre a presença de sintomatologia depressiva, avaliada pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), observou-se na amostra estudada, que apenas 12,4% dos idosos apresentaram sintomatologia depressiva, enquanto que a grande maioria, 87,6% não apresentou. Estudos realizados também na atenção básica demonstraram resultados semelhantes com a presente pesquisa, sendo a maior parte dos idosos avaliados sem sintomatologia depressiva de acordo com a aplicação da mesma escala (MARTINS, D'ÁVILA, HILGERT, HUGO, 2014; HOFFMANN, RIBEIRO, FARNESE, LIMA, 2010; ALVARENGA, OLIVEIRA, FACCENDA, 2012).

Divergindo desses resultados, Fernandes, Nascimento e Costa (2010) verificaram, em seu estudo, uma prevalência de 52% de idosos entrevistados com presença de sintomatologia depressiva. As autoras ressaltam a etiologia multifatorial que pode resultar em um quadro depressivo no idoso, seja por fatores endógenos ou individuais ou por fatores exógenos ou sociais. Afirmam também que ao contrário da juventude, a velhice está frequentemente relacionada a diversas perdas comumente acompanhadas de sentimento de impotência para enfrentá-las.

No que concerne especificamente à prevalência de violência contra o idoso, a comparação dos resultados aqui apresentados com estudos anteriores requer bastante cautela. Na temática envolvida, há diferentes conceituações e variados procedimentos metodológicos, especialmente no que diz respeito ao tipo de estudo e de instrumento utilizado. Dessa forma, a discussão torna-se extremamente complexa (ESPÍNDOLA; BLAY, 2007; MORAES; APRATTO JÚNIOR, REICHENHEIM, 2008).

A prevalência de violência contra o idoso encontrada no presente estudo foi de 78,7%. Analisando a literatura especializada, ainda que com as ressalvas pontuadas no parágrafo anterior, pode-se citar um estudo realizado em 524 municípios brasileiros, que constatou que 67,7% dos idosos foram vítimas de violência física e 29,1% de psicológica (MASCARENHAS et al, 2012). Essa prevalência foi a que mais se aproximou do presente estudo, que apresentou uma taxa um pouco além do que a maior parte dos estudos analisados evidencia. Paiva e Tavares (2015), em seu inquérito domiciliar realizado na cidade de Uberaba, Minas Gerais, encontraram prevalência de 20,9%. Bolsoni, Coelho, Giehl, d'Orsi (2016) realizaram um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, obtendo 13% de prevalência de violência.

Aproximando-se mais do contexto desse estudo, no que diz respeito à população estudada e ao tipo de violência avaliada, Apratto Junior (2010) realizou uma pesquisa na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, e, estratificando diferentes formas de violência doméstica, evidenciou que 43,2% dos idosos participantes relataram pelo menos um episódio de violência psicológica e 10% de violência física.

Há algumas explicações para essas disparidades. A primeira delas, já aqui mencionada, é o fato da existência de uma grande variedade de desenhos metodológicos e de formas de avaliar a violência contra o idoso. Isso não quer dizer, necessariamente, que seja um fator negativo. Porém, ainda que esses variados desenhos evidenciem dados importantes, não é possível uniformizar os dados referentes ao tema em questão. Dessa forma, a

comparação entre estudos que abordam a temática da violência contra o idoso torna-se difícil, requerendo cuidado na análise dos dados encontrados.

Uma pesquisa bastante semelhante ao presente estudo foi realizada com objetivo de determinar a ocorrência e os fatores associados à violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica de uma determinada microrregião do município de Recife, Pernambuco. Embora a metodologia e a população de estudo sejam semelhantes e, ademais, o instrumento para avaliar a violência tenha sido o mesmo, a prevalência encontrada foi de 20,8% de idosos em possível situação de violência (DUQUE et al, 2012).

No presente estudo, o tipo de violência mais prevalente foi negligência, representando 58,5% dos casos. O segundo tipo foi a psicológica, com 21,5%, seguida da financeira, que corresponde a 14,0% dos casos avaliados.

Essa expressiva diferença de prevalência de violência contra a pessoa idosa em pesquisas tão semelhantes pode ser explicada em virtude de o tipo negligência, o mais prevalente neste estudo, ter sido excluído do estudo em comparação. Não foram encontrados na literatura estudos com resultados semelhantes no que concerne à violência do tipo negligência. Porém, estudo que traçou o perfil da violência contra o idoso na cidade de Recife demonstrou que a negligência foi o segundo tipo mais prevalente (29,64%), estando atrás somente do tipo física (PARAÍBA, SILVA, 2015).

