

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

PAULO CAVALCANTE APRATTTO JÚNIOR

Rompendo o silêncio e suas barreiras: a questão da violência contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói

Rio de Janeiro

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

PAULO CAVALCANTE APRATTTO JÚNIOR

Rompendo o silêncio e suas barreiras: a questão da violência contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Claudia Leite Moraes

Rio de Janeiro

2007

PAULO CAVALCANTE APRATTTO JÚNIOR

Rompendo o silêncio e suas barreiras: a questão da violência contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

Banca Examinadora

Prof.^a Cláudia Leite Moraes

Prof. Haroldo José Mattos

Prof. Michael Eduardo Reichenheim

AGRADECIMENTOS

A Claudia Leite Moraes, orientadora acadêmica, pela seriedade e apoio em todos os momentos deste trabalho.

Aos amigos Márcia e Haroldo Skaba, pelo auxílio constante, revisão do texto, ajuda nos momentos mais difíceis de todo o processo deste trabalho.

Às alunas de graduação de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense - UFF, Maria Cândida Melo, Luana Batista, Joyce Nahoum, Gabriela Braga, entrevistadoras da pesquisa, que, com sua dedicação, permitiram a coleta de informações pessoais, principais ingredientes deste trabalho.

Às auxiliares de enfermagem da Policlínica da Ilha da Conceição, pelo entusiasmo e sensibilidade que permitiram o término da pesquisa de campo.

Às amigas da Geriatria e Gerontologia da Universidade Estácio de Sá, Maria Celi Crispim e Eneida Mendes, pelo incentivo constante.

Ao João Brandão, pelo cuidadoso trabalho de digitação dos questionários e pela grande ajuda na elaboração do banco de dados.

À professora Mônica Senna, professora da Universidade Federal Fluminense - UFF, Escola de Serviço Social, que possibilitou a vinda das alunas para a pesquisa de campo.

A Ana Maria, companheira de vida e de tantas jornadas e a maior incentivadora desta empreitada, que me incentivou nos momentos mais difíceis da elaboração deste processo.

Aos amigos Pedro Rocha e Valéria Monteiro, por terem sido exemplos concretos da possibilidade de um trabalho multidisciplinar integrado na atenção às famílias adscritas ao PMF.

À coordenação do Programa Médico de Família do Grupo Básico de Trabalho I, Dr. Luiz Carlos Moreira Hubner, pelo apoio irrestrito em todas as fases deste trabalho.

A todos os idosos entrevistados, que tantas vezes nos emocionaram com seus depoimentos e nos incentivaram a continuar na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

A Bruno, Caio e Gabriel, meus filhos, por serem responsáveis pelas grandes alegrias da minha vida e por terem estado sempre ao meu lado, mesmo nas horas de minha ausência.

E a todos os demais que participaram e contribuíram conosco direta ou indiretamente, ao longo dessa jornada.

À Ana Maria, parceira de uma relação de amor e respeito mútuo.
A meus pais, pelo exemplo de vida.
A todos os idosos que ainda vivenciam a violência em seus lares.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

- ABEP** – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- AIVDS** – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- AVDS** – Atividades de Vida Diária
- CAGE** - (*Cut-down; Annoyed; Guilty & Eye-opener*)
- CCEB** – Critério de Classificação Econômica Brasil
- CONEP** – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
- CTS** – Escalas Táticas de Conflitos (*Conflict Tactics Scales*)
- HAQ** – The Health Assessment Questionnaire
- H-S/EAST** – Hwakek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- IQV** – Índice de Qualidade de Vida
- MEEM** – Miniexame do Estado Mental
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PMF** – Programa Médico de Família
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM** – Sistema de Informações sobre Mortalidade
- UFF** – Universidade Federal Fluminense
- USP** – Universidade de São Paulo

RESUMO

Introdução Este estudo investiga a magnitude e as características da violência contra os idosos, praticadas no domicílio por pessoas de sua confiança na população residente no bairro da Ilha da Conceição, em Niterói (RJ), e adscritos ao Programa Saúde da Família. **Métodos** Através de um inquérito domiciliar realizado entre os meses de março a julho de 2006, foram entrevistados 343 indivíduos com 60 anos ou mais, selecionados através de amostragem aleatória simples. Para a identificação da presença de violência psicológica e física, utilizou-se a versão nacional da Escala Tática de Conflitos (*Conflict Tactics Scales – CTS1*). As informações sobre identificação, características demográficas e socioeconômicas foram obtidas através das questões da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003. A saúde mental foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental – MEEM. Para avaliação da capacidade funcional do idoso, utilizou-se o *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*. Para avaliar a suspeita de uso abusivo de álcool entre os homens, foi utilizado o instrumento CAGE. Para a idosa ou cuidadora, utilizou-se o instrumento TWEAK. **Resultados** Quarenta e três por cento dos entrevistados relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica no ano anterior à entrevista. A violência física de qualquer gravidade foi relatada por 9,6% dos entrevistados, enquanto que 6,1% dos idosos referiram a ocorrência de violência física grave nesse período. De modo geral, a prevalência das diversas modalidades de violência foi maior entre os mais novos, com maior escolaridade, entre os que apresentam pelo menos uma das patologias que caracterizam o idoso como tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo) e entre os que moram com maior número de indivíduos. **Conclusão** A magnitude do evento e suas conseqüências para a saúde do idoso impõem a elaboração imediata de políticas e estratégias de ação específicas para a prevenção, detecção precoce e controle do problema.

Palavras-chave: violência doméstica; prevalência; envelhecimento; inquérito populacional.

ABSTRACT

Introduction This study investigates the magnitude and the characteristics of violence against the elderly in households, practiced by confidential relatives, among the population living in Ilha da Conceição, in Niterói city, State of Rio de Janeiro, and enrolled for the Health Family Program. **Methods** In a household survey carried out from March to July 2006, 343 individuals aged 60 years or more, selected through simple random sampling, have been interviewed. To identify the presence of psychological and physical violence it was used the national version of the Conflict Tactics Scales - CTS1. Information on identification, demographic and socioeconomic characteristics came from questions of the National Survey of Household Samples - PNAD 2003. Mental health was evaluated through the Mini-examination of Mental State - MEEM. For evaluation of the functional capacity of the aged, one Health Assessment Questionnaire was used (HAQ). To evaluate the suspicion of abusive alcohol use for the elderly, the instrument used was the CAGE. For the female elderly or her caregiver, the instrument TWEAK was used. **Results** Forty and three percent of the interviewed ones reported that suffered at least an episode of psychological violence in the year prior to the interview. The physical violence of any gravity was reported by about 9,6% of the interviewed ones, whereas 6.1% of the aged ones reported the occurrence of serious physical violence in this period. In general, prevalence of several modalities of violence was higher among the youngest ones, with higher educational level, among those who presented at least one of the pathologies that characterize the elderly as holding a vulnerability (depression and/or urinary/fecal incontinence and/or diabetes and/or rheumatism and/or diabetes) and among those who live with a larger number of individuals. **Conclusion** The magnitude of the event and its consequences to the health of the elderly requires the immediate elaboration of politics and specific strategies of action for the prevention, precocious detection and control of the problem.

Key words: domestic violence; prevalence; ageing; population survey.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países selecionados 1990/1999.....	39
Figura 1 - Proporção de idosos no Brasil por região, no período de 1990-2000.....	42
Figura 2 -Mapa da Cidade de Niterói - Distribuição de bairros e população,1996.....	59
Figura 3 – Mapa do bairro da Ilha da Conceição- Niterói, 2007.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela comparativa com o aumento projetado da população de mais de 60 anos, em números absolutos e percentuais, entre os anos de 1950 e 2025, em vários países.....	37
Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade e mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo e faixa etária (coeficientes/100.000 habitantes). Brasil, 2000	44
Tabela 3 - Mortalidade por causas externas em indivíduos com 60 anos ou mais, segundo sexo e tipo de causa (nº, % e coeficientes/100.000 habitantes). Brasil, 2000.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características Indicativas de Risco de Violência.....	53
--	----

SUMÁRIO

PARTE 1 - INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

1. APRESENTAÇÃO	33
2. INTRODUÇÃO	35
2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL MUNDIAL.....	35
2.2. BRASIL - UM PAÍS EM CRESCENTE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	39
2.3. IMPORTÂNCIA DAS CAUSAS EXTERNAS NO PERFIL DA MORBI-MORTALIDADE DOS IDOSOS.....	43
2.4. VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	45
2.5. A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA OS IDOSOS: UM SEGREDO GUARDADO A SETE CHAVES.....	49
2.6. A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA OS IDOSOS NO BRASIL.....	54
2.7. A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO CONTEXTO DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (PMF).....	57
3. JUSTIFICATIVA	62
4. OBJETIVOS	65
5. MÉTODOS	66
PARTE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO	72
RESUMO.....	74ABS
TRACT.....	75
INTRODUÇÃO.....	77
MÉTODOS.....	80

RESULTADOS.....	85
DISCUSSÃO.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	96
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO	110
ANEXOS.....	116
Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	117
Instrumentos de coleta de dados	119
Manuais de instrução dos questionários.....	127

A DOR QUE NÃO TEM NOME: A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

“Meu filho, quando fica nervoso, grita comigo e fala coisas que não se diz para um desconhecido, imagina para uma mãe. Choro só em pensar... Sempre acontece, e não sei para onde ir, o que fazer. É muito sofrimento, é uma dor, não sei explicar, não tem nome...” (Depoimento de M.J.S. 74 anos).

“A Sr^a. não tem ninguém, é viúva, a não ser o sobrinho em Niterói. O filho foi embora. Começou a maltratar ela há dois anos. Vive “sozinha, doente e sem recursos.” (Registro de uma das entrevistadoras após entrevista com J.F.S. 64 anos).

“Quando meu neto grita, derruba tudo e xinga, fico trancado em casa. Tenho vergonha dos vizinhos. Não vou embora, deixar a minha casa, as minhas coisas”. (Depoimento de Z.F.S. 81 anos).

“Minha filha, rezo muito para que ele melhore comigo. Quando ele está atacado joga o que vê em cima de mim”. (Depoimento de C.V.S. 68 anos).

“Fico sem tomar meus remédios e sem me alimentar direito quando ela embirra. Tenho a minha aposentadoria, mas minha filha é quem recebe”. (Depoimento de M.L.S.72 anos).

PARTE 1: “INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS”.

1. APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional no mundo é um dos maiores desafios contemporâneos da Saúde Pública. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos. Recentemente, os países em desenvolvimento mostram o envelhecimento da população de forma mais acentuada (RAMOS, 2003).

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975, e 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 34 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no *ranking* mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária (RAMOS, 2003).

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos, algumas decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de várias mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada em nossos dias (MINAYO, 1998).

Inicialmente, a violência contra os idosos era vista como uma questão familiar em todo o mundo – tema que permaneceu reservado e escondido até a metade do século XX. Representa, hoje, um grande desafio para o setor de saúde, atingindo todas as classes sociais e provocando, além de óbitos, traumas físicos e emocionais de grande magnitude, que criam uma demanda por serviços e programas de saúde mais adequados. Por essa razão, é fundamental que os profissionais da área coloquem em pauta esse problema antigo, porém de baixa visibilidade, enfocando-o com prioridade na agenda de diagnóstico situacional e estabelecendo políticas para seu enfrentamento.

As características da sociedade brasileira atual, tais como as sérias dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude facilitam a disseminação da violência, tornando a

temática de grande relevância no País. Dentre as várias formas deste problema que acomete a população idosa, destacam-se os maus-tratos e a negligência cometidos no âmbito familiar e institucional – merecendo portanto, maior atenção de toda a sociedade.

A importância da atuação dos profissionais de saúde frente à violência vem sendo destacada por várias instituições internacionais. A Organização Pan-Americana da Saúde, por exemplo, considera que o setor saúde deve ajudar a buscar soluções e aplicações de medidas preventivas e de controle de todas as formas de violência (OPAS, 2002). Por suas características, o Programa Saúde da Família tem potencial para construir estratégias de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência contra os idosos. Os profissionais que estão inseridos nas comunidades, empenhados em propostas de educação em saúde com o objetivo de contribuir para a transformação social, podem ser efetivos agentes para o conhecimento e intervenção.

Considerando-se que o primeiro passo para o estabelecimento de políticas públicas efetivas visando à prevenção de problemas de saúde é dimensionar sua magnitude, o objetivo desta dissertação é estimar a prevalência de maus-tratos contra idosos praticados no domicílio da população adscrita a um dos módulos do Programa Médico de Família do município de Niterói (RJ), avaliando-se o perfil das vítimas e perpetradores e caracterizando grupos de risco.

A presente dissertação divide-se em cinco partes: projeto de pesquisa, artigo científico, considerações finais, referências da dissertação e anexos. A primeira parte é subdividida em 5 seções. A primeira (Introdução) aborda inicialmente o envelhecimento populacional mundial, com ênfase nos países da América Latina, relatando as repercussões do envelhecimento nesses continentes. A seguir, procura-se discutir o envelhecimento populacional e a questão da predominância da feminilização do envelhecimento no Brasil. São discutidas a importância, a magnitude e repercussões da violência contra o idoso e o fato dos serviços de

saúde não estarem preparados para o seu reconhecimento e as propostas existentes para enfrentamento do problema. Na segunda seção são apresentadas as principais justificativas para a realização deste projeto e em seguida, são descritos seus objetivos. O objetivo geral da pesquisa é estimar a prevalência de maus-tratos praticados no domicílio contra idosos adscritos ao módulo da Ilha da Conceição, em Niterói, do Grupo Básico de Trabalho I, do Programa Médico de Família do município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, caracterizando o perfil das vítimas e perpetradores. Como objetivos específicos têm-se: descrição das principais características sócio-demográficas e de saúde da população estudada, estimativa da prevalência de violência física e agressão psicológica sofridas pelos idosos da comunidade e análise do perfil dos idosos que são vítimas de violência, identificando subgrupos de maior risco de acordo com as características sócio-demográficas e de saúde do idoso e sua família.

A quarta seção compreende o artigo científico, principal produto da Dissertação, em sua íntegra. As considerações finais são abordadas na seção seguinte levando em conta as propostas de ação para o enfrentamento da violência familiar contra o idoso. Ao final da Dissertação são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas e os anexos

2. INTRODUÇÃO – MARCO TEÓRICO

2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL MUNDIAL

O século XX caracterizou-se por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população como seu fato mais significativo no âmbito da Saúde Pública. A expectativa de vida cresceu cerca de 30 anos no último século, projetando um dos maiores desafios sociais da História humana e uma intensa demanda por estudos e análises para definição de políticas públicas de promoção de saúde no envelhecimento, que se tornam cada vez mais urgentes.

O envelhecer, que no século XX representou uma grande conquista, no século XXI representa imenso desafio. O cenário que se desenha é de profundas transformações sociais, não só pelo maior número de idosos na sociedade, mas também pelo necessário desenvolvimento da ciência e tecnologia. São mudanças que exigem a busca de novos modelos que garantam vida com qualidade para esse contingente populacional (LIMA, 2003).

Essa maior expectativa de vida se faz acompanhar de uma melhora substancial dos indicadores de saúde das populações, ainda que esses avanços estejam longe de se distribuir, de forma equitativa, nos diferentes países e contextos socioeconômicos. O que antes era um privilégio de poucos – chegar à velhice – hoje passa a ser a norma, mesmo nos países mais pobres, inclusive os da América do Sul.

No final do século passado, em todo o mundo, eram estimados 590 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, sendo projetado para 2025 o montante de um bilhão e 200 milhões, atingindo dois bilhões de idosos em 2050 (RAMOS, 2003).

O envelhecimento populacional é historicamente associado aos países desenvolvidos como os da Europa Ocidental e América do Norte. Porém, desde a década de 60, verifica-se que a maioria dos idosos vive em países em desenvolvimento. Segundo projeções demográficas, três quartos do aumento total do número de idosos no mundo durante o período de 1980 a 2000 ocorreriam nos países em desenvolvimento (KALACHE, 1985; VERAS, 2000; RAMOS, 1987). Segundo os autores, na América Latina, enquanto a população total aumentaria somente cerca de 120% nesse período, a população acima dos 60 anos sofreria um incremento de 236%.

A grande população idosa dos países europeus cederá lugar a outros tradicionalmente jovens, como Nigéria, Brasil ou Paquistão. Como pode ser visto na tabela I, entre os 11 países com as maiores populações de idosos em 2025, oito estão em desenvolvimento. Os dados também expressam o aumento vertiginoso da população idosa ao longo das últimas décadas. (KRUG, 2002).

Tabela 1 - Tabela comparativa com o aumento projetado da população de mais de 60 anos, em números absolutos e percentuais, entre os anos de 1950 e 2025, em vários países

REGIÕES/ANO	MILHÕES				AUMENTO % (1950-2025)
	1950	1975	2000	2025	
CHINA	42,5	73,3	34,5	284,1	668 %
ÍNDIA	31,9	29,7	65,6	146,2	429 %
URSS	16,2	33,9	54,3	71,3	440 %
EUA	18,5	31,6	40,1	67,3	363 %
JAPÃO	6,4	13,0	26,4	33,1	517 %
BRASIL	2,1	6,2	14,3	31,8	1.514 %
INDONÉSIA	3,8	6,8	14,9	31,2	821%
BANGLADESH	2,6	3,3	6,5	16,8	646 %
NIGÉRIA	1,3	2,6	6,3	16,0	1,230 %

Fonte: ONU, *The world aging situation*, 1985 apud Veras (1994).

O envelhecimento de sua população é uma tendência natural de qualquer sociedade, porém, ao alcançar essa conquista, não se deve deixar de lado a busca por uma melhor

qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer. No passado, quando as populações européias começaram a envelhecer, seus países eram os mais ricos e poderosos do mundo, o que favoreceu o envelhecimento com qualidade de vida. Hoje, quando vários países em desenvolvimento vêem suas populações envelhecerem (gráfico I), a situação é distinta, pois estes não completaram ainda um ciclo econômico e político capaz de prover as condições necessárias às demandas trazidas pelo novo perfil demográfico. Estes permanecem carentes no âmbito de políticas públicas e sociais em vários sentidos. O modo como responderão ao desafio proposto pelo envelhecimento de suas populações dependerá de toda a sociedade.

Gráfico 1 - Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade em países selecionados 1990/1999



Fontes: Demographic yearbook 1999. New York: United Nations, 1999; IBGE, Censo Demográfico 2000.

2.2. BRASIL: UM PAÍS EM CRESCENTE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Houve, no Brasil, um processo de crescimento populacional acelerado até 1970. Desde então, observa-se um decréscimo nas taxas de fecundidade e natalidade, acompanhadas principalmente da diminuição da mortalidade, o que gera menor número de nascimentos e o conseqüente envelhecimento populacional. Esse fato ocorreu devido a campanhas sucessivas de educação médica e orientação para o controle da natalidade, por uma melhoria das condições sanitárias, pela redução da mortalidade infantil graças à prevenção de doenças do período gravídico puerperal, de uma melhor assistência materno-infantil e às melhorias gerais da assistência médica, entre outros fatores (KALACHE & GRAY, 1985).

No processo de envelhecimento brasileiro, os idosos ainda constituem uma parcela pequena da população total (8,55%), comparando-se com a participação relativa deste grupo na distribuição etária de vários países desenvolvidos, onde chegam a corresponder a 15-20% da população. Porém, vale ressaltar que esses percentuais foram atingidos por um processo de envelhecimento lento, que demorou, em alguns países, de 150 a 200 anos, enquanto que no Brasil o fato ocorreu em menos de 50 anos (VERAS, 1994).

No início do século XX, tinha-se uma distribuição etária com 44,4% da população na faixa etária de 15 a 59 anos, apenas 3,3% com 60 ou mais anos e uma expectativa de vida de pouco mais de 30 anos. Atualmente, 14.536.029 brasileiros contam com mais de 60 anos, representando 8,6% da população total. O número de idosos em nossa população torna o Brasil responsável por um dos maiores contingentes de idosos do mundo (BRASIL, 2005).

Há grande disparidade no percentual de idosos entre as diferentes regiões do País. As regiões mais desenvolvidas são as que apresentam maiores índices de pessoas com mais de 60 anos em sua população. As regiões Norte e Centro-Oeste ainda apresentam padrões típicos do

Terceiro Mundo, enquanto as regiões Sudeste e Sul caminham aceleradamente para os padrões de envelhecimento típicos do mundo desenvolvido. (RAMOS, 2003; VERAS, 1994; CAMARANO, 2004)

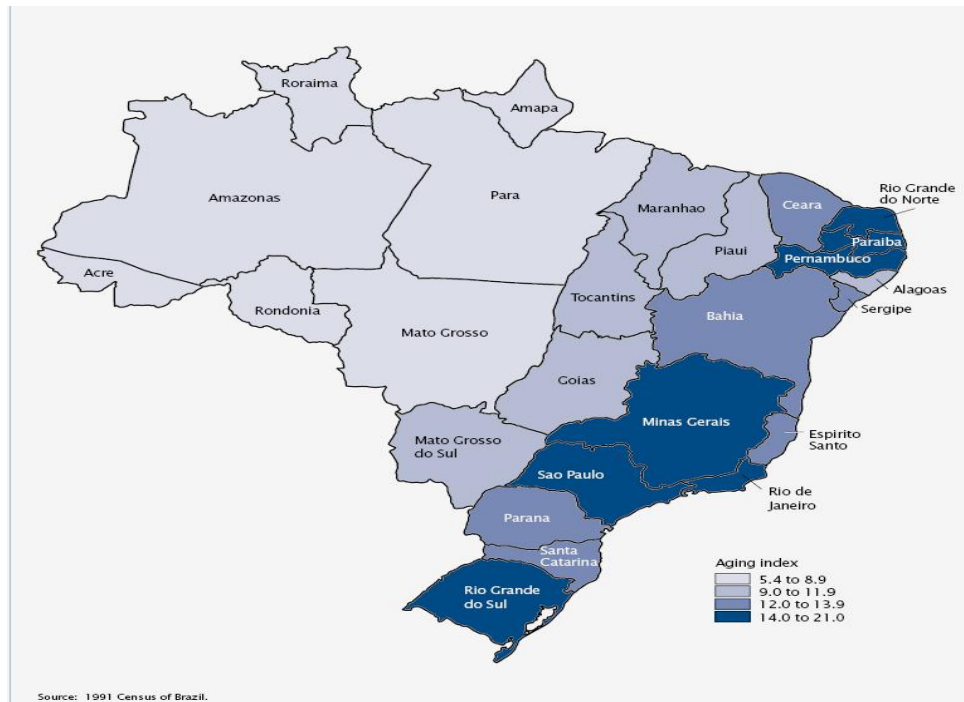
Como toda regra, esta também tem exceção. Conforme mostra a figura I, a distribuição dos idosos é muito diferente dentro dos estados brasileiros de uma mesma região. Os estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará e Paraíba, por exemplo, têm um percentual de idosos que já representa de 10 a 11% do total da sua população. Nos últimos dois estados, a migração da população de jovens e adultos jovens para os centros mais desenvolvidos e populosos do país, em busca de melhores oportunidades e qualidade de vida, deixa a pirâmide etária da população “artificialmente envelhecida” e, ao mesmo tempo, com uma grande proporção na faixa etária de 0 a 14 anos. (CAMARANO, 2004; CAMARANO, 1999).

Outra característica do envelhecimento populacional brasileiro é o fato de a proporção de mulheres idosas superar a de homens da mesma faixa etária. Desde 1950, as mulheres alcançam maior expectativa de vida ao nascer, constituindo o que vem sendo denominado de “feminilização do envelhecimento” (VERAS, 2000). O maior aumento da expectativa de vida das mulheres tem várias explicações. Alguns autores (CAMARANO, 2004; VERAS, 1994; KALACHE, 1985; RAMOS, 2003) o associam à morte prematura dos indivíduos do sexo masculino por causas externas (acidentes e violências), já que tais eventos ocorrem no Brasil numa proporção quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres.

Diferenças no consumo de álcool e tabaco entre os sexos, tendo como consequência as doenças cardiovasculares e as neoplasias em maior proporção entre os homens, também parecem justificar a maior sobrevivência das mulheres. Outro fator a ser considerado para justificar esse fenômeno são as diferenças de atitude em relação à doença, pois, de forma geral, as mulheres são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento

melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde. (CHAIMOWICZ, 1999; RAMOS, 2003, VERAS, 1994)

Figura 1 - Proporção de idosos no Brasil por região, no período de 1990-2000



Fonte: IBGE, Censo demográfico (1991).

Desta forma, os problemas sociais, econômicos e de saúde são, em grande parte, os das mulheres idosas. Estas, ao se tornarem viúvas, têm mais dificuldade de casar novamente, permanecendo sozinhas na velhice. Além disso, possuem menores níveis de instrução e renda e freqüentam mais os serviços de saúde (BRASIL 1994).

