

PAULO HENRIQUE SILVA MAIA

SAÚDE E VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DE BETIM, MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2018

PAULO HENRIQUE SILVA MAIA

SAÚDE E VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DE BETIM, MINAS GERAIS

Tese apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para à obtenção do grau de Doutor em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Duarte Vargas (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Brasil)

Co-orientadora: Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Brasil)

Belo Horizonte

2018

Ficha Catalográfica

M217s Maia, Paulo Henrique Silva .
2018 Saúde e violência na população idosa de Betim, Minas
T Gerais / Paulo Henrique Silva Maia. -- 2018.

100 f. : il.

Orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas.
Coorientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Idoso. 2. Violência. 3. Condições Sociais. 4. Maus-
tratos ao idoso. 5. Envelhecimento. I. Vargas, Andréa Maria
Duarte. II. Ferreira, Efigênia Ferreira e . III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

SAÚDE E VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA DE BETIM, MINAS GERAIS.

PAULO HENRIQUE SILVA MAIA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Doutor, área de concentração Saúde Coletiva.

Aprovada em 31 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas - Orientadora
FO-UFMG

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Coorientadora
FO-UFMG

Prof(a). Denise Vieira Travassos
FO-UFMG

Prof(a). Carlos José de Paula Silva
FO-UFMG

Prof(a). Suely Maria Rodrigues
UNIVALE

Prof(a). Marco Túlio de Freitas Riberio
FHEMIG

Belo Horizonte, 31 de julho de 2018.

AGRADECIMENTO

Meu primeiro agradecimento é a Deus! Pai eterno e de bondade inigualável, obrigado por me ancorar nesses quatro anos, por ter abençoado todos os dias, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

Agradeço a minha mãe, D. Lilia! Obrigado por ser meu maior ativo, meu maior capital. Obrigado por sempre acreditar em mim. A sua crença trouxe-me aqui.

Obrigado Pai (*In memoriam*). Hoje sei que além da semelhança física, carrego várias características suas. Ainda que gostaria de ter vivido mais ao seu lado, os 17 anos, 6 meses e 23 dias, foram suficientes para entender que o mais importante não é o "que tem na vida" e sim "quem tenho na vida". Tenho ativo na memória as brincadeiras, o zelo e sua alegria de viver e ajudar ao próximo. Agradeço pelo exemplo de pai, companheiro, guerreiro e principalmente pelo exemplo de resiliência e amor. Falar do senhor, é falar de esperança e ser seu filho é uma dádiva pra mim! Queria seu abraço hoje...

Agradeço ao Rafael pelo apoio e incentivo.

Agradeço a Profa. Efigênia Ferreira. Professora, nunca me esquecerei de você... a forma com que me tratou, me encheu de esperança e mesmo sendo enfermeiro, me convenceu a lutar por uma vaga no Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da UFMG e aqui estou! Obrigado!

À minha orientadora Profa. Andréa Vargas pelos direcionamentos e pela forma tão competente de trabalho. Devo muito a você, Professora! Várias vezes tive dificuldade de conciliar as atividades do doutorado com meus trabalhos e a sua determinação, seriedade e "chamadas" foram muito importantes pra mim durante todo o processo. Cresci muito!

À minha amiga Márcia Menezes pelas coberturas estratégicas, pela amizade e por acreditar em mim.

Agradeço de maneira especial a Profa. Elza Melo e a minha amiga Tânia Resende por terem me inserido nas primeiras discussões da pesquisa que se concretizou no maior inquérito de base populacional sobre violência do Brasil. Agradeço pela parceria, ajuda e carinho de vocês.

Agradeço aos companheiros de disciplinas de doutorado pelo convívio, amizade e companheirismo. Com vocês o caminho mostrou-se mais leve e tê-los ao meu lado foi muito importante pra mim. Em especial agradeço aos amigos Kevan, Patrícia e Lu – Grupo Desvio de Linha Média (por isso estou usando aparelho, risos...).

Aos meus Professores do Doutorado, por todos os ensinamentos e pela contribuição no meu processo de aprendizado.

Agradeço a minha banca de qualificação do doutorado composta pelas Professoras Marcella Assis e Raquel Ferreira. As considerações cuidadosas de vocês ampliaram a visão do estudo que aqui apresento.

Agradeço a Secretaria de Saúde de Betim por financiar e acreditar nos resultados dessa pesquisa para desenho da política de atenção a pessoa idosa do Município.

E por fim, agradeço ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais pelo apoio e manutenção de um ensino tão qualificado e dignificante.

Espero ser aqui, a voz do idoso calado.

RESUMO

Introdução: a violência no idoso é um problema multicausal e complexo, com consequências devastadoras, pois, além de agressões à saúde física e mental acarreta baixa qualidade de vida e falta de segurança. Estudar esta temática verificando os fatores determinantes é relevante para a prevenção da ocorrência de violência em idosos. **Objetivo:** analisar a ocorrência da violência em idosos e seus fatores determinantes em Betim, Minas Gerais. **Método:** Estudo transversal, constituído por inquérito populacional realizado por meio de entrevistas estruturadas. A amostra foi estratificada por conglomerados em três estágios: setores censitários, domicílios e o respondente. Ao final, foram visitados 1.129 domicílios, com a participação de 200 idosos. A seleção dos setores censitários e dos domicílios foi realizada eletronicamente por meio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 e a seleção do sujeito respondente no domicílio ocorreu segundo a metodologia de Kish, que preconiza a seleção aleatória de uma unidade amostral num domicílio. Inicialmente, os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado, análise bivariada e Análise de Correspondência. Posteriormente, realizou-se uma análise discriminante logística para explorar a estrutura de relações entre as variáveis dependentes (violência no idoso) e independentes. **Resultados:** As formas mais prevalentes de violência foram: falta de acesso a direitos sociais (31%) seguidos pela violência verbal (22%), moral/psicológica (19%), falta de cuidados necessários (16%); física (6%), sexual (3%) e discriminação (3%). Os homens que sofreram violência não eram dependentes, mantinham o controle do seu dinheiro e possuíam cônjuge. Já nas mulheres encontrou-se um maior número de dependentes, que não tinham controle do seu dinheiro, com escolaridade > 4ª série, sem cônjuge e com alto grau de sintomas depressivos. A associação considerada forte refere-se às idosas que sofreram violência e tiveram o seu dinheiro usado por outra pessoa e que sofreram violência verbal. **Conclusão:** este estudo permitiu reafirmar o perfil do idoso vítima de violência através da análise de sua ocorrência e seus fatores associados. Os fatores abuso financeiro e ser vítima de violência verbal foram fortemente associados à violência na pessoa idosa – resultado que configura um novo olhar para esses fatores, visto que no Brasil, os principais fatores associados descritos anteriormente, foram baixos níveis educacionais, fatores cognitivos, dependência funcional e depressão. Do ponto de vista de investigação para ação, a presente

pesquisa traz implicação direta para os setores interessados no enfrentamento do problema da violência no idoso, especialmente para os profissionais de saúde, pois, evidencia que a violência faz parte de um ciclo que geralmente tem fatores associados característicos que fazem parte de um modelo aninhado, principalmente, no relacionamento familiar. Nossa expectativa é que o silêncio do idoso, vítima de violência, sirva para aguçar a escuta dos profissionais de saúde e que os determinantes aqui descritos sejam encarados como disparadores da detecção e prevenção de novos casos. Por fim, cabe-nos destacar que o estudo da violência no idoso reclama, agora, que seus achados sejam subsidiários da práxis em saúde, conferindo novas estratégias e métodos para a cultura de paz e não violência.

Palavras-Chave: Idoso. Saúde. Violência. Condições sociais. Maus-tratos ao idoso. Envelhecimento.

ABSTRACT

Health and violence in the elderly population of Betim, Minas Gerais

Introduction: Violence in the elderly is a multicausal and complex problem, with devastating consequences, as well as aggression to physical and mental health leads to poor quality of life and lack of safety. Studying this thematic one verifying the determining factors is relevant for the prevention of the occurrence of violence in the elderly. **Objective:** to analyze the occurrence of violence in the elderly and its determinants in Betim, Minas Gerais. **Method:** A cross-sectional study, consisting of a population survey conducted through structured interviews. The sample was stratified by clusters in three stages: census tracts, households and the respondent. At the end, 1,129 households were visited, with the participation of 200 elderly people. The selection of the census tracts and domiciles was carried out electronically through the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 20.0 and the selection of the respondent subject in the household occurred according to the Kish methodology, which recommends the random selection of a sample unit in a household. Initially, the data were analyzed by the Chi-square test, bivariate analysis and Correspondence Analysis. Subsequently, a logistic discriminant analysis was performed to explore the structure of relationships between dependent variables (violence in the elderly) and independent variables. **Results:** The most prevalent forms of violence were: lack of access to social rights (31%) followed by verbal (22%), moral / psychological (19%), lack of necessary care (16%); physical (6%), sexual (3%) and discrimination (3%). Men who suffered violence were not dependent, kept control of their money, and had a spouse. In the women, a greater number of dependents were found, who did not have control of their money, with education > 4th grade, without a spouse and with a high degree of depressive symptoms. The association considered strong refers to the elderly women who suffered violence and had their money used by another person and who suffered verbal violence. **Conclusion:** this study allowed reaffirming the profile of the elderly victim of violence through the analysis of their occurrence and its associated factors. The financial abuse factors and being victims of verbal violence were strongly associated with violence in the elderly - a result that sets a new look for these factors, since in Brazil, the main associated factors described previously were low educational

levels, cognitive factors, dependence functional and depression. From the point of view of research for action, this research brings direct implication to the sectors interested in coping with the problem of violence in the elderly, especially for health professionals, since it shows that violence is part of a cycle that usually has factors characteristic associates that are part of a model nested mainly in the family relationship. Our expectation is that the silence of the elderly, victim of violence, serves to sharpen the listening of health professionals and that the determinants described here are seen as triggers for the detection and prevention of new cases. Finally, it should be pointed out that the study of violence in the elderly now demands that their findings are subsidiary to the health practice, conferring new strategies and methods for the culture of peace and non-violence.

Keywords: Elderly. Health. Violence. Social Conditions. Treatment of the Elderly. Aging.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis utilizadas para a composição do indicador, a partir das questões do inquérito.....	45
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figuras 1, 2, e 3 - Demonstração da aplicação das tabelas de Kish na seleção do respondente no domicílio selecionado, Betim, 2014	55
--	-----------

SIGLAS

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG - Minas Gerais

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

VIVA - Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes em Serviços Sentinela

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
2 OBJETIVOS (geral e específicos)	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 A população está envelhecendo.....	22
3.2 O que é violência?.....	23
3.3 Saúde e violência	27
3.4 Violência doméstica	28
3.5 A Violência contra idosos	33
3.6 Determinantes Sociais de Saúde	39
3.7 Determinantes de violência contra o idoso	40
4 METODOLOGIA	43
4.1 Desenho do estudo	43
4.2 Plano amostral	43
4.3 Seleção do questionário	47
4.4 Produção de dados	47
4.5- Aspectos éticos	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1 Artigo 1 submetido na REBEN.....	58
5.2 Artigo 2 submetido na BMC Public Health	72

6 PRODUÇÃO DURANTE O DOUTORADO	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	
A- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG	96
B- Carta de anuência para a pesquisa do Município de Betim	97
C- Cartas de aceite da Revista Científica de Enfermagem – Recien	98
APÊNDICE	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.....	100

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, associado à redução das taxas de mortalidade, de fecundidade e melhora das condições de vida das pessoas, resultando em mudanças na estrutura etária, sobretudo nos países em desenvolvimento. Nos últimos 10 anos, no Brasil, a população de 60 anos cresceu 21,6% e a de 80 anos ou mais 47,8%, fato que acarreta necessidade de modificações nas políticas sociais e novos desafios para a saúde pública (CAMARANO; KANSO, 2012).

Dentre estes desafios, destaca-se a violência contra os idosos, considerada um fenômeno universal que acomete todos os níveis sociais. Pode ser definida como um ato único ou repetido ou a omissão, que cause dano ou incômodo ao indivíduo e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança. O abuso contra os idosos é reconhecido como um desafio para a saúde (ORFILA *et al.*, 2018).

O município de Betim integra a região ampliada de saúde de Belo Horizonte. Divide-se administrativamente em 10 regiões e é um dos principais polos de concentração industrial do Estado de Minas Gerais, sendo responsável pela terceira maior arrecadação do Estado. Seu crescimento populacional no período de 2000 a 2010 apresentou uma taxa média anual de 5,46% (IBGE, 2015). A população do município alcançou os números de 388.873 habitantes no ano de 2012 e para o ano 2014, a estimativa foi de 406.474, dados que promovem Betim a quinta maior cidade do Estado de Minas Gerais e uma das 50 maiores cidades do Brasil.

A maior concentração populacional está na faixa etária de 20 a 49 anos. As taxas de crescimento apresentam redução, porém, é possível observar a aceleração em direção a um maior envelhecimento da população, com a tendência de redução da população jovem que será superada pela população idosa. Observa-se também redução da população do sexo masculino a partir da faixa etária de 20 anos em detrimento do sexo feminino. Com base nos dados epidemiológicos levanta-se a hipótese deste fato ocorrer devido ao alto índice de mortalidade da população masculina jovem, sendo as causas externas, a principal causa (IBGE, 2015; WAISELFIZ, 2016).

De acordo com o mapa da violência do Ministério da Justiça em 2013, Betim ocupou o primeiro lugar em Minas Gerais na taxa de homicídios (65,9 em 100.000 hab.). Tal conjuntura gerou sua inclusão no grupo dos vinte municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes, com os maiores Índices de Homicídios na Adolescência (IHA), ocupando o 19º lugar no ranking nacional. As causas externas representaram em 2014, 13% dos motivos de internação, equivalendo a mais de 10% do total de recursos públicos gastos no mesmo período (WAISELFIZ, 2016).

Outro fator digno de nota é a concentração da maior população carcerária do Estado no seu entorno. Muitos delinquentes percebem a mitigação da presença estatal no município, vendo nele boas oportunidades para a prática de diversos delitos. O perfil da criminalidade também chama a atenção, com incidência de crimes bárbaros e com repercussão nacional (WAISELFIZ, 2016).

O ambiente familiar violento, a ausência de diálogo e o abuso de álcool e outras drogas tornam-se um ciclo vicioso. Esse processo tem a tendência a um agravamento das condições sociais funcionando muitas vezes como causa e consequência. Ainda não se sabe o impacto do envelhecimento nesse processo (DUQUE, 2012).

A violência pode ser caracterizada como agressão física, verbal, moral/psicológica, sexual, negligência ou abandono, tanto social quanto institucional (BAKER, 2007). Trata-se de um problema multicausal e complexo, que pode ocasionar distúrbios emocionais, isolamento, sentimento de culpa e negação, traumas físicos e óbitos (APRATTO, 2018).

Entre idosos, considerando a redução da sua capacidade de adaptação ao meio ambiente, consequência das alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no processo de envelhecimento, é comum a associação da violência a estes fatos (ARNADOTTIR *et al.*, 2011). Porém, não obstante as questões da senescência é preciso desnaturalizar as situações de violência neste grupo etário e um caminho para este processo pode ser o reconhecimento e manejo dos fatores associados, que ainda não são bem compreendidos ou aclarados para os profissionais de saúde (SKIRBEKK *et al.*, 2014).

A análise da Rede de Atenção à Saúde do Brasil, ao contrário dos países desenvolvidos, não dispõe de infraestrutura de serviços que satisfaçam a demanda da

população, principalmente no que se refere ao aumento da população idosa. Este ponto merece toda atenção dos promotores de política pública (VERAS, 2007).

A busca de caminhos propositivos de intervenção apontam para, primeiramente, o conhecimento real da situação e a implementação de medidas de prevenção da violência e da massificação da cultura de paz. Nesta toada, estudos anteriores (DUQUE *et al.*, 2012 WARMLING *et al.*, 2018) verificaram a associação de fatores determinantes para a ocorrência de violência no idoso, a exemplo, morar com o cônjuge, autopercepção negativa de saúde, menor nível de escolaridade, dependência financeira do agressor em relação ao idoso, capacidade funcional, número de morbidades e idade – descritores de prevalência de violência no idoso.

Dentre os fatores associados à violência em idosos, o uso de álcool foi o mais identificado (ELBOGEN *et al.*, 2009; YAN *et al.*, 2015). A depressão também desponta como um fator associado importante à violência, sendo notado que os idosos que apresentam sintomas depressivos possuem maiores chances de serem vítimas de abuso, tanto homens quanto mulheres, quando comparados com aqueles que não sofreram violência (FERRARI *et al.*, 2013; FAZEL *et al.*, 2015).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os fatores determinantes da violência no idoso fazem parte de um modelo, uma hierarquia aninhada de quatro níveis do ambiente: individual, relacionamento, comunidade e sociedade. No Brasil, os principais fatores associados são os baixos níveis educacionais, fatores cognitivos, dependência funcional e depressão (DONG, 2014; DUQUE *et al.*, 2012).

A identificação de fatores associados à violência, na população idosa, possibilita ações de saúde adequadas para a prevenção e controle. Ainda que o grau de sensibilidade social pelo fenômeno da violência contra a pessoa idosa no Brasil tenha aumentado consideravelmente, persiste a dificuldade de estimar em números o peso da violência contra o idoso, pois, as fontes de dados são pouco confiáveis, além de ser um fato velado pela família, cuidadores e prestadores de serviços em saúde (PILLEMER *et al.*, 2016).

Ainda que alguns agravos relacionados à violência e causas externas tenham sido incluídos como objeto de notificação e serem registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Hospitalar (SIH), acredita-se que eles não

consigam retratar com fidedignidade a real incidência destes eventos. A subnotificação, por inúmeras razões, especialmente as de ordem socioculturais, por exemplo, a religião e as de ordem metodológica, o registro, fazem com que muitos casos fiquem encobertos sob a rubrica “causas indeterminadas” e “causas acidentais” (BRASIL, 2011).

Entender a dinâmica que contribui para que ocorram casos de violência no idoso é fundamental para a construção de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção da violência. A violência é ainda um tabu em nossa sociedade, o que dificulta as denúncias tornando-a muitas vezes invisível e silenciosa (LIMA, 2010).

A pesquisa seguinte é inédita e tendo em vista a escassa produção acadêmica com enfoque nos fatores determinantes da violência no idoso, poder-se-á contribuir diretamente para detecção da violência neste grupo etário, uma vez que descrevemos fatores associados que apresentaram forte associação com os episódios de violência identificados na perspectiva de inclusão de conhecimentos e experiências para seu enfrentamento.

Nossa expectativa é que o silêncio do idoso, vítima de violência, sirva para aguçar a escuta dos profissionais de saúde e que os determinantes aqui descritos sejam encarados como preditores da detecção e prevenção de novos casos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os determinantes sociais e de saúde que impactam na ocorrência de violência no idoso em Betim, Minas Gerais.

2.2 Específicos

- a) Identificar os tipos mais frequentes e a prevalência de violência em idosos de Betim.
- b) Verificar as condições de saúde que estão associadas à violência em idosos.
- c) Verificar as condições sociais que estão associadas à violência em idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A população está envelhecendo

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. E no Brasil, ocorre em ritmo acelerado, acarretando modificações nas políticas sociais e constituindo-se em um dos grandes desafios da saúde pública (DUQUE, *et al.*, 2012).