Diferentes prevalências de violência contra idosos são observadas em investigações nacionais e internacionais. Estendendo a discussão para o âmbito internacional, Yan, Chan e Tiwari (2014) realizaram uma revisão sistemática sobre a prevalência e os fatores de risco para maus tratos contra idosos. De acordo com os autores, o evento da violência é prevalente em todo o mundo. Eles afirmam, ainda, que estudos prospectivos sugerem que pessoas mais velhas vítimas de abusos e negligência têm um risco de mortalidade maior do que aqueles que não são vítimas. O referido estudo traz dados dos Estados Unidos, demonstrando que 5 a 10% das pessoas com 65 anos ou mais foram abusadas por alguém de quem dependem para o cuidado ou proteção. Também há dados do Canadá, onde as taxas de prevalência de violência nesse país são de 7% para violência emocional e 1% para financeira bem como física ou sexual. Quanto ao Reino Unido, são 5,4% para violência emocional ou verbal, 1,5% para física e 1,5% para financeira (YAN, CHAN, TIWARI, 2014).

Embora haja diferenças metodológicas entre os estudos supracitados e em relação à tipologia de classificação de violência utilizada, é possível constatar, a partir dos resultados, a relevância da temática no cenário nacional e internacional.

Por fim, pontua-se que após a análise bivariada entre a variável dependente com as independentes, houve apenas significância estatística do evento da violência com a variável saúde autopercebida. Entretanto, na literatura consultada não foram encontrados relatos de pesquisas que tenham abordado a autopercepção da saúde do idoso nos estudos acerca da violência doméstica enquanto fator associado. Ainda assim, é possível destacar que a presença ou ausência de situação de violência pode interferir na resposta do idoso ao ser questionado sobre a percepção de sua própria saúde. É sabido que o desenho de estudo aqui utilizado não permite determinar a relação de causa e efeito, apenas demonstram fator e efeito observados num mesmo momento. Porém, mesmo com essa ressalva, esse resultado aponta novas lacunas a serem exploradas no estudo da temática da violência doméstica contra o idoso, com um maior rigor na definição do método a ser utilizado e refinamento na análise estatística, possibilitando mais segurança em traçar estratégias de prevenção do evento estudado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo apontam para significativa prevalência de maus-tratos aos idosos. Ressalta-se que este resultado, não garante a real magnitude do problema, pois também devem ser considerados os aspectos como medo, receio e vergonha, dentre tantos outros, que fazem da violência contra o idoso um tema bastante delicado, especialmente no âmbito doméstico. Portanto, o estudo poderá contribuir para reforçar a hipótese da existência de violência doméstica contra os idosos e evidencia, ainda, a complexidade dessa problemática, que envolve dimensões culturais, sociais e econômicas.

Entendemos que é notória a necessidade de mais estudos acerca da temática da violência contra a pessoa idosa, a fim de se conhecer a magnitude do problema, sua identificação precoce, fatores de risco e, principalmente, ações de prevenção. A exploração desse tema não finda aqui. Sugere-se, portanto, mais esforços no estudo do tema, utilizando métodos diferentes, contextos diversos e instrumentos validados para conhecimento sobre a violência doméstica.

Embora esta pesquisa tenha sido realizada em apenas uma microrregião de um município, a relevância e justificativa do trabalho contribuem para a visualização do problema, devendo, dessa forma, ser expandido para outros locais.

Considerando essa perspectiva, destaca-se a importância do papel do setor saúde no contexto dos maus-tratos contra idosos, especialmente na atenção primária à saúde. É nesse nível de atenção que se possibilita, mais facilmente, a proximidade da relação do setor saúde com o usuário e sua realidade de vida. Cabe aos profissionais o empenho em prevenir, identificar, diagnosticar e oferecer os cuidados necessários aos idosos vítimas de violência, além de informar as autoridades competentes.

Sendo a prevenção uma parte fundamental no enfrentamento do problema da violência contra os idosos, cabe investir na conscientização da sociedade civil, especialmente da população mais jovem, no intuito de romper com os preconceitos e respeitar a dignidade da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ACTION ON ELDER ABUSE (AEA) Bulletin. May/June. 1995. No 11. Published by AEA, Astral House, 1268 London Rd, London SW116 4ER, UK.

ALMEIDA et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, sociais e familiares das idosas e o risco social. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/19830>>. Acesso em: jul. 2015.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; Rouquayrol M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 268-207.

ALVES, L. C., et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, Ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 6, p. 2983-2995, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600037&script=sci_arttext>. Acesso em: jul. 2015.

ARAÚJO, L., RIBEIRO, O., PAÚL, C. Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. **Actas de Gerontologia**, Porto, v.2, n. 1, p. 1-11. 2016. Disponível em: <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/63/58>. Acesso em: mar. 2017.

BAKER, A. A. Granny-battering. **Modern Geriatrics**, [S.l.], v. 5, p. 20-24, 1975.

BALDONI, A. O., PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista Ciência Farmacêutica Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 313-321, dez. 2011.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, 2011. 64p.