Com o processo do envelhecimento populacional, dá-se o fenômeno das chamadas transições demográfica e epidemiológica. Como esse processo de transição foi comprimido e aconteceu em número menor de anos do que nos países desenvolvidos, as repercussões sociais serão muito acentuadas, principalmente se os recursos materiais dessa sociedade forem limitados. Nesse caso, o maior desafio será absorver e lidar com as necessidades dos idosos,

já que o que se observa atualmente é que este grupo etário ainda não é prioridade no setor saúde. (CHAIMOWICZ, 1999; RAMOS, 2003, VERAS, 1994)

2.3. IMPORTÂNCIA DAS CAUSAS EXTERNAS NO PERFIL DA MORBI-MORTALIDADE DOS IDOSOS

Dentre as novas demandas para os serviços de saúde impostas pelas transições demográfica e epidemiológica enfrentadas pelo Brasil, estão as causas externas. Os acidentes e violências passaram a figurar, no início da década de 90, com papel de destaque no perfil de morbimortalidade da população a segunda causa de óbito no Brasil, ficando atrás somente das doenças do aparelho circulatório. Além do significativo número de mortes, os acidentes e violências são responsáveis por uma perda social e econômica, caracterizada por enorme quantidade de seqüelas, gastos hospitalares, previdenciários e desintegração familiar provocada pela morte de vítimas, em sua maioria em idade produtiva (GAWRYSZEWSKI, 2004).

Porém, apesar do aumento da população idosa no Brasil, essa faixa etária não tem sido prioridade nos estudos sobre causas externas, diante da grande relevância do problema em indivíduos mais jovens, principalmente do sexo masculino. Quando se considera o número total de óbitos por causas externas ocorridos no Brasil no ano de 2000 (tabela 2), observa-se que apenas 11,4% foram entre pessoas com 60 anos ou mais. Porém, ao observarmos o coeficiente de mortalidade por causas externas na faixa etária de 60 ou mais anos, percebemos que este ocupa o terceiro lugar entre os homens e o primeiro entre as mulheres. Verificamos ainda que, ao se considerar a população total, o segundo maior coeficiente de mortalidade por

causas externas encontra-se entre as pessoas com 60 anos ou mais. Esta faixa etária, em conjunto com a de indivíduos com idade entre 15 e 29 anos, constitui um subgrupo no qual é maior o risco de morrer por essas causas, o que reforça a importância desses agravos no perfil de morbi-mortalidade da população acima de 60 anos.

Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade e mortalidade proporcional por causas externas, segundo sexo e faixa etária (coeficientes/100.000 habitantes). Brasil, 2000

FAIXA ETÁRIA (anos)	MASCULINO			FEMININO			TOTAL		
	Nº.	%	Coef.	Nº.	%	Coef.	Nº.	%	Coef.
0-14	5408	0,6	65,0	2983	0,5	21,1	8395	0,1	6,7
15-29	41563	5,3	174,0	4848	0,1	20,3	46421	9,5	6,9
30-44	27907	3,7	160,1	3761	0,2	20,4	31680	6,9	8,4
45-59	13235	1,3	129,5	2368	0	21,5	15625	3,3	3,6
60 OU +	8838	0,5	135,3	4542	0,9	56,8	13383	1,4	2,1
TOTAL	96951	11,4	663,9	15548,8	1,7	140,1	115504	21,2	27,7

Fonte: adaptada de Gawryszewski e colaboradores (2000).

Como pode ser visto na tabela 3, o perfil dos idosos em relação aos tipos de mortalidade por causas externas é bastante diverso da população em geral, sendo o componente não-intencional preponderante, as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito mais altas e as de homicídios mais baixas. Isso indica que os idosos têm riscos específicos e merecem estudos individualizados (GAWRYSZEWSKI, 2004).

Tabela 3 - Mortalidade por causas externas em indivíduos com 60 anos ou mais, segundo sexo e tipo de causa (nº, % e coeficientes/100.000 habitantes). Brasil, 2000

TIPO	MASCULINO			FEMININO			TOTAL		
	Nº.	%	Coef.	Nº.	%	Coef.	Nº	%	Coef.
Ac. Transporte	628	9,6	40,2	44	0,8	13	3673	7,5	25,3
Quedas	26	0,7	15,7	2	0,5	12,5	2030	5,2	14
Demais acidentes	59	5,4	31,5	396	0	17,4	3455	5,8	23,8
Homicídios	183	0,8	18,1	97	0,5	2,5	1380	0,3	9,5
Suicídios	15	0,1	12,5	82	0,4	2,3	997	0,5	6,9
Ignorado	127	0,4	17,2	21	0,4	9	1840	3,8	12,7
Total	1038	17	135,2	642	2,6	56,7	13375	23,1	92,2

Fonte: adaptada de Gawryszewski et al. (2004).

Como será discutido nas seções 2.5 e 2.6, é possível que pelo menos uma parte dos óbitos que estão sendo classificados como “demais acidentes” e “causas externas ignoradas” seja decorrente das diversas formas de violência a que nossos idosos estão submetidos. Pela novidade do tema e escassez de estudos, pouco se tem discutido sobre essa possibilidade. Porém, a análise gerada pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – hoje a principal fonte de dados sobre acidentes e violências – abre a possibilidade de construir um diagnóstico do problema que aponte ações que possam melhorar a qualidade das informações relativas ao tema, através da adequação e do aprimoramento das bases de dados existentes.

2.4. VIOLÊNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

De origem latina, o vocábulo *violência* deriva da palavra “*vis*”, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes (BRASIL, 2005).

A violência, pelo número de vítimas e pelo alto índice de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu caráter endêmico e se converteu em problema de saúde pública em muitos países. A Organização Mundial da Saúde (OMS) revela, no *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, que mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões, não fatais, por causas violentas a cada ano (KRUG, 2002).

Suas manifestações são múltiplas, mas se tornam particularmente relevantes nas formas de crimes e delinqüências. Por isso, mesmo seus tipos mais tradicionais e seculares, como agressões e abusos intrafamiliares e comunitários, conservam suas características, mas são subsumidas pelas expressões mais hegemônicas.

No sistema de saúde, as conseqüências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com atendimentos de emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. (KRUG, 2002). Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais, sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência ao trabalho, trazendo danos mentais e emocionais incalculáveis às vítimas e suas famílias e, além disso, anos de produtividade ou de vida perdidos (MOYA, 2005).

Para a OMS, em seu recente relatório sobre o assunto, violência é:

O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, 2002, p 14).

Nesse relatório, a OMS categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas: violência dirigida contra si – mesmo (auto-infligida); violência interpessoal e violência coletiva. Por violências auto-infligidas se entendem os comportamentos suicidas e os auto-abusos. No primeiro caso, a tipologia contempla o suicídio, a ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de auto-abuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e a comunitária. Por violência intrafamiliar se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Incluem-se nesse âmbito as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. Considera-se que a violência intrafamiliar é em geral uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência ali existe, rotineiramente, uma inter-relação que se expressa sob várias formas de violência (BRASIL, 2004).

A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões, tais como a violência juvenil, as agressões físicas, estupros, ataques sexuais e inclusive a violência institucional, que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões, unidades de saúde e asilos (BRASIL, 2005).

As violências coletivas são entendidas como as que perpetram os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, e que caracterizam a

dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, do ponto de vista social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões. No campo político, estão as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros grupos étnicos. A classificação de violência coletiva contempla, também, ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação.

A natureza dos atos violentos pode ser classificada, em geral, em quatro modalidades de expressão, que também são denominadas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados (BRASIL, 2005).

O termo *abuso físico* significa o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem. A categoria *abuso psicológico* nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda, isolá-la do convívio social (BRASIL, 2001).

Tentando dar conta da complexidade do problema, o Relatório da OMS propõe um modelo ecológico de explicação das “raízes da violência” (KRUG, 2002). O primeiro nível busca identificar os fatores biológicos e individuais que cada pessoa porta em seu comportamento, concentrando-se nas características que aumentam a possibilidade de o indivíduo ser vítima ou perpetrador de violência.

No segundo nível, são nomeados os fatores relacionais, evidenciando-se as interações sociais, nos âmbitos mais próximos dos companheiros, dos colegas, dos parceiros íntimos, dos membros da família e sua influência na vitimização ou na perpetração da violência.

Em um terceiro nível, 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. Altos níveis de desemprego, a presença de tráfico de drogas e de armas

e componentes de ordem relacional, como o isolamento social em que vivem determinadas famílias, indicam a possibilidade do aumento do risco para estes eventos.

Em uma quarta dimensão, o modelo ecológico enfatiza os fatores sociais mais amplos que contextualizam os índices de violência. Citam-se: 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 apóiam conflitos políticos, dentre outras.

2.5. A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA OS IDOSOS: UM SEGREDO GUARDADO A SETE CHAVES

A violência no domicílio não é um fenômeno novo. Porém, somente há algumas décadas a violência na família contra crianças, cônjuges e idosos foi reconhecida como um problema social por profissionais envolvidos com o tema e pela sociedade em geral (BARNETT, 1997). Segundo Gelles (1997), as pessoas sofrem mais ferimentos e lesões, são mortas, agredidas fisicamente em seus domicílios por outro membro da família do que em qualquer outro ambiente ou por qualquer outra pessoa.

Essa forma de violência parece ter repercussões em toda a família, mesmo que envolva, em certo momento, apenas alguns dos participantes do grupo (BARNETT, 1997). Essa faceta do problema oferece um esboço sobre a natureza complexa e de certo modo trágica do mesmo. Os custos decorrentes são, também, grandes e muitas vezes mal avaliados. Estes podem ser monetários, ligados ao tratamento, perda de dias de trabalho, custos legais e

perda de anos-úteis por morte ou seqüelas graves. Podem também não ser monetários, como dias perdidos de ano letivo, seqüelas psicológicas e outras conseqüências (BARNETT, 1997; REICHENHEIM *et al.*, 1999).

Dentre os vários sujeitos acometidos pela violência na família, os idosos fazem parte de um grupo de risco, seja pela fragilidade própria da idade, seja por estarem mais isolados socialmente. A vitimização perpetrada por membros da família faz parte de um conjunto maior de violências que acomete este grupo, podendo ser considerada uma forma de violência social. No Brasil e no mundo, esta se expressa nas formas como a sociedade organiza suas relações de classe, gênero, etnias, grupos etários e do modo como o poder é exercido nas esferas macro e micropolíticas e institucionais. A população idosa não é homogênea do ponto de vista da distribuição de renda, nem por faixas etárias. As heterogeneidades internas ao grupo significam riscos diferenciados de vitimização pela violência.

A maioria das culturas sempre tendeu a separar os velhos e segregá-los real ou simbolicamente, e até mesmo a desejar sua morte. Portanto, não é verdadeira a crença, freqüentemente veiculada, de que os antigos tratavam de forma melhor seus idosos, cultuando sua presença na comunidade. Isso pode ter ocorrido em alguma cultura específica, assim como ainda hoje acontece (GUERRA *et al.*, 2000).

A primeira pesquisa que estimou a prevalência de maus-tratos e negligência na população idosa foi realizada nos Estados Unidos, por solicitação da Comissão Especial de Velhice do Congresso Americano, em 1981. O estudo compreendeu um extenso levantamento sobre violência contra idosos em todo o país, revelando que cerca de dois milhões de idosos eram submetidos a maus-tratos ou já haviam sido vítimas de alguma forma de abuso ao longo de suas vidas (KRUG *et al.*, 2002).

Somente em 1996 a questão da violência contra os idosos foi reconhecida mundialmente como um importante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo. Durante a 49ª Assembléia Mundial da Saúde, as importantes conseqüências da violência para indivíduos, famílias, comunidades e países, tanto no curto como no longo prazo, e seus prejuízos para o desenvolvimento foram sistematicamente denunciados, mobilizando um grande debate com vistas a sua prevenção e enfrentamento.

Desde então, o problema vem sendo tratado como uma questão complexa, de difícil estudo e identificação, pois os idosos geralmente não denunciam abusos, menosprezo, abandono e desatenções sofridas, por medo de serem punidos e perderem o acolhimento que estão recebendo de seus cuidadores, que são, ao mesmo tempo, os principais agressores. Outros sentem vergonha de fazer denúncias. Há ainda aqueles que sofrem de maus-tratos sutilmente mascarados e, por isso, não se dão conta de que estão sendo vítimas de violência. (MINAYO, 2003).

De acordo com a literatura internacional sobre o tema, as características indicativas de risco de violência em idosos não são consensuais, são pouco compreendidas e, muitas vezes, não podem ser generalizadas, pois se correlacionam aos tipos específicos de maus-tratos, bem como aos ambientes específicos em que ocorrem (BARNETT, 1997; KRUG *et al.*, 2002; GELLES, 1997; STRAUSS, 1996). No quadro I são apresentadas as características que vêm sendo mais comumente consideradas como possíveis fatores de risco para a violência contra idosos, de acordo com Kosberg e Nahmiash (1996). De modo geral, concordando com a abordagem da OMS, os autores indicam que as mais freqüentemente avaliadas se referem aos próprios idosos; aos possíveis perpetradores da violência; ao contexto social da família; e às normas culturais das sociedades.

Já de acordo com Tinker & McCreddie (1998), o risco de sofrer abuso em idosos se relaciona com as características associadas ao perpetrador, particularmente no que tange a sua saúde física e mental e ao consumo de álcool e drogas. Pacientes com demência podem ser violentos e a agressão está possivelmente associada a comportamentos agressivos por parte dos cuidadores, gerando agressão mútua.

Já os estudos realizados pelo National Center on Elder Abuse, em 1988, nos Estados Unidos, indicaram que há vestígios de que os perpetradores mais freqüentes de abuso sejam filhos e esposos, na faixa etária de 40 e 59 anos. Os idosos com interdependência com seus agressores parecem ser mais sujeitos à violência. A depressão também pode ser um fator de risco ou de associação importante (BAUMHOVER & BEALL, 1996).

Quadro 1 - Características Indicativas de Risco de Violência

<p style="text-align: center;"><u>Vítimas idosas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sexo ▪ estado civil ▪ estado de saúde ▪ idade cronológica ▪ abuso de substâncias ▪ fatores psicológicos ▪ comportamentos inadequados ▪ dependência ▪ isolamento 	<p style="text-align: center;"><u>Perpetradores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ abuso de substâncias ▪ doença emocional/mental ▪ Falta de experiência como cuidador ▪ relutância ▪ História de abuso ▪ dependência ▪ demência ▪ Traços de personalidade ▪ Falta de apoio social
<p style="text-align: center;"><u>Contexto Social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas financeiros ▪ Violência familiar ▪ Falta de apoio social ▪ Desarmonia familiar ▪ <i>Dinâmica familiar</i> 	<p style="text-align: center;"><u>Normas Culturais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sexismo ▪ Atitudes frente à violência ▪ Reações ao abuso ▪ Atitudes frente a pessoas com incapacidades ▪ Imperativos familiares de responsabilidades como cuidadores

Fonte: Kosberg e Nahmiash (1996).

2.6. A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA OS IDOSOS NO BRASIL

No Brasil, o conhecimento sobre este fenômeno – magnitude, determinantes e conseqüências – ainda é precário. As estimativas sobre violência familiar são baseadas em várias fontes de informações que utilizam diferentes critérios para seu reconhecimento. Destacam-se as notificações compulsórias e espontâneas, as ocorrências policiais, os estudos de demandas de atendimentos em instituições governamentais ou não e os da área judicial. Essa pluralidade gera falta de comparabilidade das estimativas, sinalizando a ausência de procedimentos padronizados para o reconhecimento da violência familiar (PAIXAO JÚNIOR, et al ,2005; MINAYO, 1998).

Do ponto de vista da pesquisa, o interesse da área da saúde sobre o tema também é bastante recente e incipiente. Pouco se tem escrito e discutido sobre violência, negligência, abuso e maus-tratos contra idosos no Brasil. A maioria dos estudos sobre a violência familiar está voltada para os casos que ocorrem com crianças e mulheres.

Assim como em muitos países do mundo, as formas de violência contra os idosos são as mais variadas. Cometidas em grande maioria pelas famílias, estas vão desde os castigos em cárcere privado, abandono material, apropriação indébita de bens, pertences e objetos, sobretudo das suas próprias residências, coações, ameaças, atos de agressão física e mortes (MINAYO, 2005).

Nas instituições públicas e privadas de proteção e da sociedade em geral, os idosos se queixam de maus-tratos, desrespeito e negligências. Muitos abusos sobre esse segmento da população são agravados pela situação de desemprego, levando o grupo familiar a se apoderar dos parcos benefícios de sua aposentadoria, relegando o idoso a uma vida de pobreza, de dependência ou de internação em asilos para indigentes. Nos asilos eles padecem

freqüentemente de isolamento social, problemas de saúde não-atendidos e de desnutrição (CHAIMOWICZ, 1997).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a violência que acomete esse grupo populacional se manifesta como: (a) violência estrutural, que ocorre pela desigualdade social e é inerente a cada lugar, 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 (BRASIL, 2005).

No Brasil e no exterior, as categorias mencionadas a seguir têm sido utilizadas para classificar os diferentes tipos de violência que vitimizam os idosos (BRASIL, 2005).

- ✓ 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 hetero-relacional que utilizam pessoas idosas, visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- ✓ 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, freqüentemente, 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.

✓ 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.

✓ 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. Este 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.

Considerando as manifestações das várias formas de violência descritas acima, a importância dos serviços de saúde na prevenção e detecção precoce do problema vem sendo ressaltada nos vários continentes. Apesar desta constatação, a identificação precoce da situação ainda é um desafio para o setor saúde. Diante da gravidade das repercussões na saúde do idoso, é necessário e urgente que os profissionais, tanto os dedicados à atenção primária como os do setor de emergência, se preparem cada vez melhor para a leitura da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas que chegam aos serviços ou levam a óbitos.

Observa-se o pouco envolvimento das equipes para ir além dos problemas físicos, mesmo quando em seu diagnóstico fica evidente a existência de violências como causa básica das ocorrências. A lógica que define seu não-envolvimento costuma ser a consideração do problema dos maus-tratos como sendo do âmbito privado – portanto, fora da competência da medicina (MINAYO, 2003).

Faz-se, ainda, necessário erradicar o modelo tradicional que acaba identificando os mais velhos com o passado, como encargo, dependência e incapacidade. Os idosos brasileiros

estão demonstrando, vagarosamente, que não são cidadãos sem futuro, que não têm apenas experiência de vida, mas que são sujeitos ativos, geradores de mudanças e que respondem às transformações mais amplas da sociedade.

2.7. A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO CONTEXTO DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (PMF)

Segundo o dicionário Aurélio (HOLANDA, 1986.), prevenir significa antecipar-se, evitar ou impedir que aconteça, interromper. Em cada uma dessas ações está implícita a noção de tempo, na medida em que se pensa a antecipação ou interrupção de um dado acontecimento.

A prevenção é reconhecida como o meio mais eficaz de combate à violência doméstica contra o idoso pela Organização Mundial da Saúde. A prevenção primária, além de sensibilizar e capacitar a população para o enfrentamento do fenômeno da violência, busca estabelecer articulação entre os vários serviços da comunidade, formando uma rede de proteção que visa a impedir a produção e reprodução da violência. Na área da saúde, a prevenção é uma categoria fundamental, tanto no que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos como enquanto componente dos atos terapêuticos (KRUG, 2002).

A violência doméstica contra os idosos é um fenômeno que se mantém camuflado pelo “pacto do silêncio” e a melhor maneira de prevenir é identificar as características de indivíduos, famílias e comunidade que possam contribuir para sua ocorrência.

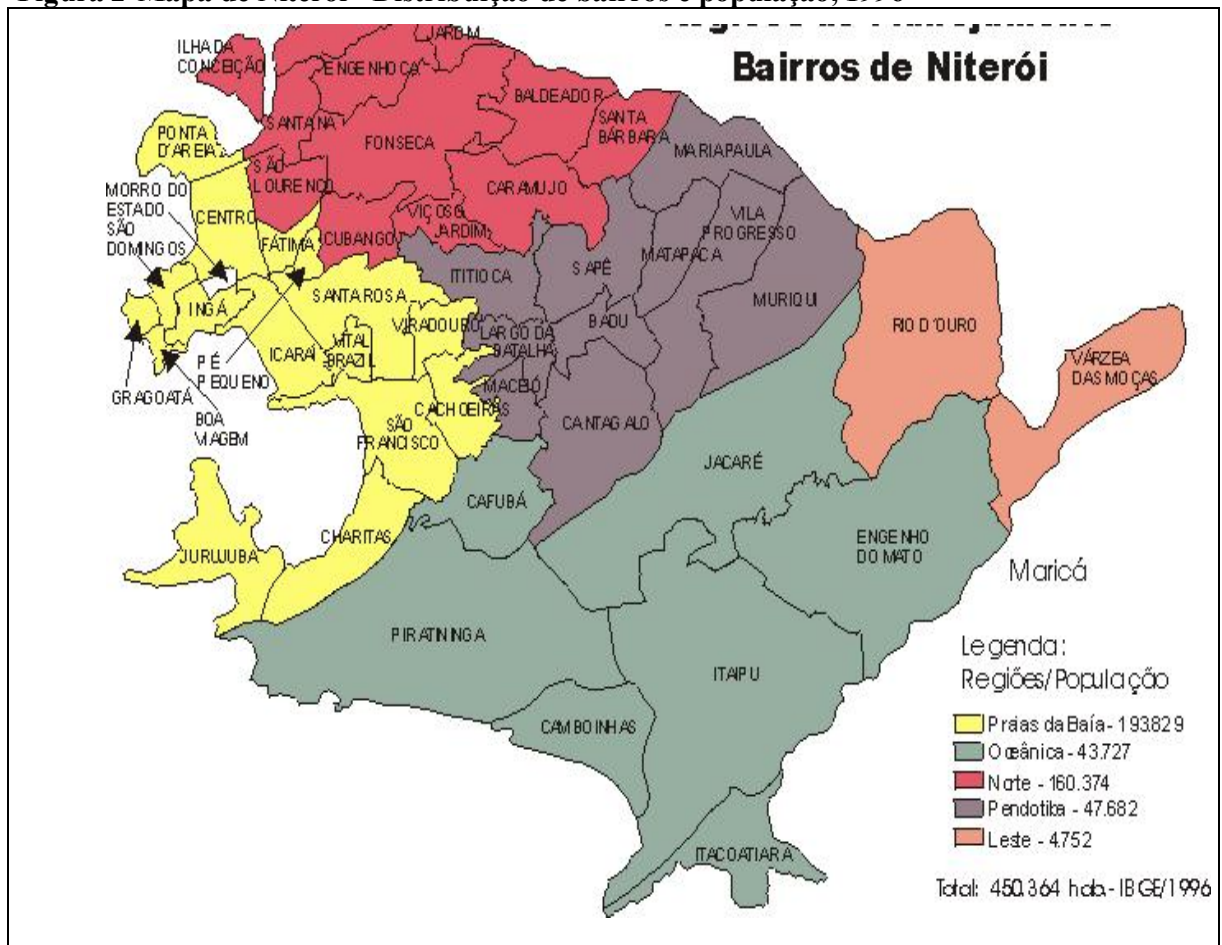
Niterói é um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, com uma área territorial de 132km² e uma população de 458.465 habitantes, segundo o Censo/IBGE 2000.

(IBGE, 2000). Trata-se de um município de médio porte, com densidade demográfica de 3.487hab/ km², sendo o quinto município mais populoso do estado. Apesar de registrar bom nível de instrução de sua população, com uma taxa de urbanização de 100% e potencial de consumo elevado, a cidade apresenta grandes desigualdades sociais.

Em termos de infra-estrutura urbana, a cidade possui 76,56% dos domicílios com água encanada, 65,74% com rede de esgoto sanitário e 86,02% com recolhimento regular de lixo. É considerada a quarta cidade em qualidade de vida do País e a primeira do estado do Rio de Janeiro de acordo com o Índice de Qualidade de Vida (IQV-UFF), elaborado pela Universidade Federal Fluminense. Possui um dos IDH-M mais altos do Brasil (0,821), ocupando a primeira posição no estado e a décima quinta no País (MARTINS, 1997).

De forma geral, os moradores de Niterói usufruem uma extensa rede de equipamentos de uso coletivo e de serviços, incluindo-se aí a rede de saúde, o que se deve, em parte, à herança da condição de capital do antigo Estado do Rio de Janeiro. Em relação à oferta de serviços de saúde, pode-se afirmar que o município possui um setor público com capacidade instalada acima da média nacional, sendo o segundo do estado. A extensa rede de serviços ocasiona uma grande procura por parte da população residente em outros municípios, o que certamente interfere na organização e gestão do sistema local de saúde.

Figura 2-Mapa de Niterói - Distribuição de bairros e população, 1996

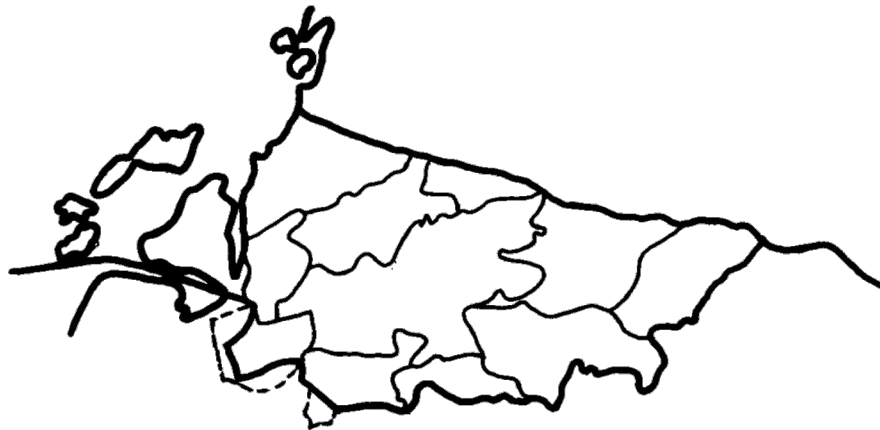


Fonte: IBGE, 1996

Diante da insuficiência do modelo tradicional de atenção à saúde, o Programa Médico de Família - PMF surgiu em 1992, inspirado na experiência de medicina familiar de Cuba. O programa busca implementar ações de promoção e prevenção em saúde, assim como assistência médica (diagnóstico precoce e tratamento oportuno), através de equipes básicas, formadas por médico e auxiliar de enfermagem, que desenvolvem suas atividades em diferentes módulos comunitários. A definição do funcionamento de um módulo depende dos seguintes critérios: a) delimitação geográfica da comunidade; b) representação local, através da associação de moradores; e c) local comunitário com infra-estrutura básica para adequá-lo ao atendimento (APRATTO, 1998).

As comunidades atendidas pelo PMF são divididas por setores. Cada setor abrange 300 famílias ou 1.300 pessoas, aproximadamente, e é acompanhado por uma equipe básica. Os médicos generalistas prestam atendimento em atenção básica em diversas áreas de saúde pública – como Clínica Médica, Pediatria e Gineco-obstetrícia – e têm como objeto principal sua assistência ao indivíduo, sua família e suas relações socioambientais. As auxiliares de enfermagem são moradoras da própria comunidade.

Figura 3- Mapa do bairro da Ilha da Conceição , em Niterói, 2007



Fonte –Fundação Municipal de Saúde/Setor de Informação / PMF, 2007

Cada grupo de 20 equipes básicas possui uma equipe de supervisão multiprofissional, constituída por médicos especialistas em Pediatria, Gineco-obstetrícia, Clínica Geral, Geriatria, Saúde Pública, Enfermagem, Serviço Social e especialista em Saúde Mental. Essa equipe dá assessoria técnica nas respectivas especialidades, assim como orientações para os encaminhamentos necessários a outros serviços, oferecendo, ainda, treinamento em serviço e educação continuada, visitando os módulos periodicamente. Todas as equipes se reúnem uma vez por semana para avaliar as atividades desenvolvidas e/ou capacitação, sobre aspectos que os próprios profissionais demandam a partir das necessidades encontradas no trabalho.

Cada equipe básica trabalha em horário integral (40 horas), dividido em atendimento nos consultórios dos módulos e atividades consideradas de "campo" – que incluem a realização de visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação para a saúde. Assim, cada equipe cadastra todos os moradores, utilizando fichas individuais e familiares que incluem informações socioeconômicas, de moradia, de saneamento ambiental e de saúde. As visitas domiciliares são efetuadas todas as semanas e têm por objetivo a busca ativa de pessoas que faltam às consultas; orientação sobre medicação; educação para a saúde individual e familiar, assim como o estabelecimento de contato permanente com a comunidade. As atividades de educação também são realizadas nos próprios módulos, para diferentes grupos, sejam de gestantes, de adolescentes, doenças crônicas não-transmissíveis (como hipertensão e *diabetes mellitus*), grupos de envelhecimento ou de mulheres, entre outros.

O Programa Médico de Família atingiu 30% de cobertura de sua população. Foram cadastradas 170 mil pessoas, em 34 áreas consideradas de risco social e econômico, além de haver quatro grupos básicos e 108 equipes básicas de trabalho, médicos e auxiliares de enfermagem. O programa elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997), o que pode favorecer, sobremaneira, a prevenção da violência contra idosos. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção.

Isso se dá porque é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares, assim como é o lugar de desenvolvimento da luta pela melhoria das condições de vida. Esse novo modelo de atenção permite, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

No âmbito da saúde do idoso, as ações desenvolvidas pelo programa envolvem a assistência médica e da equipe de enfermagem às suas doenças, a realização de grupos educativos que visam à discussão dos principais problemas de saúde que acometem a população dessa faixa etária e o desenvolvimento de ações preventivas, buscando melhorar a qualidade de vida da população adscrita. Desta forma, o programa pode ter papel privilegiado na prevenção e detecção precoce da violência contra idosos.

A realização de visitas domiciliares periódicas e a presença da equipe básica na comunidade e no domicílio, constituindo uma relação de confiança entre profissionais e usuários, reforçam a vantagem desse modelo de atenção com relação ao tradicional no enfrentamento do problema (BRASIL, 2002).

3. JUSTIFICATIVA

Estima-se que atos violentos de negligência e maus-tratos contra os idosos passaram a constituir um evento social de maior importância diante do aumento progressivo da representatividade desse grupo etário no contexto populacional, a partir do início do século XX.

Os efeitos perversos do fenômeno não são restritos aos idosos, mas a todo o grupo familiar, no qual aparece com extrema visibilidade a subtração de condições mínimas de sobrevivência e sociabilidade, caracterizando o que alguns autores denominam de “rede de violência” (SOUZA, 2004; MACHADO, 2002; MOYA, 2005). Segundo Ramos (2002), a violência familiar contra o idoso raramente se apresenta de forma isolada. Na maior parte das situações observa-se a concomitância das várias formas de maus-tratos, pois os velhos são, como as crianças e adolescentes, um grupo muito vulnerável, sobretudo nos casos de múltiplas dependências e incapacidades, o que amplia as repercussões negativas do problema.

As estimativas sobre violência em idosos são difíceis de obter, devido ao caráter velado do problema. Muitos idosos vivem sozinhos e raramente deixam suas casas, dificultando a identificação de violências e suas conseqüências. Os indivíduos mais velhos também tendem a não relatar suas adversidades. Para piorar a situação, os profissionais de saúde não estão familiarizados com o problema e raramente o identificam. Estes mantêm uma posição de desinformação e negação, preconceito e temor com respeito ao tema da violência doméstica e suas conseqüências, mesmo diante de um caso suspeito de violência com características indicativas de risco de abuso.

Há que se ressaltar que, no Programa Médico de Família de Niterói não há, ainda, sistematização de dados ou construção de conhecimento sobre a violência contra os idosos em sua área de abrangência. Sendo assim, o conhecimento construído sobre essa problemática se

respalda em dados oficiais extremamente precários, nos quais o sub-registro tem dificultado, sobremaneira, o aprofundamento da questão. Tal dificuldade também vem sendo ressaltada na literatura internacional, que aponta uma subnotificação em todo o mundo (MINAYO, 1987).

Assim, estimar a prevalência da violência e apontar as características sócio-demográficas mais comuns aos idosos vitimizados parece ser relevante contribuição científica e social. A revelação de tal situação permitirá melhor compreender o fenômeno e possibilitará a implementação de medidas de vigilância à saúde e manutenção de uma convivência familiar harmoniosa entre os idosos e seus familiares cuidadores.

Além de fornecer subsídios na formulação de estratégias de prevenção, contribuirá para o planejamento de ações efetivas para o enfrentamento da morbi-mortalidade secundária à violência. Estimulará, também, a mobilização de medidas socioculturais favorecedoras de construção da cidadania e melhoria da qualidade de vida de toda a unidade familiar.

É fundamental impedir um impacto negativo do envelhecimento populacional, por meio de mecanismos de inclusão social de todas as faixas etárias, assegurando o desenvolvimento sustentável que busque a redução das desigualdades sociais e garanta o direito de todos ao envelhecimento digno e cidadão. O envelhecimento precisa ser incluído na agenda de ações intersetoriais, contemplando todos os aspectos que visem a reduzir a vulnerabilidade do idoso.

Desta forma, consideramos que este estudo pode subsidiar, efetivamente, a formulação de políticas preventivas sobre a violência ao idoso, identificando segmentos mais vulneráveis a sofrerem ou perpetrarem estes atos. Neste contexto, o aprofundamento do assunto favorecerá a inserção da temática na consciência coletiva e o incremento de um efetivo Programa Nacional de Prevenção à Violência contra os Idosos.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

- ✓ Estimar a prevalência de maus-tratos praticados no domicílio contra idosos adscritos ao módulo da Ilha da Conceição, em Niterói, do Grupo Básico de Trabalho I, do Programa Médico de Família do município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, caracterizando o perfil das vítimas e perpetradores.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as características sócio-demográficas e de saúde da população estudada.
- ✓ Estimar a prevalência de violência física e agressão psicológica sofridas pelos idosos da comunidade.
- ✓ Analisar o perfil dos idosos que são vítimas de violência, identificando subgrupos de maior risco de acordo com as características sócio-demográficas e de saúde do idoso e sua família.

PARTE 2: ARTIGO CIENTÍFICO

**ROMPENDO O SILÊNCIO E SUAS BARREIRAS: A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA MÉDICO
DE FAMÍLIA DE NITERÓI**

BREAKING SILENCE AND ITS BARRIERS: THE DOMESTIC VIOLENCE AGAINST
THE ELDERLY WITHIN THE FAMILY DOCTOR PROGRAM OF NITERÓI

Paulo Cavalcante Apratto Júnior¹, Cláudia Leite de Moraes²

1. Mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. E-mail: aprattoporto@terra.com.br
2. Professora adjunta do Instituto de Medicina Social- IMS- Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. E-mail: clmoraes@ims.uerj.br

5.1 RESUMO

Introdução Este artigo investiga a magnitude e as características da violência contra os idosos, praticadas no domicílio por pessoas de sua confiança na população residente no bairro da Ilha da Conceição, em Niterói (RJ), e adscritos ao Programa Saúde da Família. **Métodos** Através de um inquérito domiciliar realizado entre os meses de março a julho de 2006, foram entrevistados 343 indivíduos com 60 anos ou mais, selecionados através de amostragem aleatória simples. Para a identificação da presença de violência psicológica e física, utilizou-se a versão nacional da Escala Tática de Conflitos (*Conflict Tactics Scales* – CTS1). As informações sobre identificação, características demográficas e socioeconômicas foram obtidas através das questões da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2003. A saúde mental foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental – MEEM. Para avaliação da capacidade funcional do idoso, utilizou-se o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Para avaliar a suspeita de uso abusivo de álcool entre os homens, foi utilizado o instrumento CAGE. Para a idosa ou cuidadora, utilizou-se o instrumento TWEAK. **Resultados** Quarenta e três por cento dos entrevistados relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica no ano anterior à entrevista. A violência física de qualquer gravidade foi relatada por cerca de 9,6% dos entrevistados, enquanto que 6,1% dos idosos referiram a ocorrência de violência física grave nesse período. De modo geral, a prevalência das diversas modalidades de violência foi maior entre os mais novos, com maior escolaridade, entre os que apresentam pelo menos uma das patologias que caracterizam o idoso como tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo) e entre os que moram com maior número de indivíduos. **Conclusão** A magnitude do evento e suas conseqüências para a saúde do idoso impõem a elaboração

imediate de políticas e estratégias de ação específicas para a prevenção, detecção precoce e controle do problema.

Palavras-chave: violência doméstica; prevalência; envelhecimento; inquérito populacional.

5.2 ABSTRACT

Introduction This paper investigates the magnitude and the characteristics of violence against the elderly in households, practiced by confidential relatives, among the population living in Ilha da Conceição, in Niterpoi city, State of Rio de Janeiro, and enrolled for the Health Family Program. **Methods** In a household survey carried out from March to July 2006, 343 individuals aged 60 years or more, selected through simple random sampling, have been interviewed. To identify the presence of psychological and physical violence it was used the national version of the Conflict Tactics Scales - CTS1. Information on identification, demographic and socioeconomic characteristics came from questions of the National Survey of Household Samples - PNAD 2003. Mental health was evaluated through the Mini-examination of Mental State - MEEM. For evaluation of the functional capacity of the aged, one Health Assessment Questionnaire was used (HAQ). To evaluate the suspicion of abusive alcohol use for the elderly, the instrument used was the CAGE. For the female elderly or her caregiver, the instrument TWEAK was used. **Results** Forty and three percent of the interviewed ones reported that suffered at least an episode of psychological violence in the year prior to the interview. The physical violence of any gravity was reported by about 10% of the interviewed ones, whereas 6.1% of the aged ones reported the occurrence of serious physical violence in this period. In general, prevalence of several modalities of violence was higher among the youngest ones, with higher educational level, among those who presented at least one of the pathologies that characterize the elderly as holding a vulnerability (depression and/or urinary/fecal incontinence and/or diabetes and/or rheumatism and/or diabetes) and among those who live with a larger number of individuals. **Conclusion** The magnitude of the event and its consequences to the health of the elderly requires the immediate elaboration of

politics and specific strategies of action for the prevention, precocious detection and control of the problem.

Key words: domestic violence; prevalence; ageing; population survey.

5.3 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no mundo é um dos maiores desafios contemporâneos da Saúde Pública. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, recentemente, os países em desenvolvimento mostram o envelhecimento da população de forma mais acentuada. (RAMOS, 2003). No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975, e 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 34 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no *ranking* mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária (KALACHE, 1985)

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos, algumas decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de várias mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada em nossos dias (MINAYO, 2002). Inicialmente, a violência contra os idosos era vista como uma questão familiar, permanecendo reservada e escondida até a metade do século XX. Representa, hoje, um grande desafio para o setor de saúde, atingindo todas as classes sociais e provocando, além de óbitos, traumas físicos e emocionais de grande magnitude que criam uma demanda por serviços e programas de saúde mais adequados. Por essa razão, é fundamental que os profissionais da área coloquem em pauta esse problema antigo, porém de baixa visibilidade, enfocando-o como prioridade na agenda de diagnóstico situacional e estabelecendo políticas para seu enfrentamento (MACHADO, 2002). Dentre as várias formas de violência que acometem a população idosa, destacam-se os maus-tratos e a negligência cometidos no âmbito familiar e institucional – merecendo, portanto, maior atenção de toda a sociedade.

A violência é um problema mundial, complexo, enraizado em dimensões culturais, que possibilita diferentes abordagens e definições, o que traz dificuldade para estudos comparativos e visões globais sobre sua magnitude (MOYA, 2005). A multiplicidade e falta

de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registro também são desafios a serem superados visando a estimativas mais fidedignas. (KRUG, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; PILLERMER, 1989). Apesar dessas dificuldades, estudos internacionais têm sugerido que a violência contra o idoso tenha prevalências mais altas do que muitas patologias alvos de programas de controle em todo o mundo (KRUG, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, ainda não se tem idéia da prevalência do problema. No entanto, as características da sociedade brasileira atual, tais como as sérias dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, fatores reconhecidamente favorecedores da disseminação da violência, fazem crer que o problema seja bastante freqüente, tornando a temática de grande relevância no País.

Grande parte das situações ainda sofre uma invisibilidade de origem social. Destaca-se nessa invisibilidade a difusão da idéia de que a violência é um problema privado, que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Ademais, as escolas formadoras de profissionais da saúde ainda não os preparam para o manejo de casos de violência, contribuindo para sua não-deteção. Como muitas vezes a violência é cometida por pessoas de sua confiança, o idoso não se dispõe a relatar facilmente os episódios de vitimização que sofre, dificultando ainda mais a identificação da situação. Além disso, a falta de instrumentos para detecção, bem como de um arsenal resolutivo para o enfrentamento do problema, faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade (OMS, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; PILLERMER, 1989).

A Organização Pan-Americana da Saúde considera que o setor saúde deve ajudar a buscar soluções e aplicações de medidas preventivas e de controle de todas as formas de violência neste grupo populacional¹¹³. Nesse contexto, a estratégia Saúde da Família pode ter um enorme potencial para construir estratégias de prevenção, detecção precoce e

acompanhamento de famílias em situação de violência. Os profissionais que estão inseridos nas comunidades, empenhados em propostas de educação em saúde com o objetivo de contribuir para a transformação social, podem ser efetivos agentes para o conhecimento e intervenção nessa problemática.

Infelizmente, a escassez de estudos sobre o tema impede que se tenha uma visão mais acurada da magnitude e caracterização do problema, dificultando um planejamento de ações efetivas para seu enfrentamento imediato. Visando a expandir o conhecimento sobre a situação no âmbito populacional, este artigo tem como objetivo estimar a prevalência da violência psicológica e violência física contra o idoso numa população de baixa renda assistida pelo Programa Médico de Família da cidade de Niterói. Como objetivo secundário, pretende-se avaliar a prevalência do evento em diferentes subgrupos populacionais de acordo com características sociodemográficas e de saúde do idoso e de sua família, contribuindo para um diagnóstico situacional que forneça subsídios para o enfrentamento do problema. Considerando a escassez de pesquisas na área e a participação cada vez maior dos programas de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde em todo o Brasil, pretende-se que os frutos deste estudo não se restrinjam às equipes que participaram da pesquisa, mas que possam servir como ponto de partida para o conjunto de profissionais de saúde comprometidos com a promoção da saúde do idoso.

5.4 MÉTODOS

Contexto do estudo

O Programa Médico de Família de Niterói atingiu 30% de cobertura de sua população. Foram cadastradas 180 mil pessoas, em 34 áreas consideradas de risco social e econômico. O bairro da Ilha da Conceição localiza-se no interior da [baía de Guanabara](#), este é atualmente é o principal pólo [metalúrgico naval](#) e abriga também parte da [indústria pesqueira](#) de Niterói. A população do bairro abriga atualmente 6.438 habitantes. Apresenta grande percentual de idosos, 754 indivíduos, sendo um dos bairros do município que apresenta alto índice de envelhecimento.(Apratto, 1978; IBGE, 2006).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PMF. O bairro da Ilha da Conceição foi dividido em seis microáreas denominadas de setores 24,25, 26, 27, 28 e 29. O cadastro contabilizou por setor até 250 famílias, totalizando no máximo de 1.300 pessoas. Atualmente este módulo contém seis equipes (duplas de médicos e auxiliares de enfermagem), sendo o todo o bairro adscrito e atendido pelo PMF.

Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família no Módulo de Saúde Célia Sanchez, no bairro da Ilha da Conceição, localizado na cidade de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

População-Alvo e Fonte do estudo

A população-alvo do estudo é composta pelo conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais, não-institucionalizados, residentes em áreas urbanas cobertas pelo Programa Médico de Família do município de Niterói, Rio de Janeiro. Atualmente, o PMF atingiu 30% de cobertura de sua população e 150 mil pessoas já foram cadastradas em 34 áreas consideradas de risco social e econômico.

Como população fonte, optou-se pela clientela de indivíduos desta faixa etária, residentes e adscritos ao módulo do Programa Saúde da Família - PSF, no bairro da Ilha da Conceição (Niterói). Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em setembro de 2006, esse grupo era composto por 754 indivíduos (DATASUS, 2006).

Tamanho e Estratégia de Seleção da Amostra do Estudo

A constituição da amostra foi feita a partir de uma malha amostral formada por todos os idosos das microáreas 24, 25, 26, 27, 28 e 29, que compõem a área do Programa Médico de Família do Módulo Ilha da Conceição, através de uma seleção aleatória simples dos idosos nos diversos setores.

O tamanho amostral foi definido considerando-se a população fonte (754), a prevalência esperada de violência ao idoso de 40% (ESPÍNDOLA ET AL, 2007) e um erro de mais ou menos 10% (EPI-INFO, versão 3.3.2). Com base nesses critérios, o tamanho amostral mínimo previsto foi de 327 pessoas.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade superior a 60 anos de idade na época da entrevista e concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta de Dados

Os dados foram colhidos através da realização de entrevistas face a face, realizadas preferencialmente no domicílio, entre março e julho de 2006, mediante aplicação de questionário estruturado. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe de alunas do 7º e 8º períodos da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense - UFF, após treinamento visando à padronização da abordagem e aplicação correta do questionário, supervisionadas por um dos autores (PCAJ). Os idosos foram entrevistados de forma individualizada, após contato inicial com uma entrevistadora, preservando-se a privacidade das entrevistadas e mantendo-se sua identidade sob sigilo.

Visando a reduzir as taxas de não-resposta, aumentar a aceitabilidade do instrumento e a validade das informações como um todo, alguns cuidados especiais na condução das entrevistas foram realizados. Montou-se um esquema de supervisão de campo que previa um apoio para o entrevistado e a entrevistadora nos casos agudos de violência ou em situações de risco e o encaminhamento e acolhimento pelo módulo de saúde da família da área dos idosos que fossem identificados como vítimas de violência ou em situações de vulnerabilidade. A utilização de entrevistadoras com formação na graduação em Serviço Social, e o treinamento contínuo, capacitado para uma abordagem acolhedora e facilitadora da revelação das informações mais íntimas, foi outra estratégia empregada para aumentar a qualidade das informações da pesquisa.

Instrumentos de aferição

O instrumento de coleta de dados foi composto por módulos de questionários já testados e validados em estudos anteriores realizados no Brasil e módulos elaborados especificamente para a pesquisa. Sua estruturação baseou-se na avaliação multidimensional do idoso. O questionário final apresentou seis módulos: sócio demográfico, utilização de serviços de saúde, saúde física, saúde mental, capacidade funcional, além do questionário de caracterização da violência. Os primeiros módulos do questionário foram compostos por questões relativas à caracterização sócio demográfica do entrevistado, deixando as questões potencialmente constrangedoras para momento posterior, quando já se tinha estabelecido uma relação positiva entre entrevistador e entrevistado.

O primeiro módulo continha dados de identificação que compreendiam características demográficas básicas, tais como idade, número de filhos, coabitação, naturalidade, cor/raça e estado civil, além de informações sobre indicadores socioeconômicos: escolaridade, ocupação

e posse de utensílios domésticos. Para a captação das variáveis demográficas, utilizou-se o questionário da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (IBGE, 2004).

Para a coleta das informações sobre a saúde física do idoso, foram utilizadas as questões do instrumento empregado no inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis (INCA, 2004). Além disso, houve a inclusão de patologias que não constavam da versão original, por terem alta prevalência em idosos do nosso meio e, possivelmente, estarem associadas à violência.

Para caracterização dos idosos de acordo com o grau de vulnerabilidade decorrente de suas co-morbidades foram criadas duas variáveis (vulnerabilidade 1 e 2) que agregavam os indivíduos que apresentavam as doenças depressão e/ou incontinência urinária e/ou diabetes e/ou reumatismo e as doenças depressão e/ou incontinência urinária ou fecal e ou demência/problemas de memória e ou/ reumatismo respectivamente.

A saúde mental foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN *et al.*, 1975). O MEEM é composto por 30 itens, com subtestes que avaliam orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação, memória procedimento e linguagem. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. (ALMEIDA, 1997; BERTOLUCCI, 2003). Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. Desde sua criação, suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na sua versão original, quanto pelas inúmeras traduções/adaptações para várias línguas e países. Para melhorar a qualidade das informações, nas situações em que o idoso apresentava escore do MEEM inferior a 14 (idosos com menos de quatro anos de estudo) e 18 pontos (idosos quatro anos ou mais), a entrevista era realizada com seu principal cuidador. Seguindo orientação de Almeida (1997), considerou-se como um caso suspeito de demência aqueles

indivíduos que tivessem MEEM < 19 (idosos com menos de quatro anos de estudo) e < 23 pontos (os demais).

Para avaliação da capacidade funcional do idoso, utilizou-se o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), em função de suas excelentes propriedades psicométricas (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2006). Foi originalmente desenhado para a avaliação clínica de pacientes adultos com artropatias, mas tem sido utilizado numa ampla gama de ambientes de pesquisa para avaliação de cuidado. A dimensão de incapacidade é composta por 20 questões que abordam o grau de dificuldade dos idosos em desenvolver atividades da vida diária na última semana, a saber: vestir-se e arrumar-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, realizar atividades de higiene, alcançar e realizar atividades fora do domicílio. Cada item tem um escore de quatro pontos, variando de “sem dificuldade alguma” até “incapaz de realizar”. O escore mais alto em cada um dos oito componentes é somado para formar um total (0-24). Este total é dividido por oito para dar um escore de 0-3, que representa o índice de incapacidade funcional do idoso. Para uma apreciação inicial, foram considerados auto-suficientes os idosos que apresentavam escores de 0 a 0,5; idosos que tinham dificuldades leves com pontuação de 0,5 a 1,25, capazes de realizar suas AVDS e indivíduos com dificuldades importantes, possuindo incapacidade grave, sendo ainda auto-suficientes aqueles com pontuação variando de 1,25-2,0. O paciente com escores de 2,0 a 3,0 pode ser classificado como possuindo incapacidade grave. (SHINJO et al, 2006)

Para avaliar a suspeita de uso abusivo de álcool pelo idoso do sexo masculino, foi utilizado o instrumento CAGE (*Cut-down; Annoyed; Guilty & Eye-opener*, considerando-se um resultado positivo para o mesmo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa (PAZ FILHO et al., 2001). Para a idosa ou cuidadora, utilizou-se a versão nacional do instrumento TWEAK (RUSSELL et al., 1994; MORAES et al., 2005), considerando-se

como um caso suspeito de "uso inadequado" de álcool as mulheres que responderam positivamente a duas ou mais questões.

Para identificação da violência contra o idoso, utilizou-se a versão nacional das Escalas Táticas de Conflitos (*Conflict Tactics Scales – CTSI*) (STRAUS, 1996; HASSELMANN & REICHENHEIM, 2003). Esse instrumento é composto por 19 itens que abordam a utilização de diferentes táticas para a resolução de conflitos entre pessoas íntimas, a saber: argumentação, agressão verbal, violência física não-abusiva, e violência física abusiva. Foram considerados caso positivo de violência psicológica e física os idosos que referiram ter sido vítimas de pelo menos um dos itens que compõem as respectivas sub-escalas.