O crescimento acelerado na proporção de idosos em quase todos os países do mundo traz várias questões para as sociedades e principalmente para o Estado, dentre eles, a necessidade de reconfiguração dos ciclos de vida e das políticas sociais que lhes dizem respeito (MINAYO, 2005). O envelhecimento populacional brasileiro é reflexo do mais baixo crescimento populacional aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade (CAMARANO; KANSO, 2012).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, o Brasil apresenta um índice de envelhecimento acelerado com uma projeção para o ano de 2025 com 46 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 01/10/03) definem idosos as pessoas cuja idade é igual ou a 60 anos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (IBGE, 2015). Entretanto, devido ao rápido processo de envelhecimento populacional que o país vem passando é provável que possa haver uma mudança futura nesta classificação. É esperado que o Brasil em 30 anos dobre a população de idosos, ao passo que a França levou cerca de 120 anos (PAIVA; TAVARES, 2015). Isto certamente irá trazer implicações para a terceira idade, e consequentemente, para os serviços de saúde e profissionais.

Minayo (2005) levantou dados sobre a presença de idosos no convívio familiar no Brasil, constatando que mais de 95% das pessoas acima de 60 anos residiam com parentes, de forma que, em 26% de todas as famílias brasileiras, existia pelo menos uma pessoa com mais de 60 anos.

Esse crescimento no número de idosos não é diferente em municípios com população predominantemente urbana, como é o caso de Betim, situado na região metropolitana de Belo Horizonte, onde o Censo IBGE de 2000 demonstrou que os idosos representavam 5,0% da população geral, enquanto que em 2010 a proporção foi de 7,1%. Desse total, 62,7% (16.758) dos idosos são considerados responsáveis pelos seus domicílios e 27,5% (7.341) não sabem ler e escrever (IBGE, 2015). De acordo com a OMS, uma comunidade é considerada envelhecida quando 7% da sua população é constituída de pessoas idosas.

O acelerado envelhecimento populacional aliado à falta de políticas públicas voltadas para essa população, somado a questões como pobreza, exclusão e desigualdades sociais tornam as pessoas idosas vítimas em potencial de mazelas sociais, dentre elas a violência (MINAYO, 2009).

3.2 O que é violência?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p. 5) violência é o uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade.

De maneira complementar, o relatório mundial sobre violência da OMS define violência como um sintoma de funcionamento ineficiente das instituições sociais, nos processos de socialização e em relação às normas sociais e jurídicas vigentes em dada sociedade e que só existe violência quando há incapacidade de argumentação e de convencimento.

Explicar a violência, de maneira geral, como um simples conceito é correr o risco de reduzir a sua complexidade. A violência deve ser entendida como um fenômeno da ordem do vivido que mobiliza uma grande carga emocional em quem comete, em quem sofre e em quem testemunha um ato violento. E é justamente pela complexidade de nomear a experiência vivida através da violência que se torna ainda mais difícil pensar em uma definição universal para o conceito (LIMA, 2010; MINAYO, 2005).

A busca de entendimento completo sobre esse fenômeno é aclarada por Minayo (2006), quando considera a violência como um fenômeno sócio-histórico, que acompanha toda a experiência da humanidade. Segundo a mesma autora, a violência está registrada em vários documentos da antiguidade e é lembrada no mito de origem contido na narrativa bíblica em forma de disputa fraticida. Os ressentimentos de Caim contra seus pais e a morte de Abel, seu irmão, pensada e perpetrada por ele, evidenciam a convivência humana com perenes disputas de poder, com ódios e com a vontade de aniquilar uns aos outros. Essa vontade de aniquilamento, no decurso da história e das culturas, se manifesta de várias formas como: desprezo e menosprezo pelo outro, discriminações, crueldades, autoritarismo, lutas fraticidas, guerras, terrorismo e processo de autodestruição (MINAYO, 2006).

A história do Brasil conta sobre um país marcado pela violência. Minayo mostra o fato de que a criação do nosso país já começa violenta a partir do estupro das índias pelos homens portugueses, que buscavam incessantemente o prazer. Nos séculos seguintes, predominou a escravização negra e a violência no trabalho. De fato, tudo indica que nossas raízes tiveram grande impacto no que somos hoje, uma sociedade que aceitou durante muito tempo o abuso de crianças e mulheres, além do processo de discriminação, racismo e exploração do trabalho (MINAYO, 2006).

O Relatório Mundial da OMS (2015) classifica a violência como:

- a. violências autoinfligida – comportamentos suicidas e autoabusos;
- b. violências interpessoais – podendo ser no âmbito familiar e comunitário. A intrafamiliar, é a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no âmbito da casa. Inclui a violência contra crianças, mulher ou homem e contra os idosos. A violência comunitária é aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos;
- c. violências coletivas – âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, atos terroristas, guerras, etc.

Para Minayo (2006), ideologicamente, a própria sociedade dá ênfase a determinados tipos de violência e outros são deixados de lado ou são quase invisíveis. Por exemplo, os roubos, as lesões corporais, os homicídios são muito mais

evidenciados do que as violências que ocorrem na família, que as discriminações raciais e de gênero e que os crimes de trânsito. Segundo a autora, a “busca de aprofundamento sobre o sentido do fenômeno da violência, malgrado o campo nebuloso de sua definição, intrínseco às múltiplas formas de sua manifestação permite alguns consensos” (p.19), a violência não se resume às delinquências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos constituem um ambiente sociocultural adverso e, frequentemente, portador de exclusão e de lesões físicas e emocionais (BRASIL, 2005).

Quanto à natureza dos atos violentos ela pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: física, psicológica, sexual e violência social. Acrescentaria ainda, a que envolve abandono, negligência ou privação de cuidados. Minayo fala também de um tipo de violência que ela denomina como ‘Estrutural’ “categoria que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes” (MINAYO, 2005, p. 24).

A violência pode englobar ações de constrangimento, do uso de superioridade física sobre o outro, de conflitos de autoridade e da busca de poder e domínio (LIMA, 2010).

No livro *Violência e Saúde*, Minayo (2006) apresenta o modelo ecológico de explicação das raízes da violência. Em primeiro lugar, este modelo busca identificar os fatores biológicos que cada indivíduo apresenta em seu comportamento, concentrando-se nas características que aumentam a possibilidade da pessoa ser vítima ou perpetradora de violência. Em segundo lugar, os fatores relacionais, as interações sociais, dos parceiros íntimos, dos membros da família, e sua influência na vitimização ou na perpetração da violência. Em terceiro lugar, são colocados os fatores comunitários e sua influência na dinâmica da violência. Nesses contextos comunitários, são nomeados os locais de trabalho, a escola e a vizinhança e, como problemas, os altos níveis de desemprego, a presença de tráfico de drogas e de armas e componentes de ordem relacional, como isolamento social em que vivem determinadas

famílias. Em quarto lugar o modelo ecológico enfatiza os fatores sociais mais amplos que contextualizam os índices de violência. Dentre eles, podem-se citar: normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos; atitudes que consideram a opção pelo suicídio como um direito de escolha individual; machismo e cultura adultocêntrica; normas que validam o uso abusivo da força pela polícia; normas que apoiam conflitos políticos.

E acrescenta como as políticas econômicas e sociais, de educação, de saúde podem contribuir para manter desigualdades, ou seja, para perpetuar as formas mais perversas de violência estrutural, e lembra que, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento humano, são diferentes os elementos que influenciam a vitimização ou a perpetração de violência nas várias faixas etárias.

A realidade histórica brasileira demonstra, segundo Minayo (2006), que existem no Brasil regiões e cidades onde as taxas de violência são mais elevadas que em outras, sejam quais forem os tipos de manifestação do fenômeno. A configuração espacial deve, então, ser incluída e articulada com especificidades históricas, sociais e culturais, visando ações de promoção de saúde e de prevenção à violência.

Fruto de observação e de pesquisas, as diferentes formas de violência se articulam criando uma expressão cultural naturalizada nas relações, nos comportamentos, atitudes e práticas. Para Minayo (2006), qualquer proposta, sem consistência teórica que proponha acabar com a violência num toque de magia ou de autoritarismo, não daria certo. A violência deve ser sempre analisada como um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos nos quais é possível intervir.

As formas de apresentação e de reprodução do fenômeno da violência têm causalidade complexa, como os fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, mentais e biológicos. Considera-se que sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e de reprodução desse fenômeno (LOPES, 2015).

A violência, então, atinge de uma maneira geral a vida de toda a população, e com isso atinge diretamente o setor da saúde. Os danos provocados pela violência atingem este setor de forma drástica, provocando mortes, lesões, traumas e uns sem

números de agravos mentais, emocionais e espirituais. Diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, exigindo uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde. Coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando as necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006).

Segundo a OMS (2002), a violência é um problema de saúde pública, classificada na tabela de morbimortalidades como causas externas. Como problema que acomete toda a sociedade sem distinção, a violência está sempre na pauta das discussões nos movimentos globais e agenda de saúde global.

Foi necessário que o tema violência fosse incluído na pauta da saúde, entendendo-se que tal inserção poderia contribuir com a discussão e sua prevenção. É importante ressaltar que segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, os gastos ocorridos em sua prevenção são bem menores do que os gastos para repará-la (KRUG *et al.*, 2015).

3.3 Saúde e violência

Buscando compreender o impacto da violência sobre a saúde, devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida. Outro desafio é reconhecer a imensa parte invisível da violência que não resulta em mortes ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que se encontram submetidos de forma crônica aos abusos, no caso, a violência doméstica e intrafamiliares, com agressões físicas, sexuais e psicológicas, além da privação e negligência, que acometem, sobretudo, mulheres, crianças e idosos (KRUG *et al.*, 2015; SHARAIBER, 2006).

Nesse sentido, a violência deve ser considerada como um problema de saúde pública, pois acompanha toda a experiência humana, exige atenção e cuidado dessa área para que possa ser prevenida e tratada (MINAYO, 2006).

Priorizar estratégias, visando alertar, sem alarmar, a população e desta forma capacitar a sociedade para esse problema é extremamente necessário e urgente (REDONDO, 2012).

As pessoas atingidas pela violência, seja ela de qualquer natureza, são, na maioria das vezes, referenciadas ao setor da saúde. A partir desta realidade, a OMS lançou, em 2002, o primeiro relatório sobre violência e saúde com uma revisão global sobre a questão da violência, o que é?, quem é afetado por ela? e como enfrentá-la? O relatório traz um olhar profundo sobre o tema que assombra as pessoas ao redor do mundo.

3.4 Violência doméstica

Dentre as violências, a violência doméstica é considerada também um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo - uma violação dos direitos humanos. A importância de estudar esta temática encontra-se no sofrimento físico, psíquico, biológico, social, bem como, nos efeitos que produz nas pessoas próximas. Investigar a dinâmica que contribui expressivamente no estabelecimento de relações amorosas/familiares que resultam na violência doméstica parece crucial para a busca de formas de cessação desta adversidade muitas vezes invisível em nossa sociedade (ZANCAN, 2013).

Segundo Minayo (2006), a violência nos incomoda quando se aproxima de nós, e quando ela chega perto temos a verdadeira noção de seu impacto seja nas nossas vidas ou de pessoas próximas e familiares. No cotidiano cada dia mais presente ela se apresenta como uma força aparentemente incapaz de ser detida. A vulnerabilidade em que se encontra hoje a população quer seja pela mitigação do poder estatal, quer seja pelas alterações nas relações familiares, coloca a violência e o medo como grandes pontos de discussões tanto na área da saúde como em toda sociedade em geral.

A presença da agressividade nas relações amorosas vai na contramão do que se espera desse tipo de relacionamento: trocas afetivas, companheirismo, entre outras características que fazem com que as pessoas busquem compartilhar as suas vidas e não viver de forma isolada (STENZEL, 2014).

A agressão, muitas vezes, se manifesta a partir de conflitos físicos, mas pode apresentar-se através de abusos sexuais e psicológicos, sendo estes mais difíceis de serem identificados no ambiente do lar por serem considerados muitas vezes, pela vítima, como uma forma de comunicação do casal dificultando a denúncia e a cessação da mesma (SILVA, 2014).

Diante disto, faz-se necessário um olhar profundo sobre a questão da violência doméstica, pois ela toma a forma de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos ou patrimoniais e se transformam em um grande desafio para os profissionais de saúde para o reconhecimento da mesma. As inúmeras variáveis culturais e psíquicas envolvidas se colocam como dificultadoras para lidar com essa situação (LIMA, 2010).

O Mapa da Violência nos mostra que a residência é o local privilegiado de ocorrência da violência não letal, para ambos os sexos; significativamente superior para o sexo feminino (71,9%), em relação ao masculino (28,1%). Portanto a violência doméstica é um problema social cada vez mais comum na nossa sociedade e seu desencadeamento pode estar associado a vários fatores como relações familiares desgastadas, dificuldades financeiras, fatores culturais e socioeconômicos (WAISELFISZ, 2016).

A violência presente nas relações familiares ocasiona uma violação de direitos humanos, prejudicando a saúde e podendo culminar com a morte das pessoas envolvidas. Um ato de violência geralmente é entendido como uma ameaça à vida por sua alusão à morte e por vir acompanhado, muitas vezes, do silêncio e submissão por parte da vítima (LIMA, 2010).

Portanto, nos casos de violência doméstica existe uma relação que está prejudicada, seja nos casos entre marido e mulher, seja entre pais e filhos. Nessa perspectiva, entendemos que certas famílias possuem certa vulnerabilidade, fatores de risco que podem favorecer o estabelecimento da violência doméstica, como realidade social, psicológica de submissão, dentre outros. Stenzel (2014) salienta que os homens também podem ser olhados com esse mesmo entendimento, de que há uma vulnerabilidade que os acomete, tornando-os mais propensos a serem autores de violência contra as suas parceiras.

Durante muito tempo a violência doméstica não foi reconhecida como um ato passível de punição. Lima (2010) relata que a violência doméstica somente ganhou expressão através do movimento feminista, quando da vitimização de 17 mulheres pelo parceiro conjugal passou a ter visibilidade e ir contra a crença popular de que 'em briga de marido e mulher não se mete a colher'. Assim no final dos anos 70 e início dos anos 80 no Brasil, começaram a surgir as Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres, as Casas Abrigo e os Centros de Referência Multiprofissionais com enfoque na violência física e sexual cometida pelo parceiro ou ex-parceiro conjugal. A partir disso, passou a se pensar em prevenção e tratamento para a violência doméstica contra a mulher.

Com o intuito de coibir a violência doméstica, em 2006, foi sancionada a Lei 11.340, a partir dessa Lei - a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), todo caso de violência doméstica contra a mulher é considerado crime e deve passar por inquérito policial que será remetido ao Ministério Público. Esses inquéritos passaram a ser julgados nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, instrumentos criados a partir dessa legislação (STENZEL, 2014).

A lei ainda classifica e diferencia os tipos de violência doméstica, proíbe a aplicação de penas pecuniárias aos agressores, prevê a prisão em flagrante e amplia a pena a eles imputada.

Mesmo que a lei esteja em vigor desde 22 de setembro de 2006 e tenha contribuído de forma relevante para que o fenômeno da violência doméstica fosse encarado com seriedade, algumas dificuldades ainda permanecem sem uma solução definitiva, devido ao caráter complexo e multifatorial da violência.

Minayo (2006) reforçou que mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violência é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, provocando crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescerem e se desenvolverem.

As consequências da violência doméstica para a pessoa agredida são grandes, atingindo diversas situações, desde ocorrências de ferimentos até impactos

psicológicos como ansiedade, depressão, dependência química e farmacológica e em alguns casos tentativas de suicídio (KRUG *et al.*, 2015).

A violência seja ela física ou psicológica nos incomoda e nos provoca, pois, se apresenta como um ato de covardia, do mais forte contra o mais fraco, do homem para mulher ou vice-versa, do poderoso para o humilde, do adulto para a criança ou idoso. Violência são conflitos de autoridade, de poder, é uma busca de domínio sobre o outro. São sempre atos cometidos na tentativa de controlar alguém (SMITH *et al.*, 2017).

A violência doméstica como uma questão social, é mais conhecida por referência aos abusos, abandonos, negligências e maus-tratos que sofrem as crianças, as mulheres e os idosos. Essas agressões e maus tratos físicos e psicológicos seguem ainda um rastro de um tempo em que os castigos ou punições e a desqualificação moral ou a humilhação, principalmente, das crianças, eram uma forma de educar (MARTINS, 2013).

Pensar que o risco de agressão grave possa resultar em danos ou morte da vítima não é tarefa simples, pois a violência doméstica é um dos maiores problemas que as autoridades precisam enfrentar. A dinâmica das histórias de maus tratos que se instaura entre agressor e vítima em suas casas ocorre em âmbito privado e é ainda desconhecida tanto pelo Sistema de Garantia de Direito como pelo sistema judiciário e penal e pelos órgãos responsáveis pela execução das políticas públicas, o que dificulta a interferência de terceiros (STENZEL, 2014).

Diante disso, a violência doméstica nos coloca frente a um grande desafio: o 'silêncio das vítimas'. Como ela ocorre dentro do local que deveria ser o mais seguro, por pessoas ligadas, muitas vezes, por fortes laços emocionais, a vítima muitas vezes se sente culpada pelas agressões, se sente envergonhada. Expor essa violência e principalmente expor esse membro da família é muitas vezes uma decisão difícil de ser tomada. O agressor pode também se desculpar e 'prometer' ser essa a última vez. Mistura-se toda uma gama de sentimentos como culpa, esperança, medo e, às vezes, o silêncio parece ser a melhor saída para as vítimas já fragilizadas. A violência doméstica se associa com uma cultura imposta ainda enraizada em nossa sociedade onde a relação de poder que o homem pode exercer sobre a mulher, o que lhe dá o "direito" de agredi-la, seja lá qual for o motivo escolhido (BITTAR; NAKANO, 2011).

Não é possível desconsiderar que a família muitas vezes possui uma dinâmica que inclua a violência em suas relações, ou seja, se relacionam por meio de uma dinâmica de violência. Refletindo sobre a importância da família na estruturação dos indivíduos, os tipos de violência que a afetam, os possíveis danos, os fatores de risco e proteção e associações possíveis, é preciso conhecer essa realidade, como um fenômeno complexo, cheio de significados pessoais, sociais e culturais que envolvam outras desigualdades sociais e suas consequências na constituição do sujeito, da família e da sociedade (SCHMIDT, 2010).

Na situação de violência, a vítima vive um duplo abuso, o ato violento, seja ele de qualquer natureza, e o da invasão de sua privacidade pela exposição do ato sofrido. E seria possível citar um terceiro, ao ato, a agressão vir daquele que deveria protegê-la, no caso de pais, mães ou filhos (as) agressores (as), ou daquele (a) escolhido (a) para ser seu (sua) companheiro (a) de vida, marido/esposa (STENZEL, 2014).

Diante desse cenário, a busca por ajuda passa por situações nem sempre confortáveis. A denúncia à polícia diz às vezes de uma ruptura familiar e por isso a decisão implica conflito. Silêncios e invisibilidades são realidades que podem e devem ser abordadas. As repercussões da denúncia, da condição de sujeito privado, da exposição à qual o denunciante se expõe devem chamar a nossa atenção para a violência doméstica e seu caráter privado (SIMI, 2012).

Pensar os danos causados para a saúde mental de alguém que sofre agressão é pensar não apenas nos danos sofridos, mas nas consequências enquanto adoecimentos que se transformam em ansiedades, depressões e outros tantos sintomas já conhecidos em nossa sociedade.

A violência doméstica atinge crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, constitui uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, uma ofensa à dignidade humana, limitando o reconhecimento e o exercício de tais direitos e liberdades. Acontece em todos os setores da sociedade, ao longo do ciclo vital, sem distinção de classe social, grupo racial, nível econômico, educacional ou religião (KRUG *et al.*, 2015; REDONDO, 2012).

3.5 A violência contra idosos

A natureza da violência que sofre a população idosa coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e introjeta na sua cultura (MINAYO, 2005).

Assim como em muitos países do mundo, no caso brasileiro, as violências contra a geração idosa se configuram a partir de uma forma de tratá-la e representá-la, cujo sentido se pode resumir nos termos descartável e peso social. Essa discriminação tem vários focos de expressão e de reprodução (MINAYO, 2006).

Considerada a importância de se classificar e definir alguns termos, vejamos o que está oficializado na Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde (2001):

- a. violência estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação;
- b. violência interpessoal nas formas de comunicação e de interação cotidianas e
- c. na violência institucional, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação. Na cotidianidade, as marcas estruturais são a base naturalizada de atualização das várias formas de violência que se expressam entre e intra-classes e segmentos sociais. Nas instituições, as burocracias que se investem da cultura do poder sob a forma da impessoalidade, reproduzem e atualizam, nos atos e nas relações, as discriminações e os estereótipos que mantêm a violência. No caso dos idosos, dificilmente se observa a violência da resistência por parte deles, muito frequente em grupos dependentes e dominados. Existem idosos violentos e nas delegacias especializadas para atendê-los há também queixas e denúncias contra eles. Porém suas reações em muito menor proporção do que os agravos que sofrem, se devem à sua fragilidade frente ao poder dos adultos que comandam a sociedade. Trata-se da mesma fragilidade que os torna particularmente mais pobres e miseráveis entre os pobres e miseráveis e vítimas de abusos físicos, psicológicos e negligências. Internacionalmente e no Brasil, algumas categorias,

que se mencionam a seguir, têm sido usadas para classificar os diferentes tipos de violência, dos quais os idosos são vítimas (BRASIL, 2001).

Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.

Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.

Abuso sexual e violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

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

Negligência se refere 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 contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outras formas de violência que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa idosa, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma. (BRASIL, 2001).

De acordo com Minayo (2005), o fenômeno da violência contra a pessoa idosa é uma manifestação que não respeita as demarcações decorrentes do status socioeconômico, raça ou religião, sendo todos vulneráveis em maior ou menor

intensidade. Vários estudos e pesquisas sobre violências contra pessoas idosas, tanto no Brasil como no exterior, tem demonstrado que frequentemente elas são praticadas por pessoas muito próximas da vítima, seja no seu domicílio, numa instituição de longa permanência ou em outros serviços para pessoas idosas.

Segundo estudos, a violência contra idosos ocorre mais na esfera doméstica no que em outros contextos, sendo, então, subnotificado (KRUG *et al.*, 2015; SMITH, 2017).

Apesar de poucos estudos sobre a prevalência da violência doméstica contra o idoso, algumas pesquisas realizadas na Austrália, Canadá, Inglaterra e Irlanda do Norte concluíram que “a proporção de pessoas idosas que sofrem violência oscila entre 3% e os 10% da população. No Canadá 55% dos casos denunciados eram de abandono, 15% de violência física e 12% de exploração econômica” (PAIVA; TAVARES, 2015).

Por se tratar de uma violência ainda silenciada, os dados sobre agressões contra idosos são escassos e não demonstram a realidade brasileira. O Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República é um importante instrumento de denúncia. Durante o ano de 2011 e 2012 esse sistema registrou 31.742 denúncias relacionadas às pessoas idosas e no mesmo período foram registradas 66.441 violações de direitos humanos também contra esse público. O tipo de violência mais comum em 2012 foi negligência (68,7%), seguido de violência psicológica (59,3%), abuso financeiro e econômico ou violência patrimonial (40,1%), e violência física (34%), sendo que a maioria das vítimas são mulheres (69%) (VIVA, 2011).

Percebem-se alguns avanços no sistema de proteção social às pessoas idosas brasileiras, seja no enfrentamento da violência ou na melhoria da qualidade de vida. Entretanto, a realidade dos municípios ainda é preocupante, uma vez que essas políticas ainda não são prioridades nas agendas de seus governantes. Esse sistema está previsto a partir da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003), da Política Nacional de Assistência Social, (Resolução 145, de 15 de outubro de 2004), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2.528 de 19 de outubro de 2006). Todavia, diante da realidade da violência contra as pessoas idosas

parece que apenas a existência destes dispositivos não é suficiente para o enfrentamento desse problema (FLORENCIO, 2013).

Diante do fenômeno crescente de envelhecimento da população, é extremamente relevante o tema da violência doméstica contra idosos. Nesse sentido, é importante identificar indicadores sociais que são associados à violência, quais foram seus principais agressores, entendendo que violência contra idosos na maioria das vezes envolve negligência e abandono (PINTO *et al.*, 2013).

Além da negligência e abandono, podemos somar a esses fatores o empobrecimento da população, a invalidez física ou mental do idoso, um histórico de vida com experiências de vivenciar a violência, o cuidador com seus problemas e dificuldades, a moradia muitas vezes com muitos membros da família, as perdas materiais, o isolamento social, a doença do idoso e a consequente diminuição de sua capacidade funcional e cognitiva (DUQUE *et al.*, 2012).

Violência doméstica contra idosos pode ser definida como qualquer ato, isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma relação de confiança e que cause danos físico, psíquico, moral, sexual ou incômodo (REDONDO, 2012).

Idosos são vítimas de diferentes tipos de violência, abuso físico, maus tratos, violência psicológica, sexual, abandono, negligência, sendo esta última uma das formas mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outras formas de violência que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais e acometem em particular, os idosos que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade (BRASIL, 2011).

Os idosos sofrem além da violência doméstica física, outras formas de violência como a desresponsabilização familiar pelos cuidados de saúde que mantém e preservam a sua sobrevivência, o autoritarismo e a apropriação abusiva de seus bens, formas mais simbólicas e psicológicas, mas que deixam marcas e destruição na vida de quem depende do outro para ser cuidado (PAIVA; TAVARES, 2015).

O cuidado com a pessoa idosa, no Brasil e também na maioria das sociedades, é responsabilidade dos familiares segundo o Estatuto do Idoso, 2003. Embora a legislação brasileira 'obrigue' os filhos a cuidar e amparar os pais na velhice, os idosos

constituem uma categoria social com alta porcentagem de pessoas extremamente frágeis e em decorrência da obrigação de assistência por parte dos filhos, estes idosos podem acabar sendo vítimas de maus tratos (PINTO *et al.*, 2013).

Entre as formas de violência contra os idosos encontram-se: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, abandono abuso financeiro, negligência e autonegligência. Abandono e negligência são as formas de violência que mais acometem os idosos. A violência doméstica contra idosos pode ser desencadeada e estar associada a fatores de risco como relações familiares desgastadas, dificuldades financeiras, fatores culturais e socioeconômicos, distribuição de heranças e migração de alguns componentes familiares. A violência doméstica no Brasil contra idosos é muito mais séria e com proporções maiores do que se possa perceber. Outras formas de violência como maus tratos sob a forma de negligência, abandono, omissões, descuidos, isolamento, não são percebidas para a maioria dos familiares e por parte da sociedade como violências e estão presentes na vida dos idosos (SILVA *et al.*, 2012).

Pesquisas revelam que cerca de dois terços dos agressores são os filhos e os cônjuges. Há uma porcentagem maior de casos de filhos agressores do sexo masculino do que do sexo feminino. Outros agressores presentes são as noras, genros e cônjuges do sexo masculino. Quanto ao perfil, a literatura aponta alguns dados relevantes mais comuns: residir com o idoso, relação de dependência entre eles, abuso de álcool ou drogas, presença de vínculos afetivos pobres, vive socialmente isolado e acaba por isolar o idoso, sofreu ou sofre agressões por parte do idoso e pode apresentar depressão ou algum tipo de transtorno mental. Outro fator importante é o agressor ser portador de algum sofrimento mental (PINTO *et al.*, 2013).

Segundo Silva (2014), Com frequência, os agressores apresentam, além da dependência financeira e psicológica do idoso, conforme já foi dito, um isolamento social e familiar, bem como uma história anterior de violência, problemas cognitivos e dependência de álcool e drogas.

A presença de um agravo mental pode estar relacionada aos atos de violência em geral, ou então potencializá-los. Relação de dependência do idoso, seja física ou mental, também contribui para a ocorrência da violência doméstica contra ele. Quanto ao arranjo familiar, existe uma forte associação entre este e a violência doméstica,

casas que possuem um número maior de moradores percebe-se uma prevalência maior do idoso vivenciar violência doméstica (DUQUE *et al.*, 2012).

Um ponto importante a destacar é a subnotificação da violência contra idosos. As pessoas da família não comentam e não denunciam os atos de violência e na maioria dos casos os idosos não saem de casa e muitas vezes têm medo de falar. É difícil calcular com exatidão a repercussão da violência contra a pessoa idosa, seja em nível local ou mundial, isto porque as fontes de dados confiáveis e expressivas são escassas, em virtude de a violência permanecer restrita a esfera doméstica, e na maioria das vezes, oculta pela família (SILVA *et al.*, 2013). Desta forma é importante identificar determinantes sociais associados à violência contra idosos, mesmo sabendo que os processos que ligam os indicadores com a prática de violência sejam complexos (PINTO *et al.*, 2013).

Diversos estudos têm descrito que as mulheres idosas sofrem mais abusos do que os homens idosos, possivelmente, decorrem da questão do sexo se aliando ao fato de que as idosas estão em situação de maior vulnerabilidade do que os idosos (DUQUE *et al.*, 2012).

Pesquisas apontam que, por meio dos discursos se percebe a violência doméstica ocasionada pelo uso abusivo de álcool. Apesar das diversas causas que podem provocá-la, podemos dividir os fatores de sua origem em grandes grupos: os fatores intrafamiliares, onde estão localizados os relacionamentos familiares como um todo; e o fatores sociais, entre eles, o uso de álcool e drogas, fenômenos comuns na sociedade contemporânea (RUELAS *et al.*, 2016).

No tocante ao idoso, quando a pessoa que cuida apresenta problemas de alcoolismo, dependência de drogas ou dificuldades emocionais, aumenta o risco de ocorrência de maus tratos. O abuso do álcool é um forte agravante da violência doméstica física contra idosos e seu efeito é potencializado caso o familiar agressor apresente algum distúrbio de comportamento, dificuldade de ajuste social e uso de medicações restritas (RUELAS *et al.*, 2016).

Com relação aos idosos, no Brasil e no mundo, o tema violência apresenta uma lacuna de publicações científicas até o início dos anos 2000, quando começa a despontar o interesse pela área (MINAYO, 2005). Este silêncio, evidenciado pela

escassa produção científica, não significa que esta faixa etária seja menos afetada, ao contrário, os idosos são vítimas de múltiplos tipos de violência, abusos e maus tratos como abuso físico, sexual, emocional, exploração financeira, abandono, negligência e autonegligência (MINAYO, 2009).

O envelhecimento da população vem forçando uma reorganização da estrutura familiar, tornando necessário um ambiente onde a velhice não seja vista de forma negativa, mas para isso, os membros da família precisam valorizar o idoso no seu ciclo de vida (BRASIL, 1994; DUQUE *et al.*, 2012).

3.6 Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

A interface entre ciências sociais e saúde vem ampliando a discussão dos profissionais e pesquisadores acerca da saúde e seus determinantes contrapondo a produção científica do século XIX e início do século XX, quando a saúde era tratada, apenas, em seus aspectos biológicos (SOUZA *et al.*, 2013); inserindo neste novo cenário os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), estes entendidos como as características sociais dentro das quais a vida transcorre ou como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (WHO, 2007). Tal definição foi aprimorada no Brasil com a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006; assim a CNDSS reconhece a seguinte definição para os DSS "são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população". Em suma: são as condições sociais de vida e trabalho dos indivíduos. Observamos que, apesar de não se questionar – ou questionar de modo insuficiente – o modo de produção econômica que sustenta uma ordem societária destrutiva para a saúde dos indivíduos, apesar de se utilizar o enfoque social para propor ações de saúde fragmentadas – via políticas sociais – e de caráter reformista, a busca por uma concepção de saúde que não seja meramente biológica permite, ao menos, um espaço de discussão sob perspectivas teóricas mais amplas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste sentido diversos autores (Alberto Pellegrini Filho, Paulo Marchiori Buss, Antônio Ivo de Carvalho, Anamaria Testa Tambellini, Maria Cecília S. Minayo e Margaret Whitehead, dentre outros), principalmente aqueles vinculados a centros de pesquisa que colaboram com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e às diversas comissões de âmbito nacional, vêm tecendo considerações que afirmam e reconhecem o papel das questões sociais no desenvolvimento da saúde nos indivíduos e populações.

A busca pela saúde é tema do pensar e do fazer humano desde tempos imemoriais, a concepção de saúde postulada pela OMS vem sendo considerada como irreal, ultrapassada e unilateral. Em sentido mais abrangente, encontramos a discussão realizada na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, onde se definiu o estado de saúde, como o resultado dentre outras, das condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego e das formas de organização social e de produção, reconhecendo assim a interligação de aspectos subjetivos e também sociais, que são determinantes para o estado de saúde, o que supera a tradição higienista, curativista e medicalizada da medicina tradicional. Na intenção de desvendar os fenômenos que envolvem a vida e seu processo saúde-doença, vários modelos de DSS foram construídos (CARVALHO *et al.*, 2014).

Podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: a primeira buscava descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda dedicava-se ao estudo dos gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual dedica-se a responder como a estratificação social, no dizer de Adler, “entra” no corpo humano, ou seja, investigar os mecanismos de produção das iniquidades em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

3.7 Determinantes de violência contra o idoso

Atualmente a longevidade humana apresenta-se como uma grande conquista histórica e social, contudo a velhice tem sido pensada, quase sempre, como um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso, como se nessa etapa da vida deixasse de existir o potencial de desenvolvimento humano; envelhecer é um processo,

inerente a todos os seres, inicia na concepção e perpassa todos os dias de nossas vidas; na qual pode resultar em duas situações-limite: uma com excelente qualidade de vida e outra com qualidade de vida muito ruim; entre esses dois extremos, diversas situações intermediárias; dependente de inúmeras variáveis, algumas pertencentes a nós mesmos como indivíduos e, as demais, dependentes da sociedade e do meio em que vivemos; sendo a condição mais degradante a violência e maus tratos ao idoso (WHO, 2014).

Nos últimos anos o grau de sensibilidade social pelo fenômeno da violência contra a pessoa idosa, vem aumentando consideravelmente; entretanto é difícil estimar em números o peso da violência contra o idoso; pois as fontes de dados são pouco confiáveis, além de ser um fato velado pela família, cuidadores e prestadores de serviços em saúde (MINAYO, 2005).

A violência contra o idoso não é recente, é considerada um problema universal que acontece em diferentes culturas, independentemente de *status* socioeconômico, etnia e religião; trata-se de uma violação de direitos humanos; podendo ser definida como ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física, emocional e social dos longevos, o que conseqüentemente acarreta adoecimento físico e psicológico, quando não culminando com a morte (MINAYO, 2004; SILVA; DIAS, 2016). Como agravo de notificação compulsória, possui uma tipologia bastante complexa sendo compreendida como maus-tratos físicos ou violência física; violência psicológica ou maus-tratos psicológicos, abuso sexual ou violência sexual; abandono; negligência; abuso financeiro ou econômico; autonegligência; além da discriminação (exclusão do idoso do mercado de trabalho ou a exploração de sua mão de obra) e violência medicamentosa (uso inapropriado ou excessivo de remédios não prescritos); configurando assim um fato social; portanto um DSS.

A busca de caminhos propositivos de intervenção apontam para, primeiramente, o conhecimento real da situação e a implementação de medidas de prevenção da violência e da massificação da cultura de paz. Nesta toada, estudos anteriores (DUQUE *et al.*, 2012; WARMLING *et al.*, 2018) verificaram a associação de fatores determinantes para a ocorrência de violência no idoso, a exemplo, morar com o cônjuge, autopercepção negativa de saúde, menor nível de escolaridade, dependência financeira

do agressor em relação ao idoso, capacidade funcional, número de morbidades e idade – descritores de prevalência de violência no idoso.

Dentre os determinantes relacionados à violência em idosos, o uso de álcool foi o mais identificado (ELBOGEN *et al.*, 2009; YAN *et al.*, 2015). A depressão também desponta como um fator associado importante à violência, sendo notado que os idosos que apresentam sintomas depressivos possuem maiores chances de serem vítimas de abuso, tanto homens quanto mulheres, quando comparados com aqueles que não sofreram violência (FERRARI *et al.*, 2013; FAZEL *et al.*, 2015).

Para a OMS, os fatores determinantes da violência no idoso fazem parte de um modelo, uma hierarquia aninhada de quatro níveis do ambiente: individual, relacionamento, comunidade e sociedade. No Brasil, os principais fatores associados são os baixos níveis educacionais, fatores cognitivos, dependência funcional e depressão (DUQUE *et al.*, 2012; DONG 2014).

A identificação dos determinantes de violência no idoso possibilita ações de saúde adequadas para a prevenção e controle além de configurar numa abordagem mais abrangente do fenômeno violência nesse grupo etário.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Para o desenvolvimento deste estudo foi realizado um recorte do Inquérito SAUVI – Pesquisa sobre Saúde e Prevenção da Violência desenvolvida pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG em parceria com o município de Betim. Esse recorte abordou as variáveis relacionadas à saúde e ocorrência de violência contra o idoso.

O Inquérito SAUVI foi um estudo transversal - inquérito domiciliar - realizado no Município de Betim. Teve por objetivo o estudo da violência, em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais, a saber: homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos, por meio de entrevistas estruturadas utilizando questionários organizados em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e violência autoinfligida.

Considerou-se como população alvo todas as pessoas com 20 ou mais anos de idade, residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos no Município. Betim possui 624 setores censitários, 111.764 domicílios e uma população de 412.003 habitantes (IBGE, 2015). A unidade amostral primária foi o setor censitário; a secundária, o domicílio; e a terciária, a pessoa que respondeu ao questionário.

4.2 Plano amostral

A definição do tamanho da amostra considerou o método de amostragem estratificada por conglomerados, com a seleção feita em três estágios (setor censitário, domicílio e respondente). A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89% e considerou dados da pesquisa de vitimização sobre violência doméstica para alguns municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, realizada em 2006 pelo Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública da

UFMG para o cálculo da prevalência, sendo de 0,126 a proporção de violência doméstica para o Município de Betim.

Voltando ao método empregado para definição da amostra recorreu-se à lista oficial dos domicílios, fornecida pelo IBGE, com um total de 111.764 domicílios e 624 setores censitários, utilizando como identificador o endereço do domicílio. Por outro lado, recusas, endereços inexistentes, domicílio fechado ou abandonado e condições de saúde que impediram a realização da entrevista foram considerados perdas que representaram 151 dos 1.280 domicílios selecionados (11,8% da amostra). Os casos inelegíveis encontrados durante a produção de dados foram substituídos por domicílios com características similares, gerando uma amostra definida para 1.280 domicílios em 64 setores censitários com um desvio padrão de 0,337, já considerando as perdas e recusas.

Ao final, participaram do estudo 1.129 indivíduos, correspondendo a igual número de domicílios, com um total de 200 idosos entrevistados. Essa amostra de idosos foi representativa na estrutura populacional dos idosos de Betim para estudo de prevalência analítica.