BANDEIRA, L; MELO, H. P; PINHEIRO, L. S. **Mulheres em dados**: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO, Brasília, 2010, 128p.

BELÉM, P. L. O., MELO, R. L. P., PEDRAZA, D. F., MENEZES, T. N. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-276, Abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200265&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

BLOOM, D. E. 7 Billion and Counting. **Science**, v. 333, n. 6042, p. 562-569, jul. 2011. Disponível em: < <https://www.sciencemag.org/content/333/6042/562.full.pdf>>. Acesso em: mai. 2015.

BOLSONI, C. C., COELHO, E. B. S., GIEHL, M. W. C., d'ORSI, E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 671-682, Ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

BONNIE, B. M. S. W.; COOK-DANIELS, L. Domestic abuse in later life: abusers. **Journal of Elder Abuse and Neglect**, v. 5, n. 4, p. 77-93, 2002.

BRASIL. Lei nº 10741 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência**. Brasília, DF: O Ministério; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2528 de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº737 de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 mai. 2001. Seção 1, p. 1-28. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso em: ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para estruturação física de uma unidade de saúde da família**. Brasília, DF, 2008, 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, nº19, Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica, nº8, Brasília, DF, 2002.

_____. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/comite_de_etica_em_pesquisa_SAP/resolucao-466_12-12.pdf>. Acesso em: set. 2015.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Resumo da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso**, Brasília, mai. SEDH; 2006.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Resumo da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**, Brasília, out. SEDH; 2009.

BRUNO, H. C.; FROTA, M. H. P. **O Enfrentamento da violência através do Estatuto Nacional do Idoso: paradoxos existentes entre a lei e sua prática**. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2007, São Luís (MA). Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/8ccc1ece3c41168eb705Herliene_mariaHelena.pdf>. Acesso em: set. 2015.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. **Revista Coletiva**, Recife, ISSN 2179-1287, jul./set. 2011. Disponível em: http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8. Acesso em: set 2015.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702221&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: set. 2015.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: ago. 2015.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-60, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: set. 2015.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, junho 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: ago. 2015.

CLARES et al, 2011. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 988-994. 2011; dez. 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a14v12esp_n4.pdf. Acesso em: fev. 2017.

DUCA, G. F. D., SILVA, M. C., HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 5, p. 796-805, Oct. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800030>. Acesso em: ago. 2015.

ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.2, 2007, p.301-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7952/5738>>. Acesso em: set. 2015.

_____. **Violência contra a pessoa idosa** - ocorrências, vítimas e agressores. Brasília, DF: Universa, 2007.

FÉLIX, J. S. **Economia da Longevidade**: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. Anais. São Paulo: PUC, 2007. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/45.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

_____. **Economia da longevidade**. O envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Economia Política) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2009.

FERNANDES, M. G. M., NASCIMENTO, N. F. S., COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a02v11n1.htm. Acesso em: fev. 2017.

FLORÊNCIO, M. V. L. Rastreamento de violência contra pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa. 2014. 123 f. Tese (Doutorado em

Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

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**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 847-857, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>>. Acesso em: ago. 2015.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. Resumo Executivo. Nova York: UNFPA, 2012. 7 p.

GONDIM, R. M. F.; COSTA, L. M. Violência contra o idoso. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C. M. S. B. (orgs.). **Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas**. Vol. 1, p. 169-191. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

HOFFMANN, E. J., RIBEIRO, F., FARNESE, J. M., LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 266 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: mar. 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTER BRAZIL. **Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution**. 2015. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Active-Ageing-A-Policy-Framework-ILC-Brazil_web.pdf

KÜCHEMANN, B. A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. **Soc. Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: set. 2015.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living**. *Gerontologist*, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEBRÃO, M. L., LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017;

LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M.; SANTOS, A. M. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. **Rev Bras Geriat Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 209-221, mai. 2008. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200007&lng=pt&nrm=iss. Acesso em: set. 2015.

LIMA, B. M., ARAÚJO, F. A., SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sci.** Santo André, v. 41, n. 3, p. 168-175. 2016. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/907/749>. Acesso em: fev. 2017.

LOPES, G. L., SANTOS, M. I. P. O., Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-83, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100071&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

LOURENÇO, L. M. et al. Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 427-436, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000300012&script=sci_arttext. Acesso em: jul. 2015.

MARTINS A. B., D'ÁVILA, O. P., HILGERT, J. B., HUGO, F. N. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

MASCARENHAS, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011, 366p.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2141, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>. Acesso em: ago. 2015.

MEIRA, C. E.; GONÇALVES, L. H. T.; XAVIER, J. Os 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. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4148/2729>>. Acesso em: jul. 2010.

MELO, V.L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 43-48, mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500006&lng=en>. Acesso em: ago. 2015.

MICHELETTI, A. L. N. S. et al. Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. **Psicólogo informação**, São Bernardo do Campo, v. 15, n.15, p. 51-68, jan./dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: set. 2015.

MINAYO, M. C. S. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: 2ª edição, 2005a. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf>. Acesso em: ago. 2015.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300010&lng=en>. Acesso em: ago. 2015.

_____. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros: introdução**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b. p. 9-33. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. C. G., SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso Acesso em: mar. 2017.

MORAES, C. L.; APRATTO JÚNIOR, 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 de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p. 2289-2300, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci_arttext>. Acesso em: jul. 2015.

MOURA, M. A. V., DOMINGOS, A. M., RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. Esc Anna Nery (impr.), Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 848-855, out-dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400027>>. Acesso em: fev. 2017.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 54-56. 2008. Disponível em: http://www.prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf. Acesso em: fev. 2017.

NETTO, M. C. **Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos**. 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Botucatu, SP, 2008.

NETTO, M. P.; YUASO, D. R.; KITADAI, F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.29, n. 4, p. 594-607, out/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: ago. 2015.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341>. Acesso em: set. 2015.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-133, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100020&lng=en>. Acesso em: ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World Population Prospects: the 2010 revision**. New York: Unites Nations, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: OPAS, 2009. 36p.

_____. **Projeto saúde, bem estar e envelhecimento (SABE) no Município de São Paulo**. 2000.

PAIVA, M. M., TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, 2015. vol.68, no. 6, p. 1035-1041, dez. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601035&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 295-306, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200295&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. 2015.

PARADELA, E. M. P., LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. **Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral**. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PASINATO, M. T.; CAMARANO, A. A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia.** Texto para discussão, Rio de Janeiro: IPEA, n.1200, jul.2006. 33p. Disponível em: <http://ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1200.pdf>. Acesso em: ago. 2015.

PEREIRA, M. G. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 157-185

PEREIRA, R. J., et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, jun.. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600028>. Acesso em: set. 2015.

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

PILGER, C., MENON, M. H., MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, Out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. 2017.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 491-501, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000200026&script=sci_arttext>. Acesso em: set. 2015.

RECIFE. **Desenvolvimento humano no Recife:** Atlas municipal, 2005. Disponível em: www.recife.pe.gov.br. Acesso em: set. 2015.

REICHENHEIM, M. E., PAIXÃO JÚNIOR, C. M., 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.** *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1801-1813, ago. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800009>. Acesso em: fev. 2017.

RITT, C. F. **Violência Doméstica e Familiar Contra o Idoso: o Município e a Implementação das Políticas Públicas Previstas no Estatuto do Idoso.** 2007. 180 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC, Santa Cruz do Sul, 2007.

SACOL, K. L. P.; ZAPPE, J. G. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, Santa Maria, v. 19, n. 1-2, p. 39-50, jan./dez. 2011. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/2544/3057>>. Acesso em: set. 2015.

SALES et al., 2016. Feminização da Velhice e sua Interface com a depressão: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1840-1846, mai. 2016. Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8871/pdf_10250
. Acesso em: fev. 2017.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19. 2002. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>>. Acesso em: fev. 2017;

SANCHES, A. P. R.A., LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova?. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, o. 90-100, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300010&lng=en>. Acesso em: jul. 2015.

SANTOS, A.C. P. O. et al. A construção da violência contra idosos. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100009&lng=pt>. Acesso em: ago. 2015.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. São Paulo, 2007.

SHIMBO, A. Y. **O reconhecimento pela equipe da Estratégia Saúde da Família da violência intrafamiliar contra idosos**. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 506-510, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: ago. 2015.

SILVA A.; DAL PRÁ, K. R. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014.

SILVA, D. L. S., SOUZA, I. T. I., TORRES, M. V. Perfil Multidimensional da População Idosa do Bairro São Pedro em Teresina, Piauí. **RevFisioter S Fun**. Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 13-20, jul-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/322>>. Acesso em: fev. 2017.

SOARES, C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no brasil. **Gênero**, Niterói, v. 12, n. 2, p. 167-185, 2012. Disponível em: <www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/420/313>. Acesso em: jul. 2010.

SOUZA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 321-328, ago. 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt>. Acesso em: set. 2015.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: out. 2015.

UNITED NATIONS (UN). Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Ageing 2009**. New York: UN; 2009.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). **World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables**. New York. 2015.

VERAS, R P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: ago. 2015.

_____. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida?. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 381-382, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300381&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2017.

_____. **País jovem com cabelos brancos**. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Editora Relume-Dumará; 1994.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S., MOREÍ, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2513-2522, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200015>. Acesso em: jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Consultation on Violence and Health**. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996.

_____. **Missing voices**: views of older persons on elder abuse. Geneva: (WHO). 2002.

_____. **World Report on Ageing and Health**. Geneva. 2015.

YAN, E., CHAN, K-L., TIWARI, A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse. **Trauma, Violence, & Abuse**, Thousand Oaks, v. 16, n. 2, p. 199-219, nov. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380662>. Acesso em: fev. 2017.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01	Nº Questionário: ____	Nquest: ____
02	Entrevistador: _____	Entrev : ____
03	Entrevista (1) Realizada (2) Domicílio não encontrado (3) Recusa	Sit. Entr: ____
04	Data da entrevista: __/__/__	Data: __/__/__
05	Nº do idoso: ____	Nidoso: ____
06	Unidade de Saúde da Família (1) Iputinga (2) Cordeiro (3) Zumbi (4) Torre (5) Madalena (6) Prado (7) Ilha do Retiro	USF: ____

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

07	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	Sexo: ____
08	Data de Nascimento __/__/__	Id: ____
09	Idade em anos completos _____	Faixa et: ____
10	Faixa etária (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 a 89 anos (4) 90 e mais	

11	Estado conjugal (1) Casado (a) ou união estável (2) Nunca se casou ou morou com companheiro (a)/Solteiro (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a)	Est Conj: ____																								
12	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">N°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) Esposo (a) /companheiro (a)</td> <td style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td>(2) Filho(a)</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(3) Enteado (a)</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(4) Genro</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(5) Nora</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(6) Neto (a)</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(7) Irmão (a)</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(8) Cunhado(a)</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(9) Outros parentes Qual(is)?</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(10) Amigo (a) / conhecido(a)</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>(11) Mora só</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table>		N°	(1) Esposo (a) /companheiro (a)	-----	(2) Filho(a)	_____	(3) Enteado (a)	_____	(4) Genro	_____	(5) Nora	_____	(6) Neto (a)	_____	(7) Irmão (a)	_____	(8) Cunhado(a)	_____	(9) Outros parentes Qual(is)?	_____	(10) Amigo (a) / conhecido(a)	_____	(11) Mora só	_____	Co-hab: ____ ____ ____ ____ ____ N° Morad: ____
	N°																									
(1) Esposo (a) /companheiro (a)	-----																									
(2) Filho(a)	_____																									
(3) Enteado (a)	_____																									
(4) Genro	_____																									
(5) Nora	_____																									
(6) Neto (a)	_____																									
(7) Irmão (a)	_____																									
(8) Cunhado(a)	_____																									
(9) Outros parentes Qual(is)?	_____																									
(10) Amigo (a) / conhecido(a)	_____																									
(11) Mora só	_____																									
13	Anos de estudo com aprovação <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">(3) 1ª grau incompleto</td> <td style="width: 33%;">(7) Superior incompleto</td> </tr> <tr> <td>(0) Analfabeto</td> <td>(4) 1ª grau completo</td> <td>(8) Superior completo</td> </tr> <tr> <td>(1) Primário incompleto</td> <td>(5) 2ª grau incompleto</td> <td>(9) Não sabe</td> </tr> <tr> <td>(2) Primário completo</td> <td>(6) 2ª grau completo</td> <td>(99) Não responde</td> </tr> </tbody> </table>		(3) 1ª grau incompleto	(7) Superior incompleto	(0) Analfabeto	(4) 1ª grau completo	(8) Superior completo	(1) Primário incompleto	(5) 2ª grau incompleto	(9) Não sabe	(2) Primário completo	(6) 2ª grau completo	(99) Não responde	Anos est: ____												
	(3) 1ª grau incompleto	(7) Superior incompleto																								
(0) Analfabeto	(4) 1ª grau completo	(8) Superior completo																								
(1) Primário incompleto	(5) 2ª grau incompleto	(9) Não sabe																								
(2) Primário completo	(6) 2ª grau completo	(99) Não responde																								
14	Situação previdenciária do entrevistado <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">(1) Aposentado(a)</td> <td style="width: 50%;">(4) Não é aposentado(a)</td> </tr> <tr> <td>(2) Pensionista</td> <td>(5) Benefício</td> </tr> <tr> <td>(3) Aposentado(a) e pensionista</td> <td>(99) Não responde</td> </tr> </tbody> </table>	(1) Aposentado(a)	(4) Não é aposentado(a)	(2) Pensionista	(5) Benefício	(3) Aposentado(a) e pensionista	(99) Não responde	Sit.prev.: ____																		
(1) Aposentado(a)	(4) Não é aposentado(a)																									
(2) Pensionista	(5) Benefício																									
(3) Aposentado(a) e pensionista	(99) Não responde																									
15	Complemento de renda (1) Ajuda de familiares (2) Aluguel ou aplicação bancária (3) Trabalha (4) Recebe ajuda de programas do governo (5) Outra fonte _____	Or.renda: ____																								
16	Rendimento mensal (1) Menos de um salário mínimo (Até R\$788,00) (2) De um a dois salários mínimos (De R\$ 788,00 a R\$ 1.576,00) (3) De dois a quatro salários (De R\$ 1.576,00 a R\$ 3.152,00) (4) Mais de quatro salários (Mais de R\$ 3.152,00)	SM: ____																								
17	Contribuição para o sustento da casa (1) Sim, totalmente (2) Sim, Parcialmente (3) Não contribui (9) Não sabe (99) Não responde	Sustfam: ____																								