Processamento e Análise dos Dados

A entrada de dados e o controle de qualidade foram realizados utilizando-se o programa Epi Info™ 3.3.2. O programa STATA v.9.2 foi usado para o processamento e análise de dados. Estimaram-se a prevalência da violência física e psicológica e seus respectivos intervalos de confiança a 95% na população total entrevistada e nos vários subgrupos criados a partir das características sociodemográficas estudadas. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos, utilizou-se o teste qui-quadrado. Assumiu-se uma distribuição binomial para a estimação dos intervalos de confiança.

A pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde do município e aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEPE) do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, uma vez que respeitou os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque e a Resolução n.196/1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

5.5 RESULTADOS

Foram entrevistados 343 idosos (38,2% homens e 62,1% mulheres). Como pode ser visto na tabela 1, a maioria dos idosos entrevistados apresentava entre 60 e 70 anos. Em relação à cor da pele, a maior parte dos respondentes se identificou com a cor negra/mulato. Com relação à situação conjugal, grande parte dos entrevistados referiu ser casado, havendo também um contingente razoável de viúvos. A amostra congregou idosos de baixa escolaridade, na medida em que 76,4% dos respondentes relataram ter tido quatro anos ou menos de estudo, enquanto que apenas cerca de 8,0% referiram ter escolaridade maior que a 8ª série. Quanto à composição doméstica, observa-se um grande contingente de idosos morando sozinho ou com apenas mais uma pessoa. A maioria refere ter uma profissão, mas ser atualmente beneficiário da Previdência Social..

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população estudada, PMF, Ilha da Conceição, Niterói, RJ, em 2006

Características Sociodemográficas	n	Prevalência (IC 95%)
Sexo		
Masculino	130	37,9 (32,7 – 43,1)
Feminino	213	62,1 (56,9 – 67,3)
Faixa etária		
60 – 70	194	56,6 (51,3 – 61,8)
71 – 80	123	35,9 (30,8 – 41,0)
> 80	26	7,6 (4,8 – 10,4)
Cor/Raça		
Branca	165	48,1 (42,8 – 53,4)
Negro & Mulatos	178	51,9 (46,6 – 57,2)
Estado Civil		
Casado	171	49,8 (44,5 – 55,2)
Viúvo	111	32,4 (27,4 – 37,3)
Outros	61	17,8 (13,7 - 21,9)
Escolaridade		
Até 4 série	262	76,4 (71,9 – 80,9)
De 5 a 8 série	54	15,7 (11,9 - 19,6)
Maior que 8 série	27	7,8 (5,0 – 10,7)
Numero de moradores do domicílio		
Mora sozinho	76	22,2 (17,7 – 26,6)
Mora com uma outra pessoa	107	30,9 (26,0 – 35,8)
Mora com duas ou mais pessoas	160	46,6 (41,3 – 51,9)
Profissão		
Do lar	115	33,5 (28,5 – 38,6)
Outros	228	66,5 (61,5 – 71,5)
Situação previdenciária		
Aposentado	199	60,7 (55,4 – 66,0)
Não aposentado	129	39,3 (34,1 – 44,6)

A tabela 2 apresenta a situação de saúde dos idosos entrevistados. A grande maioria refere ter a presença de pelo menos uma patologia, sendo a hipertensão arterial a principal morbidade referida (72,6%; IC 95%: 67,7 – 77,4). Cerca de 10% dos idosos do sexo masculino foram considerados positivos para o uso inadequado de álcool. Por outro lado, nenhuma das idosas foi identificada com tal situação. Constatou-se que cerca de 20% dos idosos foram considerados suspeitos de um quadro de demência. Com relação à capacidade funcional, observou-se que a maioria dos idosos entrevistados foi considerada auto-suficiente, situação confirmada pela baixa prevalência de idosos que necessitavam de cuidadores para ajudá-los a desempenhar as tarefas do dia-a-dia.

Tabela 2 - Morbidade referida e agravos identificados na população estudada, PMF, Ilha da Conceição, Niterói, RJ, em 2006

Morbidades	n	Prevalência (IC 95%)
<i>Morbidades referidas</i>		
Hipertensão Arterial	238	72,6 (67,7 – 77,4)
Reumatismo	137	44,5 (38,9 – 50,1)
Doença Cardíaca	68	22,1 (17,4 – 26,7)
Diabetes Mellitus	57	18,6 (14,2 – 22,9)
Demência	52	17,1 (12,8 – 21,3)
Depressão	49	16,2 (12,0 – 20,4)
Acidente vascular cerebral (AVC)	24	7,9 (4,9 – 11,0)
Incontinência Urinaria/Fecal	23	7,6 (4,6 – 10,6)
DPOC (enfisema pulmonar).	10	3,3 (1,3 - 5,3)
<i>Concomitância dos agravos</i>		
Relato de pelo menos uma das patologias acima	292	85,1 (81,3 – 88,9)
Relato de três ou mais das patologias acima	107	31,2 (26,3 – 36,1)
<i>Concomitância de patologias específicas^a</i>		
<i>Vulnerabilidade 1</i>	175	51,0 (45,7 – 56,3)
<i>Vulnerabilidade 2</i>	190	55,4 (50,1 – 60,7)
<i>Suspeição de abuso de álcool^b</i>	39	11,4 (8,0 – 14,7)

<i>Suspeita de demência (MEEM positivo) ^c</i>	68	19,8 (15,6 – 24,1)
<i>Presença de cuidador</i>	72	21,0 (16,7 – 25,3)
<i>Suspeita de incapacidade funcional ^d</i>		
Auto-suficientes	245	71,4 (66,6 – 76,2)
Dificuldades leves	54	15,7 (11,9 – 19,6)
Dificuldades importantes	27	7,8 (5,0 - 10,7)
Incapacidade	17	5,0 (2,6 – 7,3)

Legenda: a) Vulnerabilidade 1: refere depressão e/ou incontinência urinária e/ou diabetes e/ou reumatismo; Vulnerabilidade 2: refere depressão e/ou incontinência urinária ou fecal e/ou demência/problema de memória e/ou reumatismo (artrose);

b) Considerou-se um caso suspeito os idosos que tivessem dois ou mais itens positivos no instrumento CAGE;

c) Considerou-se positivo os idosos que tivessem MEEM < 19 para aqueles com menos de quatro anos de estudo e < do que 23 pontos entre aqueles com quatro anos ou mais de estudo;

d) Considerou-se auto-suficientes que apresentavam escores de 0 a 0,5 com dificuldade leves com pontuação de 0,5 a 1,25, capazes de realizar suas AVDS e idosos com alterações importantes possuindo incapacidade grave, porém ainda é auto suficiente com pontuação variando de 1,25-2,0.

A tabela 3 apresenta a situação da população de estudo em relação à prevalência das diferentes formas de violência doméstica. Como pode ser observado, 43,2% relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica no ano anterior à entrevista. A violência física de qualquer gravidade foi relatada por cerca de 10% dos entrevistados, enquanto que 6,1% dos idosos referiram a ocorrência de violência física grave nesse período.

Tabela 3 - Prevalência das diferentes formas de violência doméstica contra os idosos, PMF, Ilha da Conceição, Niterói, RJ, em 2006

Tipos de violência	n	Prevalência (IC 95%)
Violência Psicológica	148	43,2 (37,9 – 48,4)
Violência física grave	21	6,1 (3,6 – 8,7)
Violência física Total	33	9,6 (6,5 – 12,8)

A tabela 4 apresenta a prevalência das diversas formas de violência nos diferentes subgrupos populacionais. Como pode ser observado, de modo geral, a prevalência das

diversas modalidades de violência foi maior entre os mais novos, com maior escolaridade, entre os que apresentam pelo menos uma das patologias que caracterizam o idoso com tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo e/ou diabetes) e entre os que moram com maior número de indivíduos. Percebem-se algumas particularidades ao se apreciar o perfil de ocorrência da cada tipo de violência isoladamente. Enquanto é nítida a maior prevalência de violência psicológica entre os que se referem como “do lar” no momento da entrevista e entre os que não foram identificados como suspeitos de abuso de álcool, não se pode afirmar que a violência física seja mais freqüente nesses subgrupos. Já ao se avaliarem as diferenças entre as prevalências de violência física total e grave, ainda que com certa ressalva devido à menor significância estatística, é possível perceber que entre os casados o problema parece ser bem mais freqüente.

Tabela 4 - Prevalência de violência doméstica psicológica e física em diferentes subgrupos da população adscrita ao PSF, PMF, Ilha da Conceição, Niterói, RJ em 2006

Características sócio-demográficas e de saúde	Violência psicológica	Violência física grave	Violência física total
	%	%	%
Faixa Etária			
60 – 70	46,4	8,8	13,4
71 – 80	42,3	3,3	5,7
> 80	23,1	0,0	0,0
<i>p-valor</i>	0,077	0,055	0,017
Cor/Raça			
Negro & Mulatos	46,1	7,3	11,2
Branca	40,0	4,8	7,9
<i>p-valor</i>	0,257	0,343	0,292
Sexo			
Feminino	46,5	5,6	9,9
Masculino	37,7	6,9	9,2
<i>p-valor</i>	0,111	0,629	0,848
Profissão			
<i>Do lar</i>	53,0	5,2	12,2
Outros	38,2	6,6	8,3
<i>p-valor</i>	0,009	0,620	0,255
Estado civil			
Casado	45,6	8,8	12,9
viúvo	36,9	2,7	4,5
Outros	47,5	4,9	9,8
<i>p-valor</i>	0,266	0,105	0,067
Escolaridade			
Até sete anos de estudo	41,8	4,6	8,0
Oito anos ou mais	59,3	14,8	18,5
<i>p-valor</i>	0,082	0,026	0,068

Nº. de moradores				
Até 5 pessoas	41,6		5,0	8,8
6 ou mais	61,5		19,2	19,2
	<i>p-valor</i>	0,049	0,003	0,084
Vulnerabilidade 1				
Positivo	50,3		8,6	12,0
Negativo	35,7		3,6	7,1
	<i>p-valor</i>	0,006	0,053	0,127
Vulnerabilidade 2				
Positivo	51,0		9,4	13,2
Negativo	33,3		2,0	5,2
	<i>p-valor</i>	0,001	0,004	0,013
Suspeição de abuso de álcool				
Positivo	28,2		6,6	9,5
Negativo	45,1		2,3	10,3
	<i>p-valor</i>	0,045	0,325	0,886

Legenda: a) Vulnerabilidade 1: refere depressão e/ou incontinência urinária e/ou diabetes e/ou reumatismo; Vulnerabilidade 2: refere depressão e/ou incontinência urinária ou fecal e/ou demência/problema de memória e/ou reumatismo (artrose);

b) Considerou-se um caso suspeito os idosos que tivessem dois ou mais itens positivos no instrumento CAGE;

c) Considerou-se positivo os idosos que tivessem MEEM < 19 para aqueles com menos de 4 anos de estudo e < do que 23 pontos entre aqueles com 4 anos ou mais de estudo.

5.6 DISCUSSÃO

O envelhecimento acelerado da população brasileira vem sendo apontado por diversos autores (KALACHE, A. *et al.*, 1985; RAMOS, 2003; CARVALHO, 2003; CAMARANO, 2004). Nesse contexto, a promoção de um envelhecimento saudável se coloca como um dos grandes desafios da sociedade em geral e particularmente do setor saúde neste século que se inicia. Dentre os grandes empecilhos à saúde do idoso, a violência vem sendo cada vez mais colocada em pauta, particularmente a que ocorre no âmbito familiar, já que segundo alguns autores, 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares ou em instituições asilares (BARNETT *et al.*, 1997; KRUG *et al.*, 2002; KOSBERG, 1998; PILLERMER, 1998).

No Brasil e particularmente no Estado do Rio de Janeiro, os estudos sobre o tema são ainda muito incipientes, impedindo estimativas mais concretas sobre a magnitude do problema. No melhor do conhecimento dos autores, este é o primeiro inquérito populacional realizado no estado que estima a prevalência de violência doméstica contra o idoso não-

institucionalizado. Desta forma, apesar de ter sido realizado em uma área específica de Niterói, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para a divulgação do tema e ampliem a discussão sobre como intervir visando ao seu enfrentamento.

O perfil sociodemográfico da população entrevistada é, de modo geral, semelhante ao de outros estudos que envolveram as parcelas menos favorecidas dos idosos brasileiros (RAMOS, 1993; KALACHE, 1987; VERAS, 2003). A necessidade de restrição da capacidade de generalização dos achados às comunidades de alto risco social e econômico é reforçada quando se focalizam suas características em termos de escolaridade. Ao analisar o perfil educacional da população estudada, observa-se que esta tem um grau de escolaridade que parece ser bastante inferior ao estimado para o Brasil como um todo e mesmo para o conjunto de idosos da cidade de Niterói. Considerando todo o País, os dados divulgados pelo IBGE relativos ao ano de 1996 estimavam que aproximadamente 41% das mulheres idosas e 37% dos homens eram analfabetos, parcelas provavelmente bem menores do que as estimadas para esta amostra se considerarmos a proporção de idosos com menos de 4 anos de escolaridade (IBGE, 1996). A menor escolaridade da amostra *vis-à-vis* o conjunto dos idosos da cidade fica evidente ao se compararem os achados do estudo aos divulgados pelo IBGE para o ano de 2004, que estimavam uma média de anos de estudos da população maior de 60 anos de 8,2 anos, bastante superior à estimada para a população do estudo (DATASUS, 2004).

O perfil de saúde dos idosos também é bastante peculiar, na medida em que indica uma população que tem grande autonomia, apesar de acumular diferentes morbidades e ter uma alta prevalência de casos suspeitos de demência. A manutenção da autonomia por boa parte dos idosos também é descrita por outros autores que vêm trabalhando com a população desta faixa etária. Independentemente de suas comorbidades, a maior parte dos idosos tem sua

autonomia e independência preservadas (RAMOS, 2003; KALACHE, 1985; VERAS, 1995; CHAIMOVICZ, 1999).

A alta prevalência de casos suspeitos de demência também merece discussão. Infelizmente, os estudos populacionais sobre o tema são escassos tanto no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, não havendo ainda estimativas precisas da sua incidência e prevalência (HENDRIE, 2001; HERRERA *et al.*, 2000). Diante dessa limitação, atualmente a prevalência de pessoas com demência nos países em desenvolvimento é estimada a partir dos parâmetros obtidos nos países desenvolvidos, girando em torno de 3%. Desta forma, é preciso ressaltar que o instrumento utilizado no estudo é apenas uma ferramenta de rastreamento e não diagnóstica. Somente a partir do encaminhamento dos idosos positivos ao PMF para uma investigação diagnóstica mais sensível e específica seria possível estimar a real prevalência do problema.

A heterogeneidade existente no que diz respeito aos conceitos relativos à violência impõe que qualquer comparação de resultados entre estudos deva ser feita com cautela. As diferentes definições conceituais e operacionais, bem como os instrumentos de coleta de dados utilizados para a identificação das situações de violência, também tornam complexa a tarefa de comparação externa. Ainda assim, vale confrontar as prevalências encontradas neste estudo com aquelas de outros países e regiões brasileiras, desde que consideradas as particularidades metodológicas e as diferenças culturais.

A prevalência de diversos tipos de violência variou no estudo entre 43,2% (violência psicológica) a 6,1% (violência física grave). Tais estimativas são bastante semelhantes às encontradas em alguns estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá, que estimam uma prevalência de maus-tratos físicos em 10% para toda a população idosa (CHAVEZ, 2002; KLEINSCHMIDT, 1997; WOLF, 1995). Mostra-se, no entanto, bem inferior a outras

pesquisas norte-americanas, que apontam prevalências de 36% e 81% de abuso físico e abuso psicológico no ano anterior à entrevista, respectivamente (PILLERMER e MOORE, 1989). Em outra pesquisa recente, estimou-se que mais de dois milhões de idosos sejam anualmente vítimas de abuso nos Estados Unidos (SWAGERTY, 2000).

Como descrito acima, a maior prevalência de abuso psicológico vis-à-vis os demais encontrada na população de estudo também é relatada em outros estudos (PILLERMER e MOORE, 1989; DAICHMANN, 2002). Diante da alta magnitude do problema e das conseqüências nefastas desse tipo de violência à saúde do idoso, vários autores têm enfatizado a necessidade de encarar o problema como uma grave forma de agressão, que necessita de ações de enfrentamento imediato.

A freqüência da violência física nos diferentes subgrupos populacionais também merece discussão. Os resultados deste estudo corroboram alguns achados de estudos anteriores e contradizem outros. De acordo com a literatura sobre o tema, esperava-se que as diversas formas de violência fossem mais freqüentes entre os idosos mais velhos, com menor escolaridade, que morassem em lares com maior número de indivíduos, casados, com comprometimento da saúde física e mental, com algum grau de incapacidade funcional e que fizessem uso abusivo do álcool (OMS, 2002; MOYA, 2005; BAUMHOVER, 1986; PILLERMER, 1989). De fato, entre os idosos entrevistados, de modo geral, a prevalência do problema foi mais elevada entre os de escolaridade baixa, com maior número de filhos e entre os que apresentavam certas patologias. Porém, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências das várias formas de violência nos demais subgrupos estudados.

Com relação à saúde física e mental, vários autores vêm indicando que os idosos com história de maus-tratos apresentam maior prevalência de demência, depressão e problemas reumatológicos do que aqueles que não foram vitimizados (COONEY e MORTIMER, 1995;

DYER *et al.*, 2000). Em estudo brasileiro realizado no estado de São Paulo, a associação entre maus-tratos e essas patologias também foi apontada (SANCHEZ & LEBRÃO, 2006). Na presente pesquisa, por questões de eficiência estatística, optou-se por estudar essas patologias em conjunto. De acordo com os achados, parece que aqui a situação não é diferente, já que a violência (de qualquer gravidade) esteve associada ao relato de pelo menos uma dessas morbidades.

Dentre as várias hipóteses postuladas para justificar a maior ocorrência da violência contra os idosos entre aqueles com certas patologias, a perda da autonomia física e cognitiva – que gera a necessidade de outra pessoa para realização das atividades diárias e instrumentais, criando, conseqüentemente, subordinação – parece ter lugar de destaque entre os pesquisadores (PILLERMER, 1989; JONES *et al.*, 1995; HERRERA, 2004). Já outros autores sugerem que os agravos sejam decorrentes da violência sofrida e não fatores propensores do evento (YAN & TONG, 2002)

Neste estudo não se evidenciou maior prevalência das várias formas de violência entre os idosos com maior dependência, o que questiona ambas as hipóteses. Porém, devido à restrição que um estudo transversal, cuja análise de dados explorou apenas a distribuição dos eventos de acordo com cada uma das variáveis de interesse isoladamente, não se pode descartar a possibilidade de a semelhança entre as prevalências do problema nos subgrupos serem decorrentes de distribuições desiguais de outras variáveis envolvidas no processo. Para compreender o papel da dependência funcional na ocorrência de violências aos idosos, seria interessante que estudos futuros utilizando os procedimentos indicados para se avaliar associações causais fossem desenvolvidos.

Outro ponto que merece discussão diz respeito às prevalências das várias formas de violência entre os idosos com suspeita de abuso de álcool. Vários estudos ressaltam a forte associação entre maus-tratos aos velhos e dependência química do idoso ou de seu cuidador

(BARNETT *et al.*, 1997; BAUMHOVER *et al.*, 1996; CHAVEZ, 2002). No presente estudo, não só não se observou maior frequência da violência física entre os idosos suspeitos de abuso de álcool, como a violência psicológica foi mais frequente exatamente entre os que não foram identificados como tal. Apesar de não se ter informações suficientes para se tirar conclusões sobre este achado, é possível postular algumas hipóteses explicativas para o mesmo.

Uma das possibilidades aventadas diz respeito ao grau de adequação dos instrumentos de suspeição de abuso de álcool utilizados no estudo. Tanto o CAGE como o TWEAK foram originalmente propostos para utilização entre homens e mulheres jovens e adultas, não sendo especificamente desenhados para a detecção do uso inadequado de bebidas alcoólicas por idosos. Tais questionários são formados por itens que, em sua maioria, se baseiam na desaprovação social e do próprio indivíduo sobre seu consumo de bebidas alcoólicas. Em função do senso comum de que os indivíduos idosos não devem consumir qualquer quantidade de bebida alcoólica devido às suas comorbidades e ingestão de medicamentos, é possível que muitos dos idosos tenham respondido positivamente às questões, sem que isto corresponda a uma situação de fato abusiva. Desta forma, haveria uma má classificação dos idosos positivos devido à baixa especificidade do instrumento, o que reduz a qualidade da informação como um todo, inviabilizando uma apreciação mais robusta.

Outras limitações metodológicas também devem ser apontadas e debatidas. Apesar das estimativas de vitimização por maus-tratos serem elevadas, o que se percebe no contexto clínico é que a situação frequentemente não é revelada pelo idoso, seus familiares ou cuidadores. Apesar de ser expressivo o número de idosos que sofrem todos os tipos de maus-tratos, na maior parte das vezes estes se calam, por medo de represália da própria família e/ou cuidador, ou mesmo por desinformação. Desta forma, é possível imaginar que, apesar do esforço realizado com vistas à garantia da qualidade das informações na detecção das situações de violência, as estimativas apresentadas possam estar subestimadas. Visando a

diminuir a limitação, optou-se pela formação de uma equipe de entrevistadoras acolhedora e bem treinada, além da utilização de um questionário multidimensional, o que pode ter criado uma atmosfera de confiança entre entrevistador-entrevistado, facilitando o relato das experiências pessoais mais íntimas e a revelação de situações de violência que, de outra forma, passariam despercebidas.

Outro ponto importante é que, embora se tenha utilizado a CTS, que é um instrumento estruturado já validado em outros contextos para a identificação das situações de violência, foram encontrados poucos estudos que a tenham usado especificamente em idosos. De concepção mais antiga, a CTS foi, originalmente, criada para avaliar violência íntima em indivíduos mais jovens. Não surpreende que, mesmo sendo bastante utilizado no Brasil, sua adaptação tenha-se dado em ambiente de violência focalizando faixas etárias aquém dos 60 anos. (PAIXÃO et al, 2005). Nesse contexto, não se sabe exatamente a validade do instrumento na detecção das situações de violência física entre indivíduos desta faixa etária, o que faz indagar se as estimativas da pesquisa não estariam subestimadas. Ademais, por ter sido desenvolvido focalizando outras faixas etárias, a utilização do instrumento não permitiu que se avaliasse a ocorrência de situações de negligência, abandono e abuso econômico, que vêm sendo enfatizados na literatura internacional como importantes facetas da violência doméstica ao idoso.

Outra lacuna a ser preenchida em estudos futuros diz respeito à coleta de informações com outros indivíduos que convivam com o idoso em seu ambiente doméstico. Estudos internacionais vêm chamando a atenção para a necessidade de incorporação da entrevista aos cuidadores na detecção de situações de risco potencial para a violência ao idoso (KRUG, 2002; MOYA, 2005; PILLERMER, 1989). A entrevista de acompanhantes presentes na maior parte das vezes no convívio com o idoso pode complementar a informação conseguida através da avaliação das próprias vítimas em potencial (SOUZA, 2004). Infelizmente, por questões

operacionais, exceto em situações graves de déficits cognitivos, as informações sobre violência foram apreendidas apenas através da entrevista ao próprio idoso, o que também pode ter diminuído a sensibilidade do processo de detecção das situações de vitimização.

Diante da relevância do problema e da escassez de estudos em nosso meio, torna-se fundamental a ampliação dos programas de investigação nessa área, visando ao detalhamento das características e contextos de ocorrência do problema para o planejamento de ações efetivas para seu enfrentamento. No âmbito clínico, é nítida e urgente a necessidade da inclusão dessa temática nas escolas de formação de profissionais de saúde e a discussão do tema nos serviços de saúde. O abuso em idosos vem em múltiplas formas, cujas conseqüências freqüentemente se sobrepõem e se confundem com sinais e sintomas relacionados a diversas patologias prevalentes nessa faixa etária. Desta forma, é fundamental um olhar aguçado e sistematizado que permita levantar a suspeita do abuso.

Na perspectiva dos profissionais do Programa Saúde da Família, a busca de uma linguagem compartilhada com os velhos acerca de suas vivências, respeitando a complexidade da situação, valorizando e respeitando os sofrimentos decorrentes da violência, parece ser um bom canal para uma atuação baseada na promoção da saúde e prevenção da violência. Além das ações de promoção e prevenção primária, a Estratégia Saúde da Família deve ter lugar de destaque nas propostas que visem à atuação dos serviços de saúde, tanto na detecção precoce do problema como na interrupção de uma situação já instalada. A participação de agentes de saúde na formação das equipes também favorece ações que visem à identificação de idosos em situação de violência, na medida em que os agentes realizam visitas domiciliares com freqüência, podendo ter acesso às situações que não aparecem nas consultas de rotina nas unidades de saúde. Ademais, sua origem na comunidade permite, muitas vezes a suspeição de situações que passariam despercebidas pelos serviços.

A opção pela abordagem familiar em contraposição à individual é outro trunfo das equipes de Saúde da Família, tanto na prevenção, como na detecção precoce da violência ao idoso. A inclusão dos familiares cuidadores/acompanhantes nas ações de saúde facilita o processo, já que a saúde e as circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com frequência, intimamente ligadas àquelas das vítimas. Desta forma, a experiência clínica sugere que o reconhecimento da díade cuidador-idoso e a intervenção direta nesse relacionamento oferecem possibilidades concretas de quebrar-se um eventual ciclo de violência em curso (SOUZA, 2004).

A legislação existente, como o Estatuto do Idoso, Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, mostra a abertura do Brasil para a busca de soluções. Para que a violência contra a velhice desapareça, é preciso o engajamento de toda a sociedade, que precisa reconhecer a importância do tema e sua magnitude.

5.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP. **Nota do editor**. Revista Brasileira de Estudos de População, Campinas: ABEP, v.17, n.1/2, 2000.

ALMEIDA, M.H.M.D. **Instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ANDERSON, M.I.P. **Qualidade de vida do idoso no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

BERTOLUCCI, P.H. **Prevalence of potentially reversible dementias in a dementia outpatient clinic of a tertiary university-affiliated hospital in Brazil** Arq. Neuropsiquiatria. V.6, n 1, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de Mortalidade: Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (Série Estatística e Informação em Saúde), v. 7, n. 2, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, (Cadernos de Atenção Básica, 8), 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbidade e mortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria nº. 737. Brasília: Ministério da Saúde (Série Estatística e Informação em Saúde), 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso. Sobre causas de morbi-mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de Mortalidade: Brasil**. (Série Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de mortalidade: Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, (Série Estatística e Informação em Saúde), 1992

BARNETT, O.W.; MILLER-PERRIN, C.L.; PERRIN, R.D. **Introduction In: BARNETT, C.L.; MILLER-PERRIN; PERRIN, R.D. (Eds.). Family violence across the lifespan**. An Introduction. London: Sage Publications, 1997.

BARNETT, O.W.; MILLER-PERRIN, C.L.; PERRIN, R.D. **Family violence across the lifespan: an introduction**. London: Sage Publications, 1997.

BAUMHOVER, L.A.; BEALL, S.C. Prognosis. In: BAUMHOVER, L.A.; BEALL, S.C. (Eds.). **Abuse, neglect and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention**. Baltimore: Health Professions Press, 1996.

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros**. Muito além dos 60? Rio de Janeiro. IPEA, 2004.

CAMARANO, A.A. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CARVALHO, J.A. M; **Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, 2003.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções, e alternativas**. Revista Saúde Pública. São Paulo, v. 5, São Paulo, 1999.

DATASUS/SIAB. Disponível. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005./Matriz.htm>. Acesso em: 02 de dezembro de 2006

ESPÍNDOLA et al. **Prevalência de maus tratos na terceira idade:Revisão sistemática.** Rev. Saúde pública, v. 41,n. 2, São Paulo, 2007

EPIINFO. CDC. Versão 2002. Disponível em <http://www.cdc.gov/epiinfo/ei2002.htm>

FERGUSON D, Horwood I, Woodward I. **The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults.** Psychol Med 2000.

FILLENBAUM GG. **Screening the elderly: a brief instrumental ADL measure.** *J Am Geriatr Soc.*, n. 33, 1985

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; McHUGH, P.R. **'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** Journal of Psychiatric Research, 1975.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resolução de conflitos domésticos e violência intrafamiliar nos bairros da Tijuca e do Maracanã.** Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

GELLES, R.J.; STRAUS, M.A. **Determinants of violence in the family: toward a theoretical integration.** In: BURR, W.R. et al. (Eds.). Contemporary theories about the family. New York: Free Press, 1997.

GELLES, R. **Intmate violence infamilies.** London: Sage Publications, 1998.

GORDILHO A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.

GUZMAN, J.M.H.Hakkert; R. **Some Social and economic impacts of the ageing process in Latin American coutrie, in: technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses.**2000. New York. Anais eletrônicos. Disponível em <www.un.org/esa/population_pubsarchive/untch/untch/.htm>.Acesso em dez. 2006

- HENDRIE HC, OGUNNIYI A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt FW, Gureje O et al. **Incidence of dementia and alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis, Indiana.** *JAMA* 2001.
- HOLANDA, A. B. de. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- HOFFMAN A, R. WA, Bryne C, et al. **The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings.** Eurodem prevalence research group. *Int J Epidemiol.*, n. 20, 1991.
- KRUG. Rede Internacional de Prevenção de Abuso em Pessoas Idosas. **Missing voices: views of. houver persons on elder abuse.** Genebra: WHO/INPEA, 2002.
- KALACHE, A. et al. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.** Revista Saúde Pública. São Paulo, n. 21, 1985.
- LIMA, C.M.F.; VERAS, R.P. **Saúde pública e envelhecimento.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
- MACHADO, L.; QUEIROZ, Z.V. **Negligência e maus-tratos.** In: FREITAS, E.V. et al (Eds.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. **Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting.** *Braz J Med Biol Res*, 1983.
- MENEZES, M. R., 1999. **Da Violência Revelada à Violência Silenciada.** Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- MINAYO, M.C. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, 1998
- MINAYO, M.C.S. **Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde.** Revista Saúde Pública. São Paulo, v. 21, n. 3, 1987
- MINAYO, M.C.S. **Violência sob o olhar da saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MOYA, A.B.; GUTIERRE, J.B. **Malos tratos a personas mayores: guia de actuación.** 1. Madrid: Ministério de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005
- MORAES CL, Reichenheim ME. **Avaliando a cronicidade e a escalada da violência física contra a mulher durante a gestação em serviços públicos de saúde no Município do Rio de Janeiro.** *Ciênc Saúde Coletiva* , Suppl 1:132.2003

NITRINI, R.; Mathias, S.C.; Caramelli, P.; Carrilho, P.E.; Lefèvre, B.H.; Porto. **Evaluation of 100 patients with dementia in São Paulo, Brazil: correlation with socioeconomic status and education** _ *Alzheimer Dis Assoc Disord* 9: 146-151, 1995

PAIXÃO, C.M.; Reichenheim ME. **Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso**. Cad. Saúde Pública, v.22, n. 6, Rio de Janeiro, 2005.

PILLERMER, K. A.; Moore, D. W. **Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff**. Gerontologist, v. 29, n.3, 1989.

PILLERMER, K. A.; Prescott, D. **Psychological effects of elder abuse** ; a research not. journal of elder abuse and neglect, v. 1, 1989

PILLEMER and PRESCOTT, 1989 K. Pillemer and D. Prescott, **Psychological effects of elder abuse: a research note**, J. Elder Abuse Neglect, p. 65–74, 1989.

RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, 2003.

RAMOS LR, Veras RP, Kalache A. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira**. Rev. Saúde Pública, v. 21, n. 3, 1987.

RAMOS LR. **A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública**. Gerontologia, v. 1, n. 1,, 1993.

REICHENHEIM, M.E.; HASSELMANN, M.H.; MORAES, C.L. **Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para elaboração de propostas de ação**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 4, p. 109-121, 1999.

SANCHEZ, A.P.R.A. Lebrão, M.L. **Violência Doméstica Contra Idosos no Município de São Paulo** - Estudo SABE, 2000. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública USP, 2006

SCAZUFCA, A.M **Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento**, Rev. Saúde Pública, v. 36, n. 6, 2002

SOUZA, A.S. *et al.* **Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar**. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro, v 7, n 2 2004

STRAUS, M.A.; GELLES, R.J.; STEINMETZ, K.S. Behind closed doors. **Violence in the American family**. New York: Anchor Press, 1980.

STRAUS, M.A. *et al.* **The Revised Conflict Tactics Scales.** *Journal of Family Issues*, 1996.

STRAUS, M.A. **Measuring intrafamilial conflict and violence: the Conflict Tactics scale.** *J. Marriage Fam*, v. 41, p. 75-88, 1979

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women.** Geneva; 1997.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI. **Ethical principles for medical involving human subjects.** Washington (DC); 2002. 5 f. Available from: URL: <http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html>. Accessed on: 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual relations among young people in developing countris: evidence from WHO case studies.** Geneva: World Health Organization; 2001.

WOLF R, Daichmann L, Bennett G. **Abuse of the elderly.** In: Krug Eg, Dahlberg LL, Nercy JA, ZW, AB, Lozano R, editors. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, p. 123-45, 2002.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo justificam o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, como também a necessidade de discutir políticas públicas, responsabilidade social e dignidade no envelhecimento, para que valha a pena viver mais, num contexto em que é cada vez maior a expectativa de vida dos idosos. Desta maneira, cabe agora conscientizar a sociedade da necessidade de se estabelecerem ações que reprimam a violência ao idoso.

Outra questão central diz respeito à necessidade de aperfeiçoar ainda mais os profissionais de saúde que assistem essa significativa parcela da população. Os profissionais da área da saúde tendem a subestimar a importância da violência familiar, sendo ainda muito precária a detecção de casos em serviços de atenção primária, como o Programa Médico de Família, quando se leva em conta a elevada frequência do evento e as oportunidades das equipes em suspeitar que este esteja ocorrendo. Do mesmo modo, os serviços de saúde têm o dever de constituir-se como um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio contra a violência. Infelizmente, ainda são poucos os serviços preparados e organizados para atender aos casos de violência ao idoso.

A complexidade que envolve a questão da violência ao idoso, no âmbito do Programa Médico de Família, exige ações capazes de dar conta das inúmeras demandas apresentadas, na perspectiva de atenção integral à saúde do idoso.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP. **Nota do editor**. Revista Brasileira de Estudos de População, Campinas: AEEP, v.17, n.1/2, 2000.

ALMEIDA, M.H.M.D. **Instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ANDERSON, M.I.P. **Qualidade de vida do idoso no Brasil**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

APRATTO, P. C. **Refletindo sobre a metodologia do Programa Médico de Família**. Niterói: FMS/PMF, 1998.

BARNETT, O.W.; MILLER-PERRIN, C.L.; PERRIN, R.D. Introduction In: BARNETT, C.L.; MILLER-PERRIN; PERRIN, R.D. (Eds.). **Family violence across the lifespan**. An Introduction. London: Sage Publications, 1997.

BARNETT, O.W.; MILLER-PERRIN, C.L.; PERRIN, R.D. **Family violence across the lifespan: an introduction**. London: Sage Publications. 1997.

BAUMHOVER, L.A.; BEALL, S.C. Prognosis. In: BAUMHOVER, L.A.; BEALL, S.C. (Eds.). **Abuse, neglect and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention**. Baltimore: Health Professions Press, 1996.

BERTOLUCCI, P.H. **Prevalence of potentially reversible dementias in a dementia outpatient clinic of a tertiary university-affiliated hospital in Brazil** Arq. Neuropsiquiatria. V.6, n 1, 2003

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. (Série B, Textos Básicos em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de Mortalidade:** (Série Estatística e Informação em Saúde). Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço.** (Cadernos de Atenção Básica, 8). Brasília: Ministério da Saúde, 2002

Brasília: Ministério da Saúde, 2002 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbidade e mortalidade por Acidentes e Violências.** (Série Estatística e Informação em Saúde). Portaria nº. 737. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise dos dados de mortalidade de 2001.** (Série Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Sobre causas de morbimortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de Mortalidade:** (Série Estatística e Informação em Saúde). Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações em Saúde. **Estatísticas de mortalidade:** Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1992 (Série Estatística e Informação em Saúde).

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros.** Muito além dos 60? Rio de Janeiro. IPEA. 2004.

CAMARANO, A.A. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CARVALHO, J.A.M; **Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, 2003.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções, e alternativas.** Revista Saúde Pública. São Paulo, v. 5, São Paulo, 1999.

DATASUS/SIAB. Disponível. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005./Matriz.htm>. Acesso em: 02 de dezembro de 2006

ESPÍNDOLA et al. **Prevalência de maus tratos na terceira idade:Revisão sistemática.** Rev. Saúde pública, v. 41,n. 2, São Paulo, 2007

EPIINFO.CDC.Versão 2002. Disponível em<<http://www.cdc.gov/epiinfo/ei2002.htm>>. Acesso em 1 abr. 2006.

FILLENBAUM GG. **Screening the elderly: a brief instrumental ADL measure.** *J Am Geriatr Soc.*, n. 33, p. 698-706, 1985

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; McHUGH, P.R. **'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** Journal of Psychiatric Research, 1975.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resolução de conflitos domésticos e violência intrafamiliar nos bairros da Tijuca e do Maracanã.** Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

GAWRYSZEWSKI, V.P. **Internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual.** Revista Associação Médica Brasileira. São Paulo, v. 50, n. 1, 2004.

GELLES, R.J.; STRAUS, M.A. **Determinants of violence in the family: toward a theoretical integration.** In: BURR, W.R. et al. (Eds.). **Contemporary theories about the family.** New York: Free Press, 1997..

GELLES, R. **Intimate violence in families.** London: Sage Publications,1998.

GUERRA, H.L. *et al.* **A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.

[Hasselmann MH, Reichenheim ME.](#) [Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: semantic and measurement equivalence] *Cad Saude Publica*. 2003.

GORDILHO A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2000.

GUZMAN, J.M.H.Hakkert; R. **Some Social and economic impacts of the ageing process in Latin American countries, in: technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses.**2000. New York. Anais eletrônicos. Disponível em <www.un.org/esa/population/pubsarchivel/untch/untch/.htm>. Acesso em dez. 2006

HENDRIE HC, OGUNNIYI A, Hall KS, Baiyewu O, Unverzagt FW, Gureje O et al. **Incidence of dementia and alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis, Indiana.** *JAMA* 2001.

HOFFMAN A, R. WA, Bryne C, et al. **The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings.** Eurodem prevalence research group. *Int J Epidemiol.*, n. 20, p. 736-48, 1991.

HOLANDA, A. B. de. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

KALACHE, A. *et al.* **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.** Revista Saúde Pública. São Paulo, n. 21, 1985.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 21, n. 3, 1987.

KOSBERG, J.I.; NAHMIASH, D. **Characteristics of victims and perpetrators and milieus of abuse and neglect.** In: BAUMHOVER, L.A.; BEALL, S.C. Prognosis. In: BAUMHOVER,

Krug EG, Dalhberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Ginebra: OMS; 2002

- LIMA, C.M.F.; VERAS, R.P. **Saúde pública e envelhecimento**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
- MACHADO, L.; QUEIROZ, Z.V. **Negligência e maus-tratos**. In: FREITAS, E.V. et al (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MACHADO, L.M. **Vozes ignoradas: percepções sobre a violência contra os idosos**. In: **OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO EM SAÚDE DOS IDOSOS NO BRASIL**. Ouro Preto, 2002.
- MARTINS, I.L.; KNAUSS, P. **Cidade múltipla: temas de história de Niterói**. Niterói Fundação de Arte de Niterói, 1997.
- MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. **Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting**. Braz J Med Biol Res, 1983.
- MASUR, J. *et al*. **Deteção Precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE**. J Bras Psiq, 1983.
- MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu. 2004.
- MINAYO, M.C.S. **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MINAYO, M.C. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, 1998.
- MINAYO, M.C.S. **Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde**. Revista Saúde Pública. São Paulo, v. 21, n. 3, jun. 1987.
- [MORAES CL, Viellas EF, Reichenheim ME](#). **Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting**. Journal of Studies on Alcohol., v. 66, n. 2, p. 165-73, 2005.
- MOYA, A.B.; GUTIERRE, J.B. **Malos tratos a personas mayores: guia de actuación**. 1. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.
- NITRINI, R.; Mathias, S.C.; Caramelli, P.; Carrilho, P.E.; Lefèvre, B.H.; Porto. **Evaluation of 100 patients with dementia in São Paulo, Brazil: correlation with socioeconomic status and education** _ *Alzheimer Dis Assoc Disord* 9: 146-151, 1995
- PAIXAO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. **Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso**. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 21, n. 1, 2005.

- RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, 2003.
- RAMOS LR, Veras RP, Kalache A. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira.** *Rev. Saúde Pública*, v. 21, n. 3, 1987.
- RAMOS LR. **A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública.** *Gerontologia*, v. 1, n. 1, 1993.
- REICHENHEIM, M.E.; HASSELMANN, M.H.; MORAES, C.L. **Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para elaboração de propostas de ação.** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, 1999.
- SHINJO, K.S. al. **Medidas de avaliação clínica em pacientes com espondilite anquilosante: revisão da literatura** .*Rev Bras Reumatol*, v. 46, n.5, 2006.
- SOUZA, A.S. *et al.* **Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar.** Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.
- SOUSA, A.S. *et al.* **Maus-tratos cometidos contra idosos.** Cadernos de Saúde Pública. .v.14. n. 2 Rio de Janeiro, 1998. .
- STRAUS, M.A. *et al.* **The Revised Conflict Tactics Scales.** *Journal of Family Issues*, 1996.
- STRAUS, M.A. **Measuring intrafamiliar conflict and violence: the Conflict Tactics scale.** *J. Marriage Fam*, v, 1997
- STRAUS, M.A.; GELLES, R.J.; STEINMETZ, K.S. **Behind closed doors. Violence in the American family.** New York: Anchor Press, 1980.
- TINKER, A.; MCCREADIE, C. Elder abuse. In: TALLIS, R.; FILLIT, H.; BROCKLEHURST, J.C. (Eds.). **Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**, London: Churchill Livingstone, 1998.
- VERAS, R.P. **Terceira idade.** Rio de Janeiro: Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.2 Rio de Janeiro, 2000
- VERAS, R.P. *et al.* **Pesquisando populações idosas. A importância do instrumento e o treinamento de Equipe: uma contribuição metodológica.** *Rev. Saúde Pública* vol.22 no.6 São Paulo, 1988.
- VERAS, R.P; CALDAS, C. **UNATI-UERJ 10 anos: um modelo de cuidado integral para a população que envelhece.** Rio de Janeiro: UNATI, 2004.
- VERAS, R.P. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed.Relume Dumará, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics Annual.** Geneva: WHO, 1982.

ANEXOS

Anexo 1- Termo de consentimento livre e esclarecido

Sr.(a)..... Nós profissionais de Saúde do Programa Médico de Família iremos comparecer em sua residência para conhecer um pouco mais de sua vida e de sua saúde. Para que nós possamos ajudar, precisamos conhecer um pouco mais sobre o Sr. (a), idosos da comunidade da Ilha da Conceição, por isso queremos lhe fazer um convite. Estamos fazendo uma pesquisa para conhecer na comunidade, os idosos. É importante que você participe. Sem você, não podemos conhecer sua saúde, nem ajuda-lo a prevenir a doença.

Um abraço, Dr. Paulo Cavalcante Apratto Júnior.

Médico supervisor do Programa Médico de Família

Cada entrevistado leu, junto com o entrevistador, e assinou em duas vias, um termo de consentimento livre e esclarecido antes de responder ao inquérito, como os que se seguem:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____

Idade: _____ RG: _____

Endereço: _____

Projeto: *ROMPENDO O SILÊNCIO E SUAS BARREIRAS: A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI*

Responsável: Paulo Cavalcante Apratto Júnior/ Claudia Leite Moraes

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Estimar a prevalência de maus-tratos praticados no domicílio contra idosos adscritos ao módulo da Ilha da Conceição, em Niterói, caracterizando o perfil

das vítimas e perpetradores, além de estimar a prevalência de diversos tipos de agressão sofridos pelos idosos.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador (a) pelo telefone (21) 2622-4348 ou através do e-mail: aprattoporto@terra.com.br

Niterói, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 2

**MÓDULO II:
“SAÚDE MENTAL”**

INSTRUMENTO DE PESQUISA

QUESTIONÁRIO IDOSO

Nome do idoso _____
 Nome do Cuidador _____
 Setor _____

“Meu nome é (nome do entrevistador). Sou entrevistador da pesquisa de avaliação sobre a saúde geral de idosos e cuidadores e gostaria de pedir algum tempo de sua atenção”.

**MÓDULO I:
“IDENTIFICAÇÃO”**

Q -1 Número do questionário _____
 Q-2 Nome do entrevistador _____
 Q-3 Data da entrevista / /2006

Leitura do ‘termo de consentimento livre e esclarecido’

Q-4 – Início da entrevista _____ horas
 Q-5 – Sexo ___ 1- masculino; 2- feminino
 Q-6 – Endereço e telefone _____

 Q-7 – Nº do prontuário na unidade de saúde _____

MINE MENTAL

Instruções:

As palavras em negrito devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Circule o “0” se a resposta for incorreta ou o “1” se a resposta for correta.

Comece formulando as duas questões seguintes: Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória? “O Sr. (Sra.)(a) tem algum problema com a sua memória?”

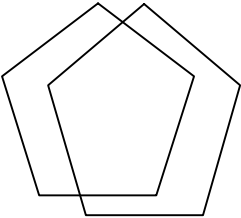
ORIENTAÇÃO NO TEMPO	ANOTAR RESPOSTAS	CIRCULE A OPÇÃO
Q-8-Em que ano nós estamos?		0 1
Q-9-Em que estação do ano nós estamos?		0 1
Q-10-Em que mês nós estamos?		0 1
Q-11-Em que dia da semana nós estamos?		0 1
Q-12-Em que dia do mês nós estamos?		0 1
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO		
Q-13-Em que Estado nós estamos?		0 1
Q-14-Em que Cidade nós estamos?		0 1
Q-15-Em que Bairro nós		0 1

estamos?		
Q-16- O que é este prédio em que estamos?		0 1
Q-17- Em que andar nós estamos?		0 1
REGISTRO Preste atenção. Eu vou dizer três palavras o Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas novamente dentro de alguns minutos. As palavras são: CARRO (pausa), VASO (pausa), BOLA (pausa). Agora, repita as palavras para mim. Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.		
Q-18- CARRO		0 1
Q-19- VASO		0 1
Q-20- BOLA		0 1

Q- 21 a 25 ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7]		
<i>“Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7?”</i>	93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____	0 0 0 0 0
	Pontos do cálculo: _____	—
Q-26- Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: <i>Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente (O.D.N.U.M.)</i>	____ _ ____ _ O D N U M	— —
	Pontos do mundo: _____	—
Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado		

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO		
Peça: <i>Quais foram as três palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?</i>		
Q-27- CARRO		0 1
Q-28- VASO		0 1
Q-29- BOLA		0 1
LINGUAGEM		
Aponte o lápis e o relógio e pergunte:		0 1
Q-30- <i>O que é isto?</i> (lápis)	_____	
Q-31- <i>O que é isto?</i> (relógio)	_____	0 1
Q-32- <i>“Agora eu vou pedir para o Sr.(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:”</i>	_____	0 1
“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.		
Q-33 a 35 <i>“Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o</i>		

<i>Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão”.</i>		
Pegar com a mão direita		
Dobrar ao meio		
Jogar no chão		
		0 1
	_____	0 1
	_____	0 1
Q-36- <i>“Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel (Mostre ao examinado a folha com o comando):</i>		
-FECHE OS OLHOS	_____	0 1

<p>Q-37-Peça: <i>“Por favor, copie este desenho”.</i></p>		<p>0 1</p>
<p>Q- 38- Peça: <i>Por favor, escreva uma sentença.</i> (Se o paciente não responder, peça): <i>“Escreva sobre o tempo”.</i></p> <p><i>[Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta.]</i></p>		
<p>Score _____/30</p>		

MINE MENTAL- IDOSOS SEM ESCOLARIDADE

SCORES

18 – ENTREVISTA IDOSO

14 -18 – ENTREVISTA IDOSO + CUIDADOR

14 – ENTREVISTA SÓ O CUIDADOR

MINE MENTAL - IDOSOS COM ESCOLARIDADE

SCORES

23 – ENTREVISTA IDOSO

18 -23- IDOSO + CUIDADOR

18-CUIDADOR

MÓDULO III:

“CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS”

Q-38- O(A) Sr(a) nasceu em que cidade? _____

Q-39- Qual é a data de nascimento do Sr(a)?
___/___/___

Q-40- Quantos anos completos o Sr(a) têm?
_____anos

Q- 41- Qual a sua cor? _____
1- branca 2- negra 3- pardo/mulato claro
4- outra

Q-42 - O Sr(a) Já freqüentou ou freqüenta a
escola? () Sim () Não

Q-43 - Qual foi a última série que o Sr(a)
concluiu? ___ série do _____ grau

Q-44 -Qual é a sua profissão?

Q-45- O Sr(a) é aposentado(a)? () Sim ()
Não

Q-46 – Qual o seu estado civil? _____
1- solteiro 2- casado 3- viúvo 4-
desquitado/separado 5- Outro

Q-47 –O Sr(a) tem filhos? Quantos o(a)
Sr(a) têm? _____

Q-48- Quem é o seu principal
cuidador? _____

Q-49 –*Ouça com atenção: Quem são as
pessoas que moram com o Sr(a)? Qual a
idade e o sexo dessas pessoas? E grau de
parentesco dessas pessoas com o(a)
senhor(a)?*

2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			

Nome	Idade	Sexo	Grau parentesco
1-			

Q-50- “Das pessoas que vivem com o Sr(a), quem tem a maior renda? _____

Q-51- Qual o grau de parentesco dela com o Sr(a)? _____

Q-52- Esta pessoa freqüenta ou já freqüentou a escola? Qual foi a última série que ela concluiu?
 ____ série ____ grau

MÓDULO IV: “SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA”

“Por favor, agora gostaríamos de conversar um pouquinho sobre os aparelhos eletrodomésticos que o Sr(a) têm em casa e sobre a pessoa que auxilia nos serviços de casa...”.

	Q-58- Geladeira							
DIAGNOSTICO	Q-59- Freezer		QUEM					
	(aparelho independente ou parte da geladeira da casa)		DIAGNOSTICOU?					
Q-61- HIPERTENSÃO ARTERIAL	Quantidade de itens							
Q-62- DEPRESSÃO	Q-60- O Sr(a) trabalha em alguma empresa?							
Q-63- DOENÇAS DO CORAÇÃO	Q-51- Possui rádio em casa?							
Q-64- DERRAME OU AVC	Q-54- Q-55-							
Q-65- CÂNCER	Q-56- Aspirador de pó							
Q-66- INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECALES	Q-57- Máquina de lavar OU Videocassete							
Q-67-	e/ou DVD							

Q-53- O(A) senhor(a) tem em sua residência os aparelhos eletrodomésticos abaixo? _____
 (posse de bens) Se sim, quantos?

TUBERCULOSE		
Q-68- DOENÇA DE PARKISON		
Q-69- DIABETES MELLITUS		
Q-70- DEMÊNCIA OU PROBLEMA DE MEMORIA		
Q-71- ENFISEMA PULMONAR (DPOC)		
Q-72- REUMATISMO (ARTROSE)		

MÓDULO IV: “SAÚDE FÍSICA”

Q-61 a 72 “Agora gostaríamos de conversar um pouquinho sobre a sua saúde...”

“O Sr(a) já teve algum destes problemas de saúde?”

Coluna A: 1 (SIM); 0 (NÃO)

Coluna B: 1- MÉDICO; 2- OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE; 3- OUTROS

MÓDULO V: “ESTADO FUNCIONAL”

Q-75 a 82 “Agora, vamos fazer algumas perguntas sobre como o Sr(a) é capaz de fazer algumas atividades do dia-a-dia em seu domicílio ou fora dele.” “Ler todas as opções de resposta ao final de cada item”.

0-Faz sem nenhuma dificuldade

1-Faz com alguma dificuldade

2-Faz com muita dificuldade

3-Não consegue fazer

“O Sr(a) é capaz de:” -Circule a opção correspondente à resposta –

Q-73- O Sr(a) quer descansar um pouco? _____

Q-74- Agora vamos continuar com a entrevista. OK? _____

Escore total

	Vestir-se e cuidar-se				
Q-75-	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões de sapatos e abotoar roupas	0	1	2	3
Q-76-	Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3
	Levantar-se				

Q-77-	Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3
Q-78-	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
	Comer				
Q-79-	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
Q-80-	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água	0	1	2	3
Q-81-	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
	Caminhar				
Q-82-	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
Q-83-	Subir 5 degraus?	0	1	2	3
	Higiene				
Q-84-	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3
Q-85-	Tomar um banho de chuveiro?	0	1	2	3
Q-86-	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
	Alcançar				

Q-87-	Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3
Q-88-	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
	Outras atividades				
Q-89-	Fazer compras nas redondezas aonde mora?	0	1	2	3
Q-90-	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
Q-91-	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para puxar a água?	0	1	2	3

MÓDULO VIOLÊNCIA

Instrumento – CASE

“Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com o Sr(a) sobre os problemas do dia-a-dia”

Q-92- O Sr(a) às vezes encontra dificuldade em fazer com que controle sua irritação ou agressividade? () Sim () Não

Q-93- O Sr(a) muitas vezes se sente forçado(a) a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam? () Sim () Não

Q-94- O Sr.(a) acha difícil controlar o comportamento de.....?

Q-95- V/S às vezes se sente forçado(a) a ser bruto(a) com?() Sim () Não

Q-96- O Sr(a) às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para.....() Sim () Não

Q-97- O Sr(a) muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar? () Sim () Não

Q-98- O Sr(a) muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de?() Sim () Não

Q-99- O Sr(a) muitas vezes acha que tem que gritar com? () Sim () Não

Instrumento – CTS

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

“Durante um desentendimento ou desavença entre o Sr(a) e o (NOME DO CUIDADOR+), o Sr.(a)...”

Q-104- Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	
Q-100- Discutiu o problema calmamente	
Q-105- Retirou-se do quarto, da casa ou da área	
Q-101- Procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar	
Q-102- Trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	
Q-107- Fez ou disse coisas só para irritar	
Q-108- Ameaçou bater ou jogar coisas em você	
Q-103- Xingou ou insultou	

Q-109- Destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos	
Q-110- Jogou coisas sobre você	
Q-111- Empurrou ou agarrou você	
Q-112- Deu tapa ou bofetada em você	
Q-113- Chutou, mordeu ou deu murro em você	
Q-114- Bateu ou tentou bater em você com objetos	
Q-115- Espancou você	
Q-116- Queimou, estrangulou ou sufocou você	
Q-117- Ameaçou você com faca ou arma	
Q-118- Usou faca ou arma contra você	

Q-119- Agora gostaríamos de saber no seu domicílio com quem o(a) senhor(a) frequentemente se desentende ou fica irritado(a) constantemente? _____

INSTRUMENTO H-S/EAST (IDOSO)

“Para estas perguntas, V/S deve responder sim ou não: Se sim colocar numero 1 se não colocar número 0.”

Q-120- Tem alguma outra pessoa que toma decisões sobre a sua vida – por exemplo, de que modo V/S deve viver ou onde deve morar?

Q-121- Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?

Q-122- Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que você não queria fazer? _____

Q-123- Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento? _____

Q-124- Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?

Q-125- V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico? _____

Q-126- V/S muitas vezes se sente triste ou só? _____

Q-127- V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria? _____

Q-128- V/S está ajudando a sustentar alguém? _____

Q-129- V/S se sente pouco à vontade com alguém da sua família? _____

Q-130- V/S sente que ninguém quer V/S por perto? _____

Q-131- Alguém da sua família bebe muito? _____

Q-132- V/S confia na maioria das pessoas da sua família? _____

Q-133- Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas? _____

Q-134- V/S tem privacidade suficiente em casa? _____

Q-135- V/S às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para?

Q-136- V/S muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar?

Q-137- V/S muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de ?

Q-138- V/S muitas vezes acha que tem que gritar com?

Questionário CAGE (para homens) - As questões 119 a 136 referem-se ao uso abusivo de álcool

Q-139- Você gosta de comer doces? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-140- V/alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-141- Você bebe frequentemente? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR (*Caso Não, pergunte): “nem de vez em quando ou em momentos especiais?”*)

Q-142- Você já pensou em largar a bebida? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-143- Você ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-144- Você se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-145- Você bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca (abrir os olhos?) 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

A presença de duas respostas-exceto 119 e 120-afirmativas sugere uma indicação positiva de dependência de álcool.

Questionário TWEAK - Para a idosa ou cuidadora

Q-146- Você gosta de tomar cafezinho? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-147- V/S alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de cafezinhos ou parar de tomar café? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-148- Você bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-149- Quantas doses você precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? ()1 ()2 ()3 ()4 ()5

Q-150- Alguma vez o(a) Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-151- O(A) Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-152- Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-153- Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

“Por fim terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra gente. Lembramos que, se precisar, poderá contatar o responsável por encaminhar problemas relacionados a isto. O Sr(a) gostaria de acrescentar mais alguma coisa?”

Q-154– Término da entrevista: ___ hs e ___ minutos

Obrigado

**ANEXO 3a: Manual do questionário
(Questões gerais)**

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ROMPENDO O SILÊNCIO E SUAS BARREIRAS: A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA CONTRA IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA
MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI.**

Paulo Cavalcante Apratto Júnior

Orientadora: Claudia Leite Moraes

2006

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	116
II DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA.....	118
1- <i>Informações gerais</i>	118
2- <i>Regras gerais para uma boa entrevista</i>	118
III PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS.....	121
IV REGISTRANDO RESPOSTA.....	123
V REVISANDO A ENTREVISTA.....	126

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa faz parte do Programa de pós-graduação da Universidade Estácio de Sá na linha de pesquisa diagnósticos locais e cuidados básicos em saúde da família, desenvolvido no mestrado em Saúde da Família.

Este estudo, em particular, tem como finalidade estimar a prevalência de maus tratos praticados em um ambiente de cuidados de saúde não especializado em violência, ou seja, no domicílio nos idosos adstritos ao módulo do Grupo Básico de Trabalho I, situado no bairro da Ilha da Conceição, na região norte de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, do Programa Médico de Família, além de estimar a prevalência de diversos tipos de agressão sofrida pelos idosos (abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência financeira). A pesquisa pretende analisar o perfil dos idosos vítima de violência, caracterizando grupos de risco e descrever a frequência de maus tratos ocorrido nos últimos 12 meses contra idosos.

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal. As informações necessárias serão obtidas a partir de entrevistas com os idosos e também com alguns dos cuidadores. Nesta fase, coletam-se dados referentes a cada um dos sujeitos entrevistados a fim de medir o que desejamos, ou seja, suspeição de violência em suas diversas formas, nos idosos.

As informações necessárias serão obtidas a partir da entrevista. Serão utilizados instrumentos de coleta de dados de avaliação multidimensional do idoso, constituído de cinco dimensões: sócio-demográfica, saúde física, utilização de serviços de saúde, capacidade funcional e saúde mental, além dos questionários de caracterização da violência. O questionário da pesquisa está sendo desenvolvido a partir dos seguintes instrumentos: Escalas Táticas de Conflitos (Conflict Tactics Scales-CTS); instrumento CASE (cuidador); instrumento H-S/EAST (IDOSO); Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN); características demográficas e

socioeconômicas; módulo saúde física e hábitos do idoso; módulo capacidade funcional- instrumento the health assessment questionnaire (HAQ) ; módulo da utilização de serviços de saúde; módulo uso abusivo de álcool:CAGE (homem) questionário TWEAK (mulher) .

O ingresso no estudo só poderá se dar com o consentimento do idoso e ou seu cuidador. Considera-se cuidador aquela pessoa que supre as necessidades básicas e instrumentais, e oferece cuidados à pessoa idosa. Será o idoso que indicará quem é seu cuidador. Serão realizadas reuniões com as equipes de saúde da instituição participante concomitantemente ao desenvolvimento do estudo para discussão e avaliação dos problemas que possam surgir.

Os idosos e/ou cuidadores que relatarem presença de violência doméstica em seus lares serão encaminhados para a equipe básica, para que ter os encaminhamentos necessários.

Nesse momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa. A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como este. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores assume um papel de importância estratégica para que a pesquisa tenha sucesso.

As instruções e procedimentos devem ser seguidos durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega ou o supervisor responsável pelo projeto.

II. DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA

1) Informações gerais:

- ✓ Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas ou nas margens inferior e superior da folha. Atenção: não escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas. Isso também se aplica às informações julgadas interessantes pelo entrevistador, mesmo que não seja o alvo central da pergunta.
- ✓ O símbolo V/S significa que o entrevistador pode se dirigir ao entrevistado por você ou o Senhor/a senhora. Porém, para pessoas com mais de 50 anos (idosos) ou aparentemente bem mais velhas que o entrevistado, utilizar sempre a segunda forma, evitando você, que dará uma impressão de grosseria ou intimidade não desejada.

2) Regras gerais para uma boa entrevista:

- ✓ Há certas regras que você deve seguir para garantir uma entrevista imparcial. Sugerimos que você tenha em mente cada uma das seguintes regras.
- ✓ Permaneça sempre neutro. Você deve manter sempre uma atitude neutra para com o entrevistado. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque o idoso/cuidador à vontade e ganhe a sua confiança.
- ✓ Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas. Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta

pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

- ✓ Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem. Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa seqüência lógica. Mudar esta seqüência destruirá o intento do questionário.
- ✓ Se o idoso/cuidador está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, não pule nenhuma pergunta, mesmo que haja alguma repetição. Se algum entrevistado se irritar um pouco e disser: “Já falei isso...”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que V/S me deu a resposta completa para isso”, ou “V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar”.
- ✓ No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre em caixas de texto perto das questões.
- ✓ Certifique-se de que o entrevistado não esteja vendo as perguntas. Os idosos/cuidadores podem ser influenciados ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para ou mostrados para os entrevistados.
- ✓ Não aceite um fácil “não sei” como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos.

- ✓ Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.
- ✓ Direito do idoso/cuidador de não querer responder. Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.
- ✓ Direito do idoso/cuidador de não querer responder. Lembre-se que o entrevistado tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ele queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.
- ✓ Revisando as respostas. Rever uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pelo idoso/cuidador. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se o entrevistado não responder dentro das possibilidades previstas. Desestímule irrelevâncias.
- ✓ Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que o idoso/cuidador se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar. Isto não é incomum entre pessoas idosas.
- ✓ Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso. Você deve responder à dúvida: “O que quer que isso signifique para V/S”. Se o idoso/cuidador não consegue responder à pergunta devido à sua falta de

entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

III. PROBLEMAS

Respostas divergentes

- ✓ Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Pode acontecer que o idoso/cuidador sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ele escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-lo à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: “De modo geral, é desse jeito ou do outro?” ou “na maioria das vezes...” ou “quase sempre...”, etc.

Respostas vagas

- ✓ É comum que no início da entrevista os idosos/cuidadores respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-lo a se expressar de forma mais específica.

Respostas “não sei”

- ✓ O entrevistado responde “não sei” a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir: Ele não entende a pergunta e diz “não sei” para evitar dizer que não entendeu (lembrar que muitos idosos possuem problemas sérios de audição e/ou visão).
- ✓ Ele está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.

- ✓ Ele pode estar fugindo do assunto porque se sente desinformado e tem medo de dar uma resposta errada.
- ✓ Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.
- ✓ Não se apresse para checar uma resposta “não sei”. Se você ficar quieto – mas com uma atitude de expectativa – o idoso/cuidador achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nessas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: “mas, o que V/S acha disso?” ou “Em geral..., mais ou menos...?”, etc.
- ✓ Lembre sempre de solicitar ao idoso/cuidador que usem seus óculos e/ou aparelhos auditivos, se for o caso. Lembre sempre de falar pausadamente, olhando para o entrevistado. A leitura labial torna-se cada vez mais importante à medida que envelhecemos.

Respostas a perguntas dependentes

- ✓ Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente a alguns entrevistados. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta à pergunta anterior. Por exemplo, se o idoso/cuidador responde “sim” à pergunta 57, deve-se perguntar as questões 58 a 65; em caso de resposta negativa, o entrevistador deve pular para a pergunta 66, marcando a alternativa NA (não se aplica) em todas as respostas das perguntas 58 a 65.
- ✓ Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que o entrevistador comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser

feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

IV. REGISTRANDO RESPOSTAS

- ✓ O seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que o entrevistado diz. Em nosso estudo, a grande maioria das perguntas é composta de perguntas fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.
- ✓ Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.
- ✓ Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.
- ✓ Peça ao entrevistado para falar devagar. As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar; ir lendo à medida que você escreve, e ler parte do que já escreveu ,pedindo ao entrevistado que complete o restante.

- ✓ Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.
- ✓ Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pelo entrevistado e preencha o campo de resposta (espaço sublinhado à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Use um X ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.
- ✓ Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Todas as suas observações podem ser úteis.
- ✓ Se o entrevistado mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto.
- ✓ Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Todas as suas observações podem ser úteis.
- ✓ Se o entrevistado mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto.

- ✓ Sempre que for necessário pular uma pergunta, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que o entrevistador comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

V. REVISANDO A ENTREVISTA

- ✓ Depois do término da entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho do entrevistador, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com o entrevistado, alguns objetivos dessa revisão são:
- ✓ Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a

pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.

- ✓ Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.
- ✓ Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o supervisor.

SUCESSO!!!!

**ANEXO 3b: manual de instruções do
questionário
(questões específicas)**

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ROMPENDO O SILÊNCIO E SUAS
BARREIRAS: A QUESTÃO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA
IDOSOS NAS ÁREAS DE
ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA
MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI**

Paulo Cavalcante Apratto Júnior

**Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Leite
Moraes**

**Rio de Janeiro
2006**

SUMÁRIO

QUESTIONÁRIO DE
CAMPO.....

.....129

1- Informações

Gerais.....

.....129

2- Critérios de Inclusão e

Exclusão.....

.....

129

3- Captação

deSujeitos.....

..... 130

4-Início da entrevista

.....

.....130

MÓDULO	I
IDENTIFICAÇÃO.....	
.....	133
MÓDULO	II
SAÚDE	
MENTAL.....	
.....	133
MÓDULO III: “CARACTERÍSTICAS	
DEMOGRÁFICAS”.....	
.....	136
MÓDULO IV: SAÚDE	
FÍSICA.....	
.....	
.....	138
MÓDULO V: “ESTADO	
FUNCIONAL”.....	
.....	139
MÓDULO VI: “CARACTERIZAÇÃO DA	
VIOLÊNCIA”	
.....	141

QUESTIONÁRIO DE CAMPO

1- Informações Gerais

- ✓ As visitas realizadas nos domicílios dos idosos devem respeitar o regulamento estabelecido e se dar de comum acordo com os idosos/cuidadores responsáveis pelas casas, para não perturbar a rotina domiciliária.
- ✓ Nós devemos considerar as repercussões de nossos atos dentro do espaço domiciliar, tendo em foco os objetivos da pesquisa.
- ✓ Praticamente todos os sujeitos a serem entrevistados, somente saberão da pesquisa naquele momento. Portanto, deve-se entrevistá-los com cordialidade e solicitando sua cooperação e apoio.
- ✓ Devemos respeitar o horário de cada lar. Isto diminui a possibilidade de atrito com os familiares/cuidadores e sujeitos da pesquisa.

- ✓ Definição de cuidador: Será definido pelo sujeito idoso a ser entrevistado
- ✓ Será feita a escolha do cuidador baseando-se, no fato de esta pessoa ser a responsável pelo suporte do idoso na realização de suas atividades instrumentais e básicas de vida diária, parcial ou completamente. O cuidador pode ou não morar com o idoso, e pode ou não ser informal, ou seja, profissional ou não.

2- Critérios de Inclusão e Exclusão

- ✓ Em princípio, qualquer pessoa idosa com 65 anos ou mais de idade será incluída.
- ✓ O cuidador desta pessoa, será incluído, independente de sua idade, quando o exame minimental apresentar escores igual ou menor que 18 pontos ou apresentar dificuldades de comunicação.

3- Captação de Sujeitos

- ✓ 350 idosos deverão ser entrevistados, por 10 entrevistadores.
- ✓ As entrevistas serão realizadas no domicílio, durante o trabalho de campo.
- ✓ Os questionários completos deverão ser entregues revisados, ao final de cada dia, ao supervisor.

4- Início da Entrevista

- ✓ Identifique-se ao grupo de idosos que irá entrevistar e identifique-se, caso algum dos entrevistados não o conheça.
- ✓ Diga quais os objetivos gerais desta entrevista e que serão melhor explicados no decorrer da entrevista.
- ✓ Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas

aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.

- ✓ Assim que o idoso/cuidador esteja de acordo em participar da pesquisa, convide-os para iniciar a entrevista.
- ✓ Lembre-se de colocar o nome do idoso/cuidador e verificar o número do questionário.

4.1- NS, NR e NA

- ✓ NS (não sabe): opção de resposta quando o idoso/cuidador refere que não sabe responder à pergunta realizada pelo entrevistador.
- ✓ NR (não responde): opção de resposta quando o idoso/cuidador por qualquer motivo se recusa a responder à pergunta.
- ✓ NA (não se aplica): opção de resposta quando a questão não se aplica àquele idoso/cuidador.
- ✓ Não aceite um “não sei” facilmente. Dê um tempo para que ele possa pensar um pouco mais sobre a

pergunta. Diga frases do tipo: “em geral...”, “mais ou menos...”, etc.

- ✓ Todos os campos de resposta deverão ser preenchidos após o término da entrevista.
- ✓ Caso não seja possível concluir a entrevista, anote no caderno do entrevistador o que aconteceu e termine a entrevista em dia conveniente.

MÓDULO I: “IDENTIFICAÇÃO”

A-Nome do Idoso

- Definição: nome do idoso.
- Procedimento: preencha com o nome do idoso que está entrevistando

Nome do cuidador

- Definição: nome do cuidador
- Procedimento: preencha com o nome do cuidador do idoso que está entrevistando

Setor

- Definição: número do setor que o idoso está cadastrado no PMF
- Procedimento: preencha com o número do setor

Q-1 – Número do questionário

- Definição: número do questionário da pesquisa.
- Procedimento: já estará preenchido pelo pesquisador.

Q-2 – Nome do entrevistador

- Definição: nome do entrevistador.
- Procedimento: preencha com o nome do entrevistador que está realizando a entrevista. Não esqueça de preencher, pois é fundamental a identificação de cada questionário.

Q-3 – Data da entrevista

- Definição: data que está sendo realizada a entrevista.
- Procedimento: preencha com a data que está realizando a entrevista.

Leia o ‘Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido’

- Tenha em mente informações claras sobre o estudo, para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- **ATENÇÃO:** cuidado para não ser muito explícito sobre as questões relacionadas à violência. Explique que se trata de questões relacionadas à saúde geral dos entrevistados e, se indagado, diga que algumas, mas não a maioria, das perguntas, se relaciona a alguns itens sobre risco de atos mais ríspidos.

Q-4 – Início da Entrevista

- Definição: horário de início da entrevista.
- Procedimento: anotar horário de início, daí por diante, da entrevista.

Q-5 – Sexo do Idoso

- Definição: auto-explicativa.

- Procedimento: preencha de acordo com os códigos sugeridos;

Q-6 — Endereço e telefone do idoso

- Definição: endereço de residência do idoso.
- Procedimento: perguntar o endereço do idoso. Anotar telefones para contato

Q-7 Número do Prontuário na Unidade de Saúde

- Definição: número do prontuário do idoso.
- Procedimento: preencha o número do prontuário do idoso do módulo da Ilha da Conceição (Módulo Célia Sanchez).
- Caso não tenha essas informações, aguardar para colher com a equipe básica responsável pelo setor.

MÓDULO II: SAÚDE MENTAL

- Instrumento Mini-Exame do Estado Mental (Folstein & Folstein).
- Este módulo é importante pois um dos critérios de exclusão dos idosos é um escore neste instrumento menor que 18. Portanto, todo o cuidado deve ser tomado na passagem deste teste.
- Seguir as instruções e preencher os campos reservados às respostas.
- Circular 0 para resposta incorreta e 1 para resposta correta.
- Colocar o escore das respostas circuladas assim que terminar o teste, para identificar escores maiores ou menores que 18.
- Se os escores forem menores que 18, interrompa a entrevista. Agradeça ao idoso pela colaboração na pesquisa, e solicite um cuidador para continuar a entrevista.
- Procedimento: preencher, após a passagem do Mini-Mental, o escore total.

INSTRUÇÕES PARA O

PREENCHIMENTO

Seção I – Orientação Temporal

- Procedimento: (contar 1 ponto por cada resposta exata).
- (aceitar apenas a resposta exata) (caso esteja no início do ano, caso seja mudança de mês perguntar se tem certeza no caso de erro).

Seção II – Orientação Espacial

- Procedimento: (contar 1 ponto por cada resposta exata).
- (aceitar apenas a resposta exata).

Seção III – Registro

- Procedimento: Mencione os objetos a um intervalo de 1 segundo entre eles, pronunciando em voz alta, articulando bem.

- **Repita as três palavras:** (contar 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na primeira tentativa).(Permitir 20 segundos para a resposta. Se o paciente não repete as 3 palavras na primeira tentativa, repetir, até que ele as aprenda. Máximo 6 tentativas). Anotar o nº. de tentativas.

Seção IV – Atenção e Cálculo

- Procedimento: (subtrair 7 a cada vez por 5 vezes. É preciso dar o máximo de oportunidades. Pode-se simplificar ao máximo as orientações. Pode-se repetir as instruções. Se ele der uma resposta errada, perguntar-lhe: "O senhor tem certeza?" e permitir a correção. Não se pode lhe dar dicas sobre a resposta. Parar após 2 erros. Dar 1 ponto por subtração exata. Se o número de pontos máximo não for obtido, perguntar-lhe: "O senhor

pode soletrar mundo de trás para frente?") (O total dos dois sub-itens não deve figurar no escore global mas anotar o número de respostas corretas). Conta-se nesta seção o subitem de maior escore.

Seção V – Memória de Evocação

- Procedimento: **Quais eram as 3 palavras que eu que o(a) Sr(a) memorizasse?** (10 segundos para a resposta) (1 ponto por resposta correta).

Seção VI – Linguagem

- Procedimento: **Aponte o lápis e o relógio e peça para nomeá-los.** (permitir 10 segundos para cada objeto) (contar 1 ponto para cada resposta exata).
- Procedimento: **Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:** (pronunciar em voz alta, bem

- articulada, lentamente) “**Nem aqui, nem ali, nem lá**”. (Não repetir a frase. Dar o ponto apenas se estiver corretamente pronunciada pelo idoso).
- Procedimento: Dê ao paciente uma folha de papel, e diga-lhe: “**Pegar com a mão direita, dobrar ao meio, e jogar no chão**”. (1 ponto por item corretamente executado. Se o paciente parar, e lhe perguntar o que ele deve fazer, diga-lhe: “O que eu lhe disse para fazer.” Não contabilizar ponto por item incorretamente executado, p. ex. pegar o papel com a mão esquerda, dobrar em 4 e não colocá-lo no chão).
 - Procedimento: Dê ao paciente uma folha de papel, onde esteja escrito em letras grandes: “**Feche os olhos**”.
 - Diga-lhe: “**Leia isto e faça o que está escrito no papel**” (Conte 1 ponto apenas se fechar os olhos).
- Frase**
- Definição: Organização semântica.
 - Procedimento: Pedir ao paciente que escreva uma frase.
 - “**Por favor, escreva uma sentença. Deve ser uma frase completa, com início, meio e fim.**” (contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia, ou de sintaxe. Se o paciente não o fizer corretamente, perguntar-lhe “Isto é uma frase?” e permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro. Se o paciente não responder, peça “**Escreva sobre o tempo**”) (Máx. de tempo: 30 segundos).
- Cópia dos pentágonos**
- Definição: noção de orientação visuo-espacial.

- Procedimento: Dar ao paciente uma folha de papel branco e um lápis. Mostrar-lhe onde desenhar o modelo dos dois pentágonos se cruzando. Perguntar-lhe: **“Por favor, copie este desenho.”** Permitir até 5 tentativas. (Máx. tempo: 1 minuto.) (Contar 1 ponto somente se a cópia comportar todos os ângulos de cada figura e se as figuras se cruzarem sobre dois lados diferentes).

Total do mini-mental

- Definição: escore total do instrumento.
- Procedimento: anotar o escore total e anotar no item 203. Verificar se o escore total é maior ou menor que 11. Se menor, interromper a entrevista com o idoso conforme orientação no início desta seção.

MÓDULO III: “CARACTERÍSTICAS

DEMOGRÁFICAS”

Q-39 – Data de nascimento do idoso

- Definição: auto-explicativa.
- Procedimento: Anotar a data original.

Q-40 – Anos completos

- Definição: anos completados até aquele momento.
- Procedimento: perguntar ao idoso.

Q-41 – Cor do respondente

- Definição: cor de pele que o cuidador se identifica.

Procedimento: leia todas as opções para o respondente, para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação

Q-42- Frequência á escola

Definição: Se freqüentou a escola

Procedimento: perguntar ao idoso

Q-43 – Série cursada

- Definição: último ano de escolaridade completado pelo idoso.

- Procedimento: preencha com a última série completada quando for 1º, 2º e 3º grau utilizar códigos de resposta assinalados.

Q-44 – Profissão

- Definição: profissão do idoso.
- Procedimento: caso seja do lar, preencher código assinalado. Para outras, por extenso com letra de forma.

Q-45 – Aposentadoria

- Definição: Situação previdenciária
- Procedimento: perguntar ao idoso

Q-46 – Estado civil

- Definição: situação conjugal.
- Procedimento: leia todas as opções para o idoso para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

Q-47 – Número de filhos

- Definição: filhos naturais ou adotivos.

- Procedimento: preencher o número total de filhos.

Q-46 – Número de filhos que moram em casa

- Definição: número de filhos que moram na casa do idoso.
- Procedimento: assinalar número de filhos vivendo no domicílio. Se nenhum, preencher com código assinalado.

Q-48 – Principal Cuidador

- Definição: Principal cuidador do idoso.
- Procedimento: preencher o nome do Principal cuidador do idoso.

Q-49 – Nome de pessoas que vivem no domicílio

- Definição: número de pessoas que vivem no domicílio do idoso, contando o cuidador e o idoso, empregadas que dormem,

cuidadores profissionais, parentes etc. com idade, sexo e grau de parentesco

- Procedimento: Preencher o nome, sexo, idade e grau de parentesco com o cuidador.

MÓDULO IV: SITUAÇÃO SÓCIO

ECONÔMICA

Questão 50 a 60 – Posse de bens – aparelhos eletro domésticos

- Definição: número de aparelhos eletrodomésticos e se possui empregada mensalista que o auxilie em casa
- Procedimento: anotar a quantidade de eletrodomésticos (itens)

Questão 61 – renda maior no domicílio

Definição: renda maior no domicílio

Procedimento: anotar o nome de quem tem a maior renda da casa

Questão 62 – Grau de parentesco do idoso com a pessoa que tem maior renda

Definição: grau de parentesco e pessoa renda maior no domicílio

Procedimento: anotar o parentesco de quem tem a maior renda da casa

Questão 63 – Escolaridade da pessoa que possui maior renda

Definição: escolaridade da pessoa que tem renda maior

Procedimento: anotar a escolaridade da pessoa que tem renda maior

Módulo V: SAÚDE FÍSICA

Q-64 – Patologias atuais

Definição: Se existe problemas de saúde

Procedimento: anotar se existe ou não

Questão 65 a 74 – Patologias atuais ou presentes em algum momento da vida do respondente

- Coluna A: se o idoso sim ou não, apresenta ou já apresentou alguma das patologias citadas.
- Coluna B: se sim à coluna A, se quem fez o diagnóstico.

- **Pressão alta (hipertensão arterial)**

- Definição: hipertensão arterial.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Depressão**

- Definição: doença depressiva, não apenas um estado passageiro de mau humor ou desânimo ou moral baixo.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e,

(coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Doenças do coração**

- Definição: cardiopatias, coronariopatias, insuficiência cardíaca, doenças de válvulas cardíacas. Excluir pressão alta. (Frisar “não estamos falando de pressão alta”).
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Derrame ou isquemia**

- Definição: acidentes vasculares transitórios ou permanentes em região cerebral, com ou sem seqüelas.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e,

(coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Câncer**

- Definição: neoplasias em qualquer órgão, presentes ou passadas, tratadas ou não.

- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Tuberculose**

- Definição: pleurite, tuberculose, caverna, presente ou em qualquer fase da vida.

- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Doença de Parkinson**

- Definição: doença degenerativa neurológica caracterizada por

rigidez, tremor, bradicinesia e hipocinesia e distúrbios do sistema nervoso autônomo.

- Procedimento: indagar explicitamente sobre o nome. Não serve apenas tremor. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Diabetes**

- Definição: diabetes mellitus.

- Procedimento: indagar também se necessita usar insulina ou remédios para controlar glicose. Se a resposta for sim, encarar como tendo diabetes mellitus. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Demência ou problemas de memória**

- Definição: doenças degenerativas cognitivas ou queixas cognitivas ou mnésicas.
- Procedimento: podem ser usados sinônimos para explicar, como arteriosclerose, problemas de memória, Alzheimer. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Enfisema (DPOC)**
 - Definição: doença respiratória crônica relacionada, em geral, a tabagismo. Enfisema ou bronquite crônica.
 - Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Acuidade auditiva**
 - Definição: presença de diminuição da acuidade auditiva.
 - Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Reumatismo ou artrose**
 - Definição: presença de doenças reumáticas como artrose e outras.
 - Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

MÓDULO VI: “ESTADO FUNCIONAL”

Q-75 a 91 – Instrument health assessment questionnaire

- Definição: instrumento de avaliação do estado funcional.

- Procedimento: as opções de resposta variam de 0 a 3.

VOCÊ deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta de acordo com a ficha de respostas.

Circular a resposta fornecida.

Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.

Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.

MÓDULO VII: “CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA”

- Certifique-se que ninguém mais esteja escutando a entrevista.
- Tente deixar o cuidador à vontade, sublinhe a importância das questões e a confidencialidade das informações.

- Leia as perguntas pausadamente para que o cuidador possa ter tempo para responder. Não mude o texto das perguntas!!! Caso o cuidador não tenha compreendido a questão repita o enunciado da questão. Não tente explicar com as suas palavras!!!

Q-92 a 99 – Instrumento CASE (CUIDADOR)

- Definição: as questões 25 referem-se ao instrumento CASE, um dos objetos deste projeto.
- Solicitar ao respondente que responda sim ou não a cada indagação.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.

INSTRUMENTO CTS – Questão 100 a 119

- . Definição: as questões 100 a 119 referem-se ao instrumento Conflict Tactics Scale (CTS-1), um dos objetos deste projeto. Refere-se ao instrumento que procura caracterizar violência em conflitos entre duas pessoas.
- Ler para todas as questões as opções de resposta ao final, indique a melhor opção.
- Solicitar ao respondente que responda sim ou não a cada indagação.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Leia as perguntas pausadamente para que o cuidador possa ter tempo para responder. Não mude o texto das perguntas!!! Caso o cuidador

não tenha compreendido a questão repita o enunciado da questão. Não tente explicar com as suas palavras!!!

- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.

Q-120 a 138– INSTRUMENTO H-S/EAST (idosos)

- Definição: as questões referem-se ao instrumento H-S/EAST, um dos instrumentos investigados neste projeto.
- Procedimento: as opções de resposta são sim ou não.
- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada

somente após o término da entrevista.

- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.

Q 139 a 145 - QUESTIONÁRIO CAGE

- Definição: as questões referem-se ao instrumento CAGE e a presença de duas afirmativas exceto 119 e 120, sugere uma suspeição para dependência do álcool.
- Procedimento: Circular a resposta fornecida

Questão 146 a 153 – QUESTIONÁRIO TWEAK

- Definição: as questões referem-se ao instrumento TWEAK, exceto as questões 146,147, sugere uma

suspeição para dependência do álcool em mulheres.

- Procedimento: Circular a resposta fornecida

Q-154 – FIM DA ENTREVISTA

- Definição: auto-explicativa
- Procedimento: auto-explicativo. Não esquecer de assinar o nome do entrevistador. Colocar horário de término.

Q-2 Nome do entrevistador _____

Q-3 Data da entrevista / /2006

Leitura do 'termo de consentimento
livre e esclarecido'

Q-4 – Início da entrevista ____ horas

Q-5 – Sexo ___ 1- masculino; 2- feminino

Q-6 – Endereço e telefone _____

Q-7 – Nº do prontuário na unidade de
saúde _____

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE PESQUISA

QUESTIONÁRIO IDOSO

Nome do idoso _____

Nome do Cuidador _____

Setor _____

“Meu nome é (nome do entrevistador). Sou entrevistador da pesquisa de avaliação sobre a saúde geral de idosos e cuidadores e gostaria de pedir algum tempo de sua atenção”.

MÓDULO I: “IDENTIFICAÇÃO”

Q -1 Número do questionário _____

MÓDULO II: “SAÚDE MENTAL”

MINE MENTAL

Instruções:

As palavras em negrito devem ser lidas alto, clara e lentamente pelo examinador. Circule o “0” se a resposta for incorreta ou o “1” se a resposta for correta.

Comece formulando as duas questões seguintes: Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória? “O Sr. (Sra.)(a) tem algum problema com a sua memória?”

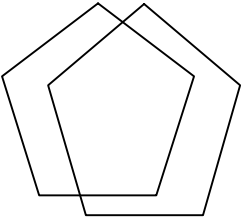
ORIENTAÇÃO O NO TEMPO	ANOTAR RESPOSTAS	CIRCULE A OPÇÃO
Q-8-Em que ano nós estamos?		0 1
Q-9-Em que estação do ano nós estamos?		0 1

Q-10-Em que mês nós estamos?		0	1
Q-11-Em que dia da semana nós estamos?		0	1
Q-12-Em que dia do mês nós estamos?		0	1
ORIENTAÇÃO O NO ESPAÇO			
Q-13-Em que Estado nós estamos?		0	1
Q-14-Em que Cidade nós estamos?		0	1
Q-15-Em que Bairro nós estamos?		0	1
Q-16- O que é este prédio em que estamos?		0	1
Q-17- Em que andar nós estamos?		0	1
REGISTRO Preste atenção. Eu vou dizer três palavras o Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas novamente dentro de alguns minutos. As palavras são: CARRO (pausa), VASO (pausa), BOLA (pausa). Agora, repita as palavras para mim. Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.			
Q-18- CARRO		0	1
Q-19- VASO		0	1
Q-20- BOLA		0	1

Q- 21 a 25 ATENÇÃO E CÁLCULO [Série de 7]			
<i>“Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração [pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7?”</i>	93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____		1 1 1 1 1
Q-26- Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça: <i>Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente (O.D.N.U.M.)</i>	Pontos _____ do cálculo: _____		— —
Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado	O D N U M Pontos _____ do mundo: _____		— —

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO		
Peça: <i>Quais foram as três palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?</i>		
Q-27- CARRO		0 1
Q-28- VASO		0 1
Q-29- BOLA		0 1
LINGUAGEM		
Aponte o lápis e o relógio e pergunte:		0 1
Q-30- <i>O que é isto?</i> (lápis)	_____	
Q-31- <i>O que é isto?</i> (relógio)	_____	0 1
Q-32- <i>“Agora eu vou pedir para o Sr.(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:”</i>	_____	0 1
“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.		
Q-33 a 35 <i>“Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o</i>		

<i>Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão”.</i>		
Pegar com a mão direita		
Dobrar ao meio		
Jogar no chão		
		0 1
	_____	0 1
	_____	0 1
Q-36- <i>“Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel (Mostre ao examinado a folha com o comando):</i>		
-FECHE OS OLHOS	_____	0 1

<p>Q-37-Peça: <i>“Por favor, copie este desenho”.</i></p>		<p>0 1</p>
<p>Q- 38- Peça: <i>Por favor, escreva uma sentença.</i> (Se o paciente não responder, peça): <i>“Escreva sobre o tempo”.</i></p> <p><i>[Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta.]</i></p>		
<p>Score _____/30</p>		

MINE MENTAL- IDOSOS SEM ESCOLARIDADE

SCORES

18 – ENTREVISTA IDOSO

14 -18 – ENTREVISTA IDOSO + CUIDADOR

14 – ENTREVISTA SÓ O CUIDADOR

MINE MENTAL - IDOSOS COM ESCOLARIDADE

SCORES

23 – ENTREVISTA IDOSO

18 -23- IDOSO + CUIDADOR

18-CUIDADOR

MÓDULO III:

“CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS”

Q-38- O(A) Sr(a) nasceu em que cidade? _____

Q-39- Qual é a data de nascimento do Sr(a)?
___/___/___

Q-40- Quantos anos completos o Sr(a) têm?
_____anos

Q- 41- Qual a sua cor? _____
1- branca 2- negra 3- pardo/mulato claro
4- outra

Q-42 - O Sr(a) Já freqüentou ou freqüenta a
escola? () Sim () Não

Q-43 - Qual foi a última série que o Sr(a)
concluiu? ___ série do _____ grau

Q-44 -Qual é a sua profissão?

Q-45- O Sr(a) é aposentado(a)? () Sim ()
Não

Q-46 – Qual o seu estado civil? _____
1- solteiro 2- casado 3- viúvo 4-
desquitado/separado 5- Outro

Q-47 –O Sr(a) tem filhos? Quantos o(a)
Sr(a) têm? _____

Q-48- Quem é o seu principal
cuidador? _____

Q-49 –*Ouça com atenção: Quem são as
pessoas que moram com o Sr(a)? Qual a
idade e o sexo dessas pessoas? E grau de
parentesco dessas pessoas com o(a)
senhor(a)?*

2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			

Nome	Idade	Sexo	Grau parentesco
1-			

Q-50- “Das pessoas que vivem com o Sr(a), quem tem a maior renda? _____

Q-51- Qual o grau de parentesco dela com o Sr(a)? _____

Q-52- Esta pessoa freqüenta ou já freqüentou a escola? Qual foi a última série que ela concluiu?
 ____ série ____ grau

MÓDULO IV: “SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA”

“Por favor, agora gostaríamos de conversar um pouquinho sobre os aparelhos eletrodomésticos que o Sr(a) têm em casa e sobre a pessoa que auxilia nos serviços de casa...”.

	Q-58- <i>Geladeira</i>						
DIAGNOSTICO	Q-59- <i>Freezer</i>		QUEM				
	<i>(aparelho independente ou parte da geladeira)</i>		DIAGNOSTICOU?				
Q-61- HIPERTENSÃO ARTERIAL	<i>Quantidade de itens</i>						
	<i>Quantidade de itens</i>						
Q-62- DEPRESSÃO	Q-60- O Sr(a) <i>Empregado em casa?</i>						
Q-63- DOENÇAS DO CORAÇÃO	Q-61- <i>Empregado em casa?</i>						
	Q-54- <i>Qual o tipo de doença?</i>						
Q-64- DERRAME OU AVC	Q-55- <i>Qual o tipo de derrame ou AVC?</i>						
Q-65- CÂNCER	Q-56- <i>Qual o tipo de câncer?</i>						
Q-66- INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECALES	Q-57- <i>Qual o tipo de incontinência?</i>						
Q-67- e/ou DVD	Q-58- <i>Qual o tipo de incontinência?</i>						

Q-53- O(A) senhor(a) tem em sua residência os aparelhos eletrodomésticos abaixo? _____
 (posse de bens) Se sim, quantos?

TUBERCULOSE		
Q-68- DOENÇA DE PARKISON		
Q-69- DIABETES MELLITUS		
Q-70- DEMÊNCIA OU PROBLEMA DE MEMORIA		
Q-71- ENFISEMA PULMONAR (DPOC)		
Q-72- REUMATISMO (ARTROSE)		

MÓDULO IV: “SAÚDE FÍSICA”

Q-61 a 72 “Agora gostaríamos de conversar um pouquinho sobre a sua saúde...”

“O Sr(a) já teve algum destes problemas de saúde?”

Coluna A: 1 (SIM); 0 (NÃO)

Coluna B: 1- MÉDICO; 2- OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE; 3- OUTROS

MÓDULO V: “ESTADO FUNCIONAL”

Q-75 a 82 “Agora, vamos fazer algumas perguntas sobre como o Sr(a) é capaz de fazer algumas atividades do dia-a-dia em seu domicílio ou fora dele.” “Ler todas as opções de resposta ao final de cada item”.

0-Faz sem nenhuma dificuldade

1-Faz com alguma dificuldade

2-Faz com muita dificuldade

3-Não consegue fazer

“O Sr(a) é capaz de:” -Circule a opção correspondente à resposta –

Q-73- O Sr(a) quer descansar um pouco? _____

Q-74- Agora vamos continuar com a entrevista. OK? _____

Escore total

	Vestir-se e cuidar-se				
Q-75-	Vestir-se, inclusive amarrar os cordões de sapatos e abotoar roupas	0	1	2	3
Q-76-	Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3
	Levantar-se				

Q-77-	Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3
Q-78-	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
	Comer				
Q-79-	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
Q-80-	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água	0	1	2	3
Q-81-	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
	Caminhar				
Q-82-	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
Q-83-	Subir 5 degraus?	0	1	2	3
	Higiene				
Q-84-	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3
Q-85-	Tomar um banho de chuveiro?	0	1	2	3
Q-86-	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
	Alcançar				

Q-87-	Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3
Q-88-	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
	Outras atividades				
Q-89-	Fazer compras nas redondezas aonde mora?	0	1	2	3
Q-90-	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
Q-91-	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para puxar a água?	0	1	2	3

MÓDULO VIOLÊNCIA

Instrumento – CASE

“Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho com o Sr(a) sobre os problemas do dia-a-dia”

Q-92- O Sr(a) às vezes encontra dificuldade em fazer com que controle sua irritação ou agressividade? () Sim () Não

Q-93- O Sr(a) muitas vezes se sente forçado(a) a agir contra sua própria natureza ou a fazer coisas que lhe desagradam? () Sim () Não

- Q-94- O Sr.(a) acha difícil controlar o comportamento de.....?
- Q-95- V/S às vezes se sente forçado(a) a ser bruto(a) com?() Sim () Não
- Q-96- O Sr(a) às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para.....() Sim () Não
- Q-97- O Sr(a) muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar? () Sim () Não
- Q-98- O Sr(a) muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de?() Sim () Não
- Q-99- O Sr(a) muitas vezes acha que tem que gritar com? () Sim () Não

Instrumento – CTS

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

“Durante um desentendimento ou desavença entre o Sr(a) e o (NOME DO CUIDADOR+), o Sr.(a)...”

Q-104- Ficou emburrado. Não falou mais do assunto	
Q-100- Discutiu o problema calmamente	
Q-105- Retirou-se do quarto, da casa ou da área	
Q-101- Procurou conseguir informações para conhecer melhor o seu modo de pensar	
Q-102- Trouxe ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas	
Q-107- Fez ou disse coisas só para irritar	
Q-108- Ameaçou bater ou jogar coisas em você	
Q-103- Xingou ou insultou	

Q-109- Destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos	
Q-110- Jogou coisas sobre você	
Q-111- Empurrou ou agarrou você	
Q-112- Deu tapa ou bofetada em você	
Q-113- Chutou, mordeu ou deu murro em você	
Q-114- Bateu ou tentou bater em você com objetos	
Q-115- Espancou você	
Q-116- Queimou, estrangulou ou sufocou você	
Q-117- Ameaçou você com faca ou arma	
Q-118- Usou faca ou arma contra você	

Q-119- Agora gostaríamos de saber no seu domicílio com quem o(a) senhor(a) frequentemente se desentende ou fica irritado(a) constantemente? _____

INSTRUMENTO H-S/EAST (IDOSO)

“Para estas perguntas, V/S deve responder sim ou não: Se sim colocar numero 1 se não colocar número 0.”

Q-120- Tem alguma outra pessoa que toma decisões sobre a sua vida – por exemplo, de que modo V/S deve viver ou onde deve morar?

Q-121- Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?

Q-122- Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que você não queria fazer? _____

Q-123- Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento? _____

Q-124- Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?

Q-125- V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico? _____

Q-126- V/S muitas vezes se sente triste ou só? _____

Q-127- V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria? _____

Q-128- V/S está ajudando a sustentar alguém? _____

Q-129- V/S se sente pouco à vontade com alguém da sua família? _____

Q-130- V/S sente que ninguém quer V/S por perto? _____

Q-131- Alguém da sua família bebe muito? _____

Q-132- V/S confia na maioria das pessoas da sua família? _____

Q-133- Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas? _____

Q-134- V/S tem privacidade suficiente em casa? _____

Q-135- V/S às vezes sente que não consegue fazer o que é realmente necessário ou o que deve ser feito para?

Q-136- V/S muitas vezes acha que tem que rejeitar ou ignorar?

Q-137- V/S muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de ?

Q-138- V/S muitas vezes acha que tem que gritar com?

Questionário CAGE (para homens) - As questões 119 a 136 referem-se ao uso abusivo de álcool

Q-139- Você gosta de comer doces? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-140- V/alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou parar de comer doces? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-141- Você bebe frequentemente? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR (*Caso Não, pergunte*): “nem de vez em quando ou em momentos especiais?”

Q-142- Você já pensou em largar a bebida? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-143- Você ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-144- Você se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-145- Você bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca (abrir os olhos?) 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

A presença de duas respostas-exceto 119 e 120-afirmativas sugere uma indicação positiva de dependência de álcool.

Questionário TWEAK - Para a idosa ou cuidadora

Q-146- Você gosta de tomar cafezinho? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-147- V/S alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de cafezinhos ou parar de tomar café? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-148- Você bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-149- Quantas doses você precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? ()1 ()2 ()3 ()4 ()5

Q-150- Alguma vez o(a) Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-151- O(A) Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-152- Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

Q-153- Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 1- () SIM 2- () NÃO 3- () NS 4- () NR

“Por fim terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra gente. Lembramos que, se precisar, poderá contatar o responsável por encaminhar problemas relacionados a isto. O Sr(a) gostaria de acrescentar mais alguma coisa?”

Q-154– Término da entrevista: __ hs e __ minutos

Obrigada

**ANEXO 3a: Manual do questionário
(Questões gerais)**

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ROMPENDO O SILÊNCIO E SUAS BARREIRAS: A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA
CONTRA IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA MÉDICO DE
FAMÍLIA DE NITERÓI.**

Paulo Cavalcante Apratto Júnior

Orientadora: Claudia Leite Moraes

2006

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	116
II DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA.....	118
1- <i>Informações gerais</i>	118
2- <i>Regras gerais para uma boa entrevista</i>	118
III PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS.....	121
IV REGISTRANDO RESPOSTA.....	123
V REVISANDO A ENTREVISTA.....	126

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa faz parte do Programa de pós-graduação da Universidade Estácio de Sá na linha de pesquisa diagnósticos locais e cuidados básicos em saúde da família, desenvolvido no mestrado em Saúde da Família.

Este estudo, em particular, tem como finalidade estimar a prevalência de maus tratos praticados em um ambiente de cuidados de saúde não especializado em violência, ou seja, no domicílio nos idosos adstritos ao módulo do Grupo Básico de Trabalho I, situado no bairro da Ilha da Conceição, na região norte de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, do Programa Médico de Família, além de estimar a prevalência de diversos tipos de agressão sofrida pelos idosos (abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência financeira). A pesquisa pretende analisar o perfil dos idosos vítima de violência, caracterizando grupos de risco e descrever a frequência de maus tratos ocorrido nos últimos 12 meses contra idosos.

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal. As informações necessárias serão obtidas a partir de entrevistas com os idosos e também com alguns dos cuidadores. Nesta fase, coletam-se dados referentes a cada um dos sujeitos entrevistados a fim de medir o que desejamos, ou seja, suspeição de violência em suas diversas formas, nos idosos.

As informações necessárias serão obtidas a partir da entrevista. Serão utilizados instrumentos de coleta de dados de avaliação multidimensional do idoso, constituído de cinco dimensões: sócio-demográfica, saúde física, utilização de serviços de saúde, capacidade funcional e saúde mental, além dos questionários de caracterização da violência. O questionário da pesquisa está sendo desenvolvido a partir dos seguintes instrumentos: Escalas Táticas de Conflitos (Conflict Tactics Scales-CTS); instrumento CASE (cuidador); instrumento H-S/EAST (IDOSO);

Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN); características demográficas e socioeconômicas; módulo saúde física e hábitos do idoso; módulo capacidade funcional-instrumento the health assessment questionnaire (HAQ) ; módulo da utilização de serviços de saúde; módulo uso abusivo de álcool:CAGE (homem) questionário TWEAK (mulher) .

O ingresso no estudo só poderá se dar com o consentimento do idoso e ou seu cuidador. Considera-se cuidador aquela pessoa que supre as necessidades básicas e instrumentais, e oferece cuidados à pessoa idosa. Será o idoso que indicará quem é seu cuidador. Serão realizadas reuniões com as equipes de saúde da instituição participante concomitantemente ao desenvolvimento do estudo para discussão e avaliação dos problemas que possam surgir.

Os idosos e/ou cuidadores que relatarem presença de violência doméstica em seus lares serão encaminhados para a equipe básica, para que ter os encaminhamentos necessários.

Nesse momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa. A etapa de coleta de dados é fundamental para estudos epidemiológicos como este. Nessa perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores assume um papel de importância estratégica para que a pesquisa tenha sucesso.

As instruções e procedimentos devem ser seguidos durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega ou o supervisor responsável pelo projeto.

II. DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA

1) Informações gerais:

- ✓ Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas ou nas margens inferior e superior da folha. Atenção: não escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas. Isso também se aplica às informações julgadas interessantes pelo entrevistador, mesmo que não seja o alvo central da pergunta.
- ✓ O símbolo V/S significa que o entrevistador pode se dirigir ao entrevistado por você ou o Senhor/a senhora. Porém, para pessoas com mais de 50 anos (idosos) ou aparentemente bem mais velhas que o entrevistado, utilizar sempre a segunda forma, evitando você, que dará uma impressão de grosseria ou intimidade não desejada.

2) Regras gerais para uma boa entrevista:

- ✓ Há certas regras que você deve seguir para garantir uma entrevista imparcial. Sugerimos que você tenha em mente cada uma das seguintes regras.
- ✓ Permaneça sempre neutro. Você deve manter sempre uma atitude neutra para com o entrevistado. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque o idoso/cuidador à vontade e ganhe a sua confiança.
- ✓ Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas. Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta

pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

- ✓ Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem. Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa seqüência lógica. Mudar esta seqüência destruirá o intento do questionário.
- ✓ Se o idoso/cuidador está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, não pule nenhuma pergunta, mesmo que haja alguma repetição. Se algum entrevistado se irritar um pouco e disser: “Já falei isso...”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que V/S me deu a resposta completa para isso”, ou “V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar”.
- ✓ No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre em caixas de texto perto das questões.
- ✓ Certifique-se de que o entrevistado não esteja vendo as perguntas. Os idosos/cuidadores podem ser influenciados ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para ou mostrados para os entrevistados.
- ✓ Não aceite um fácil “não sei” como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos.

- ✓ Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.
- ✓ Direito do idoso/cuidador de não querer responder. Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.
- ✓ Direito do idoso/cuidador de não querer responder. Lembre-se que o entrevistado tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ele queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.
- ✓ Revisando as respostas. Rever uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pelo idoso/cuidador. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se o entrevistado não responder dentro das possibilidades previstas. Desestímule irrelevâncias.
- ✓ Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que o idoso/cuidador se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar. Isto não é incomum entre pessoas idosas.
- ✓ Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso. Você deve responder à dúvida: “O que quer que isso signifique para V/S”. Se o idoso/cuidador não consegue responder à pergunta devido à sua falta de

entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

III. PROBLEMAS

Respostas divergentes

- ✓ Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Pode acontecer que o idoso/cuidador sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ele escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-lo à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: “De modo geral, é desse jeito ou do outro?” ou “na maioria das vezes...” ou “quase sempre...”, etc.

Respostas vagas

- ✓ É comum que no início da entrevista os idosos/cuidadores respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-lo a se expressar de forma mais específica.

Respostas “não sei”

- ✓ O entrevistado responde “não sei” a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir: Ele não entende a pergunta e diz “não sei” para evitar dizer que não entendeu (lembrar que muitos idosos possuem problemas sérios de audição e/ou visão).
- ✓ Ele está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.

- ✓ Ele pode estar fugindo do assunto porque se sente desinformado e tem medo de dar uma resposta errada.
- ✓ Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.
- ✓ Não se apresse para checar uma resposta “não sei”. Se você ficar quieto – mas com uma atitude de expectativa – o idoso/cuidador achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nessas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: “mas, o que V/S acha disso?” ou “Em geral..., mais ou menos...?”, etc.
- ✓ Lembre sempre de solicitar ao idoso/cuidador que usem seus óculos e/ou aparelhos auditivos, se for o caso. Lembre sempre de falar pausadamente, olhando para o entrevistado. A leitura labial torna-se cada vez mais importante à medida que envelhecemos.

Respostas a perguntas dependentes

- ✓ Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente a alguns entrevistados. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta à pergunta anterior. Por exemplo, se o idoso/cuidador responde “sim” à pergunta 57, deve-se perguntar as questões 58 a 65; em caso de resposta negativa, o entrevistador deve pular para a pergunta 66, marcando a alternativa NA (não se aplica) em todas as respostas das perguntas 58 a 65.
- ✓ Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que o entrevistador comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser

feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

IV. REGISTRANDO RESPOSTAS

- ✓ O seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que o entrevistado diz. Em nosso estudo, a grande maioria das perguntas é composta de perguntas fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.
- ✓ Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.
- ✓ Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.
- ✓ Peça ao entrevistado para falar devagar. As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar; ir lendo à medida que você escreve, e ler parte do que já escreveu ,pedindo ao entrevistado que complete o restante.

- ✓ Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.
- ✓ Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pelo entrevistado e preencha o campo de resposta (espaço sublinhado à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Use um X ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.
- ✓ Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Todas as suas observações podem ser úteis.
- ✓ Se o entrevistado mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto.
- ✓ Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Todas as suas observações podem ser úteis.
- ✓ Se o entrevistado mudar de idéia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, risque-o com uma cruz e circule a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, faça uma cruz em cima da opção errada, circule a opção correta, apague o erro no campo de resposta com *liquid paper* e escreva o código correto.

- ✓ Sempre que for necessário pular uma pergunta, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que o entrevistador comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

V. REVISANDO A ENTREVISTA

- ✓ Depois do término da entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho do entrevistador, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com o entrevistado, alguns objetivos dessa revisão são:
- ✓ Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.
- ✓ Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.
- ✓ Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o supervisor.

SUCESSO!!!!

**ANEXO 3b: manual de instruções do
questionário
(questões específicas)**

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ROMPENDO O SILÊNCIO E SUAS BARREIRAS: A QUESTÃO DA
VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DO
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI**

Paulo Cavalcante Apratto Júnior

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Leite Moraes

Rio de Janeiro

2006

SUMÁRIO

QUESTIONÁRIO DE CAMPO.....	129
1- <i>Informações Gerais</i>	<u>129</u>
2- <i>Crêterios de Inclusão e Exclusão</i>	<u>129</u>
3- <i>Captação de Sujeitos</i>	130
4-Inicio da entrevista	130
MÓDULO I	
IDENTIFICAÇÃO.....	133
MÓDULO II SAÚDE MENTAL.....	133
MÓDULO III: “CARACTERÍSTICAS	
DEMOGRÁFICAS”	136
MÓDULO IV: SAÚDE FÍSICA.....	138
MÓDULO V: “ESTADO FUNCIONAL”.....	
.....	<u>139</u>
MÓDULO VI: “CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA”	
.....	<u>141</u>

QUESTIONÁRIO DE CAMPO

1- Informações Gerais

- ✓ As visitas realizadas nos domicílios dos idosos devem respeitar o regulamento estabelecido e se dar de comum acordo com os idosos/cuidadores responsáveis pelas casas, para não perturbar a rotina domiciliária.
- ✓ Nós devemos considerar as repercussões de nossos atos dentro do espaço domiciliar, tendo em foco os objetivos da pesquisa.
- ✓ Praticamente todos os sujeitos a serem entrevistados, somente saberão da pesquisa naquele momento. Portanto, deve-se entrevistá-los com cordialidade e solicitando sua cooperação e apoio.
- ✓ Devemos respeitar o horário de cada lar. Isto diminui a possibilidade de atrito com os familiares/cuidadores e sujeitos da pesquisa.
- ✓ Definição de cuidador: Será definido pelo sujeito idoso a ser entrevistado
- ✓ Será feita a escolha do cuidador baseando-se, no fato de esta pessoa ser a responsável pelo suporte do idoso na realização de suas atividades instrumentais e básicas de vida diária, parcial ou completamente. O cuidador pode ou não morar com o idoso, e pode ou não ser informal, ou seja, profissional ou não.

2- Critérios de Inclusão e Exclusão

- ✓ Em princípio, qualquer pessoa idosa com 65 anos ou mais de idade será incluída.
- ✓ O cuidador desta pessoa, será incluído, independente de sua idade, quando o exame minimental apresentar escores igual ou menor que 18 pontos ou apresentar dificuldades de comunicação.

3- Captação de Sujeitos

- ✓ 350 idosos deverão ser entrevistados, por 10 entrevistadores.
- ✓ As entrevistas serão realizadas no domicílio, durante o trabalho de campo.
- ✓ Os questionários completos deverão ser entregues revisados, ao final de cada dia, ao supervisor.

4- Início da Entrevista

- ✓ Identifique-se ao grupo de idosos que irá entrevistar e identifique-se, caso algum dos entrevistados não o conheça.
- ✓ Diga quais os objetivos gerais desta entrevista e que serão melhor explicados no decorrer da entrevista.
- ✓ Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- ✓ Assim que o idoso/cuidador esteja de acordo em participar da pesquisa, convide-os para iniciar a entrevista.
- ✓ Lembre-se de colocar o nome do idoso/cuidador e verificar o número do questionário.

4.1- NS, NR e NA

- ✓ NS (não sabe): opção de resposta quando o idoso/cuidador refere que não sabe responder à pergunta realizada pelo entrevistador.
- ✓ NR (não responde): opção de resposta quando o idoso/cuidador por qualquer motivo se recusa a responder à pergunta.
- ✓ NA (não se aplica): opção de resposta quando a questão não se aplica àquele idoso/cuidador.

- ✓ Não aceite um “não sei” facilmente. Dê um tempo para que ele possa pensar um pouco mais sobre a pergunta. Diga frases do tipo: “em geral...”, “mais ou menos...”, etc.
- ✓ Todos os campos de resposta deverão ser preenchidos após o término da entrevista.
- ✓ Caso não seja possível concluir a entrevista, anote no caderno do entrevistador o que aconteceu e termine a entrevista em dia conveniente.

MÓDULO I: “IDENTIFICAÇÃO”

A-Nome do Idoso

- Definição: nome do idoso.
- Procedimento: preencha com o nome do idoso que está entrevistando

Nome do cuidador

- Definição: nome do cuidador
- Procedimento: preencha com o nome do cuidador do idoso que está entrevistando

Setor

- Definição: número do setor que o idoso está cadastrado no PMF
- Procedimento: preencha com o número do setor

Q-1 – Número do questionário

- Definição: número do questionário da pesquisa.
- Procedimento: já estará preenchido pelo pesquisador.

Q-2 – Nome do entrevistador

- Definição: nome do entrevistador.

- Procedimento: preencha com o nome do entrevistador que está realizando a entrevista. Não esqueça de preencher, pois é fundamental a identificação de cada questionário.

Q-3 – Data da entrevista

- Definição: data que está sendo realizada a entrevista.
- Procedimento: preencha com a data que está realizando a entrevista.

Leia o ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’

- Tenha em mente informações claras sobre o estudo, para que você possa tirar alguma dúvida que apareça. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre elas aparecem antes de você ter a autorização para iniciar a entrevista.
- **ATENÇÃO:** cuidado para não ser muito explícito sobre as questões relacionadas à violência. Explique que se trata de questões relacionadas à saúde geral dos entrevistados e, se indagado, diga que algumas, mas não a maioria, das perguntas, se relaciona a alguns itens sobre risco de atos mais ríspidos.

Q-4 – Início da Entrevista

- Definição: horário de início da entrevista.
- Procedimento: anotar horário de início, daí por diante, da entrevista.

Q-5 – Sexo do Idoso

- Definição: auto-explicativa.
- Procedimento: preencha de acordo com os códigos sugeridos;

Q-6 — Endereço e telefone do idoso

- Definição: endereço de residência do idoso.
- Procedimento: perguntar o endereço do idoso. Anotar telefones para contato

Q-7 Número do Prontuário na Unidade de Saúde

- Definição: número do prontuário do idoso.

- Procedimento: preencha o número do prontuário do idoso do módulo da Ilha da Conceição (Módulo Célia Sanchez).
- Caso não tenha essas informações, aguardar para colher com a equipe básica responsável pelo setor.

MÓDULO II: SAÚDE MENTAL

- Instrumento Mini-Exame do Estado Mental (Folstein & Folstein).
- Este módulo é importante pois um dos critérios de exclusão dos idosos é um escore neste instrumento menor que 18. Portanto, todo o cuidado deve ser tomado na passagem deste teste.
- Seguir as instruções e preencher os campos reservados às respostas.
- Circular 0 para resposta incorreta e 1 para resposta correta.
- Colocar o escore das respostas circuladas assim que terminar o teste, para identificar escores maiores ou menores que 18.
- Se os escores forem menores que 18, interrompa a entrevista. Agradeça ao idoso pela colaboração na pesquisa, e solicite um cuidador para continuar a entrevista.
- Procedimento: preencher, após a passagem do Mini-Mental, o escore total.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Seção I – Orientação Temporal

- Procedimento: (contar 1 ponto por cada resposta exata).
- (aceitar apenas a resposta exata) (caso esteja no início do ano, caso seja mudança de mês perguntar se tem certeza no caso de erro).

Seção II – Orientação Espacial

- Procedimento: (contar 1 ponto por cada resposta exata).
- (aceitar apenas a resposta exata).

Seção III – Registro

- Procedimento: Mencione os objetos a um intervalo de 1 segundo entre eles, pronunciando em voz alta, articulando bem.
- **Repita as três palavras:** (contar 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na primeira tentativa).(Permitir 20 segundos para a resposta. Se o paciente não repete as 3 palavras na primeira tentativa, repetir, até que ele as aprenda. Máximo 6 tentativas). Anotar o nº. de tentativas.

Seção IV – Atenção e Cálculo

- Procedimento: (subtrair 7 a cada vez por 5 vezes. É preciso dar o máximo de oportunidades. Pode-se simplificar ao máximo as orientações. Pode-se repetir as instruções. Se ele der uma resposta errada, perguntar-lhe: "O senhor tem certeza?" e permitir a correção. Não se pode lhe dar dicas sobre a resposta. Parar após 2 erros. Dar 1 ponto por subtração exata. Se o número de pontos máximo não for obtido, perguntar-lhe: "O senhor pode soletrar mundo de trás para frente?") (O total dos dois sub-itens não deve figurar no escore global mas anotar o número de respostas corretas). Conta-se nesta seção o subitem de maior escore.

Seção V – Memória de Evocação

- Procedimento: **Quais eram as 3 palavras que eu que o(a) Sr(a) memorizasse?** (10 segundos para a resposta) (1 ponto por resposta correta).

Seção VI – Linguagem

- Procedimento: **Aponte o lápis e o relógio e peça para nomeá-los.** (permitir 10 segundos para cada objeto) (contar 1 ponto para cada resposta exata).
- Procedimento: **Agora eu vou pedir para o Sr(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita:** (pronunciar em voz alta, bem articulada, lentamente) **“Nem aqui, nem ali, nem lá”.** (Não repetir a frase. Dar o ponto apenas se estiver corretamente pronunciada pelo idoso).
- Procedimento: Dê ao paciente uma folha de papel, e diga-lhe: **“Pegar com a mão direita, dobrar ao meio, e jogar no chão”.** (1 ponto por item corretamente executado. Se o paciente parar, e lhe perguntar o que ele deve fazer, diga-lhe: “O que eu lhe disse para fazer.” Não contabilizar ponto por item incorretamente executado, p. ex. pegar o papel com a mão esquerda, dobrar em 4 e não colocá-lo no chão).
- Procedimento: Dê ao paciente uma folha de papel, onde esteja escrito em letras grandes: **“Feche os olhos”.**
- Diga-lhe: **“Leia isto e faça o que está escrito no papel”** (Conte 1 ponto apenas se fechar os olhos).

Frase

- Definição: Organização semântica.
- Procedimento: Pedir ao paciente que escreva uma frase.
- **“Por favor, escreva uma sentença. Deve ser uma frase completa, com início, meio e fim.”** (contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia, ou de sintaxe. Se o paciente não o fizer

corretamente, perguntar-lhe "Isto é uma frase?" e permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro. Se o paciente não responder, peça "**Escreva sobre o tempo**") (Máx. de tempo: 30 segundos).

Cópia dos pentágonos

- Definição: noção de orientação visuo-espacial.
- Procedimento: Dar ao paciente uma folha de papel branco e um lápis. Mostrar-lhe onde desenhar o modelo dos dois pentágonos se cruzando. Perguntar-lhe: "**Por favor, copie este desenho.**" Permitir até 5 tentativas. (Máx. tempo: 1 minuto.) (Contar 1 ponto somente se a cópia comportar todos os ângulos de cada figura e se as figuras se cruzarem sobre dois lados diferentes).

Total do mini-mental

- Definição: escore total do instrumento.
- Procedimento: anotar o escore total e anotar no item 203. Verificar se o escore total é maior ou menor que 11. Se menor, interromper a entrevista com o idoso conforme orientação no início desta seção.

MÓDULO III: "CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS"

Q-39 – Data de nascimento do idoso

- Definição: auto-explicativa.
- Procedimento: Anotar a data original.

Q-40 – Anos completos

- Definição: anos completados até aquele momento.
- Procedimento: perguntar ao idoso.

Q-41 – Cor do respondente

- Definição: cor de pele que o cuidador se identifica.

Procedimento: leia todas as opções para o respondente, para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação

Q-42- Frequência á escola

Definição: Se frequentou a escola

Procedimento: perguntar ao idoso

Q-43 – Série cursada

- Definição: último ano de escolaridade completado pelo idoso.
- Procedimento: preencha com a última série completada quando for 1º, 2º e 3º grau utilizar códigos de resposta assinalados.

Q-44 – Profissão

- Definição: profissão do idoso.
- Procedimento: caso seja do lar, preencher código assinalado. Para outras, por extenso com letra de forma.

○ **Q- 45 – Aposentadoria**

- Definição: Situação previdenciária
- Procedimento: perguntar ao idoso

Q-46 – Estado civil

- Definição: situação conjugal.
- Procedimento: leia todas as opções para o idoso para que ele possa escolher dentre elas a mais adequada à sua situação.

Q-47 – Número de filhos

- Definição: filhos naturais ou adotivos.
- Procedimento: preencher o número total de filhos.

Q-46 – Número de filhos que moram em casa

- Definição: número de filhos que moram na casa do idoso.

- Procedimento: assinalar número de filhos vivendo no domicílio. Se nenhum, preencher com código assinalado.

Q-48 – Principal Cuidador

- Definição: Principal cuidador do idoso.
- Procedimento: preencher o nome do Principal cuidador do idoso.

Q-49 – Nome de pessoas que vivem no domicílio

- Definição: número de pessoas que vivem no domicílio do idoso, contando o cuidador e o idoso, empregadas que dormem, cuidadores profissionais, parentes etc. com idade, sexo e grau de parentesco
- Procedimento: Preencher o nome, sexo, idade e grau de parentesco com o cuidador.

MÓDULO IV: SITUAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA

Questão 50 a 60 – Posse de bens – aparelhos eletro domésticos

- Definição: número de aparelhos eletrodomésticos e se possui empregada mensalista que o auxilie em casa
- Procedimento: anotar a quantidade de eletrodomésticos (itens)

Questão 61 – renda maior no domicilio

Definição: renda maior no domicilio

Procedimento: anotar o nome de quem tem a maior renda da casa

Questão 62 – Grau de parentesco do idoso com a pessoa que tem maior renda

Definição: grau de parentesco e pessoa renda maior no domicilio

Procedimento: anotar o parentesco de quem tem a maior renda da casa

Questão 63 – Escolaridade da pessoa que possui maior renda

Definição: escolaridade da pessoa que tem renda maior

Procedimento: anotar a escolaridade da pessoa que tem renda maior

Módulo V: SAÚDE FÍSICA

Q-64 – Patologias atuais

Definição: Se existe problemas de saúde

Procedimento: anotar se existe ou não

Questão 65 a 74 – Patologias atuais ou presentes em algum momento da vida do respondente

- Coluna A: se o idoso sim ou não, apresenta ou já apresentou alguma das patologias citadas.
- Coluna B: se sim à coluna A, se quem fez o diagnóstico.

- **Pressão alta (hipertensão arterial)**

- Definição: hipertensão arterial.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Depressão**

- Definição: doença depressiva, não apenas um estado passageiro de mau humor ou desânimo ou moral baixo.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Doenças do coração**

- Definição: cardiopatias, coronariopatias, insuficiência cardíaca, doenças de válvulas cardíacas. Excluir pressão alta. (Frisar “não estamos falando de pressão alta”).
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Derrame ou isquemia**
 - Definição: acidentes vasculares transitórios ou permanentes em região cerebral, com ou sem seqüelas.
 - Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Câncer**
 - Definição: neoplasias em qualquer órgão, presentes ou passadas, tratadas ou não.
 - Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Tuberculose**
 - Definição: pleurite, tuberculose, caverna, presente ou em qualquer fase da vida.
 - Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.
- **Doença de Parkinson**
 - Definição: doença degenerativa neurológica caracterizada por rigidez, tremor, bradicinesia e hipocinesia e distúrbios do sistema nervoso autônomo.
 - Procedimento: indagar explicitamente sobre o nome. Não serve apenas tremor. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Diabetes**

- Definição: diabetes mellitus.
- Procedimento: indagar também se necessita usar insulina ou remédios para controlar glicose. Se a resposta for sim, encarar como tendo diabetes mellitus. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Demência ou problemas de memória**

- Definição: doenças degenerativas cognitivas ou queixas cognitivas ou mnésicas.
- Procedimento: podem ser usados sinônimos para explicar, como arteriosclerose, problemas de memória, Alzheimer. Como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Enfisema (DPOC)**

- Definição: doença respiratória crônica relacionada, em geral, a tabagismo. Enfisema ou bronquite crônica.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) tem ou já teve e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Acuidade auditiva**

- Definição: presença de diminuição da acuidade auditiva.
- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

- **Reumatismo ou artrose**

- Definição: presença de doenças reumáticas como artrose e outras.

- Procedimento: como mencionado acima para colunas A e B. Indagar se (coluna A) **tem atualmente** e, (coluna B) se o médico fez o diagnóstico.

MÓDULO VI: “ESTADO FUNCIONAL”

Q-75 a 91 – Instrument health assessment questionnaire

- Definição: instrumento de avaliação do estado funcional.
- Procedimento: as opções de resposta variam de 0 a 3.

VOCÊ deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta de acordo com a ficha de respostas.

Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.

Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.

MÓDULO VII: “CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA”

- Certifique-se que ninguém mais esteja escutando a entrevista.
- Tente deixar o cuidador à vontade, sublinhe a importância das questões e a confidencialidade das informações.
- Leia as perguntas pausadamente para que o cuidador possa ter tempo para responder. Não mude o texto das perguntas!!! Caso o cuidador não tenha compreendido a questão repita o enunciado da questão. Não tente explicar com as suas palavras!!!

Q-92 a 99 – Instrumento CASE (CUIDADOR)

- . Definição: as questões 25 referem-se ao instrumento CASE, um dos objetos deste projeto.
- Solicitar ao respondente que responda sim ou não a cada indagação.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.

INSTRUMENTO CTS – Questão 100 a 119

- . Definição: as questões 100 a 119 referem-se ao instrumento Conflict Tactics Scale (CTS-1), um dos objetos deste projeto. Refere-se ao instrumento que procura caracterizar violência em conflitos entre duas pessoas.
- Ler para todas as questões as opções de resposta ao final, indique a melhor opção.
- Solicitar ao respondente que responda sim ou não a cada indagação.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Leia as perguntas pausadamente para que o cuidador possa ter tempo para responder. Não mude o texto das perguntas!!! Caso o cuidador não tenha compreendido a questão repita o enunciado da questão. Não tente explicar com as suas palavras!!!
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.

Q-120 a 138– INSTRUMENTO H-S/EAST (idosos)

- Definição: as questões referem-se ao instrumento H-S/EAST, um dos instrumentos investigados neste projeto.
- Procedimento: as opções de resposta são sim ou não.
- Você deve ler em voz alta cada item, após ler a frase introdutória no questionário. Em seguida, indague, para cada item, que o respondente forneça a melhor resposta.
- Circular a resposta fornecida. Preencher a região sombreada somente após o término da entrevista.
- Não oferecer explicações sobre as perguntas. Repeti-las, se for o caso. Falar pausadamente.

Q 139 a 145 - QUESTIONÁRIO CAGE

- Definição: as questões referem-se ao instrumento CAGE e a presença de duas afirmativas exceto 119 e 120, sugere uma suspeição para dependência do álcool.
- Procedimento: Circular a resposta fornecida

Questão 146 a 153 – QUESTIONÁRIO TWEAK

- Definição: as questões referem-se ao instrumento TWEAK, exceto as questões 146,147, sugere uma suspeição para dependência do álcool em mulheres.
- Procedimento: Circular a resposta fornecida

Q-154 – FIM DA ENTREVISTA

- Definição: auto-explicativa

- Procedimento: auto-explicativo. Não esquecer de assinar o nome do entrevistador. Colocar horário de término.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)