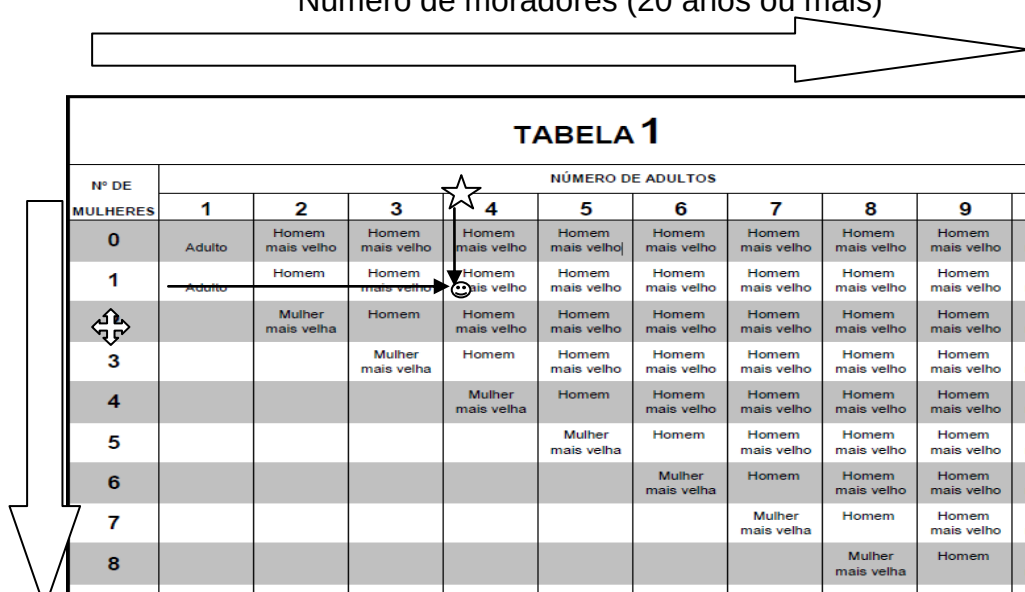
A seleção dos setores censitários e dos domicílios foi realizada eletronicamente por meio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 e a seleção do sujeito respondente no domicílio ocorreu segundo a metodologia de Kish, que preconiza a seleção aleatória de uma unidade amostral num domicílio.

Os aplicadores das entrevistas receberam uma pasta com um conjunto de 32 tabelas de Kish e na frente de cada endereço na planilha era possível encontrar qual dentre as 32 tabelas deveria utilizar. Com essa tabela era possível saber qual pessoa entrevistar através dos seguintes passos: primeiro, deveria ser perguntado quantas pessoas com 20 anos ou mais moram na casa; depois quantas mulheres também com 20 anos ou mais moram na casa. Logo após deveria cruzar essas informações e saber quem seria o entrevistado. O cruzamento das informações foi realizado conforme o exemplo abaixo: caso estivesse informado, a tabela de Kish número 1, o procedimento seria, na linha horizontal, colocar o número de pessoas com 20 anos ou mais que moram na casa (seta horizontal branca). Na vertical, o número de mulheres com 20 anos ou mais que moram na casa (seta vertical branca). Apurando o número de quatro

peças com 20 anos ou mais (estrela), morando na casa, sendo duas delas mulheres de 20 anos ou mais (cruz). Na célula onde a linha horizontal encontrar com a linha vertical (setas pretas) estava a informação sobre qual pessoa deveria ser entrevistada: nesse exemplo, seria o homem mais velho (carinha) (Figura 1).

Figura 1 - Demonstração da aplicação das tabelas de Kish na seleção do respondente no domicílio selecionado, Betim, 2014

Número de moradores (20 anos ou mais)



Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
2		Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3			Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4				Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5					Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6						Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7							Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho
8								Mulher mais velha	Homem	Homem mais velho
9									Mulher mais velha	Homem
10										Mulher mais velha

Fonte: Kish, 1965.

Se a pessoa selecionada estivesse incapacitada de responder, por exemplo, cirurgia de garganta, ou um idoso com Alzheimer, então, essa pessoa era retirada da conta. Continuando no exemplo, o homem mais velho encontrado estava em coma e não poderia responder. Então, a casa passaria a ter três pessoas, sendo duas mulheres (Figura 2).

Figura 2 - Demonstração da aplicação das tabelas de Kish na seleção do respondente no domicílio selecionado, Betim, 2014

TABELA 1										
Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
2		Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3			Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4				Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5					Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6						Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7							Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
8								Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho
9									Mulher mais velha	Homem mais velho
10										Mulher mais velha

Fonte: Kish, 1965.

Então, retirando o homem mais velho, a escolha recaía sobre o outro homem da casa. Se uma mulher fosse escolhida e ela estivesse incapacitada, então, ela deveria ser retirada. Desta maneira, seria preciso retirar uma pessoa do total de moradores (horizontal) e retirar também do total de mulheres (vertical). Em outra casa, o aplicador fica sabendo que lá moram três pessoas com 20 anos ou mais, todas elas mulheres. Quem ele iria entrevistar? Ao perguntar sobre os membros da família, fica sabendo que existe uma mulher que tem 102 anos e já não sabe mais responder. Neste caso, o aplicador, deveria retirá-la, ficando duas pessoas, ambas mulheres (Figura 3).

Figura 3 - Demonstração da aplicação das tabelas de Kish na seleção do respondente no domicílio selecionado, Betim, 2014

TABELA 1										
Nº DE MULHERES	NÚMERO DE ADULTOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Adulto	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
1	Adulto	Homem	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
2		Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
3			Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
4				Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
5					Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
6						Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
7							Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho	Homem mais velho
8								Mulher mais velha	Homem mais velho	Homem mais velho
9									Mulher mais velha	Homem mais velho
10										Mulher mais velha

Fonte: Kish, 1965.

Então, seria entrevistada a mais velha dentre as duas que permaneceram.

4.3 Seleção do questionário e critérios de inclusão e exclusão

Para participar da pesquisa, o respondente poderia ser homem ou mulher de 60 anos ou mais residente nos setores censitários urbanos de Betim.

Não participaram: idosos hospitalizados ou residentes de Instituições de Longa Permanência e idosos que não falavam ou que possuíam problemas neurológicos.

- a. se fosse homem de 60 anos ou mais: responderia ao questionário geral + questionário de idoso;
- b. se fosse mulher de 60 anos ou mais: responderia ao questionário geral + questionário da mulher + questionário específico do idoso.

É muito importante lembrar que como os idosos incapacitados foram excluídos, o inquérito não coletou informações sobre idosos vulneráveis.

4.4 Produção de dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas, sendo utilizado um questionário composto de 563 questões, distribuídas em 11 blocos, a saber: bloco 1: Informações gerais – perfil sociodemográfico do entrevistado e dos moradores do domicílio; bloco 2: Criança – informações sobre saúde e violência contra criança; bloco 3: Saúde - informações sobre o estado de saúde e qualidade de vida; bloco 4: Ambiência – informações a respeito dos serviços de saúde utilizados pelo entrevistado; bloco 5: Meio Ambiente – informações sobre o meio ambiente onde reside; bloco 6: Trabalho – informações sobre riscos e violência no trabalho; bloco 7: Trânsito: informações sobre acidentes e prevenção no trânsito; bloco 8: Violência: informações sobre os principais tipos de violência (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais, falta de cuidados necessários); bloco 9: Violência por parceiro íntimo – informações sobre violência contra mulher ou contra o homem por parceiro íntimo; bloco 10: Violência sexual – informações sobre violência sexual praticada por qualquer pessoa em qualquer momento da vida; e por fim o bloco 11: Enfrentamento da violência: - informações sobre ações de prevenção da violência.

Esse instrumento foi elaborado tendo por referência a literatura atualizada sobre o tema e instrumentos disponíveis, especialmente a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). O questionário foi testado previamente e corrigido. O recorte utilizado englobou, além das características sociodemográficas e ocupacionais, as questões do bloco sobre violência, questões específicas sobre as condições de saúde dos idosos nos últimos 12 meses.

Para a investigação da violência no idoso e sua relação com as condições sociais e de saúde, foram selecionadas doze variáveis do bloco Informações Gerais, 38 variáveis do bloco Violência e 16 variáveis do bloco sobre as condições de saúde sobre os idosos. As variáveis do bloco Informações Gerais se referiam às características sociodemográficas como sexo, idade, raça, escolaridade, renda, estado civil e ocupação das vítimas de violência. Já as variáveis do bloco Violência utilizadas investigavam o local de ocorrência da agressão e o tipo da violência sofrida (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais, falta de cuidados necessários), conforme explicitado no Manual sobre as Questões do Questionário Geral do Inquérito SAUVI (2014). Já o bloco de condições de saúde sobre os idosos abordava questões referentes problemas de saúde, hábitos, atividades de vida diária e sintomas depressivos.

A violência física foi caracterizada como atos violentos com uso de força física, de forma intencional, com objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, deixando ou não marcas evidentes no corpo, como queimaduras, tapas, beliscões, chutes, empurrões, arremesso de objetos dentre outros.

A violência verbal foi entendida como ataques com palavras de baixo calão ou injuriosas. O silêncio, enquanto recusa em se comunicar quando indagado ou na solicitação de informações, também foi considerado violência verbal.

A violência moral ou psicológica foi definida como toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.

A violência sexual, por sua vez, foi caracterizada como qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada,

mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Além disso, envolve comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sexualidade.

A violência implícita na discriminação por racismo como maneira de discriminar pessoas baseada em motivos raciais, cor da pele ou outras características físicas, de tal forma que umas se consideram superiores a outras.

A violência referida à falta de acesso aos direitos sociais abrange a carência de acesso à educação, saúde, alimentação, trabalho e moradia, entre outros.

Por fim, a violência inerente à falta de cuidados necessários refere-se à negligência e/ou abandono, entendidos como omissão ou deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa.

O estudo foi realizado no período de julho a novembro de 2014 e investigou os episódios ocorridos nos 12 meses anteriores à data de aplicação do questionário. Participaram desse trabalho as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além de outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e alunos do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da UFMG. Todos os profissionais que participaram da pesquisa foram treinados, receberam cópia do Manual de Campo e receberam supervisão dos pesquisadores durante todas as fases. Os dados obtidos alimentaram um banco construído utilizando-se o pacote estatístico SPSS, versão 20.0. As análises partiram das informações coletas das seguintes variáveis/questões:

CONDIÇÕES SOCIAIS	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
1- Setor censitário	Qual setor
2- Endereço completo	Especificar: Rua/Av., nº e bairro
3- Estado Civil	a) Com companheiro b) Sem companheiro
4- Cor ou raça	a) Branca b) Preta c) Amarela d) Parda e) Indígena
5- Ocupação/Atividade	a) Formal b) Informal c) Desempregado d) Aposentado
6- Qual é a renda do (a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00)	a) Até um salário mínimo (até R\$724,00) b) Mais de 1 até 3 salários mínimos (Mais de R\$724,00 até R\$2172,00).

	c) Mais de 3 até 5 salários mínimos (Mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) d) Mais de 5 salários mínimos. (Mais de R\$ 3620,00) e) Não possui renda
7- Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00)	a) Até um salário mínimo (Até R\$ 724,00) b) Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) c) Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) d) Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) e) Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) f) Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) g) Ninguém possui renda na minha família
8- O (a) Sr.(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde?	a) Sim b) Não c) Não sei
9. Na sua casa, existem pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa? (Idoso, pessoa com deficiência, doenças crônicas, doença mental, etc.)	a) Sim b) Não
10. Quantas pessoas se encontram nessa condição de precisar de cuidados de outros?	
11. Quantas pessoas moram na sua casa?	
12. O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente?	a) Sim b) Não
13. O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica?	a) Sim b) Não c) Já bebi e não bebo mais
14. Quantos dias por semana o sr(a) costuma tomar bebida alcoólica?	
15. Como você avalia sua saúde nos últimos 3 meses	() ruim ()boa

VIOLÊNCIA	
Variável	Categorias
1. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi fisicamente agredido dentro do serviço de saúde por algum funcionário?	a) Sim b) Não
2.. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi verbalmente agredido, humilhado ou ignorado dentro do serviço de saúde por algum funcionário?	a) Sim b) Não
3. O (a) Sr.(a) agrediu fisicamente algum funcionário dentro do serviço de saúde?	a) Sim b) Não
O (a) Sr.(a) sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?	
4. Física	a) Sim b) Não
5. Verbal	a) Sim b) Não
6. Moral ou Psicológica	a) Sim b) Não
7. Sexual	a) Sim b) Não
8. Discriminação por racismo	a) Sim b) Não
9. Falta de acesso a direitos sociais	a) Sim b) Não

10. Falta dos cuidados necessários	a) Sim b) Não
Em que local esta violência ocorreu?	
11. No domicílio	a) Sim b) Não
12. No trabalho	a) Sim b) Não
13. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	a) Sim b) Não
14. Na rua	a) Sim b) Não
15. Em clube, bar ou similar, academia	a) Sim b) Não
16. Outros	a) Sim b) Não
17. Essa violência limitou as suas atividades habituais?	a) Sim b) Não
18. O (a) Sr.(a) recebeu assistência por profissionais de saúde por causa dessa violência?	a) Sim b) Não
A violência SOFRIDA foi cometida com:	
19. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	a) Sim b) Não
20. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	a) Sim b) Não
21. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	a) Sim b) Não
22. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	a) Sim b) Não
23. Arremesso de substância/objeto	a) Sim b) Não
24. Envenenamento	a) Sim b) Não
25. Outra coisa	a) Sim b) Não
Quem o agrediu fisicamente?	
26. Pai	a) Família
27. Mãe	b) Parentes
28. Tio(a)	c) Externos
29. Irmão(a)	
30. Filho(a)	
31. Padrasto	
32. Madrasta	
33. Parceiro(a); esposo(a)	
34. Chefe ou colega de trabalho	
35. Bandido, ladrão, assaltante	
36. Policial ou guarda municipal	
37. Segurança ou porteiro	
38. Profissional da saúde	
39. Profissional da escola	
40. Vizinho ou conhecido	
41. Outros	
Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente?	
42. Pai	a) Família
43. Mãe	b) Parentes
44. Tio(a)	c) Externos
45. Irmão(a)	
46. Filho(a)	
47. Padrasto	
48. Madrasta	
49. Parceiro(a); esposo(a)	
50. Chefe ou colega de trabalho	
51. Bandido, ladrão, assaltante	
52. Policial ou guarda municipal	
53. Segurança ou porteiro	
54. Profissional da saúde	
55. Profissional da escola	
56. Vizinho ou conhecido	
57. Outros	
58. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) presenciou algum evento violento no seu bairro e/ou vizinhança?	a) Sim b) Não
59. O (a) Sr.(a) conhece alguém que foi assassinado no seu bairro e/ou vizinhança?	a) Sim b) Não
60. O (a) Sr.(a) considera a sua cidade violenta?	a) Sim b) Não

61. O (a) Sr.(a) já pensou em mudar de cidade por causa da violência?	a) Sim b) Não
62. O (a) Sr.(a) se acha violento (a)?	a) Sim b) Não
63. O (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o Sr.(a) possui arma de fogo em casa?	a) Sim b) Não
64 O (a) Sr.(a) já pensou em suicídio?	a) Sim b) Não
65. O (a) Sr.(a) já tentou suicídio?	a) Sim b) Não
66. Qual foi o motivo o(a) levou a tentar suicídio? ()1. Perda financeira, dívida ()2. Desemprego ()3. Sentimento de culpa, vergonha ou vingança ()4. Briga com parceiro(a) ()5. Conflitos familiares ()6. Tristeza/Depressão ()7. Outros ()8. Sem motivo ()9. Prefiro não responder ()10 NSA	
VIOLÊNCIA SEXUAL	
67. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual?	() Sim, () Não () Não me lembro
68. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez?	

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO (questionário sobre idosos)	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
1. O Sr(a) tem algum “problema” que dificulta enxergar bem pelo menos com um dos olhos?	() Sim () Não () Não sei
2. Tem surdez em pelo menos 01 dos ouvidos ou algum “problema” na audição que dificulta escutar bem?	() Sim () Não () Não sei
3. Você tem alguma dificuldade em se comunicar?	() Nenhuma () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre.
4. Você tem alguma dificuldade para lembrar-se (das coisas do dia a dia)	() Nenhuma () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre.
5. Você tem alguma dificuldade de aprender novas tarefas (como aprender como chegar a um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)	() Nenhuma () Raramente () Às vezes () Quase sempre () Sempre.
6. Nos últimos 12 meses, o (a) senhor (a) sofreu alguma queda?	() Sim () Não
9. De altura elevada	() Sim () Não () Não sei
23. Reside com alguém que faz uso de bebida alcoólica?	() Sim () Não () Não sei
Caso tenha respondido sim, quem é (são) esta (s) pessoa (s)? 24. Esposa (o)/ Companheira (o)	() Sim () Não () Não sei

25. Filho (a)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
27. Cuidador contratado	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
28. Outros parentes	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
29. Outros (amigos, vizinhos)	
30. Nos últimos 30 dias, recebeu visita de algum filho que não reside no domicílio?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
31. Nos últimos 30 dias, recebeu visita de amigos ou vizinhos?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
ATIVIDADES DIÁRIAS	
1.O Sr(a) tem alguma dificuldade para executar atividades básicas da vida diária?	
Alimentação	Pontos
Banho	
Vestuário	
Higiene pessoal	
Uso do vaso sanitário	
Eliminações intestinais	
Eliminações vesicais	
Transferência cadeira-cama	
Deambulação	
Subir e descer escadas	
2 No último ano, o Sr(a) tomou algum empréstimo?	a) Sim b) Não
3. Em relação ao manuseio do dinheiro o (a) senhor (a) consegue resolver “problemas financeiros” como pagar contas ou passar cheques e cartões sem auxílio?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
Caso tenha respondido que não consegue exercer controle sobre suas finanças ou precisa de ajuda, quem o (a) auxilia, ou o faz para você?	
4. Esposa (o)/ Companheira (o)/ Cônjuge	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
5. Filha que reside no domicílio	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
6. Filho que reside no domicílio	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
7. Filha que não reside no domicílio	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

8. Filho que não reside no domicílio	() Sim () Não () Não sei
9. Genro	() Sim () Não () Não sei
10. Nora	() Sim () Não () Não sei
11. Profissional de saúde contratado	() Sim () Não () Não sei
12. Pessoa voluntária (amigos, vizinho	() Sim () Não () Não sei
13. Outro	() Sim () Não () Não sei
Agora você responderá questões sobre situações que podem ocorrer no seu dia a dia.	
14. Você tem medo de alguém na sua família?	1.() Sim. 2. () Não
15. Alguém perto de você tentou ferir ou prejudicar você recentemente?	1.() Sim. 2. () Não
16. Alguém perto de você chamou-lhe de nomes ou deixou você para baixo ou fez você se sentir mal recentemente?	1.() Sim. 2. () Não
17. Você tem privacidade suficiente em casa?	1.() Sim. 2. () Não
18. Você confia na maioria das pessoas da sua família?	1.() Sim. 2. () Não
19. Você pode usar sua própria medicação melhorar por si mesmo (a)?	1.() Sim. 2. () Não
20. Você fica triste ou solitária (o) muitas vezes?	1.() Sim. 2. () Não
21. Você sente que ninguém quer você por perto?	1.() Sim. 2. () Não
22. Você se sente desconfortável com alguém da sua família?	1.() Sim. 2. () Não
23. Você pode usar sua própria medicação por si mesmo (a)	1.() Sim. 2. () Não
24. Alguém em sua família quer que você fique na cama ou diz que você está doente quando você sabe que não está?	1.() Sim. 2. () Não
25. Alguém já o (a) obrigou a fazer coisas que você não quer fazer?	1.() Sim. 2. () Não
26. Alguém já pegou coisas que pertencem a você sem o seu consentimento?	1.() Sim. 2. () Não
Outras questões	
27. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam têm usado ou manejado seu dinheiro sem seguir suas instruções?	a) Sim b) Não
28. No último ano, alguma das pessoas que o rodeiam deixaram de levá-lo (a) ou acompanhá-lo (a) ao médico, ou a algum atendimento de saúde?	a) Sim b) Não

Para determinação da relação entre violência x autonomia, utilizou-se a variável relacionada às atividades de vida diária (escore).

Para cálculo do escore sobre sintomas depressivos, foram pontuadas com peso negativo, as respostas de 13 questões que abrangiam os tópicos referentes a medo, ofensa, privacidade, confiança, autonomia, tristeza, dentre outros. Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas referentes

aos sintomas depressivos do idoso, construiu-se um indicador para representar esse grau de sintomas. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas assim: (1) sim e (-1) não, e ponderadas pela contribuição (C_i) o intervalo poderia ir de mais sintomas depressivos ($C_i=1$) a menos sintomas depressivos ($C_i=-1$).

Quadro 1 - Variáveis utilizadas para a composição do indicador, a partir das questões do inquérito

Variáveis (X_i)		Contribuição (C_i)
X_1	Você tem medo de alguém da sua família?	1
X_2	Alguém próximo tentou ferir ou prejudicar você recentemente?	1
X_3	Alguém próximo de você lhe chamou de nomes fez você se sentir para baixo ou sentir-se mal?	1
X_4	Você tem privacidade na sua casa?	-1
X_5	Você confia na maioria das pessoas da sua família?	-1
X_6	Consegue tomar medicação e ir a lugares sem ajuda?	-1
X_7	Você fica triste ou solitária (o) muitas vezes?	1
X_8	Você sente que ninguém o quer por perto?	1
X_9	Você se sente rejeitado por alguém da sua família?	1
X_{10}	Você se sente incomodado perto de alguém da sua família?	1
X_{11}	Alguém da sua família quer que você fique na cama ou diz que você está doente quando sabe que não está?	1
X_{12}	Alguém já o obrigou a fazer coisas que você não quer?	1
X_{13}	Alguém já pegou coisas suas sem seu consentimento?	1

A expressão para o cálculo do indicador de sintomas depressivos (ISD) ficou assim definida:

$$ISD = \sum_{i=1}^{13} X_i$$

Esse indicador foi padronizado para que assumisse valor na escala 0-1. A padronização adotada está apresentada na equação abaixo.

$$ISD_{pad_i} = \frac{ISD_i - \min (ISD)}{\max (ISD) - \min (ISD)}$$

Os pontos de corte foram assim definidos: 0 a 0,33 (fraco); 0,33 a 0,66 (médio) e 0,66 a 1 (forte).

É importante notar que quanto mais próximo de 1 for o ISD_{pad} significa a existência de mais sintomas depressivos no idoso segundo o seu próprio relato. A

distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski *et al.* (2004).

Já para análise da variável de independência financeira, foram avaliadas as questões referentes ao controle individual das finanças, bem como, a capacidade de pagar contas ou passar cheques e cartões sem auxílio.

Foi calculado ainda o índice de Barthel, que possibilitou a avaliação do nível de independência do idoso para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

A análise de correspondência (AC) também foi utilizada para avaliar a associação das variáveis para desfecho da violência no idoso. AC é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais destacam. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007). Em suma, as ferramentas metodológicas para alcançar os objetivos propostos foram as seguintes: 1) teste Qui-quadrado; 2) análise bivariada; 3) Análise de Correspondência e 4) análise discriminante logística. Este estudo contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

4.5 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número CAAE 02235212.2.0000.5149 com anuência do Município de Betim (ANEXO A, B). Cada entrevistador apresentou a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado por ambos, ficando uma via para cada um

(APÊNDICE A). Além disso, houve publicação da ocorrência da Pesquisa no Órgão Oficial de Betim, afixação de cartazes nas Unidades de Saúde, inserção de informações no site da UFMG, cobertura da mídia televisiva, rádio, e ainda, enviado carta para o domicílio selecionado informando da pesquisa, bem como, o endereço e telefone do Comitê de Ética da UFMG.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo será apresentado em forma de artigos.

5.1- Artigo 1 - Submetido à Revista Brasileira de Enfermagem – Reben (qualis A2 para Enfermagem e B2 para Odontologia)

Título: Fatores determinantes da violência no idoso.

Resumo

Objetivo: analisar a ocorrência da violência em idosos e seus fatores determinantes em uma cidade de médio porte no Brasil. Método: estudo transversal, constituído por inquérito populacional realizado através de entrevistas estruturadas. A amostra foi estratificada por conglomerados e ao final, contou com 200 idosos. Os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado e submetidos à Análise de Correspondência. Resultados: O estudo revelou associação à violência aos homens que eram dependentes, que exerciam controle do seu dinheiro e possuíam cônjuge. Já nas mulheres, revelou associação com não exercer controle do seu próprio dinheiro, escolaridade > 4ª série, sem cônjuge e com grau alto de sintomas depressivos. Conclusão: Este estudo reafirmou o perfil do idoso vítima de violência através da análise de sua ocorrência e seus fatores associados. Destaca-se o papel do enfermeiro que deve estar preparado para identificar violência contra idosos, bem como aplicar o cuidado e encaminhamento adequados.

Descritores: Maus-Tratos ao Idoso; Envelhecimento; Violência; Condições Sociais; Enfermagem Geriátrica.

Introdução

Desde a década 70, vem ocorrendo no mundo uma redução no ritmo de crescimento da população, com mudanças na estrutura etária. A redução das taxas de mortalidade e de fecundidade é responsável por essa tendência demográfica e no Brasil, vem acontecendo de maneira muito acelerada, quando comparada à experiência

européia⁽¹⁻²⁾. Essa transformação tem sido marcada mais por ações médico-sanitaristas do Estado do que adaptações estruturais que pudessem influenciar a qualidade de vida das pessoas, sendo considerada um desafio para a saúde pública⁽³⁾. Além disso, a violência neste grupo etário têm exigido novas intervenções.

A violência contra os idosos é definida como um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e resulta, na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor, omissão ou perda dos direitos humanos e redução da qualidade de vida⁽⁴⁾. Pode ser caracterizada como agressão física, verbal, moral ou psicológica, sexual, negligência ou abandono, tanto social quanto institucional⁽⁵⁾. Trata-se de um problema multicausal e complexo, com consequências devastadoras para esses indivíduos, pois, além de agressões à saúde física, mental e espiritual, acarretam baixa qualidade de vida e falta de segurança⁽⁶⁾.

Estimativas de prevalência dos tipos mais comuns de violência que costumam ocorrer com idosos em países de renda alta ou média são em ordem decrescente: abuso financeiro, abuso psicológico, negligência, abuso físico e abuso sexual. No Brasil, estimativas de prevalência de violência no idoso, apontam que a psicológica atinge de 9,6 a 43,2% e a física de 9,6 a 67,7%, variando, sobretudo em função da região do estudo, sexo e dependência funcional ou não do idoso. Pode-se afirmar que os dispositivos de proteção social existentes não têm sido suficientes para o seu enfrentamento⁽⁸⁾.

Para a OMS, os fatores determinantes da violência no idoso fazem parte de um modelo que consiste em uma hierarquia aninhada de quatro níveis do ambiente: individual, relacionamento, comunidade e sociedade. Um estudo realizado no México identificou como fatores de risco para violência em idosos, nos homens, a idade mais jovem (60-64 anos), ensino superior (ensino médio ou superior) e menor status socioeconômico. Entre as mulheres, o risco foi associado à depressão⁽⁹⁾. No Brasil, os principais fatores associados são os baixos níveis educacionais e fatores cognitivos, dependência funcional e depressão⁽¹⁰⁾.

Apesar da indiscutível evidência dos dados nacionais e internacionais sobre o impacto desse problema social na qualidade de vida dos idosos, ainda é escassa a consciência dos profissionais de saúde sobre a gravidade da situação e sobre o importante papel que a área pode desempenhar⁽¹¹⁾. Nessa vertente, esse estudo aborda o papel da enfermagem - uma ciência que presta cuidados de saúde à

população idosa em vários segmentos e contextos. Esta ciência está pautada em um corpo de conhecimento próprio, focado na integralidade do ser humano. O cuidado com os idosos constitui uma responsabilidade incomparável para os enfermeiros (em todos os níveis de complexidade) cabendo investigar e identificar os casos de violência, abordar corretamente o cliente, participar do cuidado multiprofissional, intervir de forma eficaz de acordo com cada situação. De forma preventiva, o enfermeiro pode aplicar estratégias educativas para controle da violência contra o idoso quando sua prática estiver focada nas famílias e comunidades⁽¹²⁾.

A inquietação por estudar esta temática apreendendo seus fatores determinantes e o papel do enfermeiro orientou para a definição do foco deste estudo com a intenção de despertar a atenção desses profissionais para achados aqui descritos. O objetivo foi, portanto, analisar a ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados em uma cidade de médio porte no Brasil.

Métodos

Este é um estudo transversal derivado de um Inquérito sobre saúde e prevenção da violência realizado pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este inquérito buscou coletar dados que possibilitassem o estudo da violência em suas múltiplas faces, em diferentes grupos populacionais.

O inquérito considerou como população alvo todas as pessoas ≥ 20 anos de idade, residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos na cidade de Betim, Minas Gerais. Este é um município industrial, que compõe a Região Metropolitana de Belo Horizonte, com 624 setores censitários, 111.764 domicílios e uma população de 412.003 habitantes à época da coleta de dados.

A definição do tamanho da amostra considerou o método de amostragem por estratificação e conglomerados, com a seleção feita em três estágios: setor censitário, domicílio e o respondente. A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89%. A seleção dos setores censitários e dos domicílios foi realizada eletronicamente por meio do *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 e a seleção do sujeito respondente no domicílio ocorreu segundo a

metodologia de Kish, que preconiza a seleção aleatória de uma unidade amostral num domicílio.

Recorreu-se à lista oficial dos domicílios, fornecida pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando como identificador o endereço do domicílio. A recusa, endereço inexistente, domicílio fechado ou abandonado e condições de saúde que impediram a realização da entrevista, foram considerados perdas que representaram 151 dos 1.280 domicílios selecionados (11,8% da amostra). Os casos inelegíveis encontrados durante a produção de dados foram substituídos por domicílios com características similares, gerando uma amostra definida para 1.280 domicílios em 64 setores censitários, já considerando as perdas. Ao final, participaram do estudo 1.129 indivíduos, correspondendo a igual número de domicílios, com um total de 200 idosos entrevistados. Essa amostra de idosos foi representativa na estrutura populacional dos idosos de Betim para estudo de prevalência analítica.

A pesquisa foi realizada no período de julho a novembro de 2014 e investigou os episódios ocorridos nos 12 meses anteriores à data de aplicação do questionário. Participaram desse inquérito, além de participantes do grupo de pesquisa, Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais da Secretaria de Saúde de Betim. Os dados obtidos alimentaram um banco construído utilizando-se o pacote estatístico SPSS. A capacitação de todos os pesquisadores foi realizada de forma teórica e prática para alinhamento de conceitos e questionamentos, fundamentada no Manual do Pesquisador elaborado.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado como questionário, tendo por referência a literatura atualizada sobre o tema e a Pesquisa Nacional de Saúde, sendo testado previamente para sua adequação. Foi organizado em blocos temáticos: condições sociodemográficas, saúde, trabalho, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária e violência autoinfligida. Alguns blocos incluíram questionários já validados como: índice de Barthel e de sintomas depressivos.

Foram selecionadas variáveis do bloco sobre a violência (variável dependente), bloco de informações gerais e o de condições de saúde dos idosos. Sobre a violência foram considerados o local de ocorrência da agressão e o tipo da violência sofrida

(física, verbal, moral/psicológica, sexual). Das informações gerais foram considerados: sexo, escolaridade (no máximo 4ª série e a partir de 5ª série do ensino fundamental) e estado civil (com ou sem cônjuge). Das condições de saúde foram considerados o grau de sintomas depressivos, de independência para atividades diárias (Índice de Barthel) e o grau de dependência para o manejo financeiro.

Construiu-se um indicador a partir das questões sobre depressão do questionário para representar o grau de sintomas depressivos do idoso. As categorias destas variáveis foram codificados em sim (1) e não(-1), e ponderadas pela contribuição (C_i), com um intervalo que poderia ir de mais sintomas depressivos ($C_i=1$) a menos sintomas depressivos ($C_i=-1$). A expressão para o cálculo do Indicador de Sintomas Depressivos (ISD) ficou assim definida:

$$ISD = \sum_{i=1}^{13} X_i$$

Esse indicador foi padronizado para que assumisse valor na escala 0-1 e a padronização adotada está apresentada na equação abaixo:

$$ISD_{pad_i} = \frac{ISD_i - \min (ISD)}{\max (ISD) - \min (ISD)}$$

Foi calculado ainda o índice de Barthel, atividades de vida diária, que possibilitou a avaliação do nível de dependência do idoso para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas⁽¹⁰⁾. A análise do grau de dependência para o manejo financeiro ocorreu de acordo com questões relacionadas ao controle individual das finanças e capacidade de pagar contas ou passar cheques e cartões sem auxílio.

Inicialmente foi feita uma análise bivariada e posteriormente a Análise de Correspondência (AC), para explorar a estrutura de relações entre as variáveis: dependente (violência no idoso) e independentes. AC é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. O teste Qui-quadrado de homogeneidade foi realizado para testar se a proporção de violência era a mesma para as categorias de cada variável explicativa. Os valores são significativos quando

inferiores a 0,05. Com a AC tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais destacam. As análises de correspondência foram realizadas no sistema estatístico R, versão 3.0.2. Este estudo contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Resultados

No total da amostra, ocorreram 32 casos de violência, que vitimaram 22 idosos, com prevalência de 11%. Observou-se que alguns idosos foram vitimados por mais de um tipo de violência. Do total de ocorrências de violência, destacou-se a falta de acesso a direitos sociais (10 idosos), seguida pela violência verbal (7), moral/psicológica (6), falta de cuidados necessários (5), física (2), sexual (1) e discriminação (1). Os resultados das variáveis estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Variáveis socioeconômicas e de saúde relacionadas à ocorrência de violência contra o idoso, Brasil, 2014.

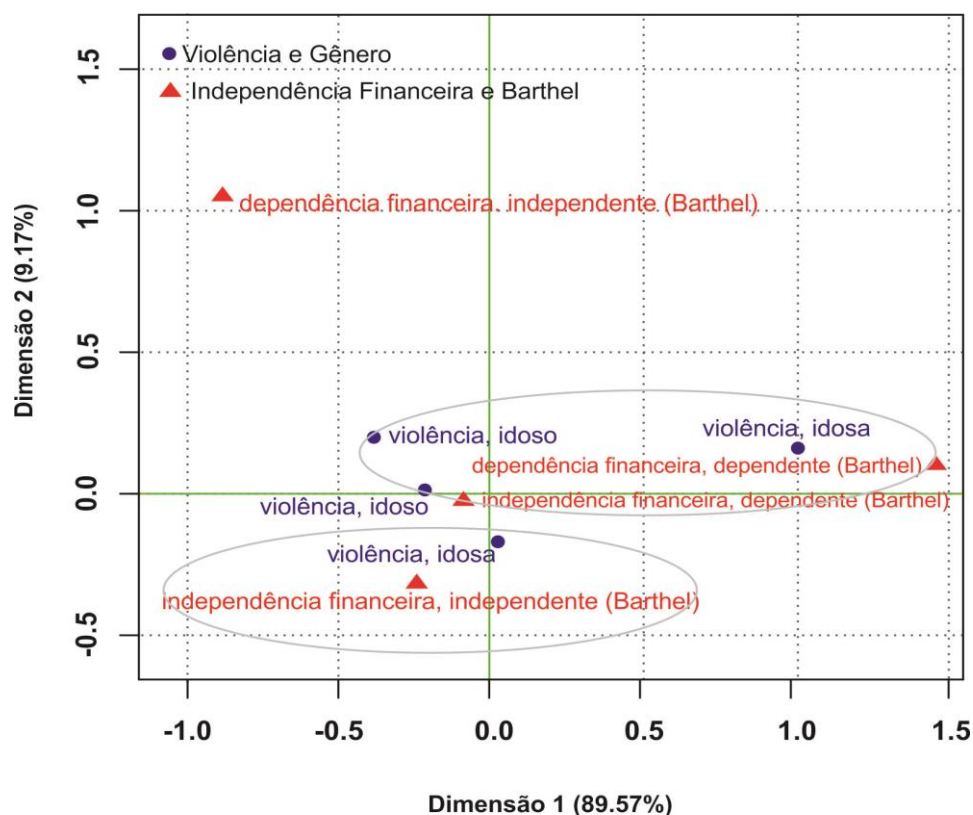
Variáveis socioeconômicas e de saúde		Violência?				Total		Valor p
		Não		Sim				
		n	%	n	%	n	%	
Sexo								
	Homem	62	35,0	8	36,4	70	35,0	0,1317
	Mulher	116	65,0	14	63,6	130	65,0	
Escolaridade								
	No máximo 4ª série do EF*	135	75,9	15	68,2	150	75,0	0,0348
	A partir da 5ª série do EF	38	21,3	7	31,8	45	22,5	
	Não respondeu	5	2,8	0	0,0	5	2,5	
Estado civil								
	Com Cônjuge	81	45,8	11	50,0	92	46,0	1,0000
	Sem Cônjuge	97	54,2	11	50,0	108	54,0	
Manejo do dinheiro								
	Não autônomo	10	5,6	4	18,2	14	7,0	0,0002
	Autônomo	168	94,4	18	81,8	186	93,0	
Sintomas depressivos								
	Baixo	112	63,0	5	22,7	117	58,5	0,0687
	Médio	54	30,3	6	27,3	60	30,0	
	Alto	12	6,7	11	50,0	23	11,5	
Dependente para as atividades de vida diária (índice de Barthel)								
	Sim	11	6,2	3	13,6	14	7,0	0,0001
	Não	167	93,8	19	86,4	186	93,0	

* Ensino Fundamental.

Dos idosos que sofreram violência, 9,1% foi física e 4,5% sexual. A violência física ocorreu somente no ambiente doméstico e, entre estes, 11,1% eram idosos dependentes de acordo com o índice de Barthel. Entre todos os idosos, 1,3% são dependentes e sofreram violência. Do total de idosos dependentes, 20% sofreram violência doméstica.

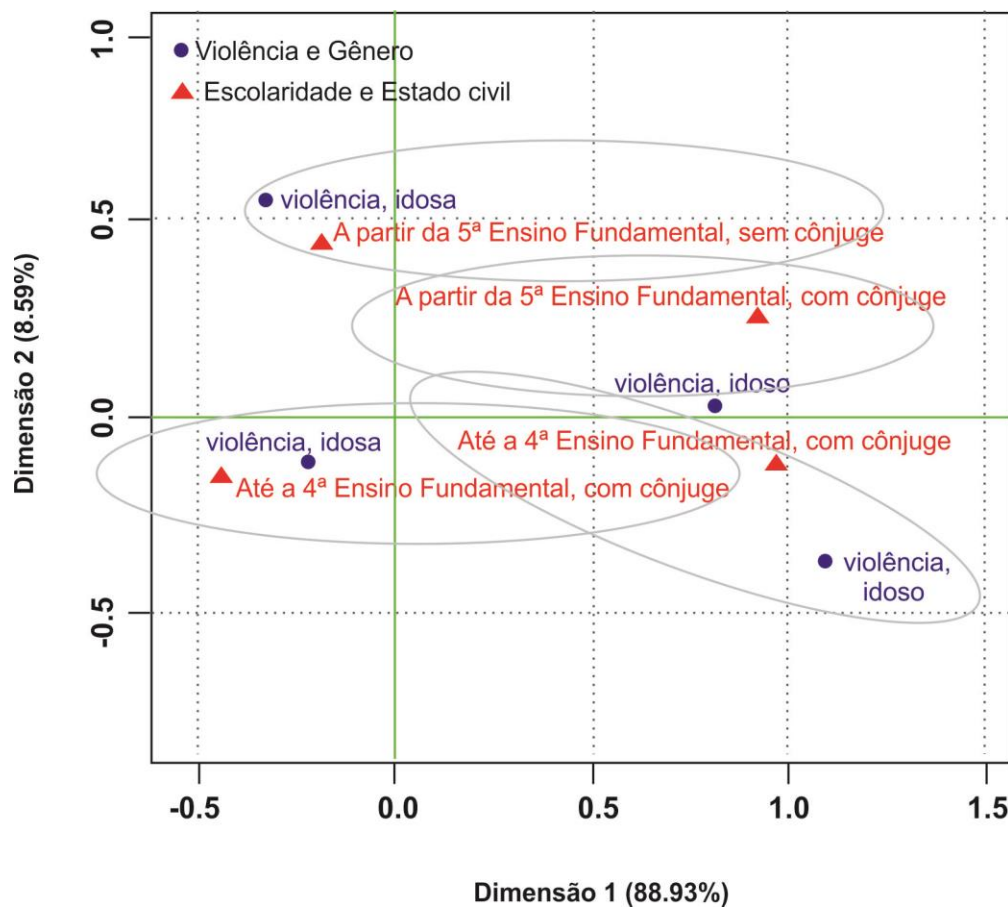
A Figura 1 revela uma maior associação entre as idosas que não relataram sofrer violência com não ter o seu dinheiro usado por outros, seja dependente ou independente na escala de Barthel. As idosas que sofreram violência apresentaram uma associação mais forte com ter o seu dinheiro usado por outro e ser dependente. Verifica-se que os idosos do sexo masculino que relataram ter sofrido algum tipo de violência estão mais associados com a dependência, mas tem controle sobre seu próprio dinheiro. Idosos do sexo masculino que não foram vítimas de violência obtiveram uma associação mais forte com aqueles que são independentes e que ninguém gerencia o seu dinheiro.

Figura 1: Mapa de correspondência entre a violência e sexo, a independência financeira e Barthel.



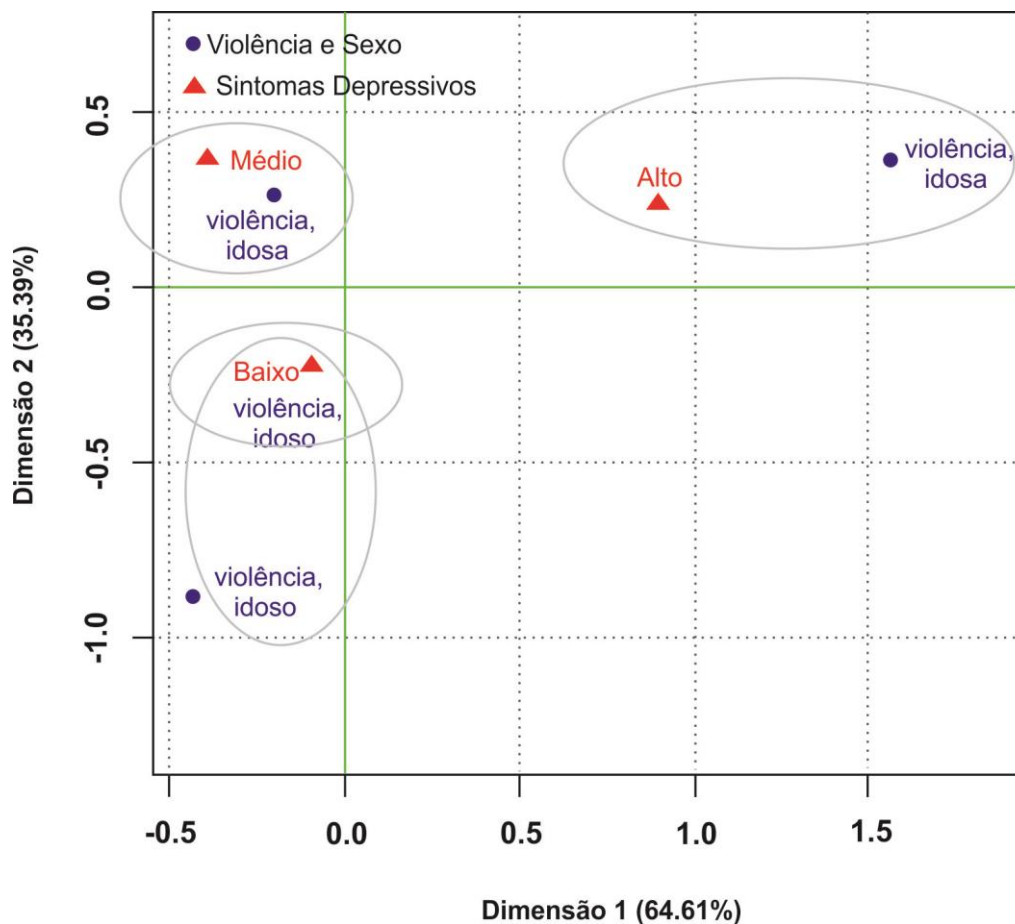
A Figura 2 revela que idosas que relataram sofrer violência estudaram a partir da 5ª série do ensino fundamental e não possuem cônjuge. Observou-se que as idosas que afirmaram não ter sofrido violência estudaram até a 4ª série do ensino fundamental e não têm cônjuge. Já os do sexo masculino que afirmaram não ter sofrido violência possuem cônjuge.

Figura 2: Mapa de correspondência entre a violência e sexo, escolaridade e estado civil.



A Figura 3 revela uma associação entre as idosas que relataram sofrer violência e com o grau alto de sintomas depressivos. Observou-se também que as idosas que afirmaram não ter sofrido violência obtiveram um grau médio de sintomas depressivos. Os idosos do sexo masculino que afirmaram não ter sofrido violência apresentaram baixo grau de sintomas depressivos.

Figura 3: Mapa de correspondência entre a violência e sexo e sintomas depressivos.



Discussão

Este estudo representa uma contribuição para a identificação da ocorrência e fatores associados à violência em idosos em um município de médio porte no Brasil. A análise dos resultados permitiu traçar um perfil da vítima com variação pelo sexo. Os homens que sofreram violência eram dependentes mantinham o controle do seu dinheiro e possuíam cônjuge. Já as mulheres eram dependentes não tinham controle do seu dinheiro, com escolaridade > 4ª série, sem cônjuge e com alto grau de sintomas depressivos.

Apesar da escassez de estudos específicos, a prevalência encontrada de 11,1%, apresentou resultado similar ao de um levantamento realizado na Índia⁽¹³⁾ em 2014. Neste estudo, as formas mais prevalentes corresponderam à falta de acesso a direitos sociais (31%) seguidos pela violência verbal (22%), moral/psicológica (19%), falta de cuidados necessários (16%); física (6%), sexual (3%) e discriminação (3%). Ressalte-se

que estas taxas podem, muito provavelmente estar subestimadas, considerando que muitas pessoas são relutantes em relatar abuso⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A violência doméstica, como um tipo de violência, torna-se também um grande problema de saúde pública⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ pois pode provocar impactos graves na qualidade de vida dos idosos. O sofrimento psíquico causado deixa marcas profundas tanto para a vítima, quanto para quem está próximo⁽¹⁴⁾. Segundo alguns autores^(5,9,14), 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra idosos ocorrem nos lares ou em instituições asilares. Os resultados deste estudo revelaram coerência aos achados nacionais e internacionais^(9,14,17-18), pois mostraram que o problema da violência doméstica teve associação direta com o grau de dependência das idosas. A condição de dependência para as atividades de vida diária foi fator decisivo para o agravamento do problema, principalmente dentro dos lares.

Essa violência pode gerar sentimento de tristeza, raiva, medo, dor e sofrimento. Além disso, essas manifestações limitam a capacidade dos idosos de tomar decisões e reduzem sua confiança e autoestima^(14,17). Um estudo sobre as questões de sexo em pesquisa de abuso de idosos no Brasil e em Portugal⁽¹⁶⁾ apontou que são necessárias novas metodologias para entender e abordar a negligência, abuso e violência contra o idoso, especialmente nas mulheres mais velhas, sugerindo que fatores culturais podem influenciar percepções de abuso entre idosos. Este é um exemplo de desafio para o futuro.

Nesse contexto, uma importante variável de estudo para desfecho da violência é a escolaridade. Estudos demonstram que a educação tem uma relação negativa significativa com todos os tipos de abuso⁽¹³⁾. Aqueles com mais anos de educação são menos propensos a sofrerem violência em comparação com aqueles com menor instrução⁽¹⁹⁻¹⁹⁾. Os resultados deste estudo, no entanto, contrariaram a relação entre educação formal e violência, pois, as idosas que estudaram até a “4ª série do ensino fundamental” apresentaram menor chance de serem vítimas, comparadas com as que estudaram “a partir da 5ª série do ensino fundamental”. Tal fato pode estar associado com a dimensão plural da subnotificação, destacando-se a dificuldade de entendimento da pessoa idosa do conceito de violência e ao consenso de aceitação.

Ao analisar os determinantes de violência no idoso, poucos estudos tratam do abuso financeiro, todavia é equivalente a outras formas de abuso e pode ser devastador para o idoso, tendo relação quase sempre direta com os integrantes da

família, amigos próximos e cuidadores^(15,20). Conforme observado nesse estudo, as idosas que sofreram violência tiveram o seu dinheiro usado por outro e são mais dependentes na escala de Barthel. Dessa forma, a composição familiar e o risco psicossocial devem ser sempre investigados pelos profissionais de saúde, especialmente pelo enfermeiro, como um preditor da saúde do idoso.

Assim como encontrado em diversos estudos^(8,21-22), os resultados revelaram que as idosas que relataram sofrer violência apresentavam grau alto de sintomas depressivos. Esse determinante desponta para a ocorrência de condições de saúde crônicas, isolamento social, distúrbios emocionais decorrentes de questões sociais, mudanças fisiológicas e outras perdas⁽²²⁾.

Apesar da prevenção da violência ser dependente de uma consciência comunitária, geralmente os crimes contra o idoso são cometidos por filhos ou cônjuges⁽²³⁾. Todavia, os resultados demonstraram que as idosas com cônjuge tiveram menor incidência de violência, sendo identificada, neste caso, uma característica peculiar deste estudo.

As causas da violência no idoso são variadas e existem muitos fatores que afetam sua ocorrência. Muitos estudos enfatizam a importância da Enfermagem nessa detecção e prevenção. Conhecer os fatores determinantes dessa violência pode apoiar o raciocínio crítico/reflexivo do Enfermeiro no cuidado dos idosos. Desta maneira, durante o cuidado de Enfermagem é necessário considerar as dificuldades físicas, alterações emocionais, escolaridade e diagnosticar a autonomia do idoso com vistas a informação e prevenção da violência^(2, 24, 25, 26).

Uma limitação deste estudo foi o uso de dados autorrelatados e o viés de memória, principalmente por se tratar de indivíduos idosos. Outra questão importante é que a existência de vários conceitos de violência exige que qualquer comparação de resultados entre estudos seja realizada com cautela, devendo ser consideradas as particularidades metodológicas e as diferenças culturais.

Conclusão

Este estudo permitiu reafirmar o perfil do idoso vítima de violência através da análise de sua ocorrência e seus fatores associados. Os resultados apontam para a necessidade de conscientizar os enfermeiros no que se refere aos cuidados com os

idosos, principalmente, os dependentes. Desta maneira, destaca-se o papel desse profissional que deve estar preparado para identificar violência e abusos contra idosos, bem como aplicar o cuidado e encaminhamento correto, de acordo com cada situação.

Contudo, o enfrentamento da violência requer ações intersetoriais, sendo competência do Estado garantir os direitos desses cidadãos e fomentar medidas protetivas. Considerando a rapidez da mudança do perfil demográfico, parece haver ainda, muito que avançar para melhoria da qualidade do envelhecimento no Brasil.

Os resultados encontrados justificam o desenvolvimento de novas pesquisas acerca dos fatores determinantes da violência nos idosos, como também, maior atenção para a sua ocorrência, principalmente no ambiente domiciliar.

Referências

- 1- Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2754. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>. 05/31/2017.
- 2- Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(6):727-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>.
- 3- Öztürk K, Düzenli E, Öztürk F. Physical violence among elderly: analysis of admissions to an emergency department. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2017 Jan; 23(1):56-60. DOI:10.5505/tjtes.2016.90457.
- 4- Silva, CFS, e Dias, CMSB. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
- 5- Baker, MW. Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 2007; 12(6), 313-321. DOI: 10.1177/1078390306297519.
- 6- Santos CM, Marchi RJ, Martins AB, Neves HF, Padilha DMP, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Braz. oral res.* [Internet]. 2013 June [cited 2017 Apr 30]; 27 (3): 197-202. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-3242013000300197&lng=en. Epub Apr 19, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242013005000011>.
- 7- Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:357–363. DOI:10.1136/jech.2005.040071.

- 8- Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC e D'orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2016, vol.19, n.4 [cited 2017-06-07], pp.671-682. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en&nrm=iso. ISSN 1981-2256. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>.
- 9- Ruelas GMG, Duarte GMB, Flores HS, Ortega ADV, Cortés GJD, Taboada A, *et al.* Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health.* 2016 Feb 27;15:35. DOI: 10.1186/s12939-016-0315-y.
- 10- Dong X, Simon MA. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:10–5. DOI: 10.1111/jgs.12621.
- 11- Souza ER, Minayo MCS. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 Set [cited 2017 Abr 17]15(6): 2659-2668. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600002&lng=en&nrm=iso. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>.
- 12- Rodrigues IS, Feitosa CDA, Guimarães DBO *et al.* VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN HEALTH RESEARCH: AN INTEGRATIVE. *J Nurs UFPE on line.*, Recife, 9(3):7126-32, Mar., 2015. DOI: 10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201515.
- 13- Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India. The role of education. *BMC Public Health.* 2014;14: 336 DOI: 10.1186/1471-2458-14-336.
- 14- Souto RQ, Barbosa MA, Guruge MS and Jesus MCP. Older Brazilian women's experience of psychological domestic violence: a social phenomenological study. *International Journal for Equity in Health* The official journal of the International Society for Equity in Health 2015;14:44. DOI: 10.1186/s12939-015-0173-z. [Accessed April 19, 2017].
- 15- Brownell P. Preventing neglect, abuse and violence against older women. *Global Cooperation Newsletter*, October Issue. Entebbe: International Council of Social Welfare; 2013. (Review article). *SEEJPH* 2014. DOI: 10.12908/SEEJPH-2014-03.
- 16- Brownell P. A reflection on gender issues in elder abuse research: Brazil and Portugal. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov [cited 2017 Apr 30]; 21(11): 3323-3330. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103323&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.23142016>.
- 17- Minayo MCS, Souza ER, Paula DR. Systematic review of the Brazilian academic production about external causes and violence against the elderly. *Ciência & saúde coletiva* 2010, 15(6):2719–28. Available at:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20922280> [Accessed Abril 19, 2017]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600010>.

18- Ruelas GMG, Duarte GMB, Flores HS, Ortega ADV, Cortés GJD, Taboada A, *et al.* Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health*. 2016 Feb 27;15:35. DOI: 10.1186/s12939-016-0315-y.

19- Dong X, Simon MA. A descriptive study of sex differences in psychosocial factors and elder mistreatment in a Chinese community population. *Int J Gerontol*. 2008;2:206–214. DOI: 10.1016/S1873-9598(09)70009-2.

20- Melchiorre MG, Rosa M, Lamura G, Gonzales FT, Lindert J, Stankunas M, *et al.* Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. Published: January 19, 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>.

21- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013 Mar;43(3):471-81. DOI: 10.1017/S0033291712001511.

22- Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM. Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2015 Oct; 2(3): 224–232. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00128-X.

23- Lopes LE and Oliveira MLC. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.11 [cited 2017-20-05], pp.3523-3532. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lng=en&nrm=iso. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>.

24- Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010.

25- Graziamaria C, Ignazio G, Evgeniya I, Nicola F and Angela S. (2014). Elderly abuse: risk factors and nursing role. *Internal and emergency medicine*. DOI: 10.1007/s11739-014-1126-z

26- Campos ACV, Ferreira EF e Vargas AMD. Determinants of active aging according to quality of life and gender. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.7 [citado 2017-05-21], p.2221-2237. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702221&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>.

5.2- Artigo 2: Submetido na Revista BMC Public Health

Violence in the elderly: an analysis of associated factors.

Authors' names

Paulo Henrique Silva Maia, Federal University of Minas Gerais, Faculty of Dentistry. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. caremaia@gmail.com

Elza Machado de Melo Federal University of Minas Gerais, Medical school. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. elzamelo@medicina.ufmg.br

Raquel Conceição Ferreira, Federal University of Minas Gerais, Faculty of Dentistry. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. raquelcf@ufmg.br

Efigênia Ferreira e Ferreira, Federal University of Minas Gerais, Faculty of Dentistry. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. efigeniaf@gmail.com

Andréa Maria Duarte Vargas, Federal University of Minas Gerais, Faculty of Dentistry. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. vargasnt@task.com.br

Abstract

Background-The present study aimed to analyze the factors associated with the occurrence of violence in the elderly in a mid-sized city in Brazil from the perspective of the inclusion of knowledge and experience to combat this problem. **Methods**-Cross-sectional study, conducted through a population survey carried out using structured interviews. The sample was stratified by clusters, ending up with 154 elderly participants. The data were first analyzed by the Chi-square test and bivariate analysis. Later, a logistic discriminant analysis was conducted to explore the structure of the relations between the dependent (violence in the elderly) and independent variables. **Results**-Violence against the elderly was found to be associated with those who were victims of verbal violence and who had their money used by another person.

Conclusion-This study surpasses the organizational logic of violence and inserts a perspective of the inclusion of a wide range of knowledge and experience that can hone the view of healthcare professionals in order to identify these episodes of violence against the elderly.

Keywords: Aging. Violence. Risk factors.

Background

The aging of the population is a world phenomenon, associated with the reduction in mortality and fertility rates, as well as improvements of people's living conditions, resulting in changes in the age structure, primarily in developing countries. Over the past 10 years in Brazil, the population of 60-year-olds has grown by 21.6% and that of 80-year-olds or older by 47.8%, [1] a fact which shows the need for modifications in social policies and new challenges for public health.

Among these challenges, violence against the elderly stands out and is considered to be a universal phenomenon that affects all social-class levels. It can be defined as a single or repeated act or omission that causes harm or discomfort to the individual and that is produced in any relationship in which there is an expectation of trust. The abuse of the elderly is recognized as a challenge for the healthcare system [2].

Violence can be characterized as physical, verbal, moral/psychological, and sexual aggression, or negligence or abandonment, both social and institutional [3]. This issue treats a multicausal and complex problem, which can lead to emotional disturbances, isolation, the sense of guilt and negation, physical traumas, and death [4].

Among the elderly, considering the reduction of the capacity to adapt to the environment, resulting from morphological, functional, biochemical, and psychological changes that occur in the aging process, the association of violence with these factors is quite common [5].

The questions of senescence notwithstanding, it is necessary to denaturalize the situations of violence in this age range, and one path towards accomplishing this process may well be the recognition and management of factors associated with these episodes, which have yet to be fully understood [6].

Prior studies [7,8] have verified the association of determining factors in the occurrence of violence against the elderly, for example, living with his/her spouse, negative self-perception of health, a low level of education, the aggressor's financial dependence on the elderly person, functional capacity, the number of morbidities, and age.

Among the factors associated with violence against the elderly, the use of alcohol was the most common [9,10]. Depression stood out as an important factor associated

with violence, and it was noted that the elderly individuals, both men and women, who presented symptoms of depression had greater chances of being victims of abuse, as compared to those that did not suffer violence [11,12].

For the WHO, the determining factors of violence in the elderly are part of a model, a hierarchy embedded in four environmental levels: individual, relationship, community, and society. In Brazil, the main associated factors include a low level of education, cognitive factors, functional dependence, and depression [7,13].

The identification of factors associated with this phenomenon in the elderly population make it possible to implement adequate healthcare measures for prevention and control. Although the degree of social sensitivity toward the phenomenon of violence against the elderly in Brazil has risen considerably, it is still difficult to estimate in numbers the true weight of violence against the elderly, given that the data sources are unreliable, besides being covered up by the family, caretakers, and healthcare service providers [14].

Therefore, the present study aimed to analyze the factors associated with the occurrence of violence in the elderly in a mid-sized city in Brazil from the perspective of the inclusion of knowledge and experience to combat this problem.

Methods

The present research was an exploratory cross-sectional study, derived from a questionnaire regarding the healthcare and prevention of violence provided by the Nucleus for the Promotion of Health and Peace from the Department of Preventive and Social Medicine from the School of Medicine at the Federal University of Minas Gerais (UFMG). This questionnaire sought to collect data that could render it possible to conduct a study on violence in its multiple faces, in different population groups.

This query considered as a target population all people of ≥ 20 years of age, who reside in permanent private homes located in urban census sectors in the city of Betim, Minas Gerais, Brazil. This is an industrial city, which is part of the greater metropolitan region of the city of Belo Horizonte, with 624 census sectors, 111,764 homes, and a population of 412,003 inhabitants at the time of data collection.

The definition of the sample size considered the method of sampling by stratification and clusters, with the selection performed in three stages: sectors of

census, households, and respondents. The sample was calculated with a 95% Confidence Interval (95% CI) and a margin for error of 1.89%. The selection of census and household sectors was performed electronically using the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 20.0, while the selection of the respondent at home occurred according to the Kish methodology, which establishes the random selection of a sample unit within a household.

This study used the official list of households, provided by the Institute of Geography and Statistics (IBGE), using the home address as an identifier. The refusal, non-existing address, closed or abandoned house, and healthcare conditions that hindered the possibility of an interview were considered losses, which represented 151 of the 1,280 selected households (11.8% of the sample). The ineligible cases found during data collection were substituted by households with similar characteristics, creating a total defined sample, including the losses, of 1,280 households in 64 census sectors. In the end, 1,129 individuals, from all of the considered age ranges, corresponding to an equal number of households, participated in this study. One hundred fifty four elderly individuals were interviewed. This sample of elderly individuals was representative within the population structure of the elderly from Betim for the purpose of an analytical study.

This study was conducted from July to November 2014 and investigated the episodes that occurred within the 12 months prior to the date of the application of the questionnaire. In addition to the components of the research group, Community Healthcare Agents, as well as other professionals from Betim's Department of Health, participated in this query. The obtained data formulated a databank, using the SPSS statistics package. The training of all researchers was conducted in a theoretical and practical manner to align the concepts and questions, based on the Researcher Manual drafted specifically for this study.

A questionnaire was used for data collection, organized for this study, based on up-to-date literature on the theme and considering the National Health Survey. It was duly tested and adapted in certain aspects, when necessary.

This questionnaire was organized in thematic blocks: sociodemographic conditions, health, work, domestic violence, violence in traffic, institutional violence, community violence, and self-inflicted violence. For some blocks, our own validated questionnaires were also included, as in the case of symptoms of depression.

The dependent variable was represented by violence (yes, no). The independent variables were removed from the block of general conditions and health conditions of the elderly individual: age range, gender, marital status, race/color, individual income, type of housing, occupation, level of education, the use of his/her money by another person, feels afraid, feeling discriminated against by someone, verbal violence, privacy, taking medicine alone, feeling sad, feeling rejected, feeling upset, being sick, needing to do something against his/her will, feeling unwanted, trusting the family, having objects taken from them, practicing a religion, and the self-perception of health.

The analysis of the degree of dependence for financial management occurred according to questions related to the individual control of finances and the ability to pay bills, issue checks, or handle credit cards without help from others.

First, a bivariate analysis was performed. Later, a logistic analysis was conducted to evaluate the association between the dependent (violence against the elderly) and independent variables. The associations with the value of $p < 0.20$ were included in the logistic analysis (multivariate). The analyses were performed in the Stata statistics program, version 14. This study was approved by the UFMG Research Ethics Committee.

Results

Of the 154 elderly individuals included in this study, 17 cases of violence were observed, given that some of these elderly individuals were victimized by more than one type of violence. Of the total number of occurrences of violence, what stood out were the lack of access to social rights (31.2%), followed by verbal violence (21.8%), moral/psychological violence (19.8%), the lack of necessary care (15.6%), physical violence (6.4%), sexual violence (3.2%), and discrimination (3.2%).

Of the 17 elderly individuals that suffered violence, the bivariate analysis highlighted the associations with the following variables: had their money used by another person, someone had discriminated against them, verbal violence, feeling sad, and feeling rejected.

Table 1 – Socioeconomic and health variables related to the occurrence of violence against the elderly, Brazil, 2014.

Socioeconomic variables	and	health	Total		Violence				p-value
					No		Yes		
			n	%	n	%	n	%	
Age range									
	60 to 65 years		90	100	82	91.1	8	8.9	0.574
	66 to 70 years		50	100	43	86	7	14	
	> 70 years		14	100	12	85.7	2	14.3	
Gender									
	Male		55	100	52	94.6	3	5.4	0.115
	Female		99	100	85	85.9	14	14.1	
Marital status									
	With partner		63	100	55	87.3	8	12.7	0.580
	Without partner		91	100	82	90.1	9	9.9	
Race/Color									
	White		35	100	32	91.4	3	8.6	0.596
	Non-white		119	100	105	88.2	14	11.8	
Individual income									
	Up to 1 minimum salary		87	100	78	89.7	9	10.3	0.754
	> 1 minimum salary		67	100	59	88.1	8	11.9	
Type of residence									
	Own		128	100	116	90.6	12	9.4	0.169
	Not own		26	100	21	80.8	5	19.2	
Occupation									
	Employed		113	100	100	88.5	13	11.5	0.590
	Unemployed		41	100	37	90.2	4	9.8	
Level of education									
	1 to 8 years		127	100	112	88.2	15	11.8	0.507
	> 8 years		27	100	25	92.6	2	7.4	
Money used by another person									
	No		132	100	121	91.7	11	8.3	0.009
	Yes		22	100	16	72.7	6	27.3	
Feels afraid									
	No		143	100	128	89.5	15	10.5	0.348
	Yes		11	100	9	81.8	2	18.2	
Someone discriminated against them									
	No		146	100	132	90.4	14	9.6	0.044
	Yes		8	100	5	62.5	3	37.5	

Verbal violence							
No	138	100	128	92.8	10	7.2	0.001
Yes	16	100	9	56.3	7	43.7	
Has privacy							
No	8	100	6	75	2	25	0.216
Yes	146	100	131	89.7	15	10.3	
Takes medicine alone							
No	17	100	14	82.4	3	17.6	0.405
Yes	137	100	123	89.8	14	10.2	
Feels sad							
No	107	100	99	92.5	8	7.5	0.033
Yes	47	100	38	80.9	9	19.1	
Feels rejected							
No	136	100	124	91.2	12	8.8	0.016
Yes	18	100	13	72.2	5	27.8	
Feels upset							
No	91	100	82	90.1	9	9.9	0.624
Yes	63	100	55	87.3	8	12.7	
Sick							
No	135	100	121	89.6	14	10.4	0.444
Yes	19	100	16	84.2	3	15.8	
Has to do something unwillingly							
No	144	100	130	90.3	14	9.7	0.083
Yes	10	100	7	70	3	30	
Feels unwanted							
No	138	100	125	90.6	13	9.4	0.080
Yes	16	100	12	75	4	25	
Trusts the family							
No	20	100	17	85	3	15	0.466
Yes	134	100	120	89.6	14	10.4	
Has already had objects taken away							
No	123	100	112	91.1	11	8.9	0.098
Yes	31	100	25	80.7	6	19.3	
Practices some type of religion							
Yes	135	100	121	89.6	14	10.4	0.440
No	19	100	16	84.2	3	15.8	
Self-preception of health							
Good	88	100	81	92	7	8	0.197
Negative	66	100	56	84.9	10	15.1	

The variables that remained in the multivariate analysis model included: had their money used by another person and verbal violence (Table 2).

Table 2 – Results of the multivariate analysis and of the factors associated with the occurrence of violence against the elderly, Brazil, 2014.

Variables	OR ajusted	95% CI	p-value
Money used by another person			
No	1	1.12	– 0.033
Yes	3,93	13.79	
Verbal violence			
No	1	2.74	– <0.001
Yes	962	33.75	

* Hosmer-Lemeshow = 0.79

* Hosmer-Lemeshow = 0.79

Discussion

This study represents a contribution to the identification of the occurrence and factors associated with violence against the elderly in a mid-sized city in Brazil. As the results from this study indicate, the causes of violence against the elderly are varied and many variables may be responsible for its occurrence [15]. In this study, among other factors associated with the episodes of violence that occur in elderly men and women, financial abuse and verbal violence stand out.

Upon analyzing the determining factors of violence against the elderly, few studies treat financial abuse. However, this factor is equivalent to other forms of abuse and can be devastating to the elderly individual, and is almost always directly related to the members of the family, close friends, and caretakers [2,16,17].

Financial abuse is described as the appropriation of any resource of the elderly individual, which is commonly practiced by family members or people close to the family, especially when the elderly person is the breadwinner of the family. Many feelings influence the elderly individual's acceptance of this practice, such as the fear of reprisal to possible complaints or the filing of grievances. But many times the strong affective bond with the members of his/her nuclear family and the need for emotional support become hindrances to any action against this type of violence. Once the power relation

has been established, the problem of financial violence can lead to emotional or even physical violence [18].

Another problem pointed out by the same authors refers to the intake of drugs (legal or illegal) by a family member. The situation is even further aggravated when the aggressor is arrested, since, despite the problem that he/she is living, the elderly individual suffers with this imprisonment, especially if it involves one of his/her children.

This study pointed out that the majority of elderly individuals that reported the violence had a profession. This fact leads to possible situations, such as financial dependence of the family members and financial abuse, given that the majority have their own income. This factor generally happens due to a lack of family support, and it is in the medical care provided to these victims that healthcare services, both of assistance and support, fail in Brazil [19].

In this sense, the family composition and the psychosocial risk should always be investigated by healthcare professionals as a possible health predictor in this age range. These factors express the cycle of violence, since, in general, before the physical aggression actually occurs, the aggressor threatens the victim or inflicts psychological violence, which is often neglected [20].

Violence, aggression, poor treatment, abuse against the elderly are expressions that refer to social, interpersonal, group, class, gender, or even institutional processes and relationships that cause both physical harm as well as psychological and moral damage to the person [2].

Upon verifying the interconnection between verbal violence and financial abuse with cases of violence against the elderly, it is possible to recognize a possible naturalization of the violence in relationships, especially psychological, perpetrated by verbal violence, coercive treatment, insults, evil acts, shouts, and threats, with knowingly constant repetition [21].

Although no statistical association was observed, some data deserve to be highlighted. As regards the age range, the results illustrate that 88% of the cases of violence are concentrated in the age range of 60 to 70 years old. Similar results for this age range were found in national [7,15,22] and international studies [23,24,25].

As regards gender, 14 (82%) women reported having suffered violence. By contrast, only 3 (5.4%) men reported to have been victims of violent acts. This finding corroborates with the fact that the aging global population is characterized by women

living longer than men, resulting in the feminization of aging, consequently augmenting the possibility of violence in this age range [16].

Many studies affirm that violence in the elderly has a gender, color, and representative factors that justify their origin. One American study [26] pointed out that black female elderly individuals are 2.8 times more likely to report abuse than are their white counterparts. In addition, it is known that the elderly with a higher level of education are less prone to suffering violence when compared to those with a lower level of education [6]. These associations were not observed in this study.

Despite the individuality, the process of aging is lodged within a sociocultural context, which in most cases leads to a homogeneous view of aging. Old age is reduced to decline and loss, while culture is linked to youth. This simplified and generalized analysis can entail certain difficulty, which can be seen among family members in their recognition of the elderly individual as a person. In this case, the financial situation of the elderly individual can generate certain doubt, since both respect for the elderly person (provider) and the vulnerability of being discarded (decline in life) can run hand in hand, a perception that can result in exploitation, domination, and oppression [27].

With this perception of old age as decline and loss, of the useless person in a utilitarian and productive society, and the intolerance observed within this context, ageism emerges, a term first used by Robert Butler, in 1969, to define discrimination and intolerance by age, with the elderly individual being the most vulnerable. Ageism presents unique characteristics, given that any person is subject to this type of prejudice merely by living longer. Most times, ageism concerns a form of prejudice that is unconscious, implicit, without control or intention to prejudice the targeted person [28].

Ageism is present everywhere and is, to a certain degree, accepted as normal. For this reason, it receives little opposition, as compared to other forms of discrimination and prejudice, [29] and is thus either poorly combated or goes untreated, in turn marginalizing the elderly even more, with a negative impact upon their well-being, even when no violence is involved.

One limitation of the present study was the use of self-reported data and the bias of memory, especially since this study deals with elderly individuals. Nevertheless, we considered the greatest limitation to be the pain and embarrassment that can affect the elderly person when having to speak about his/her suffering, many times daily, and the involvement of beloved people.

The relatively low prevalence found in this study can reflect the difficulty and fear of discussing the theme of violence. Such a fact may well be associated with the plural dimension of poor notification, thus highlighting the difficulty that the elderly individual has to understand the concept of violence and the consensus of acceptance – which is fortified by the scarcity of programs to protect the elderly [30].

Violence against the elderly represents a challenge to healthcare services. It directly affects the Brazilian Public Health System, the society as a whole, rights, and democracy, and deserves due attention, as it requires a prevention strategy that addresses the social dynamics that engender these forms of violence [30]. Because of this gap in knowledge, little is known about violence against the elderly, particularly its prevalence, as well as the prevention strategies and intervention based on evidence.

Within a perspective of inclusion of a wide range knowledge and experience to tackle violence in the elderly, we suggest the development and validation of specific instruments for this population group, which would further explore the economic abuse and verbal violence, given the relevance that these variables have shown. Future studies should consider the associated factors that have most commonly been identified in the literature, producing more in-depth questions that engender the violence against the elderly in an attempt to combat this social ill.

Conclusion

In this study, the factors of financial abuse and being the victim of verbal violence were associated with violence against the elderly.

This study adds knowledge to the theme, as it surpasses the organizational logic of violence in lifecycles and inserts a perspective of the inclusion of a wide range of knowledge and experience that can hone the view of healthcare professionals in order to identify these episodes of violence against the elderly. Nonetheless, it is important to emphasize that, despite the advances, there is still much to be understood regarding the true prevalence of the situation of violence lived by the elderly in Brazil and its determining factors.

The results found in this study justify the development of further studies regarding the factors associated with the presence of ageism and violence against the elderly, as well as greater attention that should be given to these events, especially in the home

environment. New knowledge on the issue will result in new possibilities to combat this social problem.

References

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: subsídios para as projeções da população. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/IBGE. n. 03; 2015.
- 2- Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Serra AM and Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors .BMC Public Health BMC series – open, inclusive and trusted 2018;18:167. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5067-8>©.
- 3- Baker, MW. Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. J Am Psychiatr Nurses Assoc, 2007; 12(6), 313-321. DOI: 10.1177/1078390306297519.
- 4- Apratto Júnior PC. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). Ciênc Saúde Colet [Internet] 2010 Set[cited 2018 Feb 15];15(6):2983-2995. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf> Portuguese.
- 5- Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H and Lundin-Olsson L. Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. BMC Public Health 2011 11:670. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-670>.
- 6- Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India. The role of education. BMC Public Health. 2014;14: 336 DOI: 10.1186/1471-2458-14-336.
- 7- Duque AM, Leal MCC, Marque APO, Eskinazi FMV, Duque AM. [Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco)]. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012[cited 2018 Feb 12];17(8):2199-2208. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0208.pdf.
- 8- Warmling Deise, Lindner Sheila Rubia, Coelho Elza Berger Salema. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Set [citado 2018 Fev 26]; 22(9): 3111-3125. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002903111&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12312017>.
- 9- Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen psychiatry 2009; 66: 152–61.

- 10- Yan, E., Chan, KL., & Tiwari, A. (2014). A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors for Elder Abuse in Asia. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2015, 16(2), 199-219. DOI: 10.1177/1524838014555033
- 11- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013 Mar; 43(3):471-81. DOI: 10.1017/S0033291712001511.
- 12- Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM. Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2015 Oct; 2(3): 224–232. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00128-X.
- 13- Dong X, Simon MA. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:10–5. DOI: 10.1111/jgs.12621.
- 14- Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016;56 (Suppl 2):S194-S205. DOI:10.1093/geront/gnw004.
- 15- Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 06]; 68 (6): 1035-1041. Available from: http://www.scielo.br/scielobr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601035&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>.
- 16- Brownell P. Preventing neglect, abuse and violence against older women. *Global Cooperation Newsletter*, October Issue. Entebbe: International Council of Social Welfare; 2013. (Review article). *SEEJPH* 2014. DOI: 10.12908/SEEJPH-2014-03.
- 17- Melchiorre MG, Rosa M, Lamura G, Gonzales FT, Lindert J, Stankunas M, *et al.* Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model. Published: Feb 26, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>.
- 18- Souza ER, Minayo MCS. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 Set [cited 2018 Feb 17] 15 (6): 2659-2668. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600002>.
- 19- Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011[cited 2018 Feb];26(15):2947-72. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182959/>.
- 20- Koenig MA, Stephenson R, Ahmed S, Jejeebhoy SJ, Campbell J. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. *American Journal of Public Health*, 96(1), 132-138. doi: 10.2105/AJPH.2004.050872.

- 21- Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. [Violence against elderly in Fortaleza, Ceará State: a documental analysis]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2011[cited 2014 Jul 12];14(3):543-554. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n3/v14n3a14.pdf>.
- 22- Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistratment Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 Feb[cited 2018 Feb];100(2): 292-7. *Rev Bras Enferm.* 2015 nov-dez; 68 (6): 1035-41. 1041 ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804623/pdf/292.pdf.
- 23- Strasser SM, Smith M, Weaver M, Zheng S, Cao Y. Screening for elder abuse mistreatment among older adults seeking legal assistance services. *West J Emerg Med* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 May 12]; 14(4):309-315. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735377/pdf/i1936-900X-14-4-309.pdf>.
- 24- Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of Elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2009 [cited 2013 Nov 12];49: 132- 137. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(08\)00121-0/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(08)00121-0/abstract).
- 25- Cook JM, Stephanie DBA, and O'Donnell C. Older Women Survivors of Physical and Sexual Violence: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Jul; 20(7): 1075–1081. doi: 10.1089/jwh.2010.2279.
- 26- Wanderbroocke ACNS & Moré CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2095-2103, 2012. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/20.pdf>
- 27- Pinho FLHF, Rocha SB, Rocha A, Felipe V, Vasques MI, Torres CV. Ageism in the organizational context - the perception of Brazilian workers. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 May 06] ; 20(6): 762-772. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600762&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170052>.
- 28- WHO. World Health Organization. Aging and life-course. 2018. Available in: <http://www.who.int/aging/ageism/en/>
- 29- Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC e D'orsi E. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2016, vol.19, n.4 [cited 2018-03-03], pp.671- 682. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>.

6- PRODUÇÃO DURANTE O DOUTORADO

6.1- Publicações

6.1.1- NISHIMOTO, C. L. J.; MAIA, Paulo Henrique Silva; ARAUJO, R. C. A. **A Rede de Atenção à Saúde do município de Betim para a pessoa idosa** In: 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014, Belo Horizonte. 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014.

6.1.2- MAIA, Paulo Henrique Silva. Articulação do Sinan e SIH: **Uma estratégia de fortalecimento da vigilância epidemiológica hospitalar** In: 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014, Belo Horizonte. 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014.

6.1.3- MAIA, Paulo Henrique Silva; REIS, A. P. G.; MARTINS, E. O.; HONORATO, J. A.; PEREIRA, R. F. **Os avanços da saúde pública em relação à saúde da mulher em Betim/MG** In: 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014, Belo Horizonte. 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014.

6.1.4- AMARAL, TMR; MAIA, PHS; BRAGA, VMR; MELO, EM. **SAUVI – Saúde e Prevenção da Violência em Betim/MG** In: 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014, Belo Horizonte. SAUVI – Saúde e Prevenção da Violência em Betim/MG, 2014.

6.1.5- AMARAL, TMR; MAIA, PHS; BRAGA, VMR; MELO, EM. **Vulnerabilidades entre pessoas idosas: Um desafio atual** In: 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014, Belo Horizonte. 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2014.

6.1.6- AMARAL, TMR; MAIA, PHS; BRAGA, VMR; MELO, EM. **Inquérito domiciliar sobre saúde e prevenção de violência em Betim/MG**. 14º Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado nos dias 26 a 30 de setembro de 2015, na UFSCar em São Carlos – SP.

6.1.7- Amaral TMR, Maia PHS, Silva SSA, Braga VMR. **SAUVI: Inquérito domiciliar sobre saúde e prevenção de violência em Betim/MG**. 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015.

6.1.8- Maia PHS. **Avaliação do grau de conhecimento de estudantes do ensino médio sobre câncer de colo de útero: Intervenções em educação em saúde**. I Simpósio de Produção Científica da Faculdade Pitágoras. Belo Horizonte, 2016.

6.1.9- Evento: 4º Congresso Nacional da Saúde – Promoção da Saúde: Interfaces, Impasses e Perspectivas realizado na Faculdade de Medicina da UFMG. Data: 28, 29 e 30 de agosto.

6.1.10- **Determinantes de violência contra o idoso.**

Autores: Paulo Henrique Silva Maia; Elza Machado Melo; Efigênia Ferreira e Ferreira; Luciana Joaquina de Vasconcellos; Vanuse Maria Resende Braga; Luciene Rodrigues Reis e Andréa Maria Duarte Vargos.

6.1.11 **Condutas do enfermeiro acerca do cateterismo vesical de demora no ambiente domiciliar: Revisão integrativa.**

Autores: Paulo Henrique Silva Maia; Malena Souza Oliveira; Stella Virgínia Ferreira; Maura Cesário Ramires; Karinne Ferreira de Souza; Efigênia Ferreira e Ferreira e Andréa Maria Duarte Vargos.

6.1.12- **Violência doméstica e o uso/abuso de álcool e outras drogas.**

Autores: Paulo Henrique Silva Maia; Elza Machado Melo; Andréa Maria Duarte Vargos Efigênia Ferreira e Ferreira; Luciene Rodrigues Reis; Luciana Joaquina de Vasconcellos e Vanuse Maria Resende Braga.

6.1.13- **Avaliação pré-concepcional na Atenção Primária à Saúde (APS).**

Autores: Luciana Joaquina de Vasconcellos; Paulo Henrique Silva Maia; Efigênia Ferreira e Ferreira; Andréa Maria Duarte Vargos e Elza Machado Melo.

6.1.14- **Comportamento suicida na adolescência: Uma revisão da literatura.**

Autores: Stella Virgínia Ferreira; Efigênia Ferreira e Ferreira; Malena Souza Oliveira; Andréa Maria Duarte Vargos e Paulo Henrique Silva Maia.

6.1.15- Maia PHS. Ferreira EF. Vargos AMD. **Autopercepção de saúde em idosos: sintomas depressivos.** SBPqO, 2017. (trabalho aprovado para 34ª reunião).

6.1.16- Maia PHS. Ferreira EF. Vargos AMD. **Saúde, condições sociais e violências no idoso em Betim/MG.** SBPqO, 2017. (trabalho aprovado para 34ª reunião).

6.1.17- Trabalhos apresentados (oral) no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO - 2018

6.1.18- Trabalho intitulado **Fatores Determinantes da Violência no idoso.** Autores: Paulo Henrique Silva Maia, Efigênia Ferreira e Ferreira, Andréa Maria Duarte Vargos e Elza Machado de Melo, na modalidade Comunicação Oral Curta.

6.1.19- Trabalho intitulado: **SAUVI: Maior inquérito domiciliar sobre saúde e prevenção da violência do Brasil.** Autores: Paulo Henrique Silva Maia, Efigênia Ferreira e Ferreira, Andréa Maria Duarte Vargos, Elza Machado de Melo, Tânia Maria Resende Amaral, Vanuse Maria Resende Braga, Luciene Rodrigues Reis e Luciana Joaquina de Vasconcellos, na modalidade Comunicação Oral Curta.

6.1.20- Artigo aceito para publicação na Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, intitulado: **Relato de experiência: o processo de ensinagem do**

método SOAP. Autores: Luciana Joaquina de Vasconcellos e Paulo Henrique Silva Maia.

6.1.21- Artigo aceito para publicação na Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, intitulado: **Liderança: A importância do Enfermeiro na gestão de conflitos organizacionais.** Autores: Tiago Roberto Ribeiro e Paulo Henrique Silva Maia.

6.1.22- Redação do 1º artigo referente à tese de Doutorado intitulado: **Saúde, condições sociais e violência em idosos brasileiros**, submetido a REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem.

6.1.23- Redação do 2º artigo referente à tese de Doutorado intitulado: **Violence in the elderly: an analysis of associated factors.** Submetido na Revista BMC Public Health.

6.1.24- Participação no Projeto: Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese abordou os determinantes sociais e de saúde que impactaram na ocorrência de violência no idoso em Betim, Minas Gerais. Partindo de uma metodologia quantitativa foram descritos, analisados e testados alguns fatores que poderiam apresentar associação à ocorrência de violência, como o sexo das vítimas, renda, escolaridade, dependência, sintomas depressivos, entre outros. Utilizou-se para tanto, quatro análises estatísticas para alcançar os objetivos propostos: 1) teste Qui-quadrado; 2) análise bivariada; 3) Análise de Correspondência e 4) análise discriminante logística.

Este estudo permitiu reafirmar o perfil do idoso vítima de violência através da análise de sua ocorrência e seus fatores associados. Os fatores abuso financeiro e ser vítima de violência verbal foram fortemente associados à violência na pessoa idosa – resultado que configura um novo olhar para esses fatores, visto que no Brasil, os principais fatores associados descritos anteriormente na literatura, foram baixos níveis educacionais, fatores cognitivos, dependência funcional e depressão.

Este estudo agrega conhecimento a temática, pois, ultrapassa a lógica organizativa das violências nos ciclos da vida e insere uma perspectiva de inclusão de conhecimentos e experiências que podem aguçar o olhar dos profissionais de saúde para identificação de episódios de violência contra o idoso. Contudo, é importante frisar que apesar dos avanços, ainda há muito que se compreender acerca da prevalência real da situação de violência vivenciada por idosos no Brasil e seus determinantes. Novos conhecimentos resultarão em novas possibilidades de enfrentamento.

Os resultados encontrados destacam o peso dos fatores associados à violência nos idosos, a presença do ageísmo, como também, a necessidade de maior atenção para a sua ocorrência, principalmente no ambiente domiciliar.

Do ponto de vista de investigação para ação, a presente pesquisa traz implicação direta para os setores interessados no enfrentamento do problema da violência no idoso, especialmente para os profissionais de saúde, pois, evidencia que a

violência faz parte de um ciclo que geralmente tem fatores associados característicos que fazem parte de um modelo aninhado, principalmente, no relacionamento familiar.

Os resultados apontam ainda, para a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde no que se refere aos cuidados com os idosos. Concomitantemente, esta pesquisa contribui para a identificação da violência e abusos contra idosos.

Contudo, o enfrentamento da violência requer ações intersetoriais, sendo competência do Estado garantir os direitos desses cidadãos e fomentar medidas protetivas, sem eximir o papel da sociedade. Considerando a rapidez da mudança do perfil demográfico, parece haver ainda, muito que avançar para melhoria da qualidade do envelhecimento no Brasil – que dever ser encarado como uma das conquistas sociais mais importantes do século 20.

Considerando a escassa produção acadêmica com enfoque nos fatores determinantes da violência no idoso, podemos asseverar a contribuição direta para detecção da violência neste grupo etário, uma vez que descrevemos fatores associados que apresentaram forte associação com os episódios de violência identificados, conotando uma forma de enfrentamento dessa violência.

Nossa expectativa é que o silêncio do idoso, vítima de violência, sirva para aguçar a escuta dos profissionais de saúde e que os determinantes aqui descritos sejam encarados como disparadores da detecção e prevenção de novos casos. Por fim, cabe-nos destacar que o estudo da violência no idoso reclama, agora, que seus achados sejam subsidiários da práxis em saúde, conferindo novas estratégias e métodos para a cultura de paz e não violência.

REFERÊNCIAS

- APRATTO, J. P. C. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, n.6, p. 2983-2995, Set 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a37v15n6.pdf> Portuguese>. Acesso em: 02/03/2018.
- ARNADOTTIR, S. A. *et al.* Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. **BMC Public Health**, v.11, p.670, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-670>>. Acesso em: 02/03/2018.
- BAKER, M. W. Elder mistreatment: risk, vulnerability, and early mortality. **J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.**, v.12, n.6, p.313-321, 2007. Acesso em 04/03/2018.
- BITTAR, D. B; NAKANO, A. M. S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto & Contexto Enferm.**, v.20, n.1, p.17-24, jan/mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/02.pdf>>. Acesso em: 18/04/2018.
- BRASIL. **Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Publicado no DOU de 8.8.2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 20/04/2018.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abril 2018.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Saída do mercado de trabalho: qual é a idade? **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**, Rio de Janeiro, v.1, p.19-28, 2012. Disponível em: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt54_completo1.pdf. Acesso em: 08/03/2018.
- CARVALHO, A. I. *et al.* Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.121-142. Disponível em: <<http://www.ins.gob.pe>>

/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Carvalho%20I%20Buss%20PDeterminantes%20Sociais.pdf>. Acesso em: 09/03/2018.

DONG, X.; SIMON, M. A. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling population. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.62, p.10–5, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155408/>. Acesso em: 14/03/2018.

DUQUE, A. M. *et al.* Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados. **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&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12/03/2018.

ELBOGEN, E.B.; JOHNSON S.C; The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.66, p.152–161, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188537>. Acesso em: 18/02/2018.

FAZEL, S. *et al.* Depression and violence: a Swedish population study. **Lancet Psychiatry**., v.2, n.3, p. 224-232, Oct. 2015. Disponível em: [www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(14\)00128-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(14)00128-X.pdf). Acesso em: 19/02/2018.

FERRARI, A. J. *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. **Psychol Med.**, v.43, n.3, p.471-81, Mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22831756>. Acesso em: 19/02/2018.

FLORÊNCIO, M. V. L.; FERREIRA, F. M. O.; SÁ, L. D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Rev. Eletr. Enf.**, v.9, n.3, p.847-857, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>>. Acesso em: 20/02/2018.

GREENACRE, M. J. **Correspondence analysis in practice**. 2nd ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2007.

GREENACRE, M. J. **Theory and applications of correspondence analysis**. London: Academic Press, 1984.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança demográfica no Brasil no início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015.

KRUG, E. G. *et al.* (Ed.) **World report on violence and health**. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Geneva: World Health Organization (OMS), 2012.

KRUG, E. G. *et al.* (Ed.) **World report on violence and health**. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Geneva: World Health Organization (OMS), 2015.

LIMA, G. Q. **História de vida e escolha conjugal em mulheres que sofrem violência doméstica**. 95f. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Faculdade de

Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10923/4788>> Acesso em: 15/03/2018.

LOPES, L. E.; OLIVEIRA, M. L. C. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3523-3532, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/03/2018.

MARTINS, A. R. C. Violência doméstica – evolução, perspectivas e riscos. 95f. 2013. Dissertação (Mestrado em Estudos em Riscos, Cidades e Ordenamento do Território) - Faculdade de Letras, Universidade do Porto, Porto, 2013. Disponível em <<http://hdl.handle.net/2016/72517>>. Acesso em: 14/03/2018.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos**: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2.d. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2005. Disponível em: <[http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/artigosidoso/violencia contra apessoaidosa.pdf](http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/artigosidoso/violencia%20contra%20apessoaidosa.pdf)>. Acesso em: 14/03/2018.

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

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 380p.

ORFILA, F.; COMA-SOLÉ, M.; CABANAS, M. et al. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. **BMC Public Health**, v.18, n.1, p.167, Jan. 2018.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. **Rev. Bras. Enferm.**, v.68, n.6, p.727-33, 2015.

PILLEMER, K. *et al.* Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. **The Gerontologist**, v.56, (Suppl 2), p.S194-S205, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994260>. Acesso em 14/03/2018.

PINTO, F. R. *et al.* Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.13, n.3, p. 1159-1181, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15/03/2018.

REDONDO, J. (Coord.). **Sem violência doméstica**. Uma experiência de trabalho em rede. Hospital Sobral. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra: Coimbra, 2012. Disponível em: <<http://www.violencia.online.pt/artigos>>. Acesso em: 11/03/2018.

RUELAS, G. M. G; DUARTE, G. M. B.; FLORES, H. S. et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. **Int. J. Equity Health**, v.15, p.35, Feb. 2016.

SCHARAIBER, L. B. *et al.* Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.spe, p.112-120, Ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400016&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10/03/2018.

SCHMIDT, B. B. L. B. **Ciclo de violência e alcoolismo na conjugalidade**: construções subjetivas dos homens agressores e alcoolistas. 108f. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9781/1/2010_BrunoBorbaLinsBica_Schimdt.pdf>. Acesso em: 11/03/2018.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.36, n.3, p.637-652, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000300637&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/10/2017.

SILVA, D. I. *et al.* Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.4, p.1087-1094, Out.-Dez. 2014.

SILVA, V. A. *et al.* Violência doméstica contra idosos: agressões praticadas por pessoas com sofrimento mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p.523-531, Jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a08.pdf>. Acesso em: 14/03/2018.

SIMI, D. M. Mulheres cuiabanas: a reincidência em processos judiciais nos casos de violência física. **Revista Artemis**, v.14, p. 132-143, ago.-dez. 2012.

SKIRBEKK, V.; JAMES, K. S. Abuse against elderly in India. The role of education. **BMC Public Health**, v.14, p.336, 2014. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-336>. Acesso em 04/03/2018.

SMITH, A. A.; SILVA, A. O.; RODRIGUES, R. A P. *et al.* Assessment of risk of falls in elderly living at home. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, p.e2754, 2017.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29/10/2017.

STENZEL, G. Q. L. **História de vida e características de personalidade de agressores conjugais**: um olhar psicanalítico. 135f. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7014/1/000464970-Texto%2bParcial-0.pdf>>. Acesso em: 10/03/2018.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/02/2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016**: homicídio de mulheres no Brasil. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Flasco, OPAS/OMS, 2016.

WARMLING, D.; LINDNER, S. R.; COELHO, E. B. S. Prevalência de violência por parceiro íntimo em idosos e fatores associados: revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p.3111-3125, Set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002903111&lng=pt>. Acesso em: 18/02/2018.

WHO - World Health Organization. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneve: Commission on Social Determinants of Health, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf>. Acesso em: 08/03/2018.

WHO. World Health Organization. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: Who Press, 2014

WITTKOWSKI, K. M. et al. Combining several ordinal measures in clinical studies. **Statist. Medicine**, v.23, p.1579-1592, 2004.

YAN, E.; CHAN, K.L.; TIWARI, A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. **Trauma, Violence & Abuse**, v.16, n.2, p.199-219, 2015. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838014555033?journalCode=tvaa>. Acesso em: 19/02/2018.

ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.63-76, jul. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14/01/2018.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



**Prefeitura de
BETIM**

Betim, 22 de março de 2016.

CARTA DE ANUÊNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, orientada pela Profa. Dra. Elza Machado de Melo, responsável pelo projeto: SAUVI – Pesquisa sobre Saúde e Prevenção da Violência desenvolvida pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG em parceria com o município de Betim, que tem como objetivo “conhecer o perfil de saúde, condições sociais e de violência no Município de Betim-MG,” consideramos que:

- 1- O projeto pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;
- 2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico, bem como a integração ensino e serviço, faz parte das diretrizes da Educação em Saúde do SUS/Betim;
- 3- Que este estudo contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG;
- 3- A execução do projeto foi autorizada pela Diretoria Operacional para ser executado na Rede SUS/Betim.

Diante de tais considerações, autorizamos que este trabalho seja executado e publicado.

Ressaltamos que a participação dos solicitantes pode ser contemplada, desde que, enquanto autores, deixem explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa, a participação do SUS/Betim.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rasível dos Reis Santos Júnior
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS Betim

Rasível dos Reis Santos Júnior
Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS/Betim

Rua Pará de Minas, 640, Brasília, Betim – MG CEP 32.600-412. Telefone: (31)3512 3313
E-mail: cepmsbetim@yahoo.com.br

São Paulo, 11 de dezembro de 2017

Carta de Aceite

Prezados Autores,

Paulo Henrique Silva Maia, Tiago Roberto Ribeiro

Informamos que o manuscrito **"LIDERANÇA: A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE CONFLITOS ORGANIZACIONAIS"** sob o número 00109-2017, foi **ACEITO** no processo de submissão da **Revista Recien** - Revista Científica de Enfermagem.

Atenciosamente,



Prof. Luiz Faustino Maia
Editor Científico

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o manuscrito intitulado

RELATO DE EXPERIÊNCIA: O PROCESSO DE ENSINAGEM DO MÉTODO SOAP

sob autoria dos autores "*Luciana Joaquina de Vasconcellos, Paulo Henrique Silva Maia, Joyce Pedrosa de Oliveira Silva Andrade*" foi **APROVADO** para publicação e será publicado na **edição de agosto 23/2018 da Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**.

São Paulo, 01 de março de 2018



Prof. Luiz Faustino Maia

Editor Científico

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	Entrevistado no Domicílio
O senhor (a) esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz. Para participar, o sr deverá responder, aqui em seu domicílio, um formulário elaborado pelos pesquisadores. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho. Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados. Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário. Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, dentro das condições acima expostas. _____, _____ de _____ de 2014.	
Coordenadora: Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 3409-9945.	
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.	