C) SAÚDE AUTO-PERCEBIDA

18

O (a) senhor (a) diria que sua saúde é:

- (1) excelente
- (2) muito boa
- (3) boa
- (4) regular
- (5) ruim

SAUDEAUTO_____

D) ESCALA DE AVALIAÇÃO AIVD

Atividades Instrumentais de Vida Diária – Lawton (1969)

Uso do telefone	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Fazer compras	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Preparar suas próprias refeições	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Arrumar a casa	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Fazer trabalhos manuais domésticos – pequenos reparos	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Lavar e passar sua roupa	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Tomar remédios na dose e horários corretos	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
Cuidar das finanças	Sem ajuda	3
	Ajuda parcial	2
	Não consegue	1
19. Atividades Instrumentais de Vida Diária (1) Independente (2) Dependente parcialmente (3) Dependente totalmente	AIVD: _____	

E) ESCALA DE AVALIAÇÃO AVD

Atividades Básicas de Vida Diária – Índice de Katz

Atividade	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		
20. Atividades Básicas de Vida Diária (1) Independente (2) Dependente parcialmente (3) Dependente totalmente		AVD: ____	

F) ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

21.

INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim () Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim () Não ()
3. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim () Não ()
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim () Não ()
5. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim () Não ()
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim () Não ()
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim () Não ()

8. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim () Não ()
9. Você sente que sua vida está vazia?	Sim () Não ()
10. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim () Não ()
11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim () Não ()
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim () Não ()
13. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim () Não ()
14. Você se sente cheio de energia?	Sim () Não ()
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim () Não ()
TOTAL DAS RESPOSTAS EM NEGRITO	GDS _____

* Adaptado de Yesavage JA et. al. *J Psychiat Res*, 1983; 17 (1):37 – 49.

G) IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE VIOLÊNCIA

22	<p>Violência Psicológica</p> <p>22.1 No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem gritado com o Sr(a) sem razão? (1) Sim (2) Não Com que frequência? () Todos os dias da semana () 2 ou 3 vezes na semana () Uma vez na semana () 2 a 3 vezes ao mês () Uma vez ao mês ou menos</p> <p>22.2 No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam tem chamado por algum nome ou apelido que o Sr(a) não goste? (1) Sim (2) Não Com que frequência? () Todos os dias da semana () 2 ou 3 vezes na semana () Uma vez na semana () 2 a 3 vezes ao mês () Uma vez ao mês ou menos</p> <p>22.3 No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam o(a) tem ameaçado por não fazer o que eles querem que o Sr(a) faça? (1) Sim (2) Não Com que frequência? () Todos os dias da semana () 2 ou 3 vezes na semana () Uma vez na semana () 2 a 3 vezes ao mês () Uma vez ao mês ou menos</p>	<p>V.Psic:_____</p> <p>22.1:_____</p> <p>22.2:_____</p> <p>22.3:_____</p>
23	<p>Violência Física</p> <p>23.1 No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem golpeado, batido ou esbofeteado? (1) Sim (2) Não Com que frequência?</p>	<p>V.Fisic:_____</p> <p>23.1:_____</p>

	<input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês <input type="checkbox"/> Uma vez ao mês ou menos	
	23.2 No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam o(a) tem sacudido ou segurado de forma intimidadora ou ameaçadora? (1) Sim (2) Não Com que frequência? <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês <input type="checkbox"/> Uma vez ao mês ou menos	23.2: _____
24	Violência Financeira 24.1 No último ano, alguma das pessoas que o (a) rodeiam tem usado ou manejado seu dinheiro sem seguir suas instruções? (1) Sim (2) Não Com que frequência? <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês <input type="checkbox"/> Uma vez ao mês ou menos	V.Finac: _____ 24.1: _____
	24.2 No último ano, alguma das pessoas que o(a) rodeiam tem roubado seu dinheiro ou algum de seus pertences? (1) Sim (2) Não Com que frequência? <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês <input type="checkbox"/> Uma vez ao mês ou menos	24.2: _____
25	Violência Sexual 25.1 No último ano, o Sr(a) se sentiu desrespeitado em sua intimidade e privacidade? (1) Sim (2) Não Com que frequência? <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês <input type="checkbox"/> Uma vez ao mês ou menos	V.Sex: _____ 25.1: _____
	25.2 No último ano, o Sr(a) se sentiu constrangido pela forma como alguém tocou o seu corpo ou lhe acariciou? (1) Sim (2) Não Com que frequência? <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês <input type="checkbox"/> Uma vez ao mês ou menos	25.2: _____
26	Negligência 26.1 No último ano, o Sr(a) está precisando de óculos, aparelho auditivo ou dentadura? (1) Sim (2) Não Especifique: _____	Negl: _____ 26.1: _____
	26.2 No último ano, o Sr(a) tem ficado sozinho por longo período? O Sr(a) se sente inseguro na sua casa? (1) Sim (2) Não Com que frequência? <input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês	26.2: _____
	<input type="checkbox"/> Todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes ao mês	26.3: _____

Uma vez ao mês ou menos

26.3 No último ano, o Sr(a) deixou de receber ajuda sempre que precisou?

(1) Sim (2) Não

Com que frequência?

Todos os dias da semana

2 ou 3 vezes na semana

Uma vez na semana

2 a 3 vezes ao mês

Uma vez ao mês ou menos

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AOS PARTICIPANTES

Vimos por meio deste, com muito respeito, solicitar sua participação na pesquisa sobre violência contra idosos. Esta pesquisa possibilitará o diagnóstico acerca da violência sofrida pelo idoso, contribuindo para a implantação de estratégias a fim de minimizar o problema. A pesquisa é intitulada **“Violência doméstica e fatores associados em idosos assistidos na atenção básica”**. Seu objetivo geral é determinar a ocorrência de violência contra idosos, residentes na Região Político-Administrativa (RPA) 4 (Recife/PE) e cadastradas em uma das unidades de Saúde da Família da microrregião (MR) 4.2 do município de Recife/PE.

Desse modo, necessitamos da sua cooperação e aprovação em participar do respectivo estudo. Esclarecemos que, em nenhum momento, haverá qualquer identificação dos participantes. As informações obtidas serão resguardadas, não sendo revelada, sob qualquer pretexto, a identificação dos participantes.

Descrição dos riscos: não há quaisquer riscos previsíveis aos participantes, exceto possíveis situações de constrangimentos que podem vir a ocorrer caso o idoso esteja sendo vítima de violência em seu ambiente doméstico.

Descrição dos benefícios: ampliar os conhecimentos acerca da violência contra a pessoa idosa, diminuindo o risco de exposição dos idosos à violência e a fatores adversos a sua integridade biopsicossocial. Esta pesquisa será relevante para a Saúde Pública, uma vez que constituirá um importante indicador de saúde, ao investigar a violência em pessoas idosas

a partir da identificação da população assistida pelo Programa de Saúde da Família. Portanto, a compreensão do problema investigado subsidiará a caracterização de sua magnitude, e a formulação estratégica de ações ajustadas à clientela idosa. Os achados obtidos serão informados à Equipe de Saúde da Família para os devidos encaminhamentos.

Os gastos para a realização do presente estudo serão custeados totalmente pela pesquisadora responsável, não sendo previsível qualquer forma de ressarcimento.

Após a leitura conjunta, com o pesquisador, do presente termo de consentimento livre e esclarecido, declaro-me ciente e consciente do teor do estudo e de suas consequências, inclusive que não receberei nenhum benefício financeiro por sua participação e que poderei retirar esta declaração de concordância em participar do presente estudo, em qualquer época, sem prejuízos de qualquer natureza.

Agradecemos a sua atenção, importantíssima para cumprirmos de forma correta os objetivos de nosso trabalho, ao mesmo tempo em que nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Recife, ____ de _____ de 2016.

Atenciosamente,

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE, SECRETARIA DE SAÚDE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Renata Laise de Moura Barros**, pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa nas Unidades de Saúde da Família casarão do Cordeiro, Skylab, Caranguejo, Sítio Cardoso e Vila União, do Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Violência doméstica e os fatores associados em idosos assistidos na Atenção Básica**", sendo orientada por Márcia Carréra Campos Leal e coorientação de Ana Paula de Oliveira Marques.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 02 de dezembro de 2015.

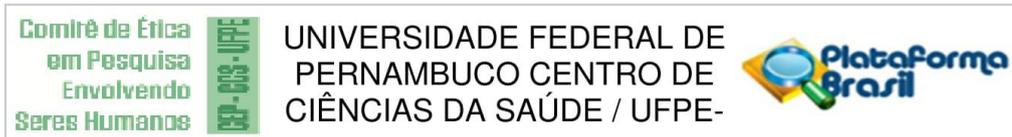
Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matricula nº 99.986-8

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E OS FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Renata Laíse de Moura Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50970115.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.371.038

Apresentação do Projeto:

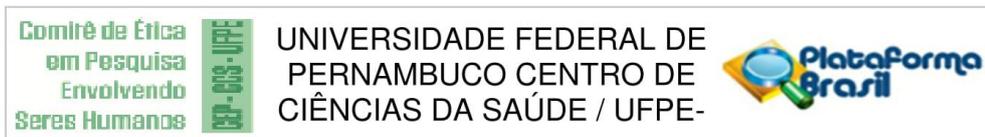
Considerando que a violência contra a pessoa idosa se apresenta como um dos principais problemas de saúde pública, esta pesquisa trata do tema, destacando que a Estratégia de Saúde da Família é uma importante aliada no manejo dessa violência, por seu potencial para efetivar ações que possibilitam o estreitamento da relação entre o serviço de saúde e a comunidade. Assim, por meio de um estudo quantitativo transversal, com população constituída por idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do distrito sanitário IV, da microrregião 4.1 do município de Recife/PE, além da violência doméstica, esta pesquisa pretende caracterizar a amostra segundo variáveis sócio-demográficas, saúde autopercebida, capacidade funcional e sintomatologia, compondo uma amostra de 268 idosos. depressiva e verificar a existência de associação significativa entre a violência doméstica e as variáveis estudadas. A coleta de dados será no domicílio do usuário por meio de um roteiro semi-estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Investigar a ocorrência de violência doméstica e os fatores associados em idosos assistidos na atenção básica.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.371.038

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de possíveis situações de violência doméstica contra idosos na microrregião estudada;
- Identificar o tipo de violência sofrida pelos idosos;
- Caracterizar a amostra segundo variáveis sócio-demográficas, saúde autopercebida, capacidade funcional, sintomatologia depressiva;
- Verificar a existência de associação significativa entre a violência doméstica e as variáveis estudadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

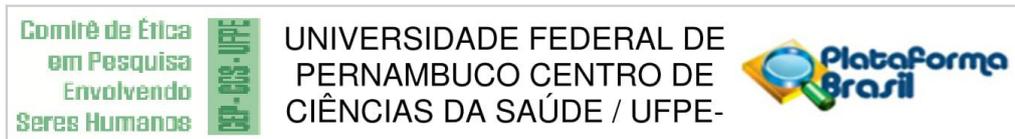
Os riscos e os benefícios da pesquisa foram descritos satisfatoriamente. Como possível risco atribuído a essa pesquisa há o constrangimento em responder perguntas acerca da temática em estudo, vergonha ou medo de falar. Para minimizar essas questões, o pesquisador irá enfatizar os objetivos da pesquisa, sugerir que a entrevista seja realizada em local reservado, assegurar o sigilo das informações, bem como deixar claro que o participante voluntário pode se omitir a continuar na pesquisa a qualquer momento sem dano algum.

No que refere aos benefícios da pesquisa, como benefício direto ao participante voluntário está a oportunidade de tomada de consciência acerca da violência doméstica contra o idoso. E os benefícios indiretos estarão relacionados aos avanços do conhecimento acerca da violência doméstica contra o idoso, sendo, portanto, relevante para a Saúde Pública, constituindo um importante indicador de saúde. A pesquisa irá contribuir para diagnosticar e evitar atos de violência, caracterizando sua magnitude e, a partir disso, formular ações de forma estratégica ajustadas à clientela idosa, favorecendo a qualidade de vida para uma velhice mais saudável. Os achados serão informados à Equipe de Saúde da Família para os devidos encaminhamentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância, em especial, do ponto de vista social. Traz boa fundamentação doutrinária, destacando inclusive as diversas formas de violência ao qual o idoso pode estar submetido, ressaltando a problemática para a saúde pública. A pesquisa descreve satisfatoriamente os critérios de inclusão e exclusão do estudo, bem como os resultados esperados, sendo de responsabilidade do pesquisador o orçamento da mesma.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.371.038

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão postados e assinados. A pendência anterior foi devidamente atendida.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

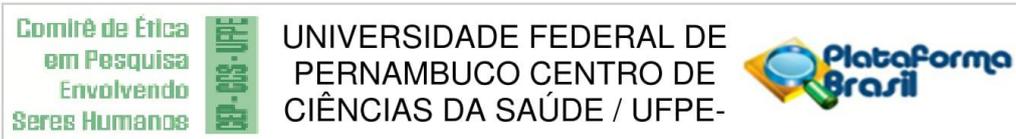
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.371.038

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_620596.pdf	14/12/2015 11:56:35		Aceito
Outros	cartaanueencia.pdf	14/12/2015 11:56:02	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
Outros	cartaanueencia.bmp	13/11/2015 21:46:03	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemaiorde18renata.docx	10/11/2015 10:39:33	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto renata.docx	10/11/2015 10:39:18	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
Outros	curriculo_coordenador.pdf	10/11/2015 09:17:22	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
Outros	curriculo_participante.pdf	10/11/2015 09:15:16	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
Outros	curriculo_orientador.pdf	10/11/2015 09:13:54	Renata Laíse de Moura Barros	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/11/2015 02:06:51	Renata Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br