

**Avaliação do Risco de Violência Intrafamiliar contra o Idoso: a relação
com o défice do autocuidado e a funcionalidade da família**

Flávia Danielli Martins Lima

Orientador: Prof. Doutor Manuel José Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem

2019

com a colaboração da



**Avaliação do Risco de Violência Intrafamiliar contra o Idoso: a relação
com o défice do autocuidado e a funcionalidade da família**

Flávia Danielli Martins Lima

Orientador: Prof. Doutor Manuel José Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem

Júri

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e
Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor Manuel José Lopes, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, orientador;
- Doutor César João Vicente da Fonseca, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora;
- Doutor Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, Professor Associado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro, Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Adriana Pereira Henriques, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

2019

*“Não honrar a velhice é demolir, de manhã,
a casa onde vamos dormir a noite”
(Jean-Baptiste Alphonse Karr)*

AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este é, por um lado, solitário. Solitário porque é inicialmente uma aventura e um desafio individual e esta solidão, que desde a escolha de sair sozinha de um país em busca de novos conhecimentos e desafios, tornou-se a maior das dificuldades durante todo o processo. Foram momentos frente a frente com medos, dúvidas, defeitos e inseguranças singulares.

No entanto, por outro lado e ao longo do percurso, existem e surgem pessoas que sem elas esse processo não seria capaz de ser concluído. Uma rede de relações já existentes e outras criadas faz com que a solidão seja posta de lado e o caminho seja menos “doloroso”, mais leve e com mais sentido.

Assim, diversas pessoas tornaram-se peças importantes durante todo esse percurso e às quais sou imensamente grata, apesar de um agradecimento me parecer pouco neste momento.

Agradeço inicialmente àqueles que desde o meu nascimento me ensinaram que a maior herança que poderiam me deixar seria “o estudo”: Meu pai, José Ferreira, e minha mãe, Teresinha Lima. Exemplos de dedicação, amor e simplicidade que acolheram o meu sonho e objetivo desde o início.

Aos meus irmãos, Wesley, Carla e Luana pelo companheirismo, amor e apoio em todos os momentos.

Ao meu marido Ivo, por ser o maior presente que surgiu durante o percurso. Que fez e faz dos meus objetivos os seus também. Que assumiu essa “aventura” a dois em qualquer lado do mundo. Sua paciência, amor, dedicação e bom humor fizeram e fazem a diferença nesta caminhada. E à Dona Isabel, uma sogra-mãe por todo o apoio, carinho e dedicação.

Agradeço imensamente ao Prof. Manuel Lopes por todo o apoio e confiança depositada em mim. Por sua generosidade e acolhimento. Por ter aceitado orientar-me apesar de toda a minha inexperiência em alguns momentos. E, principalmente, por ser um exemplo que quero seguir de professor e ser humano.

Aos meus avós, principalmente minhas avós “Bilá” e “Julita” por serem grandes incentivadoras e que, infelizmente, faleceram durante este percurso e não puderam presenciar fisicamente este momento de conclusão.

Aos meus amigos, que apesar da distância escolheram me acompanhar e me apoiar. E aos amigos que fiz no Porto e que dividiram comigo momentos de alegria e tristeza.

Agradeço à CAPES, por financiar meus estudos com uma bolsa de doutoramento, que reconheço como um grande privilégio e incentivo.

Aos professores da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e colegas de curso por toda troca de conhecimento que se tornou muito válida e importante na construção deste trabalho.

À Administração Regional De Saúde Do Alentejo (ARS-Alentejo), aos gestores, aos enfermeiros e aos secretários das unidades de Saúde de Vendas Novas, Évora e Montemor-O-Novo por todo apoio e acolhimento.

Agradeço, por fim, e não menos importantes, aos idosos participantes da pesquisa que saíram de suas casas para contribuir com a investigação. O meu “muito obrigado” e todo o meu respeito a vocês, que todos os dias buscam reconhecimento numa sociedade que tenta excluir os mais velhos. Todo o meu esforço ao longo da minha vida de investigação será em defesa dos vossos direitos.

RESUMO

Objetivos: Validar, para a realidade portuguesa, um instrumento de avaliação do risco de idosos sofrerem violência denominado Escala de Avaliação do Risco de Violência Contra Idosos (EARVI); Determinar a relação do risco dos idosos sofrerem violência com o grau de dependência no autocuidado e funcionalidade da família. **Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa do tipo transversal e descritivo, constituído por amostra aleatória, totalizando 228 participantes com idade igual ou superior a 65 anos, residentes nas cidades de Évora, Montemor-o-Novo e Vendas Novas, localizadas na sub-região do Alentejo Central. Para coleta dos dados utilizou-se um formulário constituído pelos instrumentos denominados Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), *Elderly Nursing Core Set*, Apgar Familiar e a Escala de Avaliação do Risco de Violência (EARVI). Este último foi desenvolvido e validado para a realidade portuguesa. **Resultados:** Na validação da EARVI obteve-se, através da análise fatorial, a extração de quatro componentes que explicaram conjuntamente 44,84% da variância. Todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima do ponto de corte. A análise da confiabilidade e validade da escala indicaram propriedades satisfatórias, uma vez que apresentou alfa de Cronbach de 0,74 e uma correlação média inter-item de 0,12. Apresentou ainda bons valores de sensibilidade e especificidade (ambos de 88%). Na aplicação do formulário completo, obteve-se que cerca de 23,2% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que participaram da pesquisa encontravam-se em risco de experimentar situações de violência praticada por familiares/cuidadores. No Apgar Familiar obteve-se que, na percepção dos idosos, a maioria considera ter uma família com funcionalidade normal (91,2%), e os demais apresentam alguma disfunção (8,8%) seja ela moderada (7,9%) ou severa (0,9%). No que se refere ao défice do autocuidado obteve-se que houve problemas maiores na capacidade funcional em pessoas do sexo feminino, viúvas, que não sabem ler/escrever, que vivem sozinhas e possuem idade mais avançada. Na análise do modelo de regressão linear múltipla com a variável dependente que calcula o risco de violência e com as variáveis independentes “défice do autocuidado” e “funcionalidade familiar”, obteve-se que o modelo explica 31,6% da variação do risco de violência e, de forma global, é estatisticamente significativo ($F(2,225) = 51,890; p < .001$).

Conclusões: A violência é um fenómeno complexo e que, apesar de acontecer desde tempos remotos, ainda existe dificuldade de consenso sobre conceitos e detecção de casos. O uso de instrumentos de rastreio para detetar os idosos em risco de sofrer violência e/ou que sofrem violência é de suma importância nesse processo, uma vez que facilita a tomada de decisão pelos profissionais de saúde ao se depararem com casos de abuso. Dessa forma, a EARVI ao ser desenvolvida e apresentar boas propriedades psicométricas pode ser utilizada nos serviços de saúde como forma complementar na identificação de casos. Além disso, pôde-se observar toda a complexidade que envolve o fenómeno da violência, uma vez que é resultante de diversos fatores de risco, dentre eles a funcionalidade familiar e o défice do autocuidado, confirmados no modelo adotado nesse estudo.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Maus-tratos ao idoso. Violência. Violência Doméstica. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objectives: To validate, for the Portuguese reality, an instrument for evaluating the risk of elderly people suffering from violence called the Scale for Assessing the Risk of Violence Against Elderly People (EARVI); To determine the risk ratio of the elderly suffer violence with the degree of dependence on self-care and family functionality. **METHODS:** A cross-sectional and descriptive quantitative study, consisting of a random sample, totaling 228 participants aged 65 or over, living in the cities of Évora, Montemor-o-Novo and Vendas Novas, located in the subregion of Central Alentejo. To collect the data, a form consisting of the instruments called Mini-Mental State Exam (MMSE), Elderly Nursing Core Set, Family Apgar and the Violence Risk Assessment Scale (EARVI) were used. This latter was developed and validated to Portuguese reality. **Results:** In the validation of the EARVI, the extraction of four components together with 44.84% of the variance was obtained through the factorial analysis. All items presented factorial loads above the cutoff point. Analysis of the reliability and validity of the scale indicated satisfactory properties, since it presented Cronbach's alpha of 0.74 and a mean inter-item correlation of 0.12. It was also presented good values of sensitivity and specificity (both of 88%). In the application of the complete form, it was obtained that approximately 23.2% of people aged 65 years or over who participated in the research were at risk of experiencing situations of violence practiced by relatives / caregivers; In Family Apgar, it was observed that in the perception of the elderly, the majority considered having a family with normal functionality (91.2%), and the others presented some dysfunction (8.8%) or moderate (7.9%) or severe (0.9%). With regard to the self-care deficit, it was found that there were greater problems in functional capacity in female individuals, widows, who can not read / write, who live alone and are older. In the analysis of the multiple linear regression model with the dependent variable that calculates the risk of violence and with the independent variables "self-care deficit" and "family functionality", it was obtained that the model explains 31.6% of the risk variation of violence and, overall, is statistically significant ($F(2,225) = 51,890, p < .001$). **Conclusions:** Violence is a complex phenomenon and, although it has occurred since remote times, there is still difficulty in consensus on concepts and case detection. The use of screening tools to detect the elderly at risk of violence and / or suffering violence is of paramount importance in this process, since it facilitates decision making by health professionals when faced with cases of abuse. Thus, EARVI, when developed and presenting good psychometric properties, can be used in health services as a complementary form in the identification of cases. In addition, it was possible to observe all the complexity that involves the phenomenon of violence, since it is the result of several risk factors, among them the family functionality and the deficit of self-care, confirmed in the model adopted in this study.

Keywords: Aging. Elderly Abuse. Violence. Domestic Violence. Elderly Health

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Índice de fecundidade e esperança de vida à nascença: Mundo, 1950-2050 (ONU, 2011).....	22
Figura 2- Pirâmide Populacional UE-28, 1994 e 2014 (% da população total). (Eurostat, 2014).....	23
Figura 3- Pirâmide Populacional UE-28, 2014 e 2080 (% da população total) (Eurostat, 2014).....	24
Figura 4- Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011 (INE, 2012).....	26
Figura 5- Abordagens teóricas para compreensão dos maus-tratos em idosos (Traduzido de Burnight e Mosqueda, 2011).....	58
Figura 6- Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados.....	64
Figura 7- Fatores de risco do abuso de idosos no contexto familiar aplicado ao Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.....	95
Figura 8- Curva ROC com a relação entre sensibilidade e especificidade do ponto de corte do score da escala de avaliação do risco de violência contra o idoso e do ponto de corte >8.....	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estrutura etária da população. Portugal, 2001 a 2011 (INE, 2011). 25	
Tabela 2- Estrutura etária da população residente por sexo entre 2001 e 2011. Portugal (INE, 2012).....	27
Tabela 3- Caracterização sociodemográfica da amostra.....	110
Tabela 4- Distribuição da amostra quanto ao sexo e idade.....	111
Tabela 5- Distribuição da amostra quanto ao estado civil e sexo.....	111
Tabela 6- Distribuição da amostra quando ao sexo e origem dos rendimentos.....	113
Tabela 7- Distribuição da amostra quanto ao estado civil e origem dos rendimentos.....	113
Tabela 8- Variação total explicada e coeficiente de confiabilidade para cada componente.....	117
Tabela 9- Itens retidos em cada componente extraída após rotação varimax.....	118
Tabela 10- Estimativa de sensibilidade, especificidade e índice de <i>Youden</i> para diferentes pontos de corte para o questionário de avaliação do risco de violência contra o idoso.....	123
Tabela 11- Coeficiente de correlação linear de <i>Spearman</i> entre o score do Mini Mental e o nível de escolaridade.....	126
Tabela 12- Avaliação do risco de violência em idosos utilizando a EARVI...	127
Tabela 13- Índice de Apgar Familiar por dimensão.....	130
Tabela 14- Índice de Apgar Familiar geral	130
Tabela 15- Comparação das médias da funcionalidade familiar para os grupos que vivem sozinhos e os que coabitam com familiares.....	131
Tabela 16- Comparação das médias da funcionalidade familiar para os grupos que foram à escola e os não foram à escola.....	131
Tabela 17- Indicadores que constituem o conceito de autocuidado.....	132

Tabela 18- Indicadores que constituem o conceito de aprendizagem e funções mentais.....	134
Tabela 19- Deficiência ao nível da aprendizagem de acordo com a faixa etária.....	135
Tabela 20- Indicadores que constituem o conceito de comunicação.....	136
Tabela 21- Indicadores que constituem o conceito de Relação com Amigos e Cuidadores.....	136
Tabela 22- Resultados do modelo de regressão linear da funcionalidade familiar como preditor do risco de violência contra idosos	138
Tabela 23- Resultados do modelo de regressão linear do défice do autocuidado como preditor do risco de violência contra idosos.....	139
Tabela 24- Resultados do modelo de regressão linear da variável Aprendizagem e Funções Mentais como preditor do risco de violência contra idosos.....	140
Tabela 25- Resultados do modelo de regressão linear da variável Comunicação como preditor do risco de violência contra idosos.....	141
Tabela 26- Resultados do modelo de regressão linear da variável Relação com Amigos e Cuidadores como preditor do risco de violência contra idosos.....	142
Tabela 27- Valores Determinantes do Risco de Violência praticada contra Idosos (regressão múltipla).....	143

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Teorias Biológicas do Envelhecimento	27
Quadro 2- Classificação dos fatores de risco associados à violência contra o idoso.....	67
Quadro 3- Pontuação para o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) de acordo com a escolaridade.....	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da Variável Idade 108

Gráfico 2- Distribuição da amostra quanto ao sexo e idade..... 110

Gráfico 3- Distribuição da amostra quanto à Idade e Nível de Escolaridade.112

Índice

1. INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
2. PERSPETIVAS DO ENVELHECIMENTO	20
2.1- DADOS DEMOGRÁFICOS	21
2.2- PERSPETIVAS TEÓRICAS DO ENVELHECIMENTO	28
2.2.1- Teorias Biológicas do Envelhecimento	28
2.2.2- Teorias Psicológicas do Envelhecimento	32
2.2.3 - Teorias Sociológicas do Envelhecimento	34
2.3- REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO	35
2.4- CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO	39
3. VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS	43
3.1- CONSIDERAÇÕES SOBRE A NATUREZA DA VIOLÊNCIA	43
3.2- CONCEITOS DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS	48
3.3- PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO.....	51
3.4- TEORIAS EXPLICATIVAS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS	56
3.5- FATORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA PRATICADA CONTRA IDOSOS.	62
3.6- INSTRUMENTOS DE RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	77
3.7- A FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA	83
3.8- CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO E A VIOLÊNCIA	88
3.9- A TEORIA DE BETTY NEUMAN E O MODELO ECOLÓGICO DE BREONFEBRENNER: A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO EM DUAS PERSPETIVAS TEÓRICAS	90
3.9.1- Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	90
3.9.2- A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman	96
3.9.3- O uso das Teorias Bioecológica e de Betty Neuman na assistência de enfermagem ao idoso vítima de violência.....	97
<u>CAPÍTULO II- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u>	
4- TIPO DE ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	101
4.1- PROCEDIMENTOS DE ACESSO AO TRABALHO DE CAMPO	101
4.2- QUESTÕES ÉTICAS	101
4.3- SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	102
4.4- OBJETIVOS.....	103
4.5- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	103
<u>CAPÍTULO III- RESULTADOS</u>	
5. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	107

6. DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO (EARVI)	113
6.1 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS	114
6.2 PROCEDIMENTOS EMPÍRICOS	115
6.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	115
7. VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	117
7.1 ANÁLISE DA CURVA ROC	122
8. AVALIAÇÃO DO DÉFICE COGNITIVO	124
9. AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	126
10. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR	127
11. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO	131
11.1 DÉFICE DO AUTOCUIDADO	132
11.2 APRENDIZAGEM E FUNÇÕES MENTAIS	134
11.3 COMUNICAÇÃO	135
11.4 RELAÇÃO COM AMIGOS E CUIDADORES	136
12. RISCO DE VIOLÊNCIA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR	137
13. RISCO DE VIOLÊNCIA E CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO	138
13.1 RISCO DE VIOLÊNCIA E DÉFICE DO AUTOCUIDADO	139
13.2- RISCO DE VIOLÊNCIA E APRENDIZAGEM E FUNÇÕES MENTAIS	140
13.3 RISCO DE VIOLÊNCIA E COMUNICAÇÃO	140
13.4- RISCO DE VIOLÊNCIA E RELAÇÃO COM AMIGOS E CUIDADORES	141
14. MODELO DO RISCO DE VIOLÊNCIA COM O DÉFICE DO AUTOCUIDADO E FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA	142

CAPÍTULO IV

15. DISCUSSÃO	144
16. CONCLUSÕES	150

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o tema do envelhecimento e mais especificamente da violência contra idosos surgiu da percepção de que se trata de uma temática que envolve fatores e problemas sociais complexos. A amplitude desta problemática surge como preocupação de importantes instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU), Comissão Europeia (CE) e outras voltadas exclusivamente para casos de violência, como a Associação de Apoio à Vítima (APAV) em Portugal.

O início do interesse por esta temática deu-se especificamente no mês de fevereiro de 2012 ao deparar-me com uma notícia de que uma senhora idosa, por volta dos 79 anos, havia sido encontrada morta no apartamento em que vivia em Lisboa após os vizinhos darem um alerta aos bombeiros por já estarem a sentir mau cheiro e já não a viam há alguns dias. Após esse caso, no mesmo ano, surgiram no noticiário outros casos de pessoas mais velhas abandonadas em casa, outras sofrendo maus-tratos em lares de idosos e com péssimas de condições de cuidados.

Aquelas notícias chamaram-me à atenção pela negligência, a desatenção, a falta de cuidado com idosos, como ocorreu com aquela senhora por parte de familiares, vizinhos e até mesmo o próprio Estado. Aquilo fez-me pensar: Quanta violência! Porquê?

Após algumas leituras mais específicas percebi que a questão do envelhecimento em países como Portugal é algo muito evidente. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), quando falamos de envelhecimento estamos a referir-nos a um fenómeno social que, no século XXI, tornou-se um dos desafios mais importantes, uma vez que obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema de segurança social e de saúde, e sobre o próprio modelo social vigente.

Portugal, assim como em outros países europeus, tem apresentado um declínio da fecundidade e aumento da longevidade que, associado a outros fatores, tem levado a uma taxa de crescimento natural com valores negativos. Os censos realizado em 2011 demonstrou que a proporção de jovens de 15 a 24 anos decresceu de 14,3% para 10,9% da população residente total, constatando-se um aumento do peso das pessoas idosas de 16,4% para 19,0% (INE, 2011). A região do Alentejo tem sido a que apresenta um maior índice de envelhecimento uma vez que, em 2011, 24,2% da população do Alentejo era idosa, a que corresponde um índice de envelhecimento de 174,1, acima da média nacional que era de 125,8 (INE, 2011).

Nesse contexto, é perceptível que o envelhecimento é um fenómeno de grande magnitude e que dele advém outras questões também muito complexas, como a violência. Como cita Minayo e Souza (2003), as hipóteses que tentam explicar as causas da violência contra pessoas idosas são de natureza multifatorial e complexa, guardando estreita relação entre si.

Dessa forma, a violência surge como um problema social, político e de saúde. Na minha conceção, trata-se de um ato cruel que, na sua grande maioria, envolve idosos vulneráveis, principalmente por serem frágeis fisicamente ou dependerem de outras pessoas para realizar algumas atividades do dia-a-dia.

Em leituras mais aprofundadas confrontei-me com um fenómeno muito mais complexo do que imaginava, uma vez que a literatura tem dificuldade de conceituar, que os pesquisadores não conseguem, consensualmente, obter formas de medir, avaliar e intervir nos casos, de modo que outros não surjam com tanta facilidade.

Apesar da Organização Mundial da Saúde (2008) afirmar que um instrumento de triagem desenvolvido para o rastreio do abuso de idosos deva ser "prático, fácil de aplicar, ter formulação adequada e clara, adequados para diferentes contextos e mostrar uma alta taxa de sensibilidade", ainda existe a dificuldade em uniformizar protocolos ou instrumentos para triagem ou avaliação da violência sofrida por idosos. Embora ao longo dos anos tenham surgido escalas voltadas para identificar violência sofrida pelos mais velhos, ainda há pouco uso e aplicabilidade clínica das mesmas. Segundo Rosenblatt (1996), isso se

explica pela complexidade do problema. As definições sobre abuso diferem, por vezes, em um mesmo país.

Durante os momentos de reflexão e leitura sobre o tema, o interesse em pesquisar sobre os maus-tratos contra o idoso, principalmente os praticados por familiares e os fatores associados aumentou. Com vista a contribuir para suprir a falta de estudos e de instrumentos de avaliação para a violência contra idosos, decidimos realizar um estudo que abordasse a construção de um questionário que pudesse ser aplicado por profissionais de saúde para identificar os idosos que se encontravam em risco de sofrer violência e, a partir daí, relacionar com dois principais fatores de risco, a saber: a funcionalidade familiar, que afeta as relações dos idosos com os membros da família e o déficit do autocuidado, que está relacionado a uma diminuição na capacidade funcional das pessoas mais velhas.

A funcionalidade familiar é de grande importância no bem-estar dos idosos e pode influenciar no desencadeamento de um processo complexo como a violência, pois, como afirma Gonçalves et al. (2011) a necessidade da adaptabilidade às mudanças de papéis e funções na relação familiar pode desencadear situações de estresse, ruídos e alterações na dinâmica da família. Além disso, algumas pesquisas mostraram que a capacidade funcional do idoso pode levar a situações de violência, uma vez que os idosos que necessitam de algum tipo de ajuda no desenvolvimento das atividades da vida diária, como o autocuidado, ou atividades mais complexas do cotidiano, apresentam maior risco de sofrer abuso por familiares e/ou cuidadores.

Como suporte teórico para elaboração da pesquisa utilizaram-se duas importantes teorias, a de Betty Neuman e a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner. A escolha deu-se pelo fato de que ambas possuem uma visão holística do ser humano ao considerar que o seu desenvolvimento é resultante de diversos fatores, uma vez que está em constante interação com diversos elementos que o influenciam. De acordo com teoria de Bronfenbrenner, o idoso vivencia um conjunto de processos que estão em constante interação e que sofrem influência de diversos fatores relacionados às características do idoso, ao contexto (ou ambiente) e ao tempo que o envolve. No que se refere à violência, essa teoria nos permite fazer uma análise e explicação desse

fenómeno pelo fato de que considera a influência de sistemas inter-relacionados. Pois, como afirma Bronfenbrenner (2005), no que se refere à violência intrafamiliar, pode-se considerar que tal fenómeno resulta da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, ambientais e culturais.

Não diferente, a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, vê os clientes como uma totalidade cujas partes estão em interação dinâmica. Utiliza um sistema aberto, caracterizando as formas de interação constante entre o meio ou ambiente em que a “pessoa” vive e as forças internas e externas que dela são provenientes, as quais podem alterar o equilíbrio existente (Oliveira, Kleinübing e Sell, 2007). A avaliação por parte do enfermeiro deve incluir todo o ambiente no qual o idoso está inserido em conjunto com os fatores estressores e, dessa forma, lidar com a pessoa mais velha e os membros da família como uma unidade (cliente).

Dessa forma, o enfermeiro enquanto profissional que está em contato direto e contínuo com o cliente tem papel fulcral na identificação de casos de violência contra o idoso. Para isso, acredita-se que é de grande importância o uso de instrumentos de rastreio em conjunto com teorias como a de Betty Neuman e de Bronfenbrenner, uma vez que podem ser um subsídio para análise das características do idoso, da família, das relações familiares e do ambiente no qual vive e, assim, poderão facilitar a deteção de idosos em risco e/ou que sofrem violência.

Para facilitar a compreensão do desenvolvimento da pesquisa, esta tese está dividida em capítulos.

No capítulo I, há o enquadramento concetual que norteou a elaboração do presente estudo. Inicia-se com o impacto do envelhecimento na sociedade através dos dados demográficos atuais com especial atenção para Portugal e a região do Alentejo, uma vez que foi o local de realização da pesquisa. Faz-se também uma demonstração das perspetivas teóricas, com a descrição das principais teorias explicativas e alterações decorrentes do envelhecimento. Além disso, apresenta-se a representação social da velhice e a capacidade funcional do idoso.

Sucedee, ainda no Capítulo I, uma descrição acurada do fenômeno da violência através de considerações sobre a sua natureza, conceitos, prevalência, teorias explicativas, fatores de risco associados, instrumentos de rastreamento e a relação com os dois principais fatores de risco descritos: a funcionalidade da família e a capacidade funcional do idoso. Além disso, faz-se um enquadramento do tema da violência à luz de duas principais teorias, a de Betty Neuman e o Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner.

Segue-se o Capítulo II, em que há o enquadramento da estrutura metodológica com descrição dos procedimentos de acesso ao trabalho de campo, as questões éticas envolvidas na seleção da amostra e os procedimentos estatísticos utilizados.

Os resultados obtidos são descritos no Capítulo III, divididos pela análise as variáveis sociodemográficas, o processo de validação da escala de avaliação do risco de violência em idosos, avaliação das variáveis utilizadas no modelo principal (funcionalidade familiar, déficit do autocuidado e risco de violência). Por fim, faz-se uma análise do modelo completo proposto para correlacionar as variáveis.

No Capítulo IV, fez-se a discussão e conclusão dos dados de forma atomizada, considerando o conhecimento internacional e com base no modelo proposto. Discutiram-se os dados a partir de comparações com outros estudos relacionados ao tema e a conclusão elaborada como uma síntese dos objetivos alcançados e explanando ideias para que novos estudos sejam desenvolvidos acerca da violência contra idosos e os fatores de risco associados.

CAPITULO I- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2. PERSPECTIVAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento tem sido foco de diversos estudos e o seu impacto a nível social, político e económico tem ganhado destaque. Considerar uma pessoa idosa difere entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos especificamente no que se refere à idade cronológica e à esperança média de vida. Nos países desenvolvidos, por exemplo, uma pessoa idosa é caracterizada quando chega aos 65 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Já nos países menos desenvolvidos, as pessoas que possuem 60 anos ou mais são consideradas idosas. Entretanto, a velhice é multidimensional e heterogênea, variando entre indivíduos.

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconómicos. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século que se inicia. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (Costa e Veras, 2003).

Para perceber o reflexo desta fase do desenvolvimento humano, é preciso perceber a distribuição do número de idosos no mundo e em Portugal e o seu crescimento ao longo dos anos. Além disso, entender as perspectivas teóricas facilita a compreensão deste processo, que por si só, é extremamente complexo e resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Tem-se observado mudanças na pirâmide populacional, a qual tem tido cada vez mais um número considerável de pessoas mais velhas quando

comparadas aos jovens. Como resultado disso, observa-se também que doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade.

2.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social e tem se tornado um dos desafios mais importantes do século XXI que obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema de segurança social e de saúde, e sobre o próprio modelo social vigente (INE, 2002, p. 189).

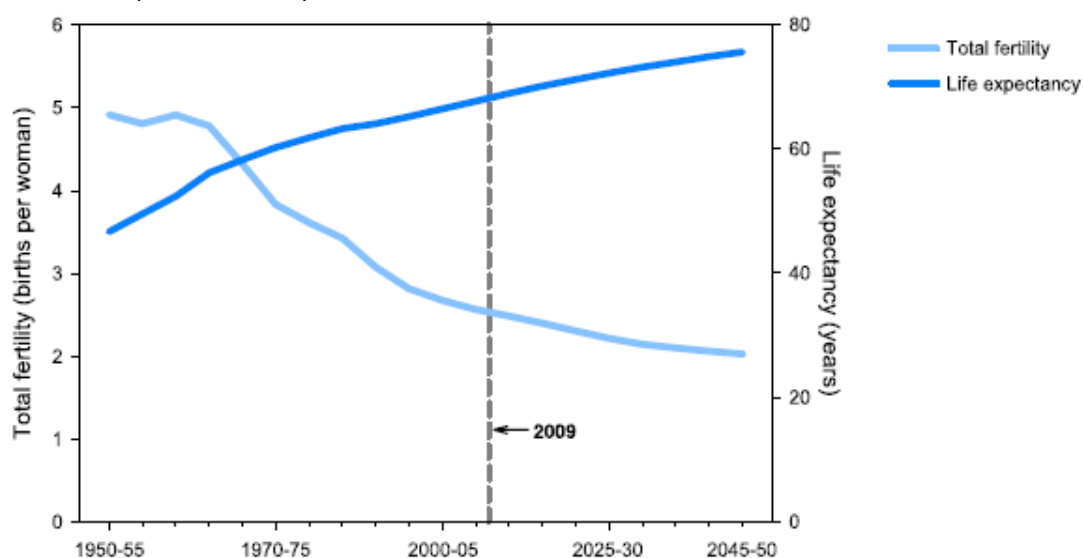
A população mundial tem envelhecido de forma acentuada sendo que, especificamente na Europa, em poucos anos tem-se observado uma mudança na pirâmide populacional dos países, nomeadamente um grande aumento de pessoas com 65 ou mais anos em relação aos jovens. Esta mudança tem acontecido devido às baixas taxas de natalidade e aumento da esperança média de vida levando a uma estrutura demográfica cada vez mais envelhecida.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a população mundial aumentou 172,32% entre 1950 e 2010. Nas *regiões mais desenvolvidas* (Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão), o crescimento da população representou, no mesmo período, 58,89% (ONU, 2011). De acordo com as projeções da ONU, a população mundial, no período de 2010 a 2060, aumentará cerca de 39,43% (ONU, 2011).

Relativamente ao envelhecimento populacional a nível mundial, a ONU afirma que não tem precedentes na história da Humanidade, sendo expectável que, neste século XXI, ocorra um aumento muito considerável de pessoas idosas (ONU, 2011). Para isso, deve-se considerar que este fenómeno é resultante de diversos fatores, dentre eles a diminuição da taxa de fecundidade (Figura 1), o aumento constante da esperança média de vida (Figura 1) e, em alguns países, associado à elevada taxa migratória.

Ainda de acordo com a ONU (2011), desde 1960 e ao nível das regiões mais desenvolvidas do mundo, tem havido uma diminuição gradual da população, na qual o declínio das taxas de fertilidade e o aumento gradual do número de pessoas com 65 e mais anos de idade tem provocado repercussões ao nível económico e dos sistemas de saúde e de proteção social, devido à conseqüente diminuição da força de trabalho e aumento dos custos (Yoon, 2009; Ingham, Chirijevskis e Carmichael, 2009).

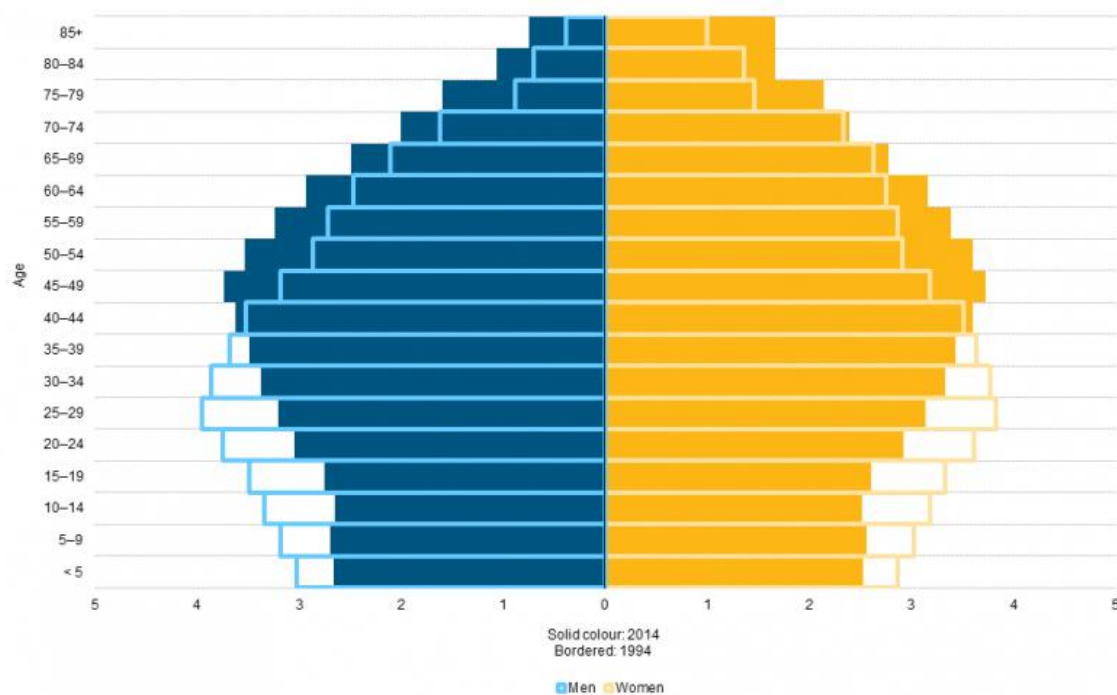
Figura 1- Índice de fecundidade e esperança de vida à nascença: Mundo, 1950-2050 (ONU, 2011).



Nesse contexto, sabe-se que o fenómeno do envelhecimento da população tem ocorrido em todo o mundo. Em 2015, havia 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, compreendendo 12 por cento da população global. A população de 60 anos ou mais está crescendo a uma taxa de 3,26 por cento ao ano. Atualmente, a Europa tem o maior percentual de sua população com 60 anos ou mais (24 por cento). Entretanto, este envelhecimento irá ocorrer em outras partes do mundo, de modo que, até 2050, todas as principais regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto ou mais de suas populações com 60 anos ou mais. Logo, o número de pessoas idosas no mundo é projetado para ser 1,4 mil milhões em 2030, 2,1 mil milhões em 2050, e podendo atingir os 3,2 mil milhões em 2100 (ONU, 2015).

Relativamente à União Europeia (UE), observa-se uma mudança na distribuição da população por sexo e por grupos etários ao longo dos anos (Figuras 2 e 3). A pirâmide populacional para a UE-28 em 2014 (Figura 2) é estreita na parte inferior e é moldada como um losango, devido ao *baby boom* dos anos 1960. O *baby-boom* foi um fenómeno caracterizado por altas taxas de fertilidade em vários países europeus no meio da década de 1960. Os *Baby-boomers* atualmente representam uma parte importante da população em idade ativa e o primeiro destes grandes grupos, nascido durante um período de 20-30 anos, estão agora chegando perto da reforma; isso pode ser observado através da comparação da pirâmide entre os anos de 1994 e 2014.

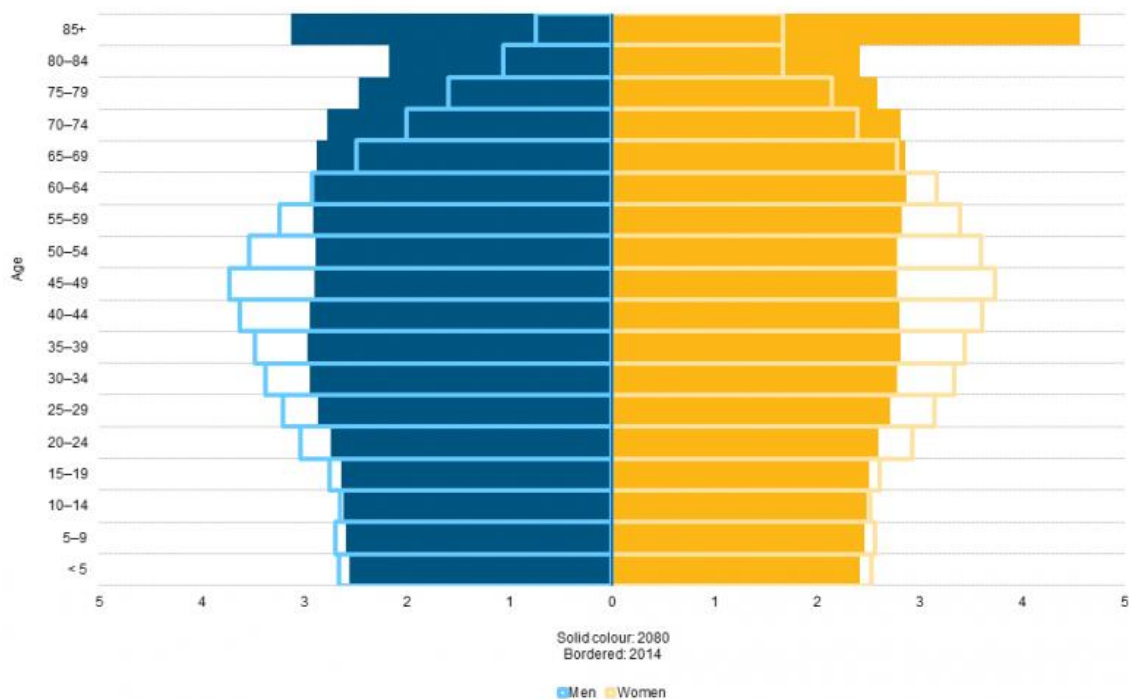
Figura 2- Pirâmide Populacional UE-28, 1994 e 2014 (% da população total). (Eurostat, 2014)



Dessa forma, o fato do envelhecimento da população ter começado há várias décadas em toda a Europa, torna-se visível na estrutura etária da população o que reflete numa diminuição do número de jovens e aumento do número de idosos. A comparação das pirâmides etárias para 2014 e projeções para 2080 (Figura 3) mostra que na população da UE-28, nas próximas décadas, haverá um elevado número dos *baby-boomers* aumentando consideravelmente o número de pessoas idosas. Em 2080, a pirâmide vai obter mais a forma de um

bloco, diminuindo ligeiramente o meio da pirâmide (em torno da idade 45-54 anos) e consideravelmente a base (Eurostat, 2014).

Figura 3- Pirâmide Populacional UE-28, 2014 e 2080 (% da população total). (Eurostat, 2014)



De acordo com a Comissão Europeia (CE) (2010), em 1960 a população da *EU-27* representava 20% da população mundial e em 2005 representava apenas 11,2%. No mesmo período, o número de pessoas com menos de 15 anos diminuiu 10,8% e o número de pessoas com 65 e mais anos aumentou 7%. Entre 1998 e 2008, o número de pessoas com 80 e mais anos aumentou 35,1%. Ainda de acordo com esses dados, na *EU-27*, em 2008, as pessoas com 65 e mais anos representavam 17% da população total. Em 2060, representarão 30% e a percentagem de pessoas com mais de 80 anos passará de 4,4% para 12,1% (CE, 2010).

Dessa forma, observa-se que o número de indivíduos com idade superior a 65 anos tem vindo a aumentar na generalidade dos países e na Europa em particular. Em 2009, a mediana das idades da população europeia era de 40,6 anos, no entanto as projeções apontam para que se atinja, em 2060, os 47,9 anos, consequência também da redução das categorias mais jovens (Eurostat,

2008; 2010). Além disso, a ONU (2017) cita que, na Europa, 25% da população já tem 60 anos ou mais e estima-se que essa proporção atinja 35% em 2050. As populações em outras regiões também deverão envelhecer significativamente nas próximas décadas. Em comparação com 2017, o número de pessoas com 60 anos ou mais deve dobrar até 2050 e mais do que triplicar até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões em 2100 (ONU, 2017).

Portugal não escapa, à semelhança das restantes sociedades europeias, à tendência para o envelhecimento da população e está entre os países mais envelhecidos. A taxa de crescimento natural tem vindo a apresentar valores negativos (INE, 2017), o que, associado ao declínio da fecundidade e ao aumento da longevidade, tem conduzido ao referido envelhecimento (Dias, 2009).

A população com 65 ou mais anos residente em Portugal, em 2011, representava 19% da população portuguesa (Tabela 1). Entre 2001 e 2011 o país perdeu população em todos os grupos etários (de cinco anos) entre os zero e os 29 anos e para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26% (INE, 2011). A proporção de jovens de 15 a 24 anos decresceu de 14,3% para 10,9% da população residente total, constatando-se um aumento do peso das pessoas idosas de 16,4% para 19,0%. De acordo com as projeções demográficas do INE, até 2060, a percentagem de jovens no total da população diminuirá para 11,9%, aumentando para 32,3% a proporção de idosos (Santos et al., 2013).

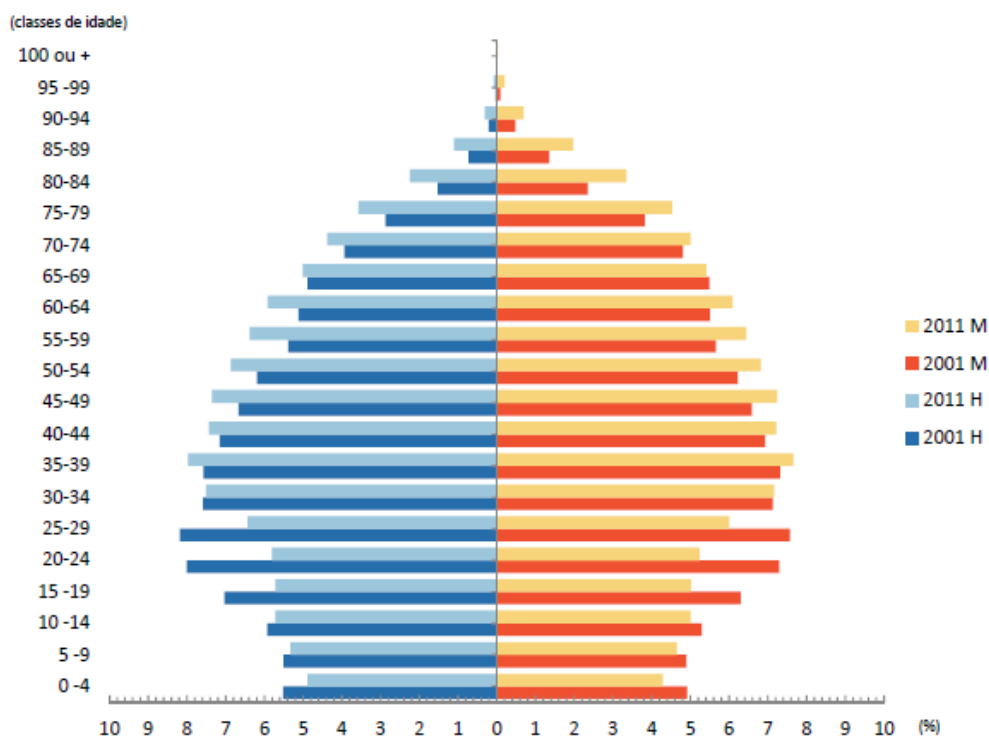
No que se refere à região do Alentejo, à semelhança do país, não conseguiu inverter o desequilíbrio demográfico que caracteriza a estrutura etária da população, caracterizada pela diminuição da população mais jovem e do aumento da população com idade mais elevada (INE, 2012).

Tabela 1- Estrutura etária da população. Portugal, 2001 a 2011 (INE, 2011).

Portugal	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
Estrutura Etária				
0-14 anos	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24 anos	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64 anos	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou mais anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

Em 2011, a população entre 0-14 anos representava 14,9% enquanto em 2001 era de 16%. A região do Alentejo perdeu população, essencialmente entre os 15 e os 29 anos. Em 2001 este grupo etário representava 19,6% e em 2011, 15,3%. A população com 65 e mais anos registou na região o movimento contrário. Em 2001 era de 22,3% e em 2011 atinge os 24,2%. De sublinhar o acréscimo verificado na população com 70 e mais anos que em 2001 era de 15,5% da população, enquanto em 2011 atingiu os 18,5% (INE, 2012) (Figura 4).

Figura 4- Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011 (INE, 2012).



Ainda relativamente a esse crescimento da população idosa, observa-se que em 2011, 24,2% da população do Alentejo era idosa, acima da média nacional que é de 19,0% (INE, 2012) (Tabela 2).

Tabela 2- Estrutura etária da população residente por sexo entre 2001 e 2011. Portugal (INE, 2012).

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Jovens						
Alentejo	13,73	14,41	13,09	13,57	14,39	12,80
Portugal	16,00	16,95	15,11	14,89	15,93	13,93
Idosos						
Alentejo	22,34	20,16	24,43	24,16	21,31	26,84
Portugal	16,35	14,16	18,40	19,03	16,69	21,17

Como dito anteriormente, é apontado como um fenómeno da nossa sociedade atual o fato de estarmos perante um envelhecimento da população, que se deve a um aumento da esperança de vida e a um decréscimo do índice de natalidade (Paúl, 2005). Numa análise mais aprofundada, denota-se que desta realidade emergem várias questões. Se por um lado existem implicações demográficas, por outro, também são visíveis questões sociais marcadas, que se prendem com o facto da sociedade estar preparada, ou não, para fazer face em termos de necessidades de apoio, cuidados pessoais e de saúde a esta camada da população (Borrallho, Lima e Ferreira-Alves, 2010).

Atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo “idosos jovens” geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Embora esta categorização seja bastante usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual (Schneider e Irigaray, 2008).

2.2 PERSPETIVAS TEÓRICAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (Papaleo Netto, 2002).

As mudanças resultantes do processo de envelhecimento possuem profundas disparidades entre os indivíduos, sendo, portanto um processo idiossincrático. Ou seja, ao envelhecer os indivíduos com a mesma idade cronológica passam por mudanças diferenciadas, sejam elas psicológicas, sociais ou fisiológicas. O envelhecimento torna-se, desse modo, um processo particular e próprio de cada ser humano, uma vez que as reações às mudanças variam entre os indivíduos.

Sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, Schroots e Birren (1980) distinguem três principais categorias do envelhecimento: o biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência; o psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.

2.2.1 Teorias Biológicas do Envelhecimento

As teorias biológicas do envelhecimento examinam o assunto sob a ótica do declínio e da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células (Farinatti, 2002).

O processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais (Figueiredo, 2007). As teorias biológicas do

envelhecimento (Quadro 1) examinam o assunto sob a ótica do declínio e da degeneração da função.

As teorias de fundo biológico tendem a focalizar os problemas que afetam a precisão do sistema orgânico durante o processo de envelhecimento, sejam eles de origem genética, metabólica, celular ou molecular. Pode-se dividi-las em duas categorias (Quadro 1): as de natureza genético-desenvolvimentistas e as de natureza estocástica (Cristofalo, 1988). As primeiras relacionam o processo de envelhecimento como resultante de interações genéticas enquanto as últimas entendem que o processo depende, principalmente, do acúmulo de agressões ambientais que atingem um nível incompatível com a manutenção da vida.

Uma das teorias estocásticas mais antigas sugere que o envelhecimento celular tenha lugar a partir do momento em que, naturalmente, começam a ocorrer erros em processos como a transcrição e transporte de material genético, ou mutações somáticas (Burnet, 1974). Esses erros trariam consequências negativas à renovação celular, gerando células “defeituosas” ou empobrecendo sua população, repercutindo-se, no longo prazo, na função de sistemas orgânicos inteiros. Essa teoria recebeu o nome de *Teoria de Acúmulo de Erros* ou *Teoria dos Erros Catastróficos* (Spirduso, 1995; Miller, 1999).

A *Teoria das Mutações Somáticas* foi também uma das primeiras tentativas de compreensão do fenômeno de envelhecimento ao nível molecular (Mota, Figueiredo e Duarte, 2004). De modo geral, a teoria afirma que os danos genéticos provocam mutações genéticas nas células levando à incapacidade funcional e eventualmente à morte.

A *Teoria dos Radicais Livres* sustenta que muitas das alterações verificadas com o avançar da idade se devem à produção de radicais livres durante a respiração celular (Harman, 2009). Segundo esta teoria, a acumulação de radicais livres vai progressivamente danificando a célula e outras estruturas biológicas. Lapointe e Hekimi (2010) reforçam a ideia e citam que estes radicais livres são espécies de toxinas resultantes da respiração celular que causam danos macromoleculares nos tecidos, conduzindo a vários declínios.

A *Teoria da Quebra das Ligações* afirma que a acumulação de proteínas modificadas pode levar à incapacidade funcional da célula normal (Cristofalo, Gerhard e Pignolo, 1994). Esta teoria teve origem na constatação de um aumento da quebra de ligações em macromoléculas como o DNA, o colagénio e a elastina, com a idade, associado ao declínio dos processos fisiológicos (Mota, Figueiredo e Duarte, 2004).

No âmbito das teorias genético-desenvolvimentistas, a *Teoria Neuroendócrina*, proposta em 1954 pelo gerontologista russo Vladimir Dilman, sugere que os decréscimos funcionais nos neurónios e nas hormonas que lhes estão associadas são centrais no processo de envelhecimento. De acordo com esta teoria, o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal é o primeiro regulador do processo de envelhecimento (Bretsky et al., 1999).

Esta teoria surgiu como alternativa para explicar a degeneração funcional associada à idade e defende que a atividade do hipotálamo depende da expressão de genes específicos, os quais, independentemente da influência dos fatores estocásticos, alteram a sua expressão com a idade, condicionando um conjunto de funções diretamente dependentes do sistema neuroendócrino (Leeuwenburgh e Heinecke, 2001). Assim, a “Teoria Neuroendócrina” considera que a incapacidade fisiológica do organismo associada à idade pode ser explicada com base na alteração hormonal resultante da modificação da expressão genética (Mota, Figueiredo e Duarte, 2004). As hormonas têm um importante papel trófico e integrativo na manutenção da função dos tecidos, pelo que a sua deficiência tem como resultado a deterioração da função tecidular (Sonntag et al., 1999).

A *Teoria Imunológica* afirma que o fenómeno do envelhecimento está associado a alterações na capacidade de resposta imunológica, particularmente nas funções associadas ao sistema H-2, no rato, e HLA (*human leucocyte antigen*), nos humanos. Estas alterações podem representar um processo patológico inicial que contribui para a acumulação de lesões celulares, acentuando os processos de envelhecimento secundário (Walford, 1990). Já a *Teoria do Envelhecimento Celular* foi resultante dos esforços para compreender o papel da célula no fenómeno de envelhecimento e tiveram início em 1891, quando Weismann especulou sobre a existência de um

potencial limitado da capacidade de duplicação das células somáticas nos animais superiores (Mota, Figueiredo e Duarte, 2004). Contudo, só mais tarde Hayflick e Morhead (1961) confirmaram experimentalmente esta suposição. Desta forma, os autores demonstraram que a morte de células humanas normais não se deve a algumas causas triviais, que envolvem os componentes ou condições do meio de cultura, mas é antes uma consequência das características genéticas das próprias células.

A *Teoria Telomérica* baseia-se na ação de estruturas denominadas telómeros que são sequências de nucleotídeos que agem na proteção das extremidades dos cromossomas impedindo sua degeneração e fusão com outros cromossomas e, conseqüentemente, sua instabilidade genómica (Itahana, Dimri e Campisi, 2001; Mu e Wei, 2002). Dessa forma, o encurtamento desses telómeros leva a fenótipos de envelhecimento, uma vez que existe um aumento de células senescentes.

Quadro 1- Teorias Biológicas do Envelhecimento

Teorias Estocásticas	
Radicais Livres	Sustenta que muitas das alterações verificadas com o avançar da idade se devem à produção de radicais livres durante a respiração celular (Harman, 2009).
Erros Catastróficos	Propõe que pode ocorrer o acúmulo de erros aleatórios nas proteínas que sintetizam o DNA ou outras moléculas <i>template</i> (molde), comprometendo a maquinaria de síntese proteica (Austad, 2001)
Quebra das Ligações	A acumulação de proteínas modificadas pode levar à incapacidade funcional da célula normal (Cristofalo, Gerhard e Pignolo, 1994).
Mutações somáticas	Mutações somáticas durante a vida levam à alteração na informação genética com redução da eficiência da célula a um nível incompatível com a vida.
Teorias Genético-Desenvolvimentistas	
Telomérica	O encurtamento dos telómeros provoca um aumento no número de células senescentes.
Imunológica	Afirma que tanto a capacidade funcional, quanto a fidelidade do sistema imunitário declinam com a idade (Walford, 1962).
Envelhecimento Celular	A morte de células humanas normais é uma consequência das características genéticas das próprias células (Hayflick e Morhead, 1961).
Neuroendócrina	O nível de envelhecimento é o resultado do declínio de diversas hormonas do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal que controlam o funcionamento normal de um organismo (Sonntag et al, 1999; Levin, 2001).

2.2.2 Teorias Psicológicas do Envelhecimento

O objetivo da psicologia do envelhecimento é estudar os padrões de mudança comportamental associados ao avanço da idade, distinguindo aqueles que são típicos da velhice daqueles que são compartilhados por outras idades (Neri, 2013). Os conceitos e as teorias mais influentes na atualidade foram construídos nos últimos 60 anos, período em que também se observaram profundas mudanças na temporalização da vida humana e da velhice, graças ao envelhecimento populacional que se expandiu para praticamente todo o mundo (Neri, 2013).

Assim como as Teorias Biológicas do Envelhecimento, as Teorias Psicológicas não possuem uma teoria integradora, mas sim um conjunto de teorias explicativas do processo de envelhecimento.

A *Teoria do Desenvolvimento ao longo da Vida*, por exemplo, foi produzida por Charlotte Bühler em 1930 e publicada em 1935 após analisar 400 autobiografias de adultos vienenses. Seus resultados apontaram para a existência de uma progressão ordenada de mudanças em atitudes, metas e realizações ao longo do desenvolvimento, replicando os movimentos de crescimento, culminância e contração observados no desenvolvimento biológico (Neri, 2013). Em suma, a autora mostra que o desenvolvimento humano não é um processo linear e envolve variabilidade intra e interindividuais através de ganhos e perdas ao longo da vida.

A *Teoria do Desenvolvimento Psicológico ao longo da vida* ou *Teoria do Desenvolvimento da Continuidade* foi desenvolvida por Jung (1971) que analisa a compreensão da vida em toda sua extensão e divide em duas metades de acordo com a meta predominante de cada uma. A primeira metade da vida (infância, adolescência e vida adulta inicial) está relacionada com o mundo externo e ser alguém na sociedade. Na transição para a velhice o adulto dá-se conta que atingiu a segunda metade da vida. De acordo com Neri (2013) nesta fase emergem processos de revisão de vida, busca de autoconhecimento e autoaceitação. Trata-se de uma contração produtiva, na medida em que favorece a adesão do adulto a metas de gradual diferenciação e integração do

self, bem como a metas de conciliação entre os aspetos mais reprimidos do *self* (a sombra) e as possibilidades de aquisição de novos papéis, adesão a novas metas e planeamento e execução de novas contribuições à sociedade (*persona*) (Neri, 2013).

Na *Teoria Psicanalítica*, Belsky (1990) afirma que esta teoria sustenta-se na ideia de que na velhice ocorrem “*life events*” stressantes, tais como adoecer, viuvez, entrar na reforma, entre outros, que se apresentam como testes do funcionamento psicológico, evidenciando a capacidade do ego em se adaptar. Nesta fase da vida, se as experiências que o indivíduo viveu na infância não foram boas é provável que desenvolva mecanismos de defesa para enfrentar estes “*life events*” e, conseqüentemente, problemas psicológicos (Belsky, 1990).

A *Teoria de Erikson* assenta na ideia da existência de pontos de mudança críticos, ou etapas de desenvolvimento, pelas quais o sujeito passa ao longo da vida, desde o nascimento até a idade avançada. Assim, as crises de desenvolvimento da vida exigem integridade do Eu, e toda a pessoa que atingir tal integridade é, potencialmente, capaz de aceitar a morte (Agostinho, 2004).

A *Teoria da Seletividade Socioemocional*, desenvolvida por Carstensen (2006), consiste numa teoria motivacional do ciclo de vida, combinando-se contributos da psicologia do desenvolvimento e da teoria das trocas sociais, de forma a explicar por que razão as trocas sociais e as redes de interação das pessoas idosas se vão reduzindo progressivamente (fenómeno que a Teoria Sociológica do Desligamento também tenta explicar). Através de mecanismos de seletividade socioemocional, reduzem-se as interações com algumas pessoas à medida que a idade progride, incrementando concomitantemente a proximidade emocional com alguns significativos, como por exemplo, um filho adulto ou um irmão com idade próxima (Fonseca, 2013).

Nesse contexto, observa-se que as teorias psicológicas do envelhecimento concentram-se na natureza e extensão dos processos de mudança da personalidade, no raciocínio, no processo cognitivo, na memória e nas tomadas

de decisão e, dessa forma, tentam explicar as múltiplas alterações no comportamento individual durante a velhice.

2.2.3 Teorias Sociológicas do Envelhecimento

Com a tomada de consciência sobre o fenómeno do envelhecimento populacional, a sociologia vem oferecendo contribuições valiosas à compreensão dos fenómenos históricos, económicos, etnográficos, culturais e sociais que influenciam a velhice e o envelhecimento (Siqueira, 2001). Nesse contexto, foram elaboradas teorias no âmbito da sociologia que contribuem para o entendimento e processo de construção social do envelhecimento.

A *Teoria da Desvinculação* foi formulada por Cumming e Henry no ano de 1961 através do livro *Growing Old* (Doll et al., 2007) e representa a primeira tentativa de forma compreensiva, explícita e multidisciplinar de explicar o processo de envelhecimento com base nas mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade (Marshall, 1999). De acordo com Doll et al. (2007), nesta teoria, o envelhecimento é um acontecimento mútuo e inevitável de retirada ou desvinculação, resultando em diminuição nas interações entre a pessoa que está envelhecendo e os membros que compõem seu sistema social. Além disso, este processo pode ser iniciado tanto pelo indivíduo que está envelhecendo como pelo sistema social. Nesse sentido, a teoria sustenta a ideia de que a velhice implica num afastamento inevitável e mútuo do idoso e da sociedade.

A *Teoria da Atividade* parte do pressuposto de que o envelhecimento bem sucedido significaria a manutenção, pelo maior tempo possível, das atividades iniciadas na meia-idade, e estas, quando necessárias, seriam substituídas (Doll et al, 2007). Num sentido mais amplo, esta teoria está em oposição à teoria da desvinculação, uma vez que defende a satisfação, felicidade e prolongamento da vida quando o idoso se vincula aos papéis familiares, laborais e sociais. Dessa forma, torna-se fulcral que os idosos se mantenham ativos, sendo o termo “envelhecimento bem sucedido” (*successful aging*) um conceito implícito na teoria, uma vez que a realização de determinadas atividade faz com que

estes idosos se sintam mais satisfeitos e saudáveis havendo, assim, uma diminuição do isolamento social dos mesmos.

A *Teoria da Continuidade* foi proposta por Atchley (1993) e defende que as pessoas idosas tentam manter as mesmas atividades, comportamentos, personalidade e relacionamentos adquiridos e desenvolvidos em fases anteriores. Dessa forma, afirma que cada indivíduo possui experiências ao longo da vida nas quais adquirem valores, atitudes, hábitos e costumes que se estendem para a velhice. E, os que souberem adaptar-se a esta fase através do estilo de vida anterior, farão melhor uso dos recursos acumulados ao longo da vida.

A *Teoria da Modernização* está relacionada com a representação social do envelhecimento, sendo que o idoso tem ganhado a conotação de antigo e ultrapassado num mundo que está cada vez mais moderno, com novas tecnologias e marcado por mudanças aceleradas. A questão da reputação social do idoso nas diferentes sociedades é retomada por Cowgill, que propõe em 1972, em uma publicação, junto com Holmes, a teoria da modernização (Doll et al, 2007), que relaciona, a partir de uma revisão de vários estudos sobre o papel do idoso nas determinadas sociedades, o processo de modernização da sociedade como um declínio no status dos idosos (Cowgill e Holmes, 1972).

2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

Para Doise (1990), a utilização da teoria das representações sociais é bastante útil à medida que se lida com um marco conceitual que envolve tanto o nível intrapessoal de análise quanto o interpessoal e o intergrupar; dessa forma, é possível partir das representações pessoais de objetos sociais para um exame das cognições no nível grupal, que permitem ao pesquisador a apreensão dos aspectos compartilhados de uma representação.

Nesse sentido, Moscovici (1981) assinala que a noção de representação social remete a:

"... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum." (p.181).

A teoria das representações sociais, proposta por Moscovici (1978) enquanto uma possibilidade de conhecimento de teorias do senso comum, possibilita não apenas apreender representações como um sistema de cognições, mas destacar o contexto no qual elas são produzidas. A compreensão dessa realidade comum no grupo social a ser estudado configura-se como uma via de apreensão de uma realidade social singular que poderá servir de base para a realização de futuras estratégias de ação que visem a melhoria da implementação de políticas públicas eficazes (Rodrigues et al., 2010).

O processo de construção de representações sociais da velhice processa-se nas trocas de conhecimentos populares e científicos, através de experiências grupais e sociais que se repetem ao longo da vivência dos indivíduos (Araújo, Coutinho e Carvalho, 2005). As representações sociais nesta fase da vida têm implicações na vida cotidiana, à medida que os comportamentos adotados por um indivíduo ou grupo de indivíduos acometidos da prática desta são resultantes do modo como eles representam socialmente essa prática e do significado pessoal que esta adquire em suas vidas (Araújo e Carvalho, 2005).

Logo, os significados são resultantes da interação e da influência mútua da percepção dos indivíduos, ou o senso comum, com o conhecimento científico. A diversidade de significados é assimilada socialmente e os indivíduos constroem representações que orientam seus comportamentos no decorrer da experiência. Levando em consideração os idosos de instituições de acolhimento, por exemplo, o estudo de Costa e Campos (2009) demonstrou que tem perpassado por uma visão negativa e de perdas, declínio e morte, embora com algumas modificações positivas como as políticas públicas voltadas para os mais velhos.

Nesse contexto, no movimento que marca as sociedades modernas, a partir da segunda metade do século XIX, a velhice é tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais. O avanço da idade como um processo contínuo de perdas e de dependência - que daria uma identidade de condições aos idosos - é responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice (Debert, 2004). Neri (1993) ressalta que o desconhecimento do que significa ser velho induz a práticas com foco ideológico, que contribuem para a manutenção e a propagação de mitos, estereótipos negativos e preconceitos acerca da velhice.

Muitos desses estereótipos e preconceitos se dão pelo fato de existir durante a senescência uma perda funcional do idoso. A autonomia na velhice é uma questão que comumente faz com que seja construída uma representação de que a pessoa idosa não pode desempenhar suas tarefas e seu papel na sociedade, sendo essa fundamental para a manutenção da qualidade de vida e enfrentamento da velhice (Vieira, 2004).

Embora a sociedade adulta seja a grande responsável pelo imaginário sobre a velhice, também os próprios velhos estão relacionados com a produção da ideologia que sobre eles é produzida. Muitos não se conformam com a perda de poder, outros que muito se dedicaram ao trabalho, sentem-se perdendo a identidade quando se retiram das atividades profissionais, outros, ainda, tendem a isolar-se, enclausurando-se numa solidão desnecessária (Minayo, 2005).

O *status* reduzido das pessoas idosas é também devido à ênfase contemporânea focada na juventude, beleza, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo. Assim, “ser velho” assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso (Schneider e Irigaray, 2008). Para Jones (2006), o significado social relacionado às pessoas mais velhas é amplamente negativo, embora não seja exclusivamente assim. Os estereótipos negativos são atribuídos principalmente pelos próprios idosos, que não se reconhecem como tal e falam da categoria “velho” como se não fizessem parte da mesma.

No entanto, atualmente tem havido uma tendência e esforço da sociedade contemporânea juntamente com programas de saúde pública em rever os estereótipos associados ao envelhecimento. E, dessa forma, a ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal (Debert, 2004).

Estudos realizados em sociedades não ocidentais, por exemplo, apresentam imagens positivas da velhice e do envelhecimento, ensinando que a representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal. À medida que o envelhecimento é documentado em outros povos, constata-se que ele é um fenômeno profundamente influenciado pela cultura (Uchôa, 2003). Dessa forma, as concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias (Schneider e Irigaray, 2008).

A velhice não deve ser encarada como algo negativo uma vez que possui características próprias de uma fase do desenvolvimento humano marcada não apenas pela idade cronológica, mas sim por condições físicas, funcionais, mentais e de saúde que variam entre os indivíduos. A sociedade e as pessoas idosas, em geral, necessitam rever conceitos e se reeducarem relativamente ao preconceito no que se refere à velhice, uma vez que o “ser idoso” lhes confere experiência de vida, sabedoria e liberdade.

O estereótipo negativo da velhice proporciona uma visão negativa das pessoas idosas e uma percepção negativa relativamente ao envelhecimento, podendo tornar-se num fator contextual de risco/propiciador não só de comportamentos de evitamento, negação ou subordinação (Sheets, 2005), mas também de situações de maus-tratos, abuso ou negligência contra as pessoas idosas. Este é um problema emergente na sociedade, que começa agora a despontar para esta realidade.

Nesse âmbito, de modo a promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva, a OMS desenvolveu o conceito de

“envelhecimento ativo”. Este, consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2002). Em termos de conduta, isso representa a opção por estilos de vida saudáveis, incluindo a manutenção de atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e/ou cívica, e, eventualmente, o prolongamento de atividades laboral, de acordo com interesses e capacidades pessoais (Paúl e Fonseca, 2005). Logo, programas que incentivam o envelhecimento ativo favorece a permanência dos idosos na realização de atividades saudáveis de modo a favorecer uma diminuição da incapacidade funcional dos idosos.

2.4 CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

Como citado nas perspectivas teóricas do envelhecimento, com o avançar da idade ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo (Guimarães et al., 2004) e podem determinar, assim, a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade (Carvalho Filho e Papaleo Netto, 2000).

Nesse contexto surge o conceito de capacidade funcional que, embora seja bastante complexo por abranger outros conceitos como deficiência, fragilidade e vulnerabilidade, na prática utiliza-se o conceito de capacidade/incapacidade. Autores como Rosa et al. (2003) citam que a incapacidade funcional é definida pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Em contraposição surge o conceito de capacidade funcional, definida pela ausência de tais dificuldades.

A Organização Mundial da Saúde criou a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) com o objetivo de proporcionar uma base científica para a compreensão dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde e também para estabelecer uma linguagem comum

para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores (OMS, 2004). Boldt e colaboradores (2010) entendem que a CIF fornece uma estrutura de classificação comum para todos os profissionais de saúde. Assim, a CIF é uma linguagem que permite a formulação de diagnósticos de enfermagem e facilita a comunicação entre profissionais (Boldt et al., 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a CIF define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Os domínios contidos na classificação podem, portanto, ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas. A primeira aborda dois componentes: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação, e a segunda, abrange Fatores Contextuais e incluem os componentes relacionados aos (1) Fatores Ambientais e aos (2) Fatores Pessoais. Como classificação, a CIF agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com uma determinada condição de saúde (e.g. o que uma pessoa com uma doença ou perturbação faz ou pode fazer) (OMS, 2004).

Nesse sentido, a Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (OMS, 2004).

De modo geral, a funcionalidade representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007). Essas atividades são conhecidas como atividades de vida diária (AVD) e subdividem-se em: a) atividades básicas de vida diária (ABVD) – que envolvem as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se e; b) atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar

compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (Maciel, 2010).

Dessa forma, observa-se que a partir da terceira década de vida, frequentemente, mas não necessariamente, o desempenho funcional dos indivíduos declina progressivamente, devido ao processo fisiológico do envelhecimento (Paixão Jr. e Heckman, 2002). Em outras palavras, com o avanço da idade há um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade e conducentes a dependência funcional de terceiros (Botelho, 2007; Ramos, 2003). No entanto, a existência de uma ou mais doenças crônicas nos idosos não implica, necessariamente, em incapacidade para realização de suas atividades diárias, uma vez que um idoso com uma determinada doença crônica poderá ser considerado saudável quando comparado a outro com mesma doença, mas que sofre algum tipo de perda na sua funcionalidade.

Estudos têm demonstrado que o aumento no número de idosos levará ao aumento no número de pessoas com algum tipo de incapacidade e/ou dependência na realização de atividades da vida diária (AVDs). Estudos realizados ainda na década de 80, como o de Manton (1989), por exemplo, utilizou os dados do *National Long Term Care Survey* (NLTCs) de 1984 e do *National Nursing Home Survey* (NNHS) de 1985 e, através de uma projeção relativamente à incapacidade funcional da população idosa dos Estados Unidos e os resultados obtidos, demonstraram que haverá um rápido aumento até o ano de 2060. Segundo o autor, a população institucionalizada está prevista crescer 245%, a população com incapacidade, 179% e a população que vive na comunidade e dependente em 5 a 6 AVDs, 208%. Por sua vez, a população idosa independente está projetada para aumentar somente em 126%. Como consequência, a taxa de idosos independentes diminuirá, passando de 3,2 para 1 em 1985 para 2,5 para 1 em 2060.

Estudos mais recentes, como o de Lino et al. (2008) e Santos et al. (2010) afirmam que estudos populacionais mostram que cerca de 40% das pessoas idosas com mais de 65 anos necessitam de algum tipo de ajuda para a realização de atividades da vida diária, que podem incluir o controle do

dinheiro, a preparação de alimentos e a limpeza da casa; Uma percentagem menor (10%) precisa de ajuda para realizar tarefas básicas como tomar um banho, vestir roupa, ir ao banheiro, alimentar-se e até mesmo sentar em uma cadeira ou cama.

Portanto, a capacidade funcional do idoso torna-se importante à medida que esta consiga ser mantida, ou seja, envelhecer e manter todas suas funções não deve ser um problema para o indivíduo, família e sociedade. A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência e continuando as suas relações e atividades sociais até as idades mais avançadas (Rosa et al, 2003).

No que se refere à mensuração da funcionalidade, existem diversas formas de verificar a limitação na realização das atividades da vida diária. Por exemplo, através da declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda para realizar as tarefas básicas e também as complexas de autocuidado, imprescindíveis para viver de forma independente na comunidade (Parahyba e Veras, 2008). Nesse contexto, diferentes *core sets* têm sido testados quanto à validade e confiabilidade (Starrost et al., 2008; Lemberg et al., 2010; Glässel et al., 2010). Um *core set* refere-se a uma lista das categorias da CIF, que inclui o mínimo possível de itens para torná-la prática, porém com uma quantidade necessária para ser suficientemente compreensível e eficaz para descrever uma investigação multidisciplinar de uma série de problemas na funcionalidade do paciente (Cieza et al., 2004).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001 e fundamenta-se num modelo de entendimento da funcionalidade e da incapacidade que integra os modelos biomédico e social (Riberto, 2011). A experiência de utilizar um *core set* da CIF permite ao profissional que o aplica abordar aspectos da funcionalidade que habitualmente não são considerados ou são simplesmente ignorados (McIntyre e Tempest, 2007), especialmente no que se refere aos fatores ambientais. No entanto, Riberto (2011) cita que é importante destacar que quando se considera a qualidade de vida relacionada

à saúde ou a funcionalidade de acordo com a CIF, as deficiências ainda são o ponto de partida da descrição da experiência vivida pelo indivíduo.

Os componentes a incluir para a avaliação da funcionalidade são os que permitem prever a capacidade dos idosos para se manterem a viver de um modo independente, uma vez que há probabilidade de isso poder vir a suceder na sua vida (Paúl e Fonseca, 2005). O comportamento de autocuidado, por exemplo, é fator fulcral na avaliação da funcionalidade uma vez que consiste na prática de atividades que as pessoas iniciam e executam num determinado período de tempo, no interesse próprio da manutenção da vida, do funcionamento saudável, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do próprio bem-estar (Orem, 2001).

3. VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A NATUREZA DA VIOLÊNCIA

A violência tem, de fato, ao longo das décadas se tornado um problema global, não porque não houve violência no passado, mas porque tem se tornado muito difundida e diversificada, uma vez que atinge indivíduos de todas as classes sociais e níveis de escolaridade e, por isso, tem se tornado uma ameaça global à dignidade humana e à paz. Além disso, há que se considerar que as sociedades atuais têm tido progressivamente desenvolvido intolerância para determinadas formas de violência, principalmente as praticadas contra grupos mais vulneráveis como crianças, idosos e mulheres. Tem-se vivido com violência durante séculos e é algo que tem estado com os seres humanos desde a sua existência sobre a terra, por isso é preciso examinar a natureza exata da violência (Açikgenç, 2002).

Considerar a origem da violência doméstica é considerar a história da humanidade, pois desde a antiguidade a violência se insere sob diversas formas nas relações de poder, seja entre Estado e cidadãos, entre homens e mulheres, entre pais e filhos ou até mesmo entre religiões, como por exemplo, os movimentos das cruzadas durante a idade média entre católicos e muçulmanos. Para Minayo (1994), a violência é um complexo e dinâmico

fenômeno biopsicossocial e seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade.

Embora o termo violência já fosse utilizado na Antiguidade, as sociedades só despertaram para a problematização da mesma a partir de meados do século XIX, quando foi tema de discussão por Hegel, Marx e Nietzsche, particularmente em função dos movimentos sociais, das revoluções socialistas e dos levantamentos das massas que conturbaram o cotidiano, principalmente, europeu daquela época. Para Marcondes Filho (2001) é importante frisar que mesmo a Revolução Francesa, em que o período do terror levou tantos à guilhotina, não houve destaque para esse termo. A ação sanguinária das massas revoltosas teria destacado antes a justiça diante da falência do Estado monárquico do que a violência dos atos. Ou seja, quando justificados por um benefício maior, a violência torna-se, assim, naturalizada (Marcondes Filho, 2001).

No domínio político, a violência é abordada por diversos pensadores como Engels, Karl Marx e Maquiavel. Este último, no livro *O Príncipe* retrata a violência como tendo ação destruidora e ao mesmo tempo como mantenedora da ordem política e da vigência das leis. Da mesma forma como Marx, Hegel dizia que a violência não era inerente ao homem, seria mais um tipo de relacionamento perfeitamente superável (Marcondes Filho, 2001). Hanna Arendt (2014) afirma que se nos reportarmos às análises do fenômeno do poder, descobriremos rapidamente que existe um consenso entre os teóricos políticos tanto de esquerda como de direita que os leva a considerarem a violência como sendo simplesmente a mais flagrante manifestação de poder.

No ambiente familiar, diversas narrativas bíblicas citam a presença da violência, como por exemplo, a história de Caim e Abel descrita no livro de Gênesis. Os irmãos dedicam uma oferta fruto do seu trabalho ao Senhor, sendo que Caim ofereceu frutos por ser agricultor e Abel, por ser pastor, ofereceu primícias do seu rebanho (uma ovelha), a que mais amava e que recebeu de Deus (Gênesis 4:3, 4). Após Deus aceitar a oferta de Abel e recusar a de Caim, o resultado é fatídico, uma vez que Caim mata o irmão Abel.

A aplicação de castigos pelos pais e responsáveis às crianças que os desobedecessem também é citada. No livro bíblico Deuteronômio (21:18-21), menciona-se que uma lei hebraica do período 1250-1225 a.C. instrui que, caso os filhos não dessem ouvidos às recomendações paternas e fossem rebeldes, caberia aos anciões da cidade puni-los, expondo-os para que fossem apedrejados pelos homens até a morte.

Uma violência "pura" ou essencial manifesta-se não só no julgamento divino da oferta de Abel e Caim, como também na proibição de comer do apetitoso fruto da árvore do paraíso e em todos os primeiros gestos demiúrgicos da criação, quando a divindade faz surgir, das trevas e do caos, o universo (Batista, 1999). Ao homem, criado à imagem e semelhança de Deus, é dada a ordem de dominar e subjugar os peixes do mar, as aves do céu. A única ocasião em que a violência parece esquivar-se é no descanso sabático. A não-violência associa-se, pois, à interrupção ou suspensão de toda atividade (Batista, 1999).

Nesse contexto, o estudioso Roger Dadoun (1998) considera a violência como uma característica primordial e intrínseca do homem e afirma que não há qualquer aspecto da realidade humana que não esteja associada à violência e, por isso, defende a existência do *homo violens* na introdução do seu livro:

Nosso propósito agora é o de introduzir uma outra característica do homem, que consideramos primordial, essencial, e até mesmo constitutiva de seu ser, a saber: a violência. Homo violens, tal como o apresentamos e analisamos aqui, é o ser humano definido, estruturado, intrínseca e fundamentalmente pela violência. (DADOUN, 1998, p. 8)

No entanto, Hanna Arendt (2014) apresenta posição crítica em relação à defesa de uma essencialidade da violência humana. A sua obra "Sobre a Violência" discute sobre suas várias definições e cita diversos autores. As objeções mais significativas da autora dizem respeito à violência como manifestação humana, nas quais ela se opõe à afirmação de alguns autores que determinam a violência como parte constituinte de manifestações revolucionárias e da própria natureza humana. Hanna Arendt defende que há uma diferença entre poder e violência e afirma que esta última necessita sempre de instrumentos, ganhando forma e ação quando o poder se desintegra. Para a autora, a política que se utiliza da violência para obter poder

se insere no campo da dominação, exige a obediência e produz impotência. Nesse contexto, a posição de Arendt sobre a violência é muito crítica em relação à humanidade, pois a violência é pensada como instrumento de dominação na falta ou na decisão de não usar os recursos do reconhecimento e do diálogo (Moreira, 2011).

Utilizando o pensamento da filosofia política de Arendt para o núcleo familiar observa-se que, desde tempos remotos, a família possui características de uma instituição política, uma vez que era comum na antiguidade existir um sistema de hierarquia e poder em torno de alguns de seus componentes, como por exemplo, o poder dos pais relativamente aos filhos ou até mesmo do marido em relação à esposa. Em outras palavras, é um poder que emerge sustentado pela autoridade. De acordo com Arendt (2014), a autoridade não necessita de coerção nem de justificativas. Afastando-se da violência para que a autoridade seja reconhecida, é preciso respeito. Quando o poder e a autoridade são exercidos, a função de educar se exerce e os valores éticos podem ser transmitidos entre as gerações (Romagnoli e Rena, 2011). Não há necessidade de violência, somente de autoridade, pois “A sua característica é o reconhecimento sem discussões por aqueles que são solicitados a obedecer; nem a coerção e nem a persuasão são necessárias” (Arendt, 2014).

As relações familiares há muito têm sido permeadas por relações de poder, nas quais as mulheres, como também as crianças, obedecem ao homem, tido como autoridade máxima no núcleo familiar. Assim sendo, o poder do homem tem sido socialmente legitimado, seja no papel de esposo, seja no de pai (Gomes et al., 2007). Essa imposição normativa constrói relações familiares permeadas pelo medo, de modo que qualquer desvio dos padrões naturalizados de família poderia desencadear conflitos (Camargo, 1996).

Dessa forma, num passado não muito distante, a violência doméstica, como por exemplo a violência conjugal, fazia parte do código de conduta como algo normal e natural. Em algumas sociedades, a mulher devia obediência ao pai e depois ao marido, ou seja, era imposta uma visão dominante sobre a mulher, sendo que nem mesmo a legislação a protegia, uma vez que não haviam leis de proteção em casos de violência.

Em outras áreas, como por exemplo, a psicologia, as ações violentas são abordadas mais pelo impacto emocional que produzem no imaginário das pessoas. O comportamento humano é classificado como ativo e reativo, sendo este último todo comportamento humano negativo e destrutivo, que produz apenas desarmonia e desequilíbrio interno (no psiquismo) e externo (no ambiente e na família) e que contém baixos níveis de sentimentos, princípios e valores nas pessoas que o expressam. O comportamento reativo é, portanto, o elemento gerador das violências (Freitas Filho, 1999).

Dessa forma, a violência é uma anomalia na interação humana; como subproduto das relações instáveis entre pessoas e entre grupos de pessoas. Indivíduos portadores de comportamentos reativos podem produzir violência, assim como o desequilíbrio das relações sociais num grupo pode originar comportamentos reativos nos indivíduos (Freitas Filho, 1999).

Nesse contexto, observa-se que a natureza da violência é estudada por diversas áreas, como a filosofia, política, psicologia e sociologia. De acordo com DeWall e Anderson (2011), evidências arqueológicas e históricas demonstram que a agressão e violência foram predominantes entre caçadores há 25 mil anos atrás e eram generalizadas entre as sociedades gregas, egípcias, romanas entre 2.000-3.000 anos atrás. Assim como cidadãos do mundo moderno possuem uma mídia violenta, antigos romanos tinham a sua própria forma de violência na mídia em que gladiadores infligiam violência física na presença de milhares de espectadores. Agressão e violência continuam a ser generalizadas. Em outras palavras, continuam onipresentes em diversos aspectos do ser humano (DeWall e Anderson, 2011).

Legitimada ora por dogmas religiosos e políticos, ora pela ideologia patriarcal, a violência doméstica é um fenômeno de longa data, que faz parte integrante da história da família das sociedades ocidentais e de muitas outras do globo (Gelles, 1993). Os países que pioneiramente identificaram o fenômeno da violência no ambiente familiar primeiramente deram importância aos maus-tratos às crianças que foram denunciados pela comunidade pediátrica. Posteriormente, a violência contra a mulher ganhou destaque e, finalmente, a violência contra o idoso.

A tolerância sociocultural relativamente à violência infligida sobre as crianças está na origem do seu reconhecimento tardio como objeto de investigação e de intervenção legal. O caso de Mary Ellen, em 1874, criança adotada que sofreu graves abusos pela família de acolhimento, marcou o despertar da consciência pública e do sistema legal para as inúmeras agressões que as crianças são vítimas em contexto familiar (Dias, 2004).

O despertar dos profissionais e da comunidade científica e pública em geral, para este fenómeno, veio beneficiar, no final da década de 60 e início dos anos 70, do século passado, o processo de reconhecimento de outras formas de violência na família, nomeadamente a que é praticada contra as mulheres (Dias, 2010).

Nos anos 80, o interesse público, legislativo, científico e profissional, volta-se para o abuso de idosos. O mau trato físico, psicológico, verbal, emocional, financeiro e a negligência a que os idosos podem estar sujeitos, fez com que rapidamente os profissionais de saúde e as agências legais e de serviço social se apropriassem deste fenómeno (Dias, 2004)

3.2 CONCEITOS DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

O fato da violência contra o idoso ter vindo a aumentar nos últimos anos não se deve apenas ao aumento da longevidade, mas também ao crescimento da conscientização da população e de profissionais de que o problema existe e merece visibilidade e atenção.

O fenómeno do abuso de idosos foi introduzido pela primeira vez com o termo "espancamento de avós" no Reino Unido, em 1975. Antes disso não havia amplo reconhecimento do fato de que o abuso de idosos precisava ser entendido como uma forma de violência e maus-tratos diferente das outras. Grosso modo, foi agrupado inicialmente com outras formas de abuso, como a violência doméstica, em vez de ser reconhecido como tendo suas características específicas (van Bavel et al., 2010).

Em razão disso, alguns conceitos têm sido discutidos acerca da violência contra o idoso. Diversos autores utilizam termos como "maus-tratos", "abuso"

ou simplesmente “violência” de forma diferenciada. Outros utilizam como sinónimos, assim como no presente estudo. Optou-se por considerar tais termos como sinónimos, pelo fato dos termos estarem relacionados a um mesmo fenómeno, representado por uma ou mais ações, com diferentes tipos e categorias e que resultam em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida dos sujeitos envolvidos. Portanto, quando nos referimos a este fenómeno de violência são vários os termos que podemos empregar sem nunca nos afastarmos do conceito geral. A falta de definições acordadas reflete as diferentes teorias sobre quais as definições de abuso de idosos e intervenções foram baseados nos últimos 25 anos (Bennett e Kingston, 1993; Fulmer et al., 2005).

Existem várias propostas de definição e, portanto, de identificação do abuso. As propostas mais extensamente divulgadas são aquelas que permitem uma identificação legal dos maus-tratos com vista a defesa das vítimas e a penalização dos abusadores (Ribeira, Sá e Rodrigues, 2009). Pasinato, Camarano e Machado (2006) dizem que, no que se refere a idosos, uma definição específica de violência considera tanto ações como omissões, intencionais ou não.

Diante desta dificuldade na utilização de conceitos, Bernal e Gutiérrez (2005), por exemplo, discutem e demonstram que o uso dos termos abuso ou mau trato, no singular, limitam sua abrangência nos estudos e no diagnóstico pelos profissionais de saúde. Assim, sugerem o uso do termo maus tratos, por representar toda uma ação, com diferentes tipos e categorias.

Nesse contexto, Bonnie e Wallace (2003) utilizam o termo “maus-tratos” e o definem como: “(a) ações intencionais ou não que causam dano ou criam risco de dano para uma pessoa idosa vulnerável por um cuidador ou outra pessoa em que existe uma relação de confiança para com o ancião ou (b) falha do cuidador para satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa ou para proteger o ancião do dano. O termo "maus-tratos" utilizado por esses autores destina-se a excluir os casos da chamada auto-negligência (que se trata do fracasso por parte do idoso em satisfazer suas próprias necessidades básicas

e para proteger a si mesmo de danos) e também exclui casos que envolvem a vitimização de anciãos por estranhos.

De acordo com Lachs e Pillemer (2004), esta definição inclui duas ideias-chave: a pessoa de idade que sofreu um prejuízo, privação ou dano desnecessário; e um outro indivíduo específico (ou indivíduos) responsável por causar o dano ou não agir para impedi-lo. Também é bastante coerente com as definições de consenso desenvolvidas por grupos internacionais.

Sendo assim, maus-tratos nos idosos têm sido referenciados na literatura como atos intencionais que causam danos ou que criam sério risco de resultar em danos, a idosos vulneráveis, por cuidadores, ou outros que mantenham uma relação de confiança com o idoso (Fulmer, 2004).

Já Minayo (2003) cita o termo violência que afirma ser *uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais, sendo o termo "mau trato" sinônimo de "abuso"*.

Felizmente, as definições e classificações do abuso de idosos consideradas, algumas vezes, controversas, têm dado lugar a algum consenso sobre o conceito a ser utilizado em investigações acerca da violência praticada contra idosos. O mais utilizado está presente na Declaração de Toronto, subscrita pelos países membros da ONU em 2002, que define violência sobre os idosos "como a ação isolada ou repetida, ou a ausência de resposta apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa" (WHO, 2002). Nesse conceito a relação de confiança entre o abusador e o idoso – geralmente filhos, netos, genros, noras, cuidadores - é o cerne da questão, demonstrando que casos de violência acontecem geralmente num ambiente familiar.

Independentemente das definições existentes, parece ser relativamente consensual que o conceito de maus tratos de idosos se refere a um comportamento destrutivo, dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência, não só provoca sofrimento físico, psicológico e

emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos (Fernandes, 1998).

A violência sobre os idosos pode ser física, psicológica/emocional, sexual, financeira ou refletir atos de negligência intencional ou por omissão (WHO, 2002).

Dentro do quadro geral do abuso de idosos, existe um acordo geral sobre o âmbito das ações que são cobertos pelo termo. Ambos os relatórios clínicos e a maioria dos estatutos jurídicos internacionais reconhecem os seguintes tipos de abuso: (1) O abuso físico, que inclui imposição de dor ou lesão, exercer coerção física ou restringir a liberdade de movimento pelo uso da força; (2) O abuso psicológico, definido como atos praticados com a intenção de causar dor ou lesão emocional; (3) abuso sexual, que inclui o contato sexual sem o consentimento de qualquer tipo com uma pessoa mais velha; (4) abuso financeiro ou material, que envolve a apropriação ilícita ou indevida de dinheiro ou propriedade da pessoa mais velha; e (5) a negligência, que é a falha de um prestador de cuidados designado para satisfazer as necessidades de um idoso dependente (Lachs e Pillemer, 2004).

Os tipos de abuso podem ocorrer de forma isolada ou em combinação e em diversos ambientes, como o domicílio, hospitais, lares de idosos e centros de dia. As categorias e definições de violência geralmente são elaboradas e utilizadas por profissionais de saúde e nos termos jurídicos, no entanto, tais definições necessitam adaptar-se ao contexto cultural. Perel-Levin (2008) cita o exemplo de algumas sociedades tradicionais nas quais as viúvas, quando idosas, estão sujeitas a práticas cruéis como o abandono e retirada de bens materiais. Atos de violência como estes, incorporados a costumes da estrutura social em questão, precisam ser considerados num contexto mais amplo de abuso de idosos e uma abordagem de direitos humanos (WHO, 2002b).

3.3 PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

O fenómeno da violência tem efeitos evidentes na saúde dos idosos, tais como aumento do risco de morbilidade e das taxas de mortalidade naqueles que sofreram maus-tratos (Dong, 2005). No entanto, as estatísticas sobre os maus

tratos de idosos ainda são menos abundantes do que as relativas às restantes formas de violência doméstica. A maior parte da pesquisa sobre este fenómeno utiliza amostras altamente seletivas, pelo que ficam largos segmentos da população idosa, vítima de abusos familiares e institucionais por detetar (Dias, 2009).

Um dos primeiros estudos epidemiológicos que aborda a violência foi desenvolvido por Pillemer e Finkelhor em 1988 e realizado na área metropolitana de Boston. Uma amostra representativa de idosos foi entrevistada por telefone, ou caso a pessoa mais velha fosse incapaz de responder ao telefone, realizaram entrevistas face-a-face. Descobriram que 3,2 por cento da amostra foi abusada ou negligenciada. No entanto, não incluíram a exploração financeira, o que se tornou uma lacuna desse estudo. Outra falha foi a definição muito rigorosa em termos de abuso físico e negligência. Eles usaram escalas que tinham sido usados nas pesquisas nacionais de violência familiar para descrever o abuso físico, o que pode ter sido muito limitante.

Em 1993, Podnieks utilizou a Escala Conflict Tactics em uma amostra nacional de idosos canadenses e acrescentou exploração financeira. Encontrou vários resultados diferentes: 5 por cento dos idosos eram financeiramente abusados, que foi a maior categoria, seguido por abuso físico e negligência. Podnieks (1993) concluiu que 4 por cento da população tinha sido abusado, negligenciado, ou financeiramente explorados.

A Organização Mundial da Saúde (2002) afirma que, em todo o mundo, os inquéritos populacionais mostraram que entre 4 a 6% dos idosos sofreram algum tipo de abuso em suas casas e que os maus tratos em instituições podem ser mais extensos do que geralmente se acredita (WHO, 2002).

Alguns estudos indicam que as taxas de prevalência de abuso de idosos em diferentes países europeus variam de 0,8% a 39,4% (De Donder et al., 2011; Soares et al., 2010). Um estudo realizado na Finlândia, por exemplo, com pessoas com 65 ou mais anos de idade observou que 3% dos homens e 9% das mulheres relataram sofrer abuso após a idade da reforma (Kivelä et al, 1992). Um estudo Britânico (Ogg e Bennet, 1992) revela que o abuso verbal é o tipo predominante em 5% das pessoas com idade acima de 65 anos, seguido do abuso físico e financeiro. No Canadá, o estudo de Podniesk (1993)

observou que cerca de 4% dos idosos tinham experimentado um ou mais das quatro formas de maus-tratos investigada na pesquisa, nomeadamente a violência física, verbal, financeira e negligência.

No estudo de Chokkanathan e Lee (2005), realizado na Índia, a taxa de prevalência de maus-tratos foi de 14% sendo que o abuso verbal foi o mais comum, seguido por abuso financeiro e a taxa de abuso físico e negligência foram semelhantes. Entre os maltratados, exatamente a metade deles tinha experimentado mais de um tipo de maus-tratos. A pesquisa de Lowenstein et al. (2009) realizada em Israel descobriu uma taxa mais elevada de violência e os resultados indicam que 18,4% dos entrevistados foram expostos a pelo menos um tipo de abuso durante os 12 meses anteriores à entrevista, sendo que a forma mais elevada foi o abuso verbal seguido da exploração financeira.

Na Coreia do Sul, o primeiro estudo a nível nacional sobre a prevalência do abuso em idosos (Cho, Kim e Kim, 2000) relatou uma taxa global de violência ao nível da comunidade de 8,2%, sendo que houve um maior número de pessoas que sofreram abuso psicológico (7,7%). Ainda neste país, um estudo mais recente realizado em 2002 pela Comissão Nacional de Direitos Humanos da Coreia descreve que 37,7% dos entrevistados responderam que sofreram pelo menos um tipo de violência incluindo negligência, abuso emocional, abuso verbal, abuso físico ou exploração financeira (NHRCK, 2003).

O relatório do *National Research Council* (2003) afirma que apenas 1 em cada 14 casos de abuso de idosos chama a atenção das autoridades. E o estudo da prevalência dos maus-tratos em idosos no estado de Nova York descobriu que para cada caso conhecido pelos programas de proteção aos mais velhos, 24 eram desconhecidos (Lifespan of Greater Rochester, 2011).

Um estudo realizado nos Estados Unidos com pessoas com idade acima de 60 anos (Acierno et al., 2010) observou que 11% dos entrevistados relataram alguma forma de maus-tratos no ano anterior; 1,2% relataram duas formas de maus-tratos, e 0,2% relataram três formas.

O abuso de idosos na Itália, com uma taxa de prevalência em torno de 10-14%, é caracterizada por mais vítimas do sexo feminino, especialmente nos grupos etários mais velhos. O risco de abuso psicológico é mais alto, mas o nível de

maus-tratos financeiros também é elevado. No ambiente doméstico, as dificuldades dos cuidadores familiares sobrecarregados têm sido associados com a existência de possíveis episódios de abuso, que muitas vezes permanecem escondidos. Em contextos institucionais, a negligência de pessoas dependentes, remédios vencidos e falta de condições de higiene representam as formas mais comuns de abuso relatado, descoberto com a ajuda de inspeções policiais (Melchiorre , Penhale e Lamura, 2014)

Nesse contexto, uma revisão sistemática de estudos sobre a prevalência da violência em vários países relatou uma taxa que varia de 3,2% a 27,5% em estudos populacionais, refletindo possivelmente verdadeira variação nas taxas de abuso entre culturas, bem como as diferenças na definição e medição do abuso (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008). Além disso, mais de 6% da população dos idosos em geral relataram abuso no último mês sendo que 5% dos casais mais velhos relataram violência física provocada por parceiro íntimo no último ano. Estas taxas são provavelmente subestimadas pelo fato de alguns idosos serem relutantes em denunciar abusos (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008).

No âmbito de estudos a nível europeu, uma revisão sistemática sobre as taxas de prevalência de maus-tratos em idosos (De Donder et al., 2011) destacou que o abuso psicológico (exploradas por 67% dos estudos) foi a forma mais comum e relatado por pessoas mais velhas, seguido pela negligência (62% dos estudos). Yan, Chan e Tiwari (2015) também numa revisão sistemática, mas utilizando estudos realizados no continente asiático, observaram que em 2012, 11% da população na Ásia com 60 anos ou mais foram vítimas de violência e este número deverá subir para 24% em 2050. Em uma pesquisa recente do Reino Unido, um terço dos familiares cuidadores relataram algum abuso significativo praticada contra idosos com demência em um ano, mas apenas 1,4% relataram abuso físico (Cooper et al., 2009).

Ainda a nível europeu, o estudo ABUEL (Abuse and health among elderly in Europe) realizado em 7 países da União Europeia (Portugal, Alemanha, Grécia, Suécia, Espanha, Itália e Lituânia) no ano de 2010, revelou que, 19,4% dos idosos (60 a 84 anos) sofreram violência psicológica, 3,8% de violência financeira, 2,7% de violência física e 0,7% de violência sexual. Além disso,

segundo o estudo, Portugal foi o país com maior prevalência de violência financeira, e o segundo a seguir à Grécia, com maior percentagem de violência sexual (Soares et al., 2010).

Em Portugal, as estimativas obtidas pelo projeto europeu AVOW (Luoma et al., 2011) são bastante elevadas relativamente à prevalência da violência contra pessoas idosas do género feminino. Este projeto, realizado em cinco países europeus, estimou que 39,4% das mulheres portuguesas com 60 ou mais anos reportaram terem sido vítimas de algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

O Relatório Anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) afirma que em 2014 houve um aumento de 10,1% do reporte de casos de idosos vítima de violência relativamente ao ano anterior, sendo uma média de 2,3 casos por dia (APAV, 2014).

No âmbito de um relatório acerca das pessoas idosas vítimas de crime e de violência entre os anos de 2000 a 2012, a APAV descreve que neste período houve um aumento 179% no número de processos de apoio aos idosos que sofrem maus-tratos e as mulheres têm vindo a representar a maior percentagem. Em 2012, 80,6% das vítimas com idade acima de 65 anos eram do sexo feminino (APAV, 2013).

Relativamente às relações de parentesco, em 39% dos casos a violência é praticada por filhos(as) e, em 26,9% das situações, a vítima idosa e autor do crime mantêm a relação de cônjuge/companheiro.

O mesmo relatório, para os anos de 2013 a 2015, a APAV registou um total de 3214 processos de apoio a pessoas idosas, sendo que 80% das vítimas são mulheres. No que se trata da relação da vítima com o autor do crime, 37,9% são pais/mães e 28,2% são cônjuges. Com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos de idade (26,5%), as pessoas idosas vítimas de crime e violência eram casadas (44,1%) e pertenciam a um tipo de família nuclear com filhos (32,8%) (APAV, 2015).

No que se refere ao autor do crime, em Portugal, de 2013 a 2015, em mais de 65% das situações de crime e violência contra a pessoa idosa o autor é do sexo masculino com idades compreendidas entre 65 e os 74 anos, sendo a maioria reformado (mais de 21%) (APAV, 2015).

Ainda relativamente ao autor do crime, sabe-se que a prática da violência contra o idoso não ocorre apenas no ambiente domiciliar e por familiares. O estudo de Cooper, Selwood e Livingston (2008) cita que um em cada seis profissionais cuidadores relatou cometer atos abusivos.

Um estudo publicado pela RIIDE (Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora), que investigou a violência doméstica contra idosos da região do Alentejo, cita que cerca de 34% dos idosos sofreram violência psicológica ao longo da vida, seguidos de 24% que sofreram violência física e 11% violência financeira. No que se refere ao último ano, também houve predomínio da violência psicológica (16,8%), que foi seguida da violência financeira (7,5%) (Fonseca et al., 2014).

Discrepâncias nas taxas de prevalência podem ser atribuíveis, em parte, à variação nas definições de abuso ou maus-tratos, que ocorre a uma pessoa idosa em uma relação de confiança, e às idades das pessoas mais velhas que são consideradas nas investigações (Boldy et al., 2005; Cooper et al., 2008).

Em concordância, salienta-se que Abath (2009) compartilha com a visão de diversos autores no que diz respeito à dificuldade de comparar as prevalências nas pesquisas que envolvem violência contra os idosos, diante das diferentes definições conceituais adotadas, características das amostras investigadas e das formas de identificação das situações de violência.

Dessa forma, a uniformidade de conceitos assim como a utilização de métodos rigorosos na seleção de amostras deve ser utilizada em estudos de prevalência e incidência da violência de modo a obter resultados mais satisfatórios e fidedignos.

3.4 TEORIAS EXPLICATIVAS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

As teorias em geral buscam informações acerca de um determinado evento de modo que o possa explicar. Como cita Jackson e Hafemeister (2013), além de melhorar a compreensão de um fenómeno, uma teoria, em seu núcleo, fornece coerência a este fenómeno, mas ainda assim relacionado a um conjunto de variáveis; identifica os fatores que devem ser incluídos em modelos

explicativos; e facilita a interpretação de observações e resultados da investigação.

A violência contra os idosos, por ser um fenômeno mundial e com consequência na vida principalmente do idoso, tem ganhado interesse dos pesquisadores em examinar a natureza do abuso e suas consequências.

Dessa forma, algumas teorias têm sido descritas como forma de explicar a violência praticada contra os mais velhos principalmente no ambiente familiar. As causas dos maus-tratos costumam ser multifatoriais e podem afetar pessoas idosas de diferentes etnias e classes sociais sendo que geralmente os agressores possuem um grau de parentesco com a vítima, nomeadamente filhos (as), netos (as), genros/noras ou parceiros íntimos.

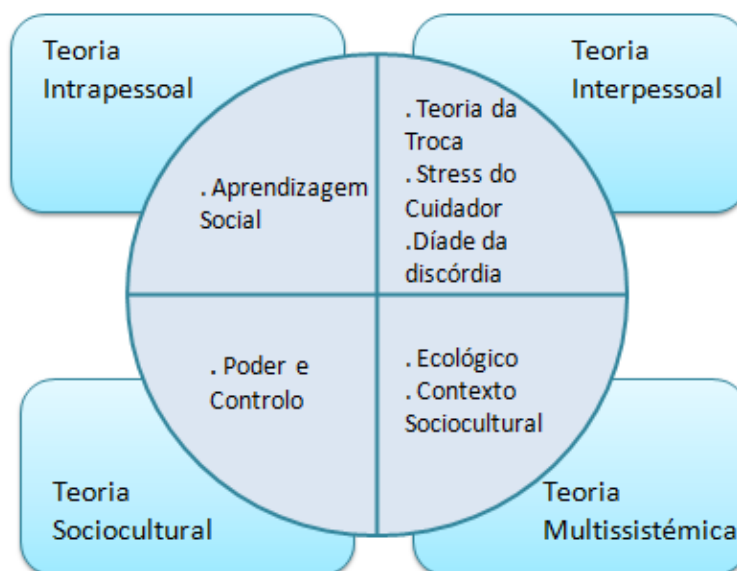
As teorias são importantes para ajudar os profissionais na prática e no processo de decisão. Seu objetivo é fornecer um quadro para a realização de avaliações de casos e para ajudar os profissionais na identificação, na coleta de dados, avaliação de casos e desenvolvimento de intervenções (Gambrill, 1990). Os profissionais também podem selecionar modos de realização de avaliações, incluindo os dados nas suas avaliações, o desenvolvimento de intervenções com base em sua experiência, ou sabedoria prática. Mas se os profissionais não conseguem articular as teorias juntamente com a sua sabedoria prática, eles não têm a capacidade de avaliar tanto a sua abordagem prática e as políticas destinadas para atender seus clientes (Bergeron, 2001).

As teorias explicativas da violência contra os idosos, por exemplo, originam-se de diferentes disciplinas como a psicologia, a sociologia e a biologia (Momtaz, Hamid e Ibrahim, 2013) e são utilizadas para melhorar a compreensão do fenômeno.

No âmbito das abordagens teóricas acerca dos maus-tratos dos mais velhos, estas se referem a uma explicação fundamentada de fatos e serve como base de investigação acerca do fenômeno. Além disso, ser muito rigoroso quando se olha para as teorias dos maus-tratos levaria a uma lista muito pequena destas teorias (Burnight e Mosqueda, 2011). Dessa forma, Anetzberger (2000) acrescenta que a realidade multidimensional do abuso de pessoas idosas

reivindica o desenvolvimento de novos modelos explicativos e interventivos. As teorias são caracterizadas na figura 5.

Figura 5– Abordagens teóricas para compreensão dos maus-tratos em idosos



Fonte: Traduzido de Burnight e Mosqueda (2011)

As principais teorias explicativas para o abuso de idosos são: a Teoria do Stress do cuidador (ou Teoria Situacional ou Teoria da Sobrecarga do Cuidador), a Teoria da Troca Social, a Teoria da Psicopatologia do cuidador, Teoria Feminista, Teoria Político-Económica , Teoria da Aprendizagem Social, Teoria do Simbolismo interacional, Modelo Ecológico. A teoria feminista e a teoria político-económica são mais voltadas para influências estruturais (Wolf, 2000).

Teoria Situacional também denominada **Teoria da Sobrecarga do Cuidador** ou **Teoria do Stress do Cuidador** é uma das primeiras e mais amplamente aceites explicações para os maus-tratos em idosos (Momtaz, Hamid e Ibrahim, 2013) e suporta a ideia de que os cuidadores sobrecarregados podem tornar-se abusivos em relação a idosos vulneráveis (McClennen, 2010). A Teoria do stress do cuidador afirma que a violência praticada contra os mais velhos ocorre quando um membro adulto da família que cuida do idoso não é capaz de gerir as suas responsabilidades (Wolf, 2000). Esta teoria defende a ideia de que quanto maior o *stress* do cuidador, mais prováveis são os abusos contra

idosos e, geralmente, a vítima idosa é vista como dependente do cuidador que se sente sobrecarregado, frustrado e abusivo devido às necessidades contínuas de cuidados prestados ao idoso com estado de saúde frágil (Burnight e Mosqueda, 2011). Esta teoria tem ênfase nas relações interpessoais (National Institute of Justice, 2013) e tem sido a mais amplamente utilizada para explicar o abuso de idosos (Bergeron, 2001). Ao analisar a Teoria do Stress do cuidador, fatores internos e externos devem ser considerados, tais como suas estratégias de *coping*, a percepção da sobrecarga, a natureza voluntária do papel de cuidador, o isolamento da vítima e a falta de serviços de apoio (Sengstock & Hwalek, 1986; Pillemer & Finkelhor, 1988; Korbin, Anetzberger, & Eckert, 1989). Em concordância, o estudo de Lee (2008), através de dados estatísticos afirma que os cuidadores que experimentaram um maior nível de sobrecarga eram mais propensos a abusar dos membros mais velhos da família ($\beta=0.246$, $p<0.001$).

A **Teoria da Troca Social** tem raízes na economia e psicologia, foi desenvolvida pelo sociólogo George Homans Caspar na década de 1950 e afirma que o comportamento social é considerado uma troca de bens materiais e não-materiais (Burnight e Mosqueda, 2011). Esta teoria supõe que duas partes estão a dar e receber benefícios e que a interação entre ambos será avaliada positivamente quando um e outro se beneficiam igualmente do relacionamento (Momtaz, Hamid e Ibrahim, 2013). No que se refere à violência, esta teoria considera que a mútua dependência do idoso face aos cuidados elementares que lhe são prestados por alguns membros da família, e destas pessoas em relação às prestações econômicas do idoso, pode criar situações de tensão e expor os idosos a um risco acrescido de serem vítimas de violência (Dias, 2010). Dessa forma, os maus-tratos são resultantes da dependência da vítima sobre o agressor e vice-versa. Burnight e Mosqueda (2011) afirmam que em se tratando dos maus-tratos conta os mais velhos, há uma necessidade de olhar para idosos e cuidadores a fim de compreender plenamente a dinâmica entre eles. Olhando para os mais velhos não é culpar a vítima, mas respeitar o fato de que as dinâmicas relacionais não são unidirecionais.

A **Teoria da Psicopatologia do cuidador** examina o papel do cuidador com problema mental e como isso coloca idosos em risco de maus-tratos (Fulmer et

al., 2004). De acordo com esta teoria, as características comportamentais e abuso de substâncias por parte do cuidador/familiar pode contribuir para a violência praticada contra idosos. Nesse sentido, cuidadores que consumiram álcool e experienciam depressão e/ou ansiedade são mais propensos a usar o abuso físico e verbal contra a pessoa idosa (Homer e Gilleard, 1990). Dias (2009) denomina esta perspectiva como “*dinâmicas intra-individuais*” e enfatiza as características psicopatológicas do agressor e a sua dependência de substâncias aditivas como primeira causa dos maus-tratos infligidos aos idosos. Esta perspectiva tem sido, de igual modo, aplicada ao estudo da violência sobre crianças e mulheres.

Teoria político-econômica incide sobre os desafios enfrentados pelos idosos em uma sociedade que deixa as pessoas em situação de pobreza e tira sua importância na vida da comunidade. Ou seja, esta teoria aborda a marginalização dos idosos na sociedade (Wolf, 2002). De acordo com a perspectiva político-econômica, a mudança do papel do idoso que deixa de ser mão de obra e reduz a sua independência, pode levar ao abuso (Momtaz, Hamid e Ibrahim, 2013). Em outras palavras, os idosos perdem seu papel na sociedade e passam a depender dos outros e, por isso, são gradualmente marginalizados em suas famílias e na sociedade.

A **Teoria Feminista** é baseada em modelos de violência doméstica, com destaque para o desequilíbrio de poder dentro dos relacionamentos e como os homens usam a violência como uma forma de demonstrar poder (Perel- Levin, 2008). Estudos demonstraram que a dependência e submissão da mulher frequentemente levam a uma posição dominante do homem no relacionamento e assim contribui para a violência por parceiro íntimo (Choi e Ting, 2008). Outra pesquisa abordando a perspectiva da desigualdade de poderes também indicou que o desequilíbrio de recursos econômicos muitas vezes dentro de um par está relacionado com a utilização de violência (Fox et al., 2002). Nesse sentido, Dias (2010) refere que as teorias feministas alegam que as desigualdades de gênero, com os inerentes processos de domínio, são a causa para a violência contra as mulheres e intolerância sociocultural.

A **Teoria da Aprendizagem Social**, também chamada de **Teoria transgeracional** (ou violência familiar) afirma que a violência é um

comportamento aprendido e está ancorada fortemente na teoria da aprendizagem social de Bandura. Afirma que os indivíduos que testemunharam ou foram vítimas de violência familiar podem lidar com seus problemas de uma forma semelhante (Aravanis et al., 1993). Ou seja, a violência é um comportamento que pode ser transmitido de geração em geração, pois quando as crianças observam a violência como uma resposta ao estresse, eles então internalizando esse comportamento como aceitável (Momtaz, Hamid e Ibrahim, 2013). No caso de abuso de idosos, uma criança abusada pode abusar dos seus pais no futuro. Além disso, quando um cônjuge abusivo se torna doente ou deficiente, o parceiro abusado anteriormente pode tornar-se o agressor. Dessa forma, a criança ou o cônjuge que foi abusado pelo pai ou cônjuge continua o ciclo de violência quando se torna cuidador (Snyder e Christmas, 2003; Juma e Juma , 2006).

Num âmbito mais geral, muitos estudos têm utilizado o **modelo ecológico** para enfatizar as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no seio da família e nas áreas sociais, culturais e econômicas mais amplas. No contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores em diferentes etapas da vida (WHO, 2002).

Explorando a relação entre os fatores individuais e contextuais, e considerando a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento, retroagindo entre si, este modelo permite demonstrar os múltiplos fatores de risco associados a cada situação e nas múltiplas áreas de intervenção, necessárias para fazer face à violência. Desde o nível microssistêmico, do indivíduo e da família, ao nível macrossistêmico, da ideologia e cultura dominante, passando pelos contextos mais ou menos proximais nos quais a violência se mantém, em cada um destes níveis pode-se encontrar pistas de compreensão para a violência familiar/entre parceiros íntimos, sabendo que nenhuma isoladamente constitui a explicação universal da violência (Redondo, Pimentel e Correia, 2012). Conforme refere a OMS, “a proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos

da comunidade, como o contexto social, cultural e económico” (Dahlberg e Krug, 2007).

Nesse contexto, as relações entre a violência e a interação entre os fatores individuais e os contextos sociais, culturais e econômicos mais amplos sugerem que abordar os fatores de risco em vários níveis do modelo ecológico pode ajudar a diminuir mais de um tipo de violência (WHO, 2002).

Independentemente da teoria e modelo adotado para explicar a violência praticada contra os idosos, o conhecimento dos fatores de risco e os contextos sociais mais amplos deverá ser a base para a intervenção dos profissionais. Essa intervenção, por sua vez, deve ser multinível e multissetorial articulada e complementar, de modo a garantir a prevenção primária, secundária e terciária da violência. A investigação e formação de profissionais com competências para a intervenção também se tornam peças importantes no combate à violência e suas consequências negativas no bem-estar dos sujeitos envolvidos.

3.5 FATORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA PRATICADA CONTRA IDOSOS

O processo de violência contra o idoso ocorre principalmente no ambiente familiar (São Paulo, 2007) e diversos fatores de risco estão associados a ele. Raramente estes fatores de risco ou estressores são eventos isolados. Normalmente fazem parte de um ambiente complexo e, quando interligados, constituem-se em um mecanismo que age influenciando o indivíduo. Além disso, problemas de comportamento são, em sua maioria, resultantes da combinação de múltiplos fatores de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Algumas investigações têm identificado um conjunto de fatores que colocam os idosos em risco de sofrerem maus-tratos, no entanto, é preciso que tais fatores sejam associados à violência através de testes estatísticos e estudos de caso-controle de modo que demonstrem os mais importantes na identificação e prevenção da violência.

Desse modo, fez-se uma revisão sistemática da literatura para identificar os fatores de risco estatisticamente significativos e associados ao abuso de idosos

como uma forma de explorar a utilidade clínica destes fatores e, dessa forma, facilitar sua identificação e intervenção por profissionais de saúde.

A revisão consistiu na busca retrospectiva num intervalo temporal de 7 anos, nomeadamente as publicações durante o período de 2007 a 2013. Com a finalidade de atingir o objetivo proposto por esta revisão sistemática da literatura, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais os fatores de risco associados à violência praticada contra idosos?

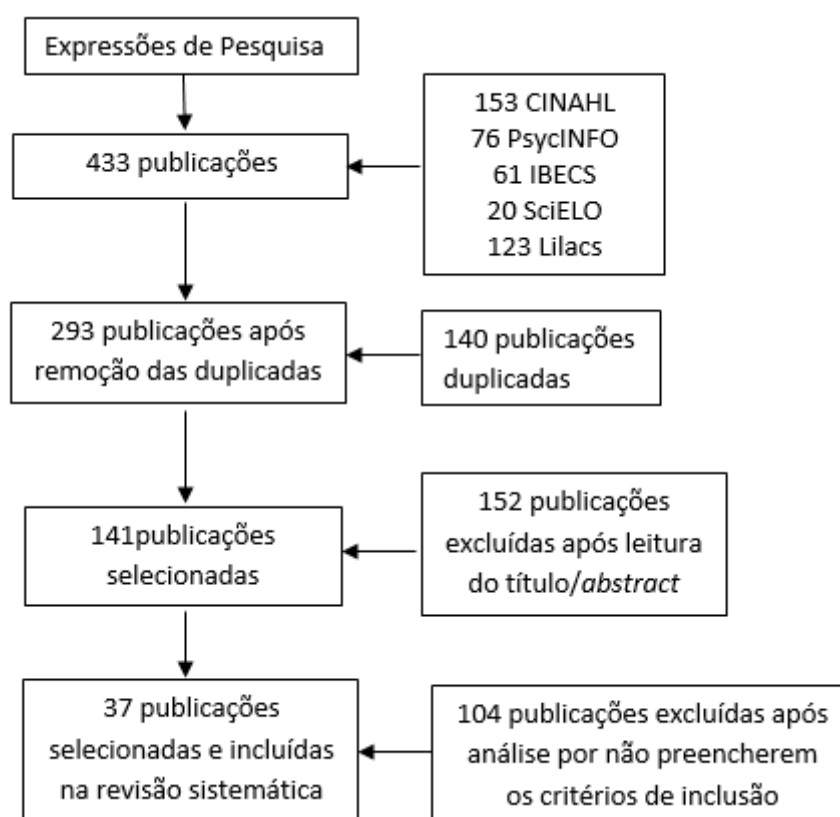
A pesquisa foi realizada utilizando as bases de dados CINAHL, PsycINFO, SciELO, IBECs e Lilacs para artigos publicado em inglês, português e espanhol. Na estratégia de busca utilizaram-se as palavras-chave “*Elder abuse*” e “*Elder mistreatment*” como sinônimos conjugadas com “*risk factors*”.

Os títulos e resumos (e, quando necessários, os artigos completos) foram avaliados por dois revisores para verificar a relevância dos estudos para a revisão. Os estudos considerados relevantes foram discutidos de modo a identificar se encontravam nos critérios de inclusão ou exclusão pré-determinados.

Os critérios de inclusão foram:

- Artigos publicados no período de 2007 a 2013.
- Estudos originais que abordem apenas a violência praticada contra idosos e fatores de risco associados.
- Estudos primários (experimentais e observacionais) com fatores de risco estatisticamente significativos.
- Estudos com idosos, considerando 60 anos ou mais para países subdesenvolvidos e 65 anos ou mais para países desenvolvidos.
- Estudos publicados em português, inglês ou espanhol.

Figura 6- Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados



Fonte: Próprio autor

A maioria dos estudos (vinte e dois) foi elaborada em países desenvolvidos, nomeadamente nos Estados Unidos da América (EUA), Espanha, Japão, Israel, Coreia do Sul, Hong Kong e Taiwan. Estes países, na sua maioria, consideram idosos aqueles que apresentam idade superior a 65 ou mais anos sendo que o EUA foi o país com mais publicações totalizando 12, seguido da Espanha e Israel, cada um com 3 estudos.

Quinze pesquisas foram elaboradas em países subdesenvolvidos e que consideram idosas as pessoas com idade superior a 60 ou mais anos, nomeadamente a China, Brasil, México, Tailândia, Egito, Irão e Nigéria. Os estudos foram desenvolvidos principalmente na China (7 estudos) e Brasil (3 estudos). Os demais países tiveram uma publicação cada.

Relativamente aos fatores de risco associados ao idoso (Tabela 3), a limitação funcional, especificamente a dificuldade na realização das atividades da vida diária (AVD's) foi o fator mais descrito e associado à violência em onze estudos

(Gómez-Ricárdez, Abrego e Llamas, 2007; Cohen et al., 2007; Lee, 2008; Cohen, 2008; Lowenstein et al., 2009; Pérez-Cárceles et al., 2009; Post et al., 2010; Amstadter et al., 2011; Zhang et al., 2011; Schiarnberg et al, 2012; Dong, Simon e Evans, 2012).

Os problemas comportamentais foram referidos em seis estudos (Sasaki et al., 2007; Pérez-Rojo et al., 2009; Yan e Kwok, 2010; Post et al., 2010; Zhang et al., 2011; Schiarnberg et al., 2012).

O estado de saúde do idoso foi abordado como fator de risco em três estudos (Gómez-Ricárdez, Abrego e Llamas, 2007; Pérez-Cárceles et al., 2009; Von Heydrich, Schiarnberg e Chee, 2012) e os problemas cognitivos, em específico, foram observados como fator de risco em três estudos (Lee, 2008; Garre-Olmo et al., 2009; Dong et al., 2011).

Algumas características sociodemográficas demonstraram associação à violência. Sete estudos constataram o sexo como um fator de risco, nomeadamente o sexo feminino (Dong, Simon e Gorbien, 2007; Cohen, 2008; Pérez-Cárceles et al., 2009; Chompunud et al., 2010; Friedman et al., 2011; Abath, Leal e Filho, 2012; Duque et al., 2012).

A idade avançada também foi um fator considerado de risco e estatisticamente significativo por quatro estudos (Nogueira, Freitas e Almeida, 2011; Cohen, 2008; Garre-Olmo et al., 2009; Rahman e Gaafary, 2012).

Os rendimentos foram associados à violência em oito estudos (Pérez-Cárceles et al., 2008; Lee, 2008; Rahman e Gaafary, 2012; Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini, 2011; Dong, Simon e Gorbien, 2008; Cadmus e Owoaje, 2012; Jogerst et al, 2012; Lowenstein et al, 2013).

O nível de habilitações esteve associado significativamente em seis estudos (Ricárdez, Abrego e Llamas, 2007; DeLiema et al, 2012; Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini, 2011; Dong, Simon e Gorbien, 2007; Cadmus e Owoaje, 2012; Lowenstein et al., 2009)

A etnia foi um fator de risco abordado em quatro estudos (DeLiema et al., 2012; Jogerst et al., 2012; Lowenstein et al., 2009; Hernandez-Tejada et al., 2013).

A ocupação do idosos também esteve associado à violência (Abath, Leal e Melo Filho, 2012; Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini, 2011; Yan e Chan, 2012) totalizando três estudos.

Três estudos discutiram sobre a relação do estado civil/situação conjugal com a violência (Abath, Leal e Filho, 2012; Garre-Olmo et al., 2009; Lowenstein et al., 2009).

A depressão no idoso foi um fator de risco encontrado também em três estudos (Dong e Simon, 2013; Garre-Olmo et al., 2009; Dong e Simon, 2010), assim como a solidão (Dong et al., 2007; Lowenstein et al., 2009; Dong e Simon, 2010) e o histórico de violência (Zhang et al., 2011; DeLiema et al., 2012; Yan e Chan, 2012).

Relativamente às características do cuidador (Quadro 2), a sobrecarga é o fator de risco mais associado à violência contra o idoso. Quatro estudos (Cohen et al., 2007; Lee, 2008; Pérez-Rojo et al., 2009; Yan e Kwok, 2011) citam que o fato do cuidador/familiar sentir-se com um maior encargo relativamente à prestação de cuidados ao idoso pode torná-los potencialmente abusivos.

Associado à sobrecarga está o estresse do cuidador/familiar, sendo, portanto, um fator de risco citado em dois estudos (Pérez-Rojo et al., 2009; Wang et al., 2009).

A dependência e/ou dificuldade financeira do cuidador foi abordado em três estudos (Lee, 2008; Chompunud et al., 2010; Von Heydrich, Schiamberg e Chee, 2012) assim como o abuso de álcool e/ou drogas pelo cuidador (Pérez-Cárceles et al., 2009; Jogerst et al., 2012; Von Heydrich, Schiamberg e Chee, 2012).

A associação da violência contra o idoso com problemas emocionais e/ou mentais do cuidador também foi observada em três estudos (Pérez-Cárceles et al., 2009; Chompunud et al., 2010; Von Heydrich, Schiamberg e Chee, 2012).

A idade do cuidador foi relacionada à violência em dois estudos (Sasaki et al., 2007; Nogueira, Freitas e Almeida, 2011).

O grau de parentesco com o idoso foi um fator abordado em três estudos (Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini, 2011; Abath, Leal e Filho, 2012; Rahman e Gaafary, 2012).

No que diz respeito às características do ambiente (Quadro 2), foram encontrados quatro fatores de risco, nomeadamente as relações familiares conflituosas, o baixo apoio social, a coabitação (principalmente com membros da família) e o viver em zona urbana.

As relações familiares conflituosas foram abordadas em dois estudos (Pérez-Cárceles et al., 2009; Chompunud et al., 2010). O viver com outros membros da família na mesma casa foi um fator de risco encontrado em seis estudos (Ricárdez, Abrego e Llamas, 2007; Pérez-Cárceles et al., 2009; Yan e Kwok, 2011; Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini, 2011; Nogueira, Freitas e Almeida, 2011; Duque et al., 2012). O baixo apoio social foi um fator de risco associado à violência em dez estudos (Ricárdez, Abrego e Llamas, 2007; Lee, 2008; Dong e Simon, 2008; Garre-Olmo et al., 2009; Dong e Simon, 2010; Vandecar-Burdin e Payne, 2010; Amstadter et al., 2011; Von Heydrich, Schiamberg e Chee, 2012; Yan e Chan, 2012; Dong e Simon, 2013). A habitação urbana foi discutida em dois estudos (Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini, 2011; Cadmus e Owoaje, 2012).

Quadro 2- Classificação dos fatores de risco associados à violência contra o idoso

Relacionados à Vítima	Relacionados ao Agressor	Relacionados ao Ambiente
Sexo	Idade	Relações familiares conflituosas
Idade	Sexo	Coabitação
Analfabetismo	Grau de Parentesco com o Idoso	Baixo Apoio Social
Presença de Doenças	Problema mental/psicológico	Habitação urbana
Limitação Funcional	Consumo álcool e drogas	
Estado Civil	Sobrecarga	
Ocupação	Estresse	
Rendimentos	Dependência Financeira	
Habilitações		
Histórico de Violência		
Problemas comportamentais		
Depressão		
Nacionalidade/etnia		
Solidão		
Problemas cognitivos		

Os fatores de risco associados à violência contra o idoso e que estão relacionados às características dos mais velhos (Quadro 2) são majoritariamente discutidos nos estudos. Foram encontrados 15 fatores de risco.

A limitação funcional foi o fator de risco mais discutido. O estudo de Schiamborg et al. (2012), por exemplo, através de um modelo de regressão logística demonstrou que os idosos residentes em lares que apresentavam uma ou mais limitações na realização das AVD's obtiveram maior risco de sofrer abuso físico do que os que não apresentavam tais limitações.

Nesse sentido, várias investigações anteriores constataram relação do estado funcional do idoso com a violência (Chintanawat, 2003; Podnieks, 1993; Lachs et al, 1997). Lachs e Pillemer (2004) afirmam que uma explicação para esta relação é que a declínio físico do idoso pode diminuir sua capacidade de defender-se ou escapar de uma situação potencialmente abusiva. Um estudo mais recente descobriu que a necessidade de assistência nas AVD's com índice de Katz foi associado com maior risco de abuso emocional (OR = 1,83, 95% CI = 1,24-2,71) e exploração financeira (OR = 2,00, IC 95% = 1,51-2,64), mas não com o abuso sexual, físico ou negligência do cuidador (Acierno, Hernandez e Amstadter, 2010).

Relativamente aos problemas comportamentais, no estudo de Yan e Kwok (2011) o comportamento agitado do idoso esteve associado apenas ao abuso verbal quando mediado pela sobrecarga do cuidador. Zhang et al. (2011) observaram que os pacientes com problemas de comportamento são 72% mais propensos a ser negligenciados do que aqueles sem problemas de comportamento e Pérez-Rojo et al. (2009) também constataram que a frequência de comportamentos agressivos e provocativos por parte dos idosos é um fator de risco para o abuso.

Shinoda-Tagawa et al. (2004) afirmam que idosos residentes em lares que são mais propensos a sofrer violência geralmente apresentam perturbações cognitivas e de comportamento e são verbalmente abusivos, além de ter um comportamento socialmente impróprio (Shinoda-Tagawa et al., 2004, p. 591). Por exemplo, idosos que vivem em lares com diagnóstico de Alzheimer ou com sintomas comportamentais provocantes como agressividade física/verbal

estavam em risco maior para os maus-tratos do que aqueles sem estes diagnósticos ou comportamentos (Burgess et al., 2000; Pillemer & Bachman-Prehn, 1991).

O estado de saúde do idoso mostrou-se importante fator de risco. O estudo de Ricárdez, Abrego e Llamas (2007) constatou que a presença de alguma enfermidade estava positivamente associada à violência (OR = 3,96; IC de 95%, 2,35-6,67; $p < 0,001$) e Pérez-Cárceles et al. (2009) abordam o fato de ocorrer uma piora recente no estado de saúde dos mais velhos como um fator de risco. Em concordância, Von Heydrich, Schiamburg e Chee (2012) sugerem que as condições crônicas de saúde (por exemplo, diabetes ou artrite) em idosos podem estar associadas às preocupações psicológicas do cuidador, incluindo o estresse e o sentir-se sobrecarregado que podem levar aos maus-tratos. Nesse contexto, o estudo demonstra que as doenças crônicas fisiológicas também contribuem para estados emocionais negativos nos mais velhos (por exemplo, depressão, raiva e ansiedade) que podem, por sua vez, aumentam a probabilidade de confronto com o cuidador, levando a episódios de violência (Von Heydrich, Schiamburg e Chee, 2012).

As pessoas mais velhas com problemas de saúde requerem uma grande dose de cuidado que aumenta a demanda, dependência e estresse sobre o cuidador (Lachs, Mark & Pillemer, 2004). Condições de saúde emocional e mental da vítima aumentam o risco de abuso de idosos (Wang, Berglund, & Kessler, 2000).

No que se refere aos problemas cognitivos, Lee (2008) observou que o déficit cognitivo foi ($\beta = 0,338$, $p < 0,001$) foi estatisticamente associada à violência contra o idoso. Logo, a gravidade do abuso de idosos é mais propensa a aumentar à medida que o grau cognitivo diminui. O estudo de Garre-Olmo et al. (2009) associou especificamente o abuso financeiro ao déficit cognitivo através da baixa pontuação no Mini-Mental State Examination (OR 50.85, 95% CI 50.78–0.94) e Dong et al. (2011) usando o mesmo instrumento associaram a violência em geral com o comprometimento cognitivo dos idosos (OR 2.97, 95% CI 1.93–4.57). Outros estudos também identificaram uma maior proporção de abuso de idosos em pessoas com comprometimento cognitivo e demência (Dong et al., 2009; Dyer et al., 2002; Choi e Mayer, 2000).

Dessa forma, Lee (2008) afirma que os idosos com perturbações cognitivas muitas vezes são abusados mais do que idosos com deficiência física. Nesse sentido, deve haver uma prioridade ao desenvolvimento e expansão dos programas de apoio aos idosos com prejuízo cognitivo.

As características demográficas dos idosos foram encontradas como fator de risco em sete publicações. O estudo de Chompunud et al. (2010) constatou que as mulheres são cinco vezes mais suscetíveis de sofrer violência que os homens e afirma que isto se deve ao fato de que as mulheres são mais dependentes financeiramente dos homens e por estarem mais dispostas a denunciar os maus-tratos sofridos. Relativamente à negligência em específico, Cohen (2008) afirma que o sexo feminino está mais sujeito a este tipo de maus-tratos (OR 1.80, IC 1.10–3.25). Dong, Simon e Gorbien (2007) ao avaliarem o abuso e negligência num sentido mais amplo, também constataam a relação do sexo com a violência (OR, 1.55, 95% IC 1.01-2.38, $p < 0.05$). No entanto, um estudo não obteve associação estatisticamente significativa entre o sexo do idoso e a violência (Nogueira, Freitas e Almeida, 2011). Outras pesquisas confirmam que as mulheres são na sua maioria as vítimas de abuso (Teaster, 2000).

A idade avançada foi outra característica sociodemográfica associada à violência em quatro estudos (Nogueira, Freitas e Almeida, 2011; Cohen, 2008; Garre-Olmo et al., 2009; Rahman e Gaafary, 2012). No entanto, outros dois estudos (DeLiema, 2012; Yan e Chan, 2012) obtiveram resultados opostos, uma vez que detectaram que os idosos de pouca idade (ou idosos “jovens”) eram mais suscetíveis a sofrer violência. Uma publicação do *National Research Council* (2003) americano também apresentou elementos de prova que a idade avançada e sexo feminino são os fatores associados ao abuso de idosos e negligência.

Um relatório recente denominado “*National Elder Abuse Incidence Study*” mostrou que o sexo feminino, ter um baixo nível de escolaridade e baixa renda foram frequentemente encontrados para serem fatores de risco associados aos maus-tratos e negligência (National Center on Elder Abuse, 2006).

Dentre os oito estudos que discutiram sobre os rendimentos como fator de risco, quatro deles citaram que a dificuldade econômica e/ou baixo rendimento

favorecem a violência (Pérez-Cárceles et al., 2008; Lee, 2008; Rahman e Gaafary, 2012; Dong, Simon e Gorbien, 2008; Jogerst et al., 2012) contra o idoso assim como a dependência financeira (Cadmus e Owoaje, 2012). No estudo de Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini (2011) constatou-se a renda mensal moderada como associada ao abuso. Lowenstein et al. (2013) investigaram os diferentes tipos de violência e observaram que o rendimento elevado estava associado ao abuso verbal e os idosos que possuíam rendimento baixo ou com recursos financeiros limitados eram mais suscetíveis à negligência.

No estudo de Ricárdez, Abrego e Llamas (2007) o analfabetismo esteve fortemente associado à violência familiar (OR = 2,15; $p = 0,005$) assim como o estudo de Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini (2011). Lowenstein et al. (2009) observaram que o baixo nível de habilitações estava fortemente associado ao abuso físico e sexual e verbal ($t = 2.415$; $p < 0.01$). O estudo de Dong, Simon e Gorbien (2008) constataram que as pessoas mais velhas com baixo nível de habilitações (1 a 6 anos de estudos) eram mais propensas a sofrer abuso e negligência (OR, 2.33, 95% CI 1.19-4.55, $p < 0.05$). No entanto, os estudos de DeLiema et al. (2012) e Cadmus e Owoaje (2012) observaram que os idosos que possuíam curso superior ou nível elevado de habilitações estiveram mais predispostos a sofrer abuso.

Dos quatro estudos que abordaram a etnia como fator de risco, apenas três obtiveram relação do aumento do risco de violência com o fato de serem populações minoritárias (DeLiema et al., 2012; Jogerst et al., 2012; Lowenstein et al., 2009). O estudo de DeLiema et al. (2012) observou que os imigrantes latinos nos Estados Unidos eram mais propensos a sofrer negligência quanto maior fosse o número de anos vividos como imigrante (OR = 1,05, $P = 0,02$). O estudo de Jogerst et al. (2012) mostrou que uma taxa mais elevada de maus-tratos está significativamente associada à maior população de hispânicos ($p < 0,01$). Lowenstein et al. (2009) ao analisar um estudo nacional em Israel sobre abuso e negligência de idosos observaram que os anciãos judeus eram mais suscetíveis a sofrer abuso verbal e negligência que os não-judeus, demonstrando também a associação da etnia com a violência. Hernandez-Tejada et al., 2013) obtiveram resultados em contraste com os demais, uma

vez que o relatório apontou que não existe associação dos maus-tratos com o fato de ser uma etnia minoritária.

Ainda relativamente às características sociodemográficas, nomeadamente a ocupação do idoso, no estudo de Abath, Leal e Filho (2012) obteve-se associação da ocupação, nomeadamente o fato de ser pensionista ou aposentado ($p < 0,001$) com a violência. Ghodousi, Maghsoodloo e Hoseini (2011) e Yan e Chan (2012) obtiveram associação entre o abuso de idosos e o fato de não estarem empregados ($p < 0,05$), o que aumenta o tempo de contato do ancião com o agressor favorecendo os maus-tratos.

No que diz respeito ao estado civil/situação conjugal, Abath, Leal e Filho (2012) verificaram que a ocorrência de maus-tratos é maior em idosos sem companheiro ($p < 0,001$). Garre-Olmo et al. (2009) também verificaram associação significativa do estado civil, especificamente os solteiros, com o abuso financeiro (OR 50.15, 95% CI=0.04–0.59). Lowenstein et al. (2009) constataram a prevalência maior da violência em idosos casados.

Dong e Simon (2013) observaram que a depressão estava estatisticamente associada aos maus-tratos em geral em idosos de igual forma naqueles que viviam em locais urbanos ou rurais. Garre-Olmo et al. (2009) observaram que os sintomas depressivos estavam associados especificamente ao abuso psicossocial. Um estudo europeu recente sobre indicadores de abuso de idosos observou que os participantes com depressão tiveram um OR de 1,3-2,7 de sofrer abuso em comparação com os participantes sem depressão (Coper et al., 2006).

A solidão é um dos principais indicadores de bem-estar social e muitas vezes manifesta-se por intensos sentimentos de vazio, abandono e desamparo (Meis, 1985). O sentimento de solidão no idoso provoca consequências na sua qualidade de vida e alguns estudos associam-na à ideação suicida (Stravynski e Boyer, 2001) e, conseqüentemente ao aumento da mortalidade. O estudo de Dong et al. (2007) afirma que sentimentos de solidão podem refletir ainda mais a vulnerabilidade e dependência, o que pode dar origem a condições que contribuem significativamente para o risco de maus-tratos nos mais velhos (Dong et al, 2007). Os estudos de Lowenstein et al. (2009) e Dong e Simon (2010) também observaram que a solidão é um fator de risco para a violência.

O sentir-se solitário foi encontrado como fator de risco em outros estudos (Shugarman et al., 2003), assim como o relacionamento familiar conflituoso, o baixo apoio social e problemas de memória de curto prazo (Shugarman et al., 2003).

A vitimização anterior por parte do idoso esteve relacionada à violência em três estudos (Zhang et al., 2010; DeLiema et al., 2012; Yan e Chan, 2012). O fato de serem vítimas de abuso físico e sexual (OR = 13,1, P <0,001), violência financeira (OR = 2,93, P = 0,02) (DeLiema et al., 2012) assim como a negligência (Zhang et al., 2010) em algum período da vida estiveram associadas aos maus-tratos quando mais velhos. Yan e Chan (2012) observaram que os idosos que haviam testemunhado casos de violência entre os pais durante a infância eram mais propensos a sofrer violência por parte de parceiros íntimos.

Relativamente às características do cuidador, a sobrecarga foi o fator de risco mais discutido nos estudos. Lee (2008) afirma que os cuidadores que experimentaram um maior nível de sobrecarga eram mais propensos a abusar dos membros mais velhos da família ($\beta=0.246$, $p<0.001$). Cohen et al. (2007) citam que uma possível explicação para explicar dados como este seria que situações de alto estresse (como o sentir-se sobrecarregado) estimula o risco de violência. Yan e Kwok (2011) analisaram a sobrecarga percebida pelos cuidadores de idosos com demência e obtiveram uma correlação significativa com os maus-tratos. Lee e Kolomer (2005) também constatam que a sobrecarga do cuidador está relacionada ao abuso de idosos, assim como o comprometimento cognitivos, a limitação funcional e o uso de serviços formais (Lee e Kolomer, 2005).

Relativamente ao estresse do cuidador/familiar, os estudos de Pérez-Rojo et al. (2009) e Wang et al. (2009) observaram que as características estressantes resultantes do comportamento agressivo e provocativo do idoso é um bom preditor para o abuso dos mais velhos. Dessa forma, Zhang et al. (2011) afirmam que é possível que algumas características presentes nos idosos podem ser consideradas como "perturbadoras" para seus cuidadores, pois podem aumentar significativamente o estresse dos mesmos, levando à violência.

A dependência financeira do cuidador em relação ao idoso, ao ser discutido no estudo de Lee (2008), é demonstrada que esta dificuldade financeira do cuidador/familiar é significativamente associada à violência ($\beta = -0,102$, $p < 0,01$) e, dessa forma, os maus-tratos foram menos relatados pelos cuidadores que consideraram ter os recursos econômicos adequados. Nesse sentido, é necessário que existam programas do governo que visem o apoio financeiro para as famílias com idosos, principalmente os que possuem algum tipo de deficiência (Lee, 2008).

Há alguma evidência de que os autores de maus-tratos físicos a idosos são mais propensos a ter histórico de abuso de álcool (Pillemer e Suito, 1992; Reay & Browne, 2001) e de ter sido vítima de maus tratos na infância (Reay & Browne, 2001).

A idade do cuidador também se mostrou um fator de risco relevante. Sasaki et al. (2007) observou a relação dos maus-tratos com os filhos adultos (OR=2.69, 95% CI=1.23–5.89, $p=0.013$) e Nogueira, Freitas e Almeida, (2011) obtiveram associação do agressor ser maior ou menor de idade ($p=0,021$).

Relativamente ao grau de parentesco do cuidador com o idoso, Abath, Leal e Filho (2012) observaram que a maioria dos agressores eram familiares. Rahman e Gaafary (2012) também constataram que a violência praticada por membros da família é um fator de risco, sendo que as noras, genros e filhos são os perpetradores que predominam e, além disso, não houve associação significativa quando o cuidador é o cônjuge.

Nesse sentido, configura-se o quadro de que a violência ocorre principalmente entre pessoas da mesma família (Brasil, 2001). Em diversas pesquisas que estudaram a violência doméstica contra a pessoa idosa (Ruiz Sanmartín et al., 2001; Alencar, 2005; Gaioli e Rodrigues 2008) o mesmo resultado foi observado.

Outros fatores também foram discutidos relativamente às características do cuidador, nomeadamente a escolaridade, o histórico de violência, a depressão/ansiedade e o sexo. Não houve clara associação do sexo dos perpetrados com o abuso de idosos, pois apesar de dois estudos (Nogueira, Freitas e Almeida, 2011; Abath, Leal e Filho, 2012) terem encontrado

associação entre o sexo e a violência, os resultados foram opostos. No estudo de Nogueira, Freitas e Almeida (2011) observou-se uma associação positiva entre o sexo do agressor ($p=0,019$) e a violência praticada contra o idoso, sendo que foram majoritariamente homens. Em contraposição, o estudo de Abath, Leal e Filho (2012), apesar de encontrar associação do sexo do agressor com a violência, obtiveram uma proporção maior de agressores do sexo feminino.

No que diz respeito às características do ambiente, o baixo apoio social foi o fator de risco mais abordado nos estudos. Dong e Simon (2013) observaram que menores níveis de apoio social é um fator de risco significativo para os maus tratos em populações idosas rurais (OR, 1.19, 95% IC, 1.08-1.31) e urbanas (OR, 1.11, 95% IC, 1.4-1.19). Logo, os níveis mais baixos de apoio social estão associados com o aumento do risco de abuso, tanto em idosos que vivem em áreas urbanas como rurais.

Garre-Olmo et al. (2009) observaram que o isolamento social estava associado especificamente ao abuso psicológico e à negligência, demonstrando que a falta de apoio, principalmente de uma pessoa de confiança, é uma variável importante como sendo fator de risco para a violência contra os idosos. Nesse contexto, Vandecar-Burdin e Payne (2010) afirmam que os idosos que não socializam regularmente eram mais propensos a ser vítima do que aqueles que se socializam de forma consistente com amigos e/ou familiares.

Estudos anteriores avaliaram a percepção dos cuidadores no que diz respeito ao apoio social prestado ao idoso e à família e no estudo de Pritchard (1999), os cuidadores que relataram pouco apoio social informal de membros da família eram mais propensos a abusar dos idosos que recebiam seus cuidados. Além disso, os cuidadores que relataram não ter serviços formais, tais como serviços de enfermagem no domicílio, eram cada vez mais prováveis de maltratar idosos (Phillips, Ardon e Briones, 2000). Dessa forma, o baixo apoio social tanto para o idoso como para o cuidador é um fator de risco para a violência (Fulmer et al., 2005; Chokkanathan e Lee, 2005).

As relações familiares conflituosas e a coabitação, ou seja, o viver idoso e cuidador/familiar na mesma casa, são fatores de risco também discutidos. Duque et al. (2012) verificaram uma importante relação do arranjo familiar com

a violência doméstica, pois a prevalência de violência foi maior entre os que moravam com um número maior de habitantes. Desse modo, percebe-se a consonância com diversos estudos que afirmam que os idosos que convivem com maior número de pessoas no domicílio foram mais vitimizados (Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim, 2008; Apratto Júnior, 2010). Oh et al. (2006) corroboram com os estudos analisados e constataram que os idosos que afirmam ter uma relação "muito ruim" com os membros da família são mais propensos a ser abusado, em comparação com outros anciãos.

Os centros urbanos mostraram-se como um fator de risco em dois estudos. No estudo de Cadmus e Owoaje (2012) o modelo de regressão logística obteve associação positiva da violência com o fato dos idosos viverem em centros urbanos (OR: 3.4, 95% IC: 2.05–5.74, $p=0.000$).

Um estudo chinês anterior (Dong & Simon, 2010) sugere que os idosos que vivem em locais rurais têm diferenças significativas nas características de saúde e bem-estar em comparação com idosos que vivem em centros urbanos. Mais especificamente, pessoas mais velhas que vivem em ambiente rural têm níveis significativos de baixa qualidade de vida e apoio social e níveis mais elevados de depressão e solidão.

No entanto, a maioria das pesquisas anteriores não tem dado atenção suficiente para as diferenças rurais e urbanas no que diz respeito ao risco de violência contra idosos e não há conhecimentos suficientes sobre as diferenças sociodemográficas, econômicas, psicológicas e sociais associadas aos maus-tratos em ambientes urbanos e rurais (Dong e Simon, 2013).

Nesse contexto, observa-se a natureza multifatorial da violência praticada contra idosos, uma vez que envolve diversos fatores de risco. No entanto, existem algumas limitações na avaliação dos resultados, uma vez que na sua grande maioria não podem ser generalizados para a população, pois alguns estudos são aplicados em ambiente específicos, como lares de idosos. Além disso, alguns instrumentos utilizados para avaliar a violência não abordam todos os tipos de abuso e também ainda necessitam de investigações mais aprofundadas e validadas.

3.6 INSTRUMENTOS DE RASTREIO DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

O conceito de triagem ou rastreio vem da epidemiologia. É a busca em pessoas assintomáticas de algum sinal ou sintoma que possa ser indicativo de uma provável doença. Após o rastreio, essas pessoas são encaminhadas para uma avaliação mais adequada e aí será feito ou não o diagnóstico (Menezes e Santos, 1999).

Em outras palavras, sua finalidade é a identificação precoce de risco de uma doença ou distúrbio para que o tratamento precoce possa ser iniciado, resultando em uma diminuição nas taxas de mortalidade e morbidade da doença relacionada (United States Preventive Services Task Force, 1996). Em relação ao abuso de idosos, Yaffe et al., (2008) observam que as ferramentas de rastreio podem chamar a atenção para casos que merecem uma investigação mais aprofundada por um profissional capacitado.

Fulmer et al. (2004) afirmam que a necessidade de critérios de avaliação dos maus tratos em idosos evoluiu a partir de três fatores principais: a responsabilidade pela identificação muitas vezes caindo para o profissional de saúde, o despreparo dos profissionais para realizar esta avaliação, assim como a necessidade de mais pesquisas sobre os maus tratos para facilitar a prática. Além disso, os idosos são duas a três vezes mais propensos a visitar um profissional de saúde do que indivíduos mais jovens e a identificação dos mesmos, quando maltratados ou em situação de risco, juntamente com o início da intervenção, em muitos casos pode ser alcançado em um ambiente de cuidados de saúde (Fulmer et al., 2004).

Nesse contexto, ferramentas de rastreio têm sido sugeridas como um método para auxiliar os profissionais a detetar o risco de abuso de idosos (Fulmer et al., 2005) e essas ferramentas devem ser capazes de destacar situações potenciais de abuso que pode levar a uma investigação mais aprofundada posteriormente. A capacidade dos instrumentos de triagem para detetar o abuso potencial é particularmente importante, pois muitos profissionais lutam para reconhecer o abuso de idosos (Kennedy, 2005; Cooper et al., 2008; Perel-Levin, 2008). Os diversos instrumentos têm sido desenvolvidos ao longo dos anos na tentativa de uniformizar conceitos e contribuir para o progresso da

prática e pesquisa desse problema de saúde que tem ganhado grandes proporções.

A Organização Mundial da Saúde afirma que um instrumento de triagem para o abuso de idosos deve ser "prático, fácil de aplicar, ter formulação adequada e clara, adequados para diferentes contextos e mostrar uma alta taxa de sensibilidade" (WHO, 2008).

Phelan e Treacy (2011) discutiram os principais instrumentos de triagem para a violência praticada contra os idosos e observaram que as ferramentas de triagem para o abuso não fornecem a identificação definitiva do fenômeno, mas destacam o risco de ou potencial para o abuso. Assim, identificaram as seguintes ferramentas de rastreio:

- The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
- Vulnerability Abuse Screening Scale
- The Elder Assessment Instrument
- The Indicators of Abuse Screen
- The Brief Abuse Screen for the Elderly
- The Caregiver Abuse Screen
- The Elder Abuse Suspicion Index
- Elder Psychological Abuse Scale
- Caregivers Psychological Elder Abuse Behaviour Scale
- Older Adult Psychological Abuse Measure
- The Older Adult Financial Exploitation Measure

Paixão e Reichenheim (2006) numa revisão sistemática da literatura identificaram 81 estudos que utilizaram 17 instrumentos diferentes para rastreio da violência. Verificaram que todos os instrumentos são de língua inglesa, embora alguns fossem de outros países que não os Estados Unidos, como, por exemplo, o Brief Abuse for the Elderly (BASE), Caregiver Abuse Screen (CASE), Indicators of Abuse Screen (IOA) do Canadá e o Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) da Austrália. Excetuando-se o Conflict Tactics Scale (CTS-1) e Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/ EAST), nenhum outro instrumento foi avaliado fora de sua cultura original. O VASS é resultado da avaliação psicométrica do H-S/EAST, concebido nos Estados

Unidos (Paixão Jr e Reichenheim, 2006). Estes autores identificaram os seguintes instrumentos:

- Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol (AKRON)
- Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)
- Caregiver Abuse Screen (CASE)
- Conflict Tactics Scale (CTS-1)
- Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES)
- Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses (EAAPN)
- Elder Abuse Assessment Tool (EAI – FULMER)
- HALF (HALF)
- High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG)
- Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)
- Fulmer Restriction Scale (FRS)
- Indicators of Abuse Screen (IOA)
- Health Status Risk Assessment (JOHNSON)
- QUALCARE Scale (QUALCARE)
- Risk of Elder Abuse in the Home (REAH)
- Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT)
- Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)

Nesta revisão, alguns instrumentos (seis), além da vítima potencial, também avaliam violência sob a perspectiva do cuidador, que, no caso dos instrumentos encontrados (CTS-1, HALF, IOA, QUALCARE Scale – QUALCARE –, REAH, SCREENPROT), é um agressor em potencial. Dois se restringem ao cuidador como fonte de informações de violência contra o idoso (CASE e DAVIES). A maioria das ferramentas foi concebida para uso em serviços, mas quatro instrumentos (Fulmer Restriction Scale – FRS –, IOA, QUALCARE e REAH) são propostos para utilização em ambiente domiciliar (Paixão Jr. e Reichenheim, 2006).

Os instrumentos mais utilizados em estudos de avaliação de risco são aqueles que se adequam melhor à cultura e que apresentam características psicométricas satisfatórias com melhor confiabilidade e fidedignidade.

Um dos primeiros instrumentos a ser desenvolvido para avaliar a violência praticada contra idosos, foi em 1984 por Fulmer, Street e Carr (1984) denominado **Elder Assessment Instrument** (EAI). Assim como os demais, é um instrumento a ser aplicado por profissional de saúde treinado, uma vez que possui uma avaliação física para avaliar a possibilidade de ocorrência do abuso. O teste leva entre 12-15 minutos para ser concluído e abrange tanto a avaliação subjetiva quanto objetiva. Os constituintes da ferramenta de triagem são derivados da literatura que propõe fatores causais para o abuso de idosos, mas também acomoda indicadores de outros domínios no espectro de violência familiar (Phelan e Treacy, 2011). Estudos psicométricos mostram um índice de validade de conteúdo de 0,83, concordância interobservadores de 0,83, sensibilidade de 71% e especificidade de 93% (Fulmer et al., 2004).

Anteriormente ao EAI, Straus (1978) desenvolveu o **Conflict Tactics Scale** (CTS), que apesar de não ser específico para idosos, tem sido utilizado para detectar se um indivíduo foi ameaçado ou agredido. Trata-se de um instrumento amplamente adotado em diversos estudos e pode detectar critérios para abuso físico e agressão verbal, mas não trata de negligência (Fulmer et al., 2004). Relativamente aos idosos, alguns estudos têm mostrado alguma utilidade do CTS em detectar abuso em idosos sem problemas cognitivos (Cooper et al., 2008b; Cooper et al., 2009b).

Outro instrumento é o **Hwalek Sengstock Elder Abuse** (HS/EAST), que foi desenvolvido a partir de um estudo mais amplo, o qual envolveu agrupamento e classificação de 1.000 itens por um grupo de peritos membros do Institute of Gerontology na Wayne State University (Sengstock e Hwalek, 1986). Resultou em um instrumento de 15 itens e apresentou três fatores: a) violação dos direitos pessoais; b) fatores contextuais que contribuem para a vulnerabilidade da pessoa idosa e; c) circunstâncias de abuso potencial (Neale et al., 1991).

A validade de construto foi demonstrada como uma pontuação de três ou mais pontos refletia em risco de abuso, exploração ou negligência (Neale et al., 1991). Além disso, análise discriminante demonstrou que seis dos quinze itens foram preditivos da presença potencial de abuso de idosos. Como tal, o H-S EAST é uma ferramenta de rastreio breve, que pode ser adequado para uso em vários ambientes. Em resumo, esta ferramenta (Sengstock e Hwalek, 1986)

é um breve instrumento que demonstrou alguns resultados promissores no rastreamento de abuso de idosos. No entanto, houveram algumas preocupações sobre sua capacidade de distinguir entre abuso e não-abuso, os tipos de abuso e a necessidade de aperfeiçoamento das propriedades psicométricas da ferramenta tem sido observada (Phelan e Treacy, 2011).

O instrumento denominado ***Vulnerability to Abuse Screening Scale*** (VASS) é resultado da avaliação psicométrica do H-S/EAST. Foi concebido na Austrália e avaliado em uma amostra de 12 mil sujeitos, representativa da população de mulheres idosas. A validade de construto foi examinada através de correlações com variáveis sócio-demográficas, psicológicas e relacionadas à saúde, bem como via análise fatorial (Paixão Jr. e Reichenheim, 2006). O VASS demonstrou moderada a boa consistência interna como ferramenta de triagem breve. Em termos dos quatro fatores encontrados, a validade do construto considerou que existe relação entre os quatro fatores e variáveis psicossociais hipotéticas como associados com o abuso. Assim, Schofield e Mishra (2003) afirmam que, embora o VASS seja uma expansão do HS/EAST e tenha sido usado em grande amostra, ele permanece relativamente não testado e trabalho adicional precisa ser realizado para determinar seu valor preditivo. A vulnerabilidade estava intimamente relacionada ao estresse, especialmente nos relacionamentos íntimos, enquanto negativamente associado com o suporte social (Schofield e Mishra, 2003)

Reis e Nahmiash, em 1995, desenvolveram o ***Brief Abuse Screen for the Elderly*** (BASE) resultado de um projeto de grande dimensão voltado para o abuso de idosos e possíveis intervenções, denominado *Project Care*. O BASE é uma ferramenta que contém cinco perguntas para sensibilizar aqueles que a usam para a possibilidade de detectar o abuso de idosos. Tem a vantagem de levar cerca de um minuto a completar por um profissional treinado (Phelan e Treacy, 2011).

Os mesmos autores, no mesmo ano, validaram o ***Caregiver Abuse Screen*** (CASE). Trata-se de um instrumento voltado para cuidadores e concentra-se em detectar abuso físico, psicológico, financeiro, bem como negligência. A saúde e circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com frequência, intimamente ligadas àquelas das vítimas, e a experiência clínica sugere que o

reconhecimento da díade cuidador-idoso e a intervenção direta nesse relacionamento oferecem mais possibilidades de quebrar-se um eventual ciclo de violência em curso (Fulmer et al., 2004). As perguntas são orientadas para uma suspeita de um dos tipos de abuso, sem referência específica a determinados comportamentos de abuso (Phelan e Treacy, 2011). Perel-Levin (2008) afirma que embora esta ferramenta possa facilitar a difícil tarefa de entrevistar uma pessoa suspeita de abuso, ele assume apenas a perspectiva do cuidador e ignora a do idoso. Um estudo brasileiro (Reichenheim, Paixão e Moraes, 2009) indicou algumas preocupações em relação à dimensionalidade do instrumento, no entanto, sugere-se que, com algumas melhorias e aperfeiçoamentos do CASE pode 'mostrar correlações mais fortes com as variáveis externas e, assim, aumentar ainda mais o suporte para sua validade e, por extensão, sua equivalência de mensuração '(Reichenheim, Paixão e Moraes, 2009).

Reis e Nahmiash (1998) desenvolveram ainda o ***Indicators of Abuse Screen*** (IOA) a ser utilizado por profissionais treinados para diferenciar situações potenciais de abuso e não-abuso. Este instrumento foi resultado de uma revisão de indicadores relacionados às características do cuidador, do cuidado prestado e do relacionamento interpessoal entre o idoso e cuidador (Reis e Nahmiash, 1998). Verdadeiros positivos para o abuso foram identificados em 78 a 84,4 por cento dos idosos rastreados enquanto os casos de não-abuso foram identificados em 99,2 por cento das pessoas rastreadas (Reis e Nahmiash, 1998). Cohen et al. (2006) aplicaram o IOA no ambiente hospitalar em uma amostra de 108 idosos e apresentou boa confiabilidade, no entanto, os autores afirmam que o instrumento tem se mostrado fraco na área do abuso financeiro.

Um instrumento mais recente e elaborado após uma revisão da literatura sobre abuso de idosos, juntamente com considerações sobre obstáculos para reconhecê-lo, busca de ferramentas de rastreio existentes e as características da triagem usada por médicos foi desenvolvido por Yaffe et al. (2008) e denominado de "***Elder Abuse Suspicion Index***" (EASI). De acordo com a OMS (2008), esta ferramenta foi projetada para médicos com o objetivo de que

iria contribuir para uma decisão mais acertada de submeter o idoso a uma investigação mais aprofundada caso houvesse suspeita de abuso.

Apesar da ênfase dada à importância da utilização de instrumentos para a detecção de abuso em idosos (Podnieks, 1993; Bass et al., 2001), não há protocolos ou instrumentos universalmente aceitos para a triagem ou avaliação da violência doméstica nessa população (Lachs, 1995). Segundo Rosenblatt (1996), isso se explica pela complexidade do problema. As definições sobre abuso diferem, por vezes, em um mesmo país. A raridade de pesquisas na área de violência contra idosos tem como consequência o parco conhecimento sobre os fatores de risco correlatos e a pouca clareza sobre os marcadores de violência que devem ser identificados através dos instrumentos de rastreamento e de avaliação (Paixão e Reicheheim, 2006).

Em suma, a barreira mais significativa no desenvolvimento preciso de instrumentos de rastreio e avaliação da violência é a falta de um critério-padrão para o diagnóstico ou validação de maus-tratos. A ausência de um marcador conclusivo ou teste clínico faz o diagnóstico ser dependente de um conjunto de dados subjetivos e objetivos que os clínicos experienciam e devem analisar juntamente com membros treinados de equipes de associações de proteção ao idoso ou funcionários da justiça (Fulmer et al., 2004).

3.7 A FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA

A família constitui um sistema dinâmico e complexo influenciado constantemente pelo meio histórico, cultural e social. Cada família possui características específicas e o processo de adaptação e interação dos seus membros varia, principalmente quando há necessidade de mudanças na dinâmica familiar como, por exemplo, em caso de doença ou morte de um integrante.

Nesse contexto, Nave e Jesus (2005) afirmam que a família é o princípio e o fim da vida relacional (afetiva e social) do ser humano e é constituída por um grupo de pessoas que partilham determinadas funções e papéis, com vista a objetivos comuns de equilíbrio e desenvolvimento. É um sistema social em rede, com estrutura, organização e cultura própria, regido por um conjunto de

regras, valores e crenças que lhe conferem identidade própria. Os autores afirmam ainda que pensar sistematicamente na família, implica atender às interações internas ao longo das diversas fases do ciclo vital individual e familiar, em permanente relação com o exterior (Nave e Jesus, 2005).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2002) descreve a família como o “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo”.

Nesse contexto, decidir como avaliar o sistema da família é uma tarefa difícil e preocupante. Quem faz parte desse sistema e qual o efeito que a família tem em um paciente pode ser enigmático (Shortridge-Baggett, Malmgreen e Wantroba, 2004). Por isso, a funcionalidade familiar é complexa e difícil de estudar de acordo com Fisher (1994), uma vez que a dinâmica familiar não pode ser "explicada quimicamente" e o estudo da família ainda é, na melhor das hipóteses, uma ciência inexata.

A *Funcionalidade Familiar* é descrita, segundo Mazza e Lefevre (2005), em termos da adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução da família junto aos seus membros. Nesse contexto, é o movimento das relações familiares que vão se estabelecendo no interior das famílias no decorrer de sua história (Mito e Stamm, 2003).

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório (Mazza e Lefevre, 2005). Desta forma, no que se refere ao idoso, compreende-se ser fundamental a compreensão da dinâmica familiar para o planejamento assistencial adequado a ele, o que implica na percepção das questões que envolvem todo o contexto e funcionamento das famílias em geral.

Dessa forma, tem-se tentado utilizar ferramentas para avaliar a dinâmica familiar, no entanto, o uso de instrumentos padronizados não é universal na avaliação clínica. Bray (1995), por exemplo, afirma que não há consenso com relação às teorias da funcionalidade da família; a partir daí os médicos podem ser relutantes em usar ferramentas padronizadas. Duas outras razões oferecidas seriam a percepção de que os métodos de avaliação estruturados têm pouca utilidade na prática clínica e o fato de que a maioria dos instrumentos de avaliação da família foi desenvolvido como ferramentas de pesquisa, não necessariamente para a prática clínica.

O APGAR familiar, por exemplo, foi desenvolvido em 1978 por Gabriel Smilkstein com o objetivo de fornecer informações úteis sobre o funcionamento familiar e, para isso, define família em termos de compromisso e partilha de recursos, tais como tempo, espaço e finanças (Smilkstein, 1978). Assim, o APGAR familiar adota o termo família como “um grupo psicossocial que consiste de uma ou mais pessoas, crianças ou adultos, em que há um compromisso para com os membros de apoiar uns aos outros” (Smilkstein, 1978; Smilkstein, 1980).

O acrônimo APGAR, proveniente da língua Inglesa, significa *Adaptation* (Adaptação – grau de satisfação de acordo com a atenção recebida), *Participation* (Participação – satisfação com a comunicação e a participação na resolução de problemas), *Growth* (Crescimento – satisfação do membro com a liberdade para a mudança de papéis e início de novas atividades), *Affection* (Afeição – satisfação do membro com a interação emocional na família), e *Resolution* (Resolução – como o tempo é compartilhado) (Martini et al., 2007). A pontuação deste instrumento varia de zero a vinte, sendo que quanto mais elevado for o escore, melhor a funcionalidade familiar. Pontuações entre zero e oito indicam elevada disfunção familiar (disfunção severa), entre nove e doze, moderada disfunção familiar e entre 13 e 20 pontos funcionalidade familiar normal (Duarte, 2001).

O sistema familiar funcional é aquele no qual o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas visando estabilidade emocional, buscando soluções por meio de recursos próprios e de forma adequada. Os membros da família têm capacidade de harmonizar suas próprias funções em relação aos

outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes (Ministério da Saúde, 2006). Já os sistemas familiares disfuncionais são aqueles nos quais não existe um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros, priorizando os interesses particulares em detrimento do grupo, não assumindo seus papéis dentro do sistema (Ministério da Saúde, 2006).

Em concordância, Lidchi e Eisenstein (2004) afirmam que, quanto ao seu nível funcionalidade, pode-se afirmar que se está perante uma família funcional, quando esta é “predominantemente afetuosa, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, porém com limites e fronteiras claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante as dificuldades da vida ou doenças intercorrentes”.

Relativamente ao idoso, alguns estudos utilizaram o APGAR familiar para avaliar a funcionalidade familiar na percepção dos mais velhos (Ocampo et al, 2006; Peng et al, 2009; Santos, Pavarini e Barham, 2011). O estudo de Ocampo et al (2006) realizado na Colômbia, observou que 29,4% apresentavam disfunção familiar, sendo que destes, 7,3% era considerada como disfunção severa. Um outro estudo realizado no México (Fálcon-Guadalupe e Ortíz-Nelly, 2007), os autores encontraram que 65,2% dos idosos relataram boa funcionalidade familiar e 34,8% disfunção familiar, seja ela moderada ou elevada. Além disso, houve maior disfunção familiar em relação ao sexo feminino, idosos com 70 anos ou mais, viúvos, com baixa escolaridade, com quatro filhos ou mais e que trabalhavam dentro de casa. Concluíram que quando há variáveis que favorecem a marginalidade social tais como o sexo feminino, a viuvez e o baixo nível socioeconômico (baixa escolaridade), o núcleo familiar tende a ser visto como disfuncional pelos idosos (Fálcon-Guadalupe e Ortíz-Nelly, 2007).

Posto isto, no que se refere ao contexto familiar dos idosos, observa-se que as famílias passaram por profundas transformações nas últimas décadas, conseqüentemente, tornaram-se menores e com um maior número de idosos em sua composição. Logo, os membros mais velhos e frágeis estão vivendo

por mais tempo, o que significa uma convivência familiar intergeracional mais prolongada (Silva et al., 2013).

Diante disso, observa-se que a família constitui o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade (Redante et al., 2005), pois são as relações familiares as que os idosos vivem com mais intensidade, e a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações no seu bem-estar e respectiva qualidade de vida (Costa, Coelho e Oliveira, 2007).

Para garantir essa boa estrutura familiar, tem havido a necessidade de reorganização dos membros da família de modo a que possam atender às necessidades de cuidados dos idosos. No entanto, embora a estrutura familiar mais frequentemente encontrada para idosos morando na comunidade seja a família intergeracional, não há certeza de que as famílias estejam aptas para assumir o papel de cuidadora do idoso (Pavarini et al., 2009).

É inegável o importante papel que é atribuído às redes familiares e têm-se assistido atualmente à progressiva substituição do papel familiar pelas chamadas redes sociais de apoio, nomeadamente as instituições para idosos, que representam um recurso importante para a qualidade de vida dos mesmos (Martins, 2004) e muitas vezes, afeta a satisfação do idoso relativamente à assistência prestada por outros membros da família e, conseqüentemente, a própria funcionalidade familiar.

Para além disso, o papel substancial que a família assume no cuidado com os segmentos dependentes expõe dificuldades no relacionamento familiar, por enfrentarem o cuidado do idoso com limitações (físicas ou cognitivas), precária condição socioeconômica, ambiente intergeracional desfavorável e o conhecimento insuficiente sobre o envelhecimento pelos mais jovens (Souza, Skubs e Brêtas, 2007). Fatores como estes podem provocar o surgimento de situações de estresse e desarmonia no ambiente familiar e, por consequência, levar a casos de maus-tratos contra idosos.

No passado, muitas sociedades tradicionais consideravam a harmonia familiar como um elemento importante das relações familiares. Esta veneração da família foi reforçada pelas tradições filosóficas e políticas públicas. Na

sociedade chinesa, por exemplo, foi imerso em um sistema de valores que deu grande importância à "piedade filial". O abuso de idosos não foi reconhecido e, na verdade, não era denunciado. Estas tradições exercem a sua influência até hoje (WHO, 2002). Estudos realizados nos Estados Unidos em atitudes em relação ao abuso de idosos revelou que os cidadãos de origem coreana acreditavam que a harmonia familiar deve prevalecer sobre o bem-estar individual e que este critério foi usado como um padrão para determinar se uma determinada conduta pode ser considerada como um ato de abuso (Moon e Williams, 1993). Da mesma forma, as pessoas de origem japonesa acreditavam que o "grupo" era primordial e que o bem-estar de uma pessoa deve ser sacrificado em busca do bem do grupo (Tomita, 1999).

A necessidade da adaptabilidade às mudanças de papéis e funções na relação familiar pode desencadear situações de estresse, ruídos e alterações na dinâmica da família (Gonçalves et al., 2011) desencadeando num processo mais complexo que é a violência.

Este processo ocorre principalmente no ambiente familiar. Silveira, Caldas e Carneiro (2006) afirmam que a nova arrumação de papéis, decorrente da mudança no ritmo de vida da família ou do surgimento de uma doença, não se faz sem crise, pois desequilibra a estabilidade familiar, uma vez que são postos em xeque os mitos, padrões e crenças característicos de cada sistema familiar.

3.8 CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO E A VIOLÊNCIA

A avaliação da capacidade funcional possibilita conhecer o perfil de idosos, quanto à sua funcionalidade em atividades cotidianas, o que permite identificar situações que precisam de intervenções para promoção de saúde, a fim de adiar as incapacidades inerentes ao envelhecimento (Fiedler e Peres, 2008).

Como já citado anteriormente, o processo natural do envelhecimento, associado às doenças crônicas, pode favorecer a incapacidade funcional. Isso leva a um aumento da vulnerabilidade dos idosos, o que os deixa, assim, mais suscetíveis a sofrer, por exemplo, maus tratos (Laumann et al., 2008).

O estudo de Dong, Simon e Evans (2012), avaliou a associação entre o declínio na função física em idosos e a violência sofrida na cidade de Chicago (EUA) e constataram que no modelo totalmente ajustado, cada declínio de 1 ponto no escore de desempenho físico esteve associado ao aumento do risco de abuso de idosos (OR, 1,10 (1,05-1,15)). Para a função física, cada 1 ponto de mudança no índice de Katz (OR, 1,23 (1,12-1,34)), índice de Nagi (OR, 1,18 (1,06-1,30)) ou Rosow Breslau (OR, 1,31 (1,14-1,54)) também foram associados ao aumento do risco de abuso de idosos auto-relatado. Os resultados foram semelhantes para os casos confirmados de abuso de idosos.

Um estudo mais antigo, mas não menos importante, desenvolvido por Wolf, Godkin, and Pillemer (1986), encontrou diferenças em termos de abuso físico, abuso psicológico, abuso financeiro e negligência. Observaram, por exemplo, que as pessoas que sofrem abuso físico tendem a ser mais jovens, casadas, com boa funcionalidade e suporte social estável. Em contrapartida, as vítimas de negligência tendem a ser mais velhas, solteiras, com maior deficiência funcional e com pouco apoio social.

No que se refere ao autocuidado, o estudo de Faustino, Gandolfi e Moura (2014), ao analisar 237 idosos para verificar se há relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano, concluiu que, quando o idoso necessita de ajuda para realizar atividades de autocuidado, maior é a chance de exposição à situação de violência do tipo física. Os autores consideram ainda a dificuldade em associar o fenômeno da violência a uma só causa, uma vez que se trata de um fenômeno complexo e multifacetado, tanto de origem clínica como social e situacional.

Nesse contexto, alguns estudos (Beach et al., 2010; Duque et al., 2012) citam, de forma unânime, que o aumento do grau de dependência no idoso aumenta a chance do mesmo vir a sofrer algum tipo de violência. Grosso modo, os idosos que necessitam de algum tipo de ajuda no desenvolvimento das atividades da vida diária, como o autocuidado, ou atividades mais complexas do cotidiano, apresentam maior risco de sofrer abuso, principalmente o abuso físico, muitas vezes resultantes do fato de não existir uma boa relação entre o idoso e o cuidador/familiar.

3.9 A TEORIA DE BETTY NEUMAN E O MODELO ECOLÓGICO DE BRONFEBRENNER: A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO EM DUAS PERSPETIVAS TEÓRICAS

3.9.1 Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner dedicou-se sempre à ciência do desenvolvimento humano e suas ideias têm sido as que resistiram ao tempo e, por isso, tornou-se o principal teórico dos processos do desenvolvimento humano. Em 1979, desenvolveu a Ecologia do Desenvolvimento Humano, que após atualizações e mudanças passou a ser chamada, em 2005, de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH). Tal teoria, apesar de ter sido desenvolvida por um psicólogo, tem sido amplamente utilizada por diversos cientistas e profissionais que estudam para o avanço e promoção da compreensão do desenvolvimento humano ao longo do seu ciclo de vida.

Bronfenbrenner mostrou, a partir da sua teoria, a importância para o desenvolvimento humano, da inter-relação dos níveis ecológicos, concebidos como sistemas entrelaçados (Lerner, 2011). Desse modo, sua teoria propicia o entendimento dos indivíduos em constante interação com o ambiente, seja ele familiar ou comunitário. Dentro da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, o desenvolvimento humano é definido como

Fenómeno de continuidade e de mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, como indivíduos e como grupos. Esse fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio das sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto o passado quanto presente (Bronfenbrenner, 2011, p.43).

Lerner (2011) cita que, de acordo com o modelo bioecológico, existem quatro componentes essenciais que estão interligados, a saber: a) o *processo* de desenvolvimento, envolvendo a fusão e a dinâmica de relação entre o indivíduo e o contexto; b) a *pessoa*, com seu repertório individual de características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais; c) o *contexto* do desenvolvimento humano e; d) o *tempo*, conceituado como envolvendo as dimensões múltiplas da temporalidade (p. ex., tempo ontogênico, tempo familiar e tempo histórico) (Lerner, 2011). Estes quatro elementos juntos

constituem a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, pelo modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT) para conceitualizar o sistema de desenvolvimento integrado.

Bronfenbrenner (2001) cita assim que “Ao longo do ciclo de vida, o desenvolvimento humano toma lugar mediante processos de interação recíproca, progressivamente, mais complexos de um organismo humano ativo, biopsicologicamente em evolução, com as pessoas, os objetos e os símbolos presentes no seu ambiente imediato. Para ser efetiva, a interação deve ocorrer em uma base regular, em períodos estendidos de tempo. Essas formas duradouras de interação no ambiente imediato são denominadas como processo proximal”.

Porto e Koller (2006), em resumo, afirmam que a Pessoa envolve características geneticamente determinadas e as construídas na interação com o ambiente. As características da pessoa influenciam a direção e o conteúdo dos processos proximais. Já o Processo, de acordo com Koller (2004), é o construto fundamental com ênfase nos processos proximais que são formas particulares de interação do organismo com o ambiente, que operam ao longo do tempo. Para que o desenvolvimento aconteça, a pessoa precisa estar engajada numa atividade por períodos prolongados de tempo, e na qual haja complexidade progressiva das atividades em que está envolvida, bem como o estabelecimento de relações interpessoais de reciprocidade com atenção, imaginação e exploração da pessoa.

Em suma, a direção da forma do desenvolvimento humano é resultante das relações entre o indivíduo e o contexto no qual ele realiza suas atividades. Essas relações promovem todo o ciclo de vida humana e constituem o centro do modelo bioecológico. Como afirma Lerner (2011), a regulação adaptativa das relações pessoa-contexto- trocas entre a pessoa e o seu ambiente ecológico que funcionam para beneficiar a ambos- de acordo com a perspectiva do modelo bioecológico, deve ser o centro do estudo do desenvolvimento humano e do esforço para melhorar o curso da vida humana nos níveis tanto individual quanto no seu mundo social.

No que se refere especificamente ao contexto, Bronfenbrenner (2011) caracterizou em quatro níveis ambientais:

1. O *microssistema*, que envolve estruturas e processo que ocorrem em um contexto imediato no qual a pessoa em desenvolvimento está inserida (p.ex., casa, sala de aula).
2. O *mesossistema*, que compreende os vínculos e os processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento está inserida (p. ex., as relações entre a casa e a escola, a escola e o trabalho).
3. O *exossistema*, que engloba os vínculos e os processos que ocorrem entre dois ou mais contextos, pelo menos um deles não contém ordinariamente a pessoa em desenvolvimento, mas nele ocorrem eventos que influenciam os processos dentro de outros contatos imediatos que contém essa pessoa (p.ex., no caso da criança, a relação entre sua casa e o local de trabalho dos pais, para os pais, a relação entre a escola e o grupo de amigos do bairro).
4. O *macrossistema* é definido como padrão global de ideologia e organização das instituições sociais comuns em uma determinada cultura ou subcultura. Em outras palavras, o macrossistema engloba as características dos padrões do micro, meso e exossistema de uma determinada sociedade ou segmento. Pode ser concebido como uma marca de identificação social para uma determinada cultura ou subcultura.

A relevância dessa conceituação mais diferenciada de ambiente para a presente discussão reside no fato de que o delineamento processo-pessoa-contexto-tempo fornece para isso uma operacionalização, ou seja, possibilita a análise da mediação e moderação dos processos que constituem as ligações entre e dentro destes quatro sistemas-ambientes que formam o curso do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2011).

A ecologia do desenvolvimento humano oferece uma concepção diferenciada de ambiente como um sistema de estruturas entrelaçadas, estendendo microssistema (contexto imediato de relações face a face) por meio do meso e

exossistemas, seguindo para os abrangentes macrossistemas (Bronfenbrenner, 2011).

Utilizando a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano para a realidade de idosos que se encontram em risco e/ou sofrem violência, é possível fazer uma análise deste fenômeno, uma vez que tal teoria considera a influência de diversos sistemas interrelacionados na explicação de um fenômeno.

Ao nível microssistêmico, pode-se associar ao local onde o idoso estabelece interações com outros indivíduos face a face, como por exemplo, a sua própria residência e o contato com seus familiares. Nesse ambiente, o idoso é capaz de realizar diversas atividades e papéis que influenciam no seu desenvolvimento e nas suas relações. Para idosos que se encontram institucionalizados, o microssistema é o lar no qual convive com outros idosos e funcionários que nele trabalham. Tais ambientes podem ser locais nos quais existem fatores de risco para que sofram violência.

Relativamente ao mesossistema, pelo fato de ser um conjunto de microssistemas no qual o indivíduo está inserido, o número de interações torna-se maior. Um exemplo de mesossistema é a associação do conjunto de pessoas que os idosos se relacionam em ambientes variados, como por exemplo centros de convivência, a própria residência, trabalho, a instituição religiosa que frequenta e etc. Já o exossistema está relacionado a ambientes nos quais os idosos não estão inseridos, mas são influenciados por meio de contatos imediatos. Por exemplo, um idoso que coabita com filhos recebe influência do ambiente de trabalho destes filhos, uma vez que um momento de estresse que vivenciaram com colegas de trabalho pode influenciar no modo como trata o idoso ao chegar em casa. Ou seja, o idoso não está em contato com o ambiente de trabalho dos filhos, mas recebe influência através do seu comportamento para com o idoso.

Ao nível macrossistêmico, é possível associar a violência sofrida por idosos ao fato de que a velhice em algumas sociedades tem sido associada culturalmente a algo negativo e, por isso, influenciam comportamentos de familiares e pessoas em geral que levam à discriminação e até mesmo à violência. De acordo com Porto e Koller (2006), preconceitos contra pessoas idosas e

estereótipos sociais relacionadas à velhice são aspectos macrossistêmicos que podem se proliferar em algumas culturas e ter influência deletéria sobre as políticas públicas e sociais de proteção.

Experiências de desrespeito, negligência e abandono são experienciados pelos idosos em diferentes sociedades. Essa visão macrossistêmica de demarcar o envelhecimento por situações de afastamento do contexto social reflete-se nos outros sistemas e sinaliza de forma distorcida para a sociedade, para a família e para os próprios idosos o que a velhice pode representar (Novaes, 1997)

Em suma, para investigar a violência, a análise da relação entre os níveis do contexto ambiental é de grande importância. Ao nível macrossistêmico, como dito anteriormente, a violência é resultado do estereótipo criado para a velhice, que leva ao desrespeito e discriminação social. Além disso, ao nível exossistêmico, comportamentos inadequados de familiares resultantes de fatores desencadeados por ambientes externos, como estresse no trabalho, abuso de álcool em outros ambientes também podem levar a condutas inapropriadas que levam à violência contra o idoso. Em nível mesossistêmico, pode-se identificar condutas abusivas como exemplos cotidianos presenciados em autocarros, bancos, instituições públicas e as de longa permanência (lares de idosos), bem como a implementação de políticas sociais inadequadas que afetam e marginalizam o idoso (Machado & Queiroz, 2006). E, por fim, ao nível microssistêmico, a interação face a face na própria residência com familiares ou instituições de longa permanência pode levar a conflitos e, conseqüentemente, à violência.

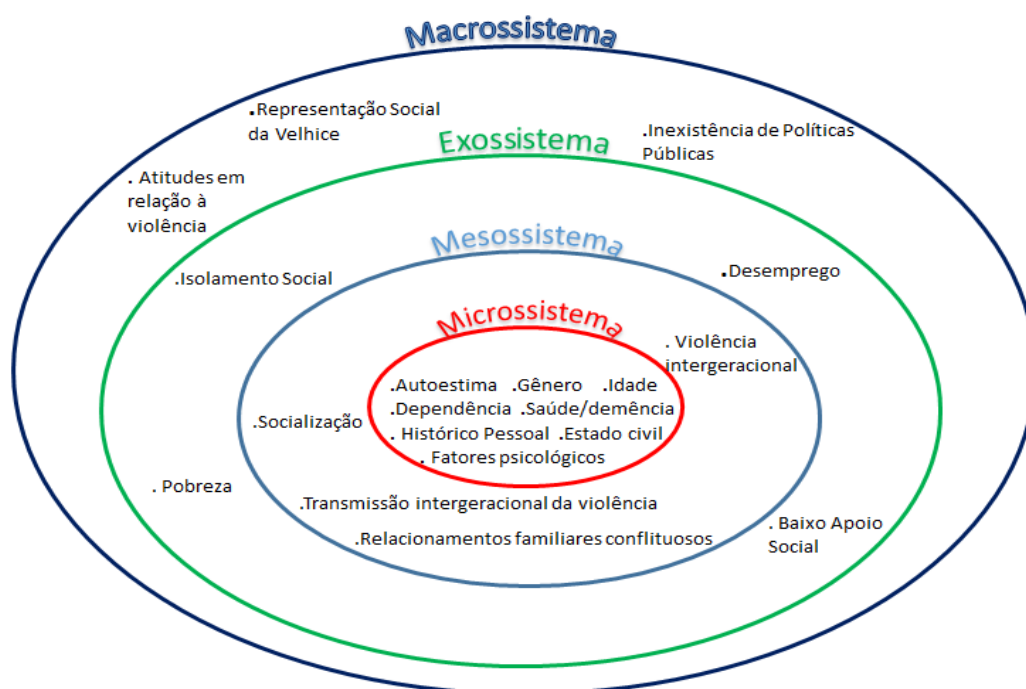
A análise do contexto no qual o idoso se insere mostra-se fundamental para a pesquisa ecológica, pois permite observar como as pessoas são influenciadas e como reagem dentro dele, diante da violência que permeia as relações familiares e com aspectos de seu cotidiano. O estabelecimento de relações no microssistema familiar e como estão definidos os papéis entre seus membros também influenciam outros contextos (mesossistema, exossistema e macrossistema) (Porto e Koller, 2006).

O modelo PPCT permite analisar de forma ampla e específica os mecanismos de risco e de proteção presentes no meio familiar, levando-se em conta os

fatores intra e extrafamiliares. Assim, tem-se um panorama das relações, das causas e consequências da violência naquele contexto (De Antoni e Koller, 2004).

Desse modo, deve-se promover boas relações dos idosos com os cônjuges, familiares e amigos, uma vez que favorece o bem-estar psicológico e social dos mesmos. As relações entre amigos são particularmente benéficas porque são de livre escolha atendendo as necessidades afetivas dos envolvidos porque eles compartilham experiências de vida, necessidades, valores e significados (Neri, 2001). Porto e Koller (2006) citam que a família é o núcleo por excelência no qual os idosos buscam apoio para sua vivência afetiva. Dar e receber carinho, atenção e consideração garante a segurança e a estabilidade necessárias para o enfrentamento das tarefas da vida diária, na ecologia familiar. Quanto mais saudáveis forem as relações, com estabilidade, reciprocidade e equilíbrio de poder, mais felizes e ajustadas socialmente serão as pessoas (Bronfenbrenner, 1979/1996).

Figura 7- Fatores de risco do abuso de idosos no contexto familiar aplicado ao Modelo Ecológico de Bronfenbrenner



Fonte: Traduzido e Adaptado de Schiamberg e Gans (1999).

3.9.2 A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

No Modelo de Sistemas de Betty Neuman os clientes são vistos como uma totalidade cujas partes estão em interação dinâmica. Esse modelo considera, simultaneamente, todas as variáveis que afetam o sistema do cliente: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Freese, 2004). Utiliza um sistema aberto, caracterizando as formas de interação constante entre o meio ou ambiente em que a “pessoa” vive e as forças internas e externas que dela são provenientes, as quais podem alterar o equilíbrio existente (Oliveira, Kleinübing e Sell, 2007). A base filosófica do Modelo de Sistema Neuman engloba o holismo, a orientação ao bem-estar, a percepção do cliente e uma perspectiva de sistemas dinâmicos de energia e interação de variáveis com o meio ambiente (Neuman, 2011).

De acordo com o modelo, o cliente está em constante interação com o ambiente e com forças internas e externas provenientes desta interação, as quais, de alguma forma, podem alterar o equilíbrio existente. Essas forças são denominadas pelo modelo de estressores, e podem modificar a estabilidade biopsicossocial do indivíduo, ou seja, tratam-se de estímulos produtores de tensão que carregam o potencial para produzir desarmonias e podem ser extrapessoais, interpessoais e intrapessoais. Os estressores extrapessoais agem como forças advindas de fora do indivíduo, como situação econômica adversa, desemprego e outras; os interpessoais são forças que agem entre dois ou mais indivíduos, como, por exemplo, expectativas inalcançáveis em relação a papéis sociais; e os intrapessoais agem dentro do indivíduo, como os sentimentos de raiva ou de frustração (Vieira, Alvarez, Gonçalves, 2009).

Esses estressores, devido à diversidade de sua natureza, ao entrar em contato com o sistema do cliente, provocam reação de forma a manter o equilíbrio ou o bem-estar. Os cuidados de enfermagem procuram intervir num possível desequilíbrio, buscando, pela interação com o cliente, potencializar seus recursos, de forma que ele atinja o equilíbrio do seu sistema. Quando isso é alcançado, buscam meios que permitam manter sua homeostasia. Essa intervenção é defendida por Neuman (2011), inicialmente, quando se suspeita

ou se identifica um estressor. Quando isso ocorre, são utilizados três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

A prevenção primária tem como objetivo promover o bem-estar do cliente pela prevenção do estresse e redução dos fatores de risco, incluindo estratégias de promoção da saúde; a secundária tem como objetivo indicar o tratamento adequado, após identificação dos sintomas, para atingir a estabilidade ou o bem-estar do sistema do cliente; e a terciária consiste em manter o bem-estar, isto é, proteger a reconstituição do sistema do cliente ou de retorno ao bem-estar após o tratamento utilizado (Neuman, 2011).

Cumprir frisar que a percepção, quer do cliente, quer do enfermeiro, bem como a interação entre eles são essenciais para determinar os diagnósticos de enfermagem com base nos fatores de estresse ou nas variáveis que põem em risco a estabilidade do cliente. A grande preocupação para a enfermagem, de acordo com o modelo de Betty Neuman, está em manter o sistema do cliente estável por meio da avaliação precisa dos efeitos e possíveis efeitos de estressores ambientais e de ajustes necessários para a assistência, de modo a garantir um nível ótimo de bem-estar (Neuman, 2011).

Dessa forma, os enfermeiros, ao planejarem as intervenções de enfermagem, estabelecem os objetivos a curto e longo prazo e também as estratégias para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. Posteriormente, ao realizar a avaliação, devem confirmar se a mudança desejada ocorreu ou se será necessária reformulação das estratégias. Utilizar o processo de enfermagem de acordo com o modelo de Neuman permite avaliar não só o cliente numa visão holística, como também a relação enfermeiro/cliente, o que permite uma boa recolha de dados para futuras avaliações e planejamentos.

3.9.3 O uso das Teorias Bioecológica e de Betty Neuman na assistência de enfermagem ao idoso vítima de violência

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, são essenciais para o processo de identificação do agravo junto à comunidade, podendo criar ações para prevenir a violência e suas repercussões para o indivíduo, para a família e

toda a comunidade (Conceição et al., 2012). Desse modo, os profissionais de enfermagem têm se preocupado cada vez mais com a melhoria na qualidade da assistência prestada ao cliente, estando relacionada com a sua formação, com o exercício profissional e com a aplicação de uma ação autônoma, como as explicitadas nas teorias de enfermagem (Diógenes e Pagliuca, 2003) ou outras que, devido à sua abrangência, podem ser adaptadas ao atendimento de enfermagem, como a teoria de Bronfenbrenner.

Essas teorias auxiliam os enfermeiros a organizar, compreender e analisar os dados do cliente, assim como a tomar decisões sobre intervenções a serem aplicadas, planejar o tratamento, prever e avaliar seus resultados (Alligood, 2001). Dessa forma, os modelos teóricos têm contribuído, quando utilizados como referencial para a sistematização da assistência (Souza, 2001), aplicados e adaptados às necessidades/ especificidades dos pacientes e contextos, porém sem perder de vista os conceitos e pressupostos originários da teoria da qual fazem parte (Hermida e Araújo, 2006).

De acordo com a Teoria Bioecológica, por exemplo, os acontecimentos na vida dos idosos são resultantes de processos interativos vivenciados por eles. Estes processos sofrem influência constante de diversos fatores, que estão relacionados às características pessoais do idoso, ao contexto (ou ambiente) no qual ele está inserido e o tempo que o envolve. Grosso modo, a teoria de Bronfenbrenner permite o entendimento do fenômeno da violência praticada contra o idoso através da análise das interações vivenciadas por eles com os demais envolvidos (ex, familiares, pessoas próximas, cuidadores, etc). Pois, como afirma Bronfenbrenner (2005), no que se refere à violência intrafamiliar, pode-se considerar que tal fenômeno resulta da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, ambientais e culturais.

No capítulo que trata dos fatores de risco para a violência contra os idosos, observou-se que tais fatores podem ser divididos em três grupos, o primeiro relacionado às características do idoso, o segundo relacionado às características do agressor e o terceiro em características do ambiente. Dessa forma, observa-se que os principais núcleos existentes na teoria Bioecológica de Bronfenbrenner podem ser utilizados na análise deste fenômeno, uma vez

que de acordo com esta teoria as características pessoais, as interações com o contexto/ambiente e o tempo compreendem os fatores que influenciam desenvolvimento humano.

Na área da enfermagem, a apropriação da Teoria Bioecológica amplia os conhecimentos de enfermagem na compreensão abrangente do indivíduo para o qual o cuidado será prestado, abre possibilidade de olhar o processo do desenvolvimento humano, diretamente associado às experiências de vida da pessoa, que influencia e é influenciada, de maneira contextualizada, interativa e processual, pelas suas interações ambientais (Batista et al, 2013).

A pessoa em desenvolvimento, no caso, idosos, familiares, cuidadores e outros, compartilham desses contextos de forma estável no tempo, e as relações saudáveis devem envolver coesão ecológica e reciprocidade. A presença de violência nesses contextos implica identificação das características da vítima, do perpetrador, o momento vivido, os aspectos envolvidos no processo e o contexto em que acontecem os fatos. Tais dados são necessários para o planejamento, a execução, a intervenção e a prevenção de futuros casos de agressões, maus-tratos, negligências, abusos e outras ações que firam os direitos dos cidadãos envolvidos no processo (De Antoni & Koller, 2004)

Da mesma forma, tem-se o que demonstra a teoria de Betty Neuman, uma vez que a violência contra a pessoa idosa surge como um problema social, político e de saúde que possui vários fatores de risco associados. Estes podem ser denominados como eventos estressores, uma vez que são caracterizados como estímulos que ameaçam o organismo, gerando, como consequência, um padrão de respostas físicas que o corpo utiliza para evitar ou escapar de uma condição avaliada como adversa (Gazzaniga e Heatherton, 2007).

A avaliação por parte do enfermeiro deve incluir todo o ambiente no qual o idoso está inserido em conjunto com os fatores estressores e, dessa forma, lidar com a pessoa mais velha e os membros da família como uma unidade (cliente). O papel exercido pelo enfermeiro torna-se fulcral na análise das características do idoso, da família, das relações familiares e do ambiente. Por isso, é necessária a atenção desses profissionais para os sinais de maus-tratos

e para as várias formas de violência que podem ser sutis ou não (Zamboni et al., 2011).

A interação enfermeiro-pessoa idosa/família é um fator importante na identificação e avaliação dos possíveis sintomas, estressores e fatores de risco para a violência no ambiente familiar. Uma vez completada essa avaliação, a(o) enfermeira(o), deve estabelecer diagnósticos de enfermagem identificando a etiologia dos problemas, à medida que colabora para o desenvolvimento de um plano conciso, com intervenções apropriadas para cada situação (Lima, 2014).

Dessa forma, o enfermeiro, enquanto profissional que educa e intervém, desempenha o papel de ajudar a pessoa idosa a lidar também com o ambiente criado após o contato com os estressores. Nesse caso, ajuda a mobilizar todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolador e de proteção pelo fortalecimento das linhas de defesa que ajudam o idoso a lidar com a ameaça dos estressores no seu bem-estar.

O modelo de Sistemas de Betty Neuman e sua abordagem holística tornam-no particularmente aplicável e útil para clientes que experimentam estressores complexos e que afetam múltiplas variáveis, como é o caso da pessoa idosa vítima de violência. Em síntese, esse modelo ajuda a direcionar o trabalho dos enfermeiros, permitindo aplicar seus principais conceitos e pressupostos de modo a facilitar suas intervenções e cuidados.

CAPITULO II- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4. TIPO DE ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

4.1 PROCEDIMENTOS DE ACESSO AO TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados foi realizada por 4 profissionais de saúde através da recolha de informação junto aos participantes em sala privada no Centros de Saúde.

Os entrevistadores foram sujeitos à formação presencial com o objetivo de desenvolver competências para avaliação cognitiva e funcional do idoso, assim como a capacidade de estabelecer um melhor contato com os idosos de modo a sentirem-se à vontade para responder questões relacionadas à violência. Além disso, os entrevistadores foram capacitados a preencher o questionário de forma completa ao nível dos quatro instrumentos que compõem o mesmo. Dessa forma, foram disponibilizados manuais de preenchimento e disponibilizado o contato da investigadora principal para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Em caso de serem detectados casos de violência ou risco, os entrevistadores foram informados da necessidade de estimular os participantes a entrarem em contato com a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora ou autoridades competentes, como a Polícia de Segurança Pública (PSP) ou Associação de Apoio à Vítima (APAV).

O tempo médio de aplicação do questionário foi de 45 minutos. A coleta de dados decorreu entre Março de 2015 e Dezembro 2015.

4.2 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi sujeito à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a qual emitiu parecer positivo à sua realização. Além disso, foram pedidas autorizações à Administração Regional de Saúde do Alentejo e ao

Agrupamento de Centros de Saúde e, após aprovação, foi iniciado contato juntos aos Centros de Saúde participantes para início da recolha de dados.

Aos participantes, foram explicados os objetivos do projeto e dadas garantias relativamente à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade dos dados. Adicionalmente, foi apresentado o Termo de Consentimento Informado (Anexo I) com explicação relativamente ao procedimento associado ao tratamento e armazenamento dos dados, bem como a possibilidade da recusa ou interrupção da participação.

Dessa forma, foram identificadas possíveis situações que pudessem comprometer a ética em investigação. Procurou-se adotar medidas para minimizar o risco de incumprimento legal, ofensa moral ou ofensa aos princípios da ética. Ao longo do desenho e desenvolvimento do projeto, e de forma a minimizar aqueles riscos, tentou-se garantir a presença permanente dos princípios e valores da dignidade, justiça, equidade, solidariedade, participação e ética profissional, como sugere Momborg (1998).

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Participaram deste estudo 228 idosos de três cidades da região do Alentejo Central, nomeadamente, Vendas Novas, Montemor-O-Novo e Évora. Para o cálculo da amostra considerou-se uma amostra do tipo probabilística com um nível de confiança de 95% e erro amostral de 6,5%.

O erro amostral considerado se deve ao facto das dificuldades na recolha de dados que advieram, essencialmente, da realização da aleatorização da amostra com base nas pessoas com 65 e mais anos de idade inscritas nos centros de saúde e da aceitação das mesmas em participar quando contactadas por telefone.

Durante o contato telefónico observou-se ainda que algumas pessoas listadas já não se encontravam na sua residência sendo que tal ausência pode estar relacionada com mudança de residência, erros no sistema de codificação da ARSA ou morte.

4.4 OBJETIVOS

GERAL:

- Determinar a relação do risco dos idosos sofrerem violência com o grau de dependência no autocuidado e funcionalidade da família.

ESPECÍFICOS:

- Validar, para a realidade portuguesa, um instrumento de avaliação do risco de idosos sofrerem violência denominado Escala de Avaliação do Risco de Violência Contra Idosos (EARVI);
- Verificar o risco de sofrer violência em pessoas com 65 e mais anos de idade tomando como referência o instrumento de avaliação de risco supracitado;
- Avaliar o grau de dependência no autocuidado dos idosos através do Elderly Nursing Core Set;
- Caracterizar os componentes fundamentais da função familiar através do Apgar Familiar;
- Identificar a relação do risco de violência com o défice do autocuidado em idosos;
- Associar o risco de violência com a funcionalidade da família dos idosos.

4.5 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados recolhidos foram submetidos a procedimentos estatísticos (análise univariada, bivariada e multivariada) com recurso ao software SPSS, versão 22.

Fez-se dois principais tipos de análises: a) análise descritiva (para descrição da amostra) e; b) análise indutiva (adequados à interpretação dos dados e extrapolação para o universo).

Relativamente à estatística descritiva fez-se análise utilizando gráficos e tabelas de frequência utilizando medidas de tendência central para variáveis que se considerou necessárias.

No que se refere aos métodos de inferência estatística utilizou-se métodos paramétricos e não-paramétricos de modo a validar os pressupostos e hipóteses do estudo e extrapolar os dados observados para a população.

Utilizando métodos de inferência estatística, existe não só a possibilidade de responder a perguntas fundamentais sobre a população em estudo, como também a de validar pressupostos necessários para posterior aplicação de outras técnicas de inferência (especialmente verdade no que se refere à aplicação de testes paramétricos, os quais pressupõem a validade de certas asserções sobre a população) (Marôco, 2007).

Nesse sentido, foram equacionadas algumas hipóteses (H_0) como base para o processo de decisão para a realização de uma indução para a população com base na amostra obtida. Estas hipóteses foram rejeitadas, ou não, de acordo com a probabilidade obtida.

Para a realização dos testes paramétricos, foram verificados os pressupostos inerentes a cada teste, principalmente a independência, a normalidade e a homogeneidade das variâncias de modo que pudesse dar prosseguimento à análise.

De acordo com Marôco (2007), quando se encontram satisfeitas as suposições associadas aos modelos estatísticos paramétricos, não se devem usar os testes não paramétricos. Isso se deve ao fato daqueles testes serem mais fidedignos no que se refere à relação de variáveis, uma vez que conduzem com maior frequência à rejeição da hipótese nula quando ela é, de fato, falsa.

Nesse contexto, utilizaram-se os testes não paramétricos apenas quando não foi possível recorrer aos testes paramétricos. Em todos os testes estatísticos assumiu-se como regra de decisão a admissão de um erro máximo admissível de 5% ($\alpha = .05$).

Durante a realização dos testes estatísticos, e com o intuito de aferir e explorar a validação da relação entre as variáveis em análise, procedeu-se ao estudo da intensidade e sentido dessa relação, recorrendo-se, para tal, às medidas de associação (i.e., *Coeficiente V de Cramer*; *Coeficiente de Pearson*; *Coeficiente Rho de Spearman*; *Coeficiente ETA*).

Dependendo da natureza da variável, optou-se pela análise mais adequada. Por exemplo, para medir a associação entre variáveis qualitativas, recorreu-se ao *Coeficiente V de Cramer* ou *Rho de Spearman* (para variáveis ordinais/ordinais). Entre variáveis quantitativas e qualitativas nominais, utilizou-se o *coeficiente ETA* que, assim como o *V de Cramer*, varia de [0 a 1] para analisar a magnitude da associação. A associação entre duas variáveis quantitativas, utilizou-se o *Coeficiente R de Pearson*. Este coeficiente varia de [-1 a 1], assim como o *Rho de Spearman* que foi utilizado na associação de variável quantitativa com qualitativa ordinal. Em ambos os casos, é possível analisar a magnitude da associação assim como o sentido da relação e a intensidade da mesma. Deste modo, quanto mais próximo o *Coeficiente Rho de Spearman* e *R de Pearson* estiverem destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. Finalmente, através do sinal do coeficiente, descreve-se o sentido da relação entre cada par de variáveis e, a partir do seu valor absoluto, analisa-se a intensidade da referida relação.

Algumas variáveis, quando consideradas necessárias para facilitar o tratamento dos dados em análise e sintetizar a informação (redução da escala de uma variável), optou-se pela sua recodificação.

O instrumento de Avaliação do Risco de Violência foi submetido à Análise de Componentes Principais (ACP) da qual se extraíram os conceitos (também denominados de componentes). Para avaliar a adequação da amostra para a análise fatorial utilizou-se os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de esfericidade de Bartlett. O método de extração utilizado foi o dos componentes principais.

Como critério para a retenção dos componentes, adotou-se o valor próprio igual ou maior que 1 (critério de Kaiser), a análise paralela de Horn (1965) e a interpretabilidade dos componentes extraídos (Garson, 2013). O método de rotação utilizado foi o *varimax*. Foi adotado um valor igual ou superior a 0,30 como ponto de corte para a carga fatorial (Matsunaga, 2010). Para avaliar a consistência interna da medida, foram utilizados o α de Cronbach, sendo adequados os valores acima de 0,70 (Nunnally, 1991), e o índice de homogeneidade (correlação média interitens), admitindo valores iguais ou superiores a 0,20 (Clark e Watson, 1995).

Os instrumentos de avaliação do déficit de autocuidado e funcionalidade da família, respectivamente *Elderly Core Set* e *APGAR familiar*, foram submetidos ao estudo descritivo e análise dos dados de acordo com o recomendado pelos autores.

Após análise dos instrumentos de forma individual, procedeu ao uso de regressão linear de modo a verificar o modelo proposto para a relação do risco de violência contra o idoso e as demais variáveis estabelecidas nas hipóteses do estudo.

CAPITULO III- RESULTADOS

5. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

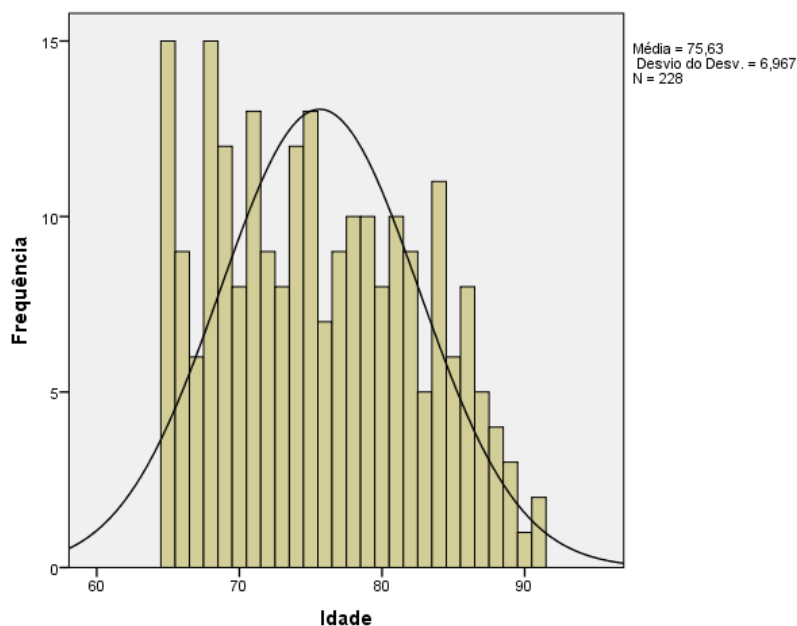
Na análise sociodemográfica foram incluídas as variáveis sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e rendimento. Além disso, incluímos variáveis relativamente ao agregado familiar como o número de pessoas que vivem na mesma casa, o grau de parentesco e número de desempregados, assim como informações sobre os rendimentos e sua origem.

No que se refere à idade, esta variou de 65 a 91 anos, existindo, portanto, uma diferença de 26 anos entre o participante mais novo e o mais velho (*range=26*) (Gráfico 1). Pela leitura do histograma, percebe-se que a variável idade se aproxima de uma distribuição normal. A média de idade é de 75,63 anos e desvio padrão de 6,97 anos (*std. deviation*).

Para análise desta variável idade optou-se pela recodificação em três grupos etários, nomeadamente “65 a 74 anos”, “75 a 84 anos” e “85 ou mais anos”. Assim, a maioria dos participantes (46,9%) encontra-se na faixa etária 65 a 74 anos, seguindo-se da faixa etária 75 a 84 anos (40,4%) e as com 85 ou mais anos de idade se situam nos 12,7%.

Relativamente ao sexo, existiu uma maioria de mulheres (61,4%) face aos homens (38,6%). A maioria dos entrevistados são casados (66,2%), 28,5% detém o estado civil de viuvez, 3,1% são solteiros, 1,3% vivem em união de fato e apenas 0,9% são divorciados.

Gráfico 1- Distribuição da variável idade



No que concerne ao nível de escolaridade a maioria frequentou a escola no período de 1 a 4 anos (64,5%), sendo que uma parcela considerável dos participantes (23,2%) não frequentou a escola e não sabem ler nem escrever. Além disso, 11% frequentou a escola no período entre 5 a 9 anos e apenas 1,3% frequentou 12 ou mais anos a escola. Dessa forma, optou-se por recodificar a variável nível de escolaridade em dois grupos principais, obtendo a percentagem de 76,8% para os que sabem ler/escrever e 23,2% para os que não sabem ler/escrever. Observa-se, assim, que apesar de haver uma maioria de participantes escolarizados, há uma considerável quantidade de não alfabetizados.

Procurou-se analisar, ainda, a principal área do diagnóstico médico (áreas ICD10) que levam os participantes ao acompanhamento médico regular e observou-se que as doenças predominantes são as associadas ao aparelho circulatório (35,5%) e doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas (27,2%), demonstrando que doenças como a Hipertensão Arterial e Diabetes estão entre as doenças mais prevalentes da velhice. Doenças do sistema nervoso apresentaram 7,9%, seguida de doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (7,5%), doenças do aparelho respiratório (3,5%), doenças do

aparelho digestivo (3,1%), Neoplasias (2,2%), doenças do aparelho genitourinário (2,2%) e as demais nos restantes 3%.

Ao analisar características do agregado familiar dos participantes, observou-se que a maioria vive com apenas 1 pessoa (57,9%) e 24,6% vive sozinha. Além disso, 12,7% vive com 2 pessoas, 2,6% vive com 3 pessoas e 2,2% vive com 4 pessoas na mesma residência. O grau de parentesco predominante das pessoas que coabitam com os idosos, 52,6% vivem com marido, esposa ou companheiro. Ademais, 8,4% vivem com marido e filho(a), 6,5% vivem com filho(a), 2,6% vivem com marido e netos e 5,3% com outros. Dos membros da família, a maioria encontra-se empregado (92,1%) e uma percentagem de 7,9% possui algum membro que vive em situação de desemprego.

Relativamente aos rendimentos, a maioria (99,6%) dos participantes possui algum tipo de rendimento, sendo que apenas 1 participante não possui qualquer tipo de rendimento. Da origem deste rendimento, 86,3% dos participantes são reformados, 10,6% recebem algum tipo de pensão, 2,2% possuem rendimento proveniente do trabalho realizado, 0,4% provém de arrendamento e 0,4% de outros.

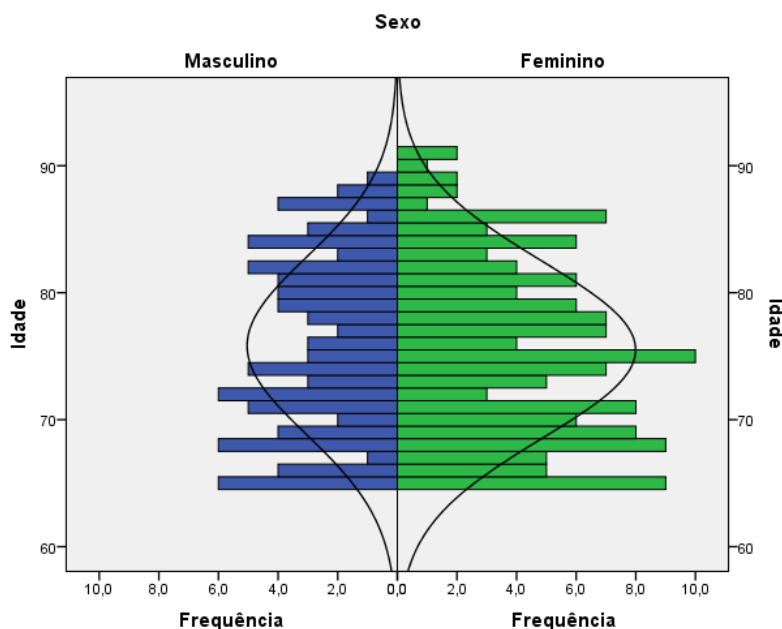
A apresentação das características da amostra no que se refere às variáveis sociodemográficas estão representadas na Tabela 3 com evidência das características das frequências predominantes, sendo assim representada a medida de tendência central Moda (Mo).

De modo a analisar melhor a relação entre as variáveis sociodemográficas, optou-se por uma análise bivariada. Ao analisar o gráfico entre sexo e idade (Gráfico 2), observa-se que a amostra apresentou um maior número de mulheres idosas em relação aos homens à medida que a idade avança, demonstrando que aquelas possuem maior esperança média de vida.

Tabela 3- Caracterização sociodemográfica da amostra

Grupo Etário 65 a 74 anos	Moda 107(46,5%)
Sexo Feminino	Moda 140 (61,4%)
Estado Civil Casado	Moda 151 (66,2%)
Nível Escolaridade Sabe ler/escrever	Moda 175 (76,8%)
Número de Pessoas a Viver na Mesma Casa 1 (uma)	Moda 132(57,9%)
Grau de Parentesco das pessoas que Coabitam Marido/Esposa	Moda 120 (52,6%)
Origem dos Redimentos Reforma	Moda 196 (86,3%)
Área de Diagnóstico Médico Doenças do aparelho circulatório	Moda 81 (35,5%)

Gráfico 2- Distribuição da amostra quanto ao sexo e idade.



Corroborando esta informação, ao analisar a tabela de contingência dos escalões etários segundo o sexo, observa-se uma diminuição da percentagem de homens à medida que a idade aumenta e um crescimento no número de mulheres (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição da amostra quanto ao sexo e idade.

Sexo	Escalões etários			TOTAL
	65 a 74 anos N= 107 (46,9%)	75 a 84 anos N=92 (40,4%)	85 e mais anos N=29(12,75)	
Masculino	39,3%	38,0%	37,9%	38,6%
Feminino	60,7%	62,0%	62,1%	61,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente à análise bivariada do sexo e estado civil (Tabela 5), observa-se que há uma maioria de pessoas casadas (66,2%), no entanto destaca-se o fato de haver um maior número de mulheres viúvas (81,5%) quando comparada ao número de homens viúvos (18,5%). Fatos como este e da tabela anterior demonstram a predominância de mulheres em faixas etárias mais avançadas e na sua maioria viúvas.

A relação entre as variáveis sexo e estado civil demonstrou ter fraca associação (V de Cramer =0,3), mas estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

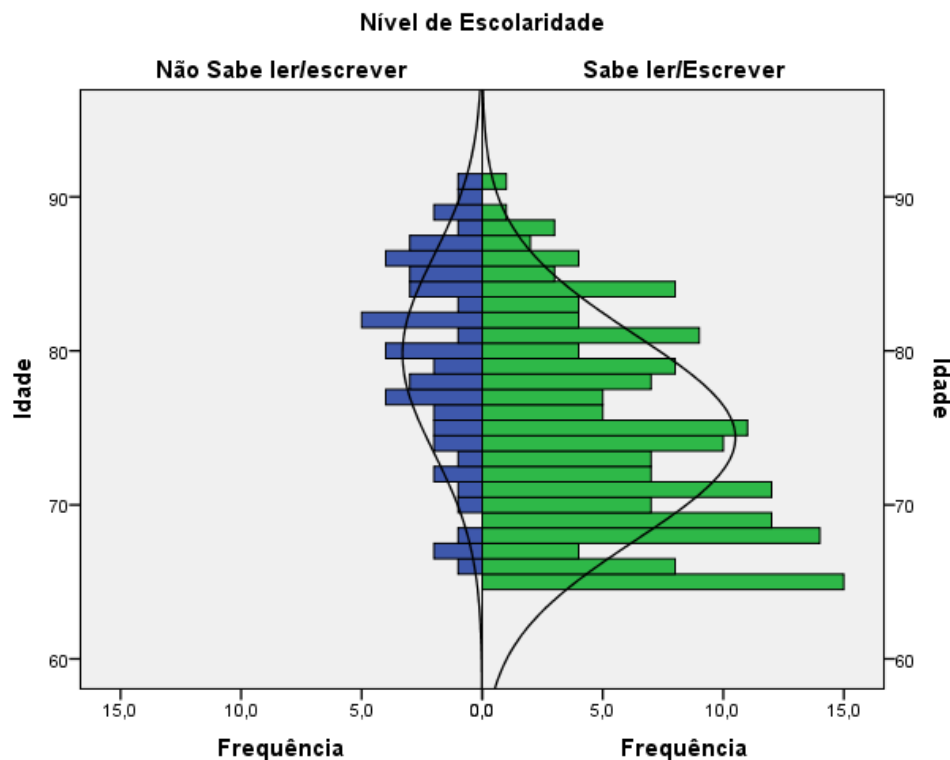
Tabela 5- Distribuição da amostra quanto ao estado civil e sexo.

	Estado Civil					TOTAL
	Solteiro N=7 (3,15%)	Casado N=151(66,2%)	União de Fato N=3 (1,3%)	Viúvo N=65 (28,55%)	Divorciado N=2 (0,9%)	
Sexo Masculino	28,6%	48,3%	0,0%	18,5%	50,0%	38,6%
Feminino	71,4%	51,7%	100,0%	81,5%	50,0%	61,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No que se refere à análise da idade com o nível de escolaridade (Gráfico 3) dos participantes, observou-se que o grupo dos que não sabem ler/escrever

apresenta um maior número de pessoas com mais idade, diferente do grupo dos que sabem ler/escrever, o qual apresenta pessoas numa menor faixa etária. Ou seja, os entrevistados mais jovens são na sua maioria alfabetizados e os mais idosos menos alfabetizados. A associação entre essas variáveis é significativa ($p < 0,05$) e com relação média ($ETA = 0,45$) entre elas.

Gráfico 3- Distribuição da amostra quanto à Idade e Nível de Escolaridade



Ao analisar a tabela de contingência entre o sexo e a origem dos rendimentos (Tabela 6), observa-se que há praticamente um equilíbrio no número de homens (42,3%) e mulheres (57,7%) reformados quando comparados com a diferença existente entre os que recebem pensões, uma vez que, destes, 87,5% são mulheres e apenas 12,5% são homens.

Tabela 6- Distribuição da amostra quando ao sexo e origem dos rendimentos

		Origem dos Rendimentos					Total
		Reforma N=196 (86,3%)	Pensão N=24 (10,6%)	Arrendame nto N= 1 (0,4%)	Salário N=5 (2,2%)	Outro N=1 (0,4%)	
Sexo	Masculino	42,3%	12,5%	0,0%	40,0%	0,0%	38,8%
	Feminino	57,7%	87,5%	100,0%	60,0%	100,0%	61,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nesse contexto, recodificando a variável origem dos rendimentos em apenas três variáveis, na análise bivariada desta variável com o estado civil (Tabela 7), observa-se que dentre os reformados, há um maior número de pessoas casadas (68,4%) seguidas dos viúvos (27%) e dentre os pensionistas há uma predominância dos viúvos (50%), seguidos dos casados (37,5%).

Tabela 7- Distribuição da amostra quanto ao estado civil e origem dos rendimentos

		Origem dos Rendimentos			TOTAL
		Reforma	Pensão	Outros	
Estado Civil	Solteiro	2,0%	12,5%	0,0%	3,1%
	Casado	68,4%	37,5%	100,0%	66,1%
	União de Fato	1,5%	0,0%	0,0%	1,3%
	Viúvo	27,0%	50,0%	0,0%	28,6%
	Divorciado	1,0%	0,0%	0,0%	0,9%
TOTAL		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6. DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO (EARVI)

A existência de ferramentas é fulcral na ajuda aos profissionais a remeter os casos para o acompanhamento adequado e investigações posteriores (Ejaz et al, 2001).

Considerando que a violência praticada contra os idosos tem aumentado gradativamente e diante da carência de ferramentas disponíveis na língua portuguesa para sua detecção assim como a falta de uniformização nos estudos já realizados, se propõe a desenvolver e validar um instrumento de avaliação do risco de violência contra o idoso.

O estudo para desenvolvimento da escala fundamentou-se no modelo preconizado por Pasquali (2003), composto por procedimentos teóricos, empíricos e analíticos.

6.1 PROCEDIMENTOS TEÓRICOS

O desenvolvimento do instrumento foi baseado numa revisão bibliográfica dos principais fatores de risco associados à violência contra o idoso, assim como estudos que abordam o uso de ferramentas que avaliam o risco de violência (Fulmer e Wetle, 1986; Cohen, 2011; Hoover e Polson, 2014). A revisão foi realizada nas bases de dados CINAHL, IBECs, PsycInfo, Scielo e Lilacs.

De acordo com Pasquali (1999), deve ser realizado um levantamento dos itens constantes em instrumentos de medida de construto semelhante. Após análise dos estudos que abordam os fatores de risco estatisticamente significativos e associados à violência contra o idoso (Wang et al., 2009; Dong e Simon, 2010; Post et al., 2010; Yan e Chan, 2012), fez-se uma busca e análise crítica de ferramentas utilizadas para identificar abuso e negligência nas pessoas mais velhas e recomendações da OMS (2002) de modo a constatar os principais itens necessários para avaliação do risco de violência.

Foi com base numa busca teórica e nos instrumentos “Elder Abuse Screening Test” de Hwalek e Sengstock (1986) e Elder Abuse Suspicion Index (EASI) de Yaffe et al. (2008) que se construiu e adaptou o instrumento que especifica os principais componentes e indicadores que podem ser usados por profissionais de saúde na identificação de idosos em risco ou que sofrem abuso e, dessa forma, facilitar a intervenção.

Nessa fase foram definidos 21 itens e o tipo de resposta numa escala de Likert de 4 pontos com respostas variando do “nunca” a “sempre”.

6.2 PROCEDIMENTOS EMPÍRICOS

Realizou-se um pré-teste a 25 participantes com idade igual ou superior a 65 anos de modo a verificar a adequação cultural do instrumento e realizar uma análise semântica, ou seja, verificar a percepção e compreensão dos idosos relativamente a cada item. Segundo Pasquali (1999), a dificuldade na compreensão dos itens não deve se constituir fator complicador na resposta dos indivíduos, dado que não se quer medir a compreensão deles, mas sim a magnitude do atributo a que os itens se referem.

Nesse contexto, através da análise semântica dos itens verificou-se que todos os itens eram compreensíveis por pessoas com idade maior ou igual a 65 anos e que não possuem défice cognitivo (analisado através do Mini Mental State Examination de Folstein, Folstein e McHugh, 1975). Discutiu-se com os participantes possíveis dúvidas suscitadas e/ou expressões confusas ou ambíguas. Todos os participantes afirmaram compreender os itens e responderam ao questionário em 10 a 15 minutos.

Posteriormente o instrumento foi aplicado a 228 idosos de três cidades da região do Alentejo Central (Portugal), nomeadamente, Vendas Novas, Montemor-o-Novo e Évora. Para o cálculo da amostra considerou-se uma amostra do tipo probabilística com um nível de confiança de 95% e erro amostral de 6,5%.

6.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Os dados obtidos na fase anterior foram submetidos à análise exploratória e testes estatísticos com a finalidade de validar o instrumento. Utilizou-se a análise fatorial para identificar os principais componentes do instrumento de avaliação do risco de violência contra o idoso. Utilizou-se para avaliar a adequação da amostra para a análise fatorial os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de esfericidade de Bartlett. O método de extração utilizado foi o dos componentes principais.

Como critério para a retenção dos componentes, adotou-se o valor próprio igual ou maior que 1 (critério de Kaiser), a análise paralela de Horn (1965) e a interpretabilidade dos componentes extraídos (Garson, 2013). O método de

rotação utilizado foi o varimax. Foi adotado um valor superior a 0,30 como ponto de corte para a carga fatorial (Matsunaga, 2010). Para avaliar a consistência interna da medida, foram utilizados o α de Cronbach, sendo adequados os valores acima de 0,70 (Nunnally, 1991), e o índice de homogeneidade (correlação média interitens), admitindo valores iguais ou superiores a 0,20 (Clark e Watson, 1995).

Além disso, as propriedades métricas da escala foram avaliadas através da sensibilidade e da especificidade da escala para vários pontos de corte possíveis, através de pares de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte. Fez-se uma análise dos dados através da comparação com os resultados obtidos na aplicação, nos mesmos participantes, do instrumento do ABUEL (*Elder Abuse: A multinational prevalence survey*) para avaliação da violência contra o idoso. Para definir o melhor ponto de corte foi utilizada a *receiver operator curve* (ROC), avaliada a eficácia do instrumento através da área abaixo da curva (AUC) ROC e através do *Índice de Youden* com intervalo de confiança de 95%. Considera-se que a AUC possui um intervalo entre 0,5 e 1,0 e possui maior ajuste quanto maior o seu valor. O *Índice de Youden* (J) é igual à sensibilidade mais a especificidade menos um. Este índice tem uma variação entre 0 e 1, com os valores próximos de 1 a indicar a precisão perfeita e o valor 0 a precisão obtida por mero acaso (Schisterman et al., 2005).

O instrumento ABUEL, o qual foi utilizado para comparação, possui 52 itens e foi elaborado com base em um estudo do Reino Unido sobre abuso/negligência de pessoas mais velhas e o Conflict Tactic Scales. Os itens são compostos por perguntas que avaliam a exposição ao abuso psicológico (11 itens), abuso físico (17 itens), abuso sexual (8 itens), abuso financeiro (9 itens) e lesões (7 itens) e com que frequência o abuso ocorreu (cronicidade). A frequência dos atos de abuso foi medida de acordo com a ocorrência, a saber: nunca ocorreu, uma vez, duas vezes, 3 a 5 vezes, 6 a 10, 11 a 20 ou mais que 20 vezes durante o ano passado. Além disso, o instrumento avalia a negligência (por exemplo, não recebeu ajuda no trabalho doméstico de rotina) com 13 itens em que os participantes são perguntados se recebem ajuda quando necessitam.

7. VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

As estatísticas iniciais para a adequação da análise fatorial, KMO = 0,74 e teste de esfericidade de Bartlett, χ^2 (210) = 1049,54 $p < 0,001$, foram consideradas satisfatórias, permitindo prosseguir com as análises. Uma análise inicial indicou a extração de seis componentes com valores próprios maiores que 1, explicando 55,91% da variância. Todavia, a análise paralela de Horn indicou a extração de quatro componentes que apresentaram valores próprios maiores do que aqueles gerados aleatoriamente.

Foi então realizada uma nova análise fatorial fixando a extração de quatro componentes que explicaram conjuntamente 44,84% da variância. Os valores próprios e a variância explicada por cada componente são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8- Variação total explicada e coeficiente de confiabilidade para cada componente.

Componente*	Autovalor	Percentual de Variância total explicada	Percentual Variância explicada acumulada	Alpha (α)
1	3,87	18,45	18,45	0,79
2	2,47	11,77	30,22	0,70
3	1,62	7,69	37,91	0,536
4	1,46	6,93	44,84	0,46

*Componente: 1-Confiança/Segurança nas relações próximas. 2- Isolamento social; 3- Dependência funcional; 4- Segurança financeira.

Todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima do ponto de corte, variando entre 0,37 (Componente 4) e 0,82 (Componente 1). Os itens 6, 14 e 18 apresentaram carga fatorial superior a 0,30 em mais de um fator, contudo optamos por manter estes itens, pois eles apresentaram cargas fatoriais elevadas nos fatores nos quais foram retidos.

O componente 1 reuniu 8 itens, com cargas fatoriais variando entre 0,82 e 0,44, com conteúdo que dizem respeito a relação de confiança e segurança do idoso com as pessoas mais próximas, sendo denominado de Confiança/Segurança

nas relações próximas. O componente 2 reuniu 5 itens, com cargas variando entre 0,76 e 0,61, que estão relacionados com o isolamento, tendo sido denominado de Isolamento social. O componente 3 reuniu 4 itens, com cargas variando entre 0,79 e 0,42, relacionados com a necessidade de ajuda e cuidado, tendo sido denominado de Dependência funcional. Por fim, o componente 4 reuniu 4 itens, com cargas fatoriais variando entre 0,73 e 0,37, que compreende aspectos do relacionamento familiar disfuncional relativamente à situação financeira, sendo denominado de Segurança Financeira. As cargas fatoriais e os respectivos índices de confiabilidade são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9- Itens retidos em cada componente extraída após rotação varimax.

Itens	Componentes			
	1	2	3	4
Sente medo de alguém da sua família? Com que frequência?	0,82	-0,03	0,01	-0,05
Tem andado aborrecido (a) porque alguém próximo chamou-lhe nomes ou falou para si de uma forma que o(a) fez sentir envergonhado(a) ou ameaçado(a)? com que frequência?	0,68	0,13	-0,01	-0,08
Tem mau relacionamento com alguém da sua família? Com que frequência?	0,66	-0,07	0,06	0,22
Sente-se incomodado (a) com alguém da sua família? Com que frequência?	0,65	-0,03	0,08	0,25
Houve alguém próximo de si que tenha tentado magoá-la/o ou fazer-lhe mal recentemente? Com que frequência?	0,64	0,10	-0,02	0,34
Já alguém a/o forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade? Com que frequência?	0,55	0,17	-0,16	-0,24
Já alguém o/a esbofeteou ou empurrou? Com que frequência?	0,46	0,14	-0,14	0,35
Confia na maioria das pessoas da sua família? Com que frequência?	-0,44	-0,06	-0,10	-0,29
Sente-se sozinho(a) com que frequência?	0,03	0,76	0,25	-0,08
Tem alguém que se preocupe consigo? Com que frequência?	-0,13	-0,68	0,13	-0,22
Tem alguém que o/a ajude quando precisa? Com que frequência?	-0,06	-0,63	0,18	-0,14
Sente-se triste com que frequência?	0,11	0,62	0,33	0,05
Sente que ninguém quer estar consigo? Com que frequência?	-0,01	0,61	0,11	-0,19

Com que frequência precisa de ajuda para realizar suas atividades da vida diária (por exemplo, tomar medicação, preparar refeições, fazer compras)?	-0,01	0,19	0,79	0,09
Sente que dá demasiado trabalho a alguém? Com que frequência?	-0,02	0,16	0,75	0,09
Há alguém na sua família que a/o obrigue a estar na cama ou que lhe diga que está doente, mesmo quando você sabe que não está? Com que frequência?	-0,01	0,01	0,44	-0,07
Há alguém que lhe diga que dá demasiado trabalho? Com que frequência?	0,02	-0,09	0,42	-0,06
Alguém próximo de si tentou que o senhor (a) lhe desse dinheiro ou bens materiais? Com que frequência?	0,04	0,10	0,08	0,73
Há alguém na sua família que beba muito? Com que frequência?	0,10	0,04	-0,13	0,60
Está a ajudar financeiramente alguém? Com que frequência?	0,08	-0,14	0,04	0,45
Já alguém lhe tirou algo que lhe pertença sem o seu consentimento? Com que frequência?	0,28	0,22	-0,14	0,37
Alfa de Cronbach	0,79	0,70	0,53	0,46
Correlação média inter-item	0,32	0,32	0,22	0,17

Nota: *1-Confiança/Segurança nas relações próximas. 2- Isolamento social; 3- Dependência funcional; 4- Segurança financeira. As cargas fatoriais em negrito representam os itens que foram retidos em cada componente.

Os componentes 1, 2 e 3 apresentaram índices de confiabilidade (alfa de Cronbach e correlação média inter-item) dentro daqueles recomendados na literatura, embora o componente 3 tenha apresentado um alfa abaixo de 0,70. O componente quatro apresentou um valor de alfa abaixo do recomendado, contudo a correlação média inter-item está próxima do ponto de corte de 0,20. Foram ainda calculados índices de confiabilidade para a escala como um todo, tendo sido obtidos um alfa de Cronbach de 0,74 e uma correlação média inter-item de 0,12.

Os resultados obtidos na análise da confiabilidade e validade do instrumento de avaliação do risco de violência contra o idoso indicaram propriedades satisfatórias à sua utilização por profissionais de saúde.

No que se refere à confiabilidade, apesar da ampla literatura científica a respeito das aplicações do Coeficiente α de Cronbach nas diversas áreas do conhecimento, ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca

do valor deste coeficiente na interpretação da confiabilidade de um questionário (Hora, Monteiro e Arica, 2010). Ou seja, não há um limite mínimo definido; um limite inferior geralmente aceito para o α é de 0,7, apesar de poder diminuir para 0,6 em pesquisas exploratórias (Hair Junior et al., 2005; Santos, 1999). Dessa forma, a confiabilidade calculada a partir do α de Cronbach ($\alpha=0,74$) para o instrumento composto por 21 itens está dentro dos limites propostos como critério para estudos de natureza exploratória.

No que se refere aos fatores obtidos, o gráfico *scree plot* sugeriu a presença de 4 componentes, enquanto que o critério de Kaiser apontou 6 fatores. Para dirimir dúvidas quanto à estrutura fatorial, optou-se por seguir o método da análise paralela de Horn (1965), o qual se tem mostrado mais recomendado (Garson, 2013). Os resultados apontaram que os quatro componentes extraídos puderam ser adequadamente interpretados.

Os componentes encontrados estiveram relacionados às circunstâncias consideradas correlatos da presença de maus-tratos. Como afirma Hwalek e Sengstock (1986), a identificação dos correlatos de abuso deve ser o maior interesse no desenvolvimento de um instrumento, uma vez que estes podem estar presentes antes do abuso ocorrer.

Dessa forma, as componentes obtidas foram denominadas como: Confiança/Segurança nas relações próximas (Componente 1), Isolamento social (Componente 2), Dependência funcional (Componente 3) e Segurança financeira (Componente 4).

Relativamente ao primeiro componente, o sentimento de confiança e segurança dos idosos relativamente àqueles que lhes são próximos é resultante do tipo de relação existente entre o idoso e aqueles com os quais convive. O estudo de Oh et al (2006), por exemplo, constatou que as pessoas mais velhas que afirmam ter uma relação "muito ruim" com os membros da família são mais propensas a serem abusadas, em comparação com outros anciãos. Muitas vezes esta relação conflituosa é resultante da co-residência com outros familiares, pois como afirma Camarano e Ghaouri (2003), viver num mesmo domicílio pode tanto proporcionar maior troca nas relações entre os

membros da família, estimular solidariedade, ajuda, como também gerar conflitos, levando aos maus-tratos domésticos.

Nesse contexto, sob um ponto de vista mais generalista, as formas de violência contra o idoso advêm do conflito de interesses intergeracional. O fato de o idoso ser considerado, na sociedade, um sujeito improdutivo, dependente sob vários aspectos (econômico, familiar, de saúde), e obsoleto do ponto de vista cultural (aquele que não acompanha as novas formas de atitude e de visão de mundo), torna-o um ser marginalizado, excluído dos acontecimentos, e desperta nos mais jovens um desejo coletivo inconsciente de sua morte (Minayo, 2003).

No que se refere ao segundo componente, obtiveram-se itens relacionados ao isolamento social. Este isolamento, juntamente com sentimentos de solidão, podem refletir ainda mais a vulnerabilidade e dependência dos mais velhos, o que pode dar origem a condições que contribuem significativamente para o risco de maus-tratos (Dong et al., 2007). Garre-Olmo et al. (2009) observaram que o isolamento social estava associado especificamente ao abuso psicológico e à negligência, demonstrando que a falta de apoio, principalmente de uma pessoa de confiança, é uma variável importante como sendo fator de risco para a violência contra os idosos. Nesse contexto, Vandecar-Burdin e Payne (2010) afirmam que os idosos que não socializam regularmente são mais propensos a ser vítima do que aqueles que se socializam de forma consistente com amigos e/ou familiares.

Nesse contexto, o isolamento social dos idosos decorre, principalmente, da atual sociedade capitalista estar continuamente voltada para uma economia de produção. Ou seja, as pessoas quando atingem a idade da reforma já não conseguem responder às exigências e ritmo de uma sociedade que valoriza o jovem que produz.

No que concerne às características de dependência funcional encontradas no terceiro componente, várias investigações anteriores constataram sua relação com a violência (Chintanawat, 2003; Podnieks, 1993; Lachs et al, 1997). Lachs e Pillemer (2004) afirmam que uma explicação para esta associação é que o declínio físico do idoso pode diminuir sua capacidade de defender-se ou escapar de uma situação potencialmente abusiva. Como encontrado no

segundo componente, itens relacionados à dependência do idoso em relação a outras pessoas para a realização de atividades da vida diária mostrou-se importante na avaliação da violência. Neste âmbito, as pessoas mais velhas que sofrem de algum processo patológico que os deixam com alguma dependência funcional tornam-se vulneráveis a situações de maus-tratos praticados por membros da família, cuidadores ou pessoas próximas.

Relativamente ao último componente, sabe-se que a exploração financeira é uma das formas mais comuns de maus-tratos praticados contra os mais velhos e possui uma relação com outras formas de violência (Price et al., 2011). Trata-se de uma experiência perturbadora que pode trazer para o idoso um cotidiano caracterizado pelo medo, falta de confiança e no início, geralmente, de ansiedade aguda e crônica (Graycar e James, 2000). Dessa forma, o terceiro componente encontrado possui itens relacionados à exploração financeira que muitas vezes é causada por familiares que dependem economicamente dos idosos e coabitam na mesma residência.

Além disso, chama atenção o fato do item que aborda a dependência do álcool por parte do agressor encontrar-se neste componente. No entanto, estudos demonstram que algumas características do agressor podem contribuir para a exploração financeira como, por exemplo, o abuso de álcool e/ou drogas, saúde mental, vícios em jogos de aposta e problemas financeiros (Bagshaw et al., 2015). Logo, detectar a exploração financeira precoce apresenta uma oportunidade para intervenção, protegendo os ativos financeiros da vítima e possivelmente prevenindo danos físicos e perda de independência (Conrad, Iris e Rindings, 2009).

7.1 ANÁLISE DA CURVA ROC

A análise da curva ROC indicou o valor crítico maior que 8 como ponto de corte para avaliação do risco de violência contra o idoso (Figura 8) utilizando como padrão-ouro a aplicação do instrumento de avaliação da violência do ABUEL (*Elder Abuse: A multinational prevalence survey*). A área sobre a curva foi de 0,944 ($p < 0,001$) com sensibilidade de 88% e especificidade de 88% para o ponto de corte maior que 8 (Tabela 10).

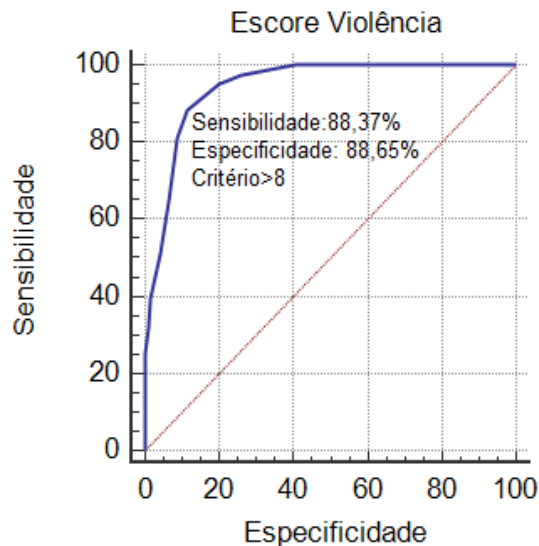


Figura 8- Curva ROC com a relação entre sensibilidade e especificidade do ponto de corte do escore da escala de avaliação do risco de violência contra o idoso e do ponto de corte >8.

O *índice de Youden* possui valor de 0,77 o que demonstra uma boa precisão do instrumento (Tabela 10).

Tabela 10- Estimativa de sensibilidade, especificidade e índice de *Youden* para diferentes pontos de corte para o questionário de avaliação do risco de violência contra o idoso.

Escore	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Índice de Youden
>5	100,00	59,46	0,59
>6	99,67	74,05	0,74
>7	95,35	80,00	0,75
>8	88,37	88,65	0,77
>9	81,40	91,35	0,73
>10	65,12	93,51	0,59
>11	51,16	95,68	0,46

Fonte: MedCalc versão 15.8.

Relativamente ao ponto de corte, ao aplicar simultaneamente o instrumento de avaliação do risco de violência com o ABUEL, que identifica os idosos que sofrem violência, favorece a análise da capacidade discriminante do instrumento de avaliação do risco. Assim, a área abaixo da curva ROC tem

sido um dos índices mais utilizados para sumariar a "qualidade" da curva (Hanley e McNeil, 1982; Swets, 1996). Ou seja, a área sobre a curva ROC é uma medida do desempenho do instrumento e o valor obtido na análise (0,934; $p < 0,001$) indica um desempenho satisfatório.

Nesse contexto, os valores da sensibilidade e especificidade demonstram que 88% dos indivíduos serão identificados como verdadeiros positivos (estão em risco de sofrer violência) e 88% serão identificados como verdadeiros negativos (não possuem risco de sofrer violência).

A maioria das ferramentas de rastreio existente tem sensibilidade justa, mas especificidade mais pobre (Reis e Nahmiash, 1995; Cohen et al, 2006; Yaffe et al, 2008). De acordo com Cohen (2011), em caso de baixa especificidade, existe um risco substancial para a identificação de falsos positivos de abuso; ou seja, a análise será destacar um número considerável de indivíduos suspeitos de sofrerem abuso ou considerados de alto risco que, na verdade, não está enfrentando qualquer abuso. Como consequência, pode-se ter um desconforto e estresse para os profissionais, serviços de proteção, pessoa idosa e família no acompanhamento dos casos mal classificados.

Embora a maioria das ferramentas tenha mostrado sensibilidade razoável, o risco de um falso negativo em não identificar uma pessoa que realmente sofre violência também é possível (Cohen, 2011), De acordo com o autor, isso pode resultar em uma falha do profissional em não considerar a possibilidade de violência em encontros posteriores.

O instrumento de avaliação do risco de violência contra o idoso mostrou uma boa sensibilidade e especificidade o que facilita uma boa classificação dos indivíduos que sofrem ou não risco de abuso. No entanto, os profissionais devem trabalhar numa equipe multiprofissional de modo a ter informações mais aprofundadas do idoso afim de que se tenha uma melhor identificação dos indivíduos que necessitam de acompanhamento e intervenção.

8. AVALIAÇÃO DO DÉFICE COGNITIVO

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), elaborado por Folstein et al. (1975), é provavelmente um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o

mundo. Lourenço e Veras (2006) citam que o MMSE, ao ser usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais. 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.

O MMSE fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em seis categorias, cada uma delas planeada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. O escore do MMSE varia de 0 (indica o maior grau de comprometimento cognitivo) a 30 pontos (corresponde a melhor capacidade cognitiva). O ponto de corte 23/24 tem mostrado alta capacidade para identificação de indivíduos cognitivamente alterados (Tombaugh e McIntyre, 1992).

No entanto, a pontuação do Mini Mental mostrou-se ser influenciada por variáveis demográficas, diminuindo com a idade e com a menor escolaridade sem influência significativa do género (Ridha e Rossor, 2005; Diniz, Volpe e Tavares, 2007). A maioria dos estudos, entretanto, utiliza o escore e pontos de corte que variam em função do nível de escolaridade dos participantes para indicar as pontuações de limiar diagnóstico para défice cognitivo.

Em Portugal, Guerreiro, Silva e Botelho (1994) publicaram o estudo de adaptação da tradução do MMSE no qual foram determinados pontos de corte para detecção de défice cognitivo que têm sido utilizados desde a sua publicação (15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 para 1 a 11 anos de literacia e 27 para literacia superior a 11 anos). O estudo de Nunes (2005) utiliza os seguintes pontos de corte também utilizado por Guerreiro, Silva e Botelho (1994):

Quadro 3- Pontuação para o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) de acordo com a escolaridade

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou Igual a 15
1 a 11 anos de escolaridade	Inferior ou Igual a 22
Superior a 11 anos de escolaridade	Inferior ou Igual a 27

No presente estudo, obteve-se uma média de 25 pontos do mini mental nos idosos participantes, com um mínimo de 15 e máximo de 30 pontos; e ao verificar a pontuação de acordo com o nível de escolaridade proposto por Guerreiro, Silva e Botelho (1994) não foi excluído qualquer participante, uma vez que obtiveram respostas dentro dos pontos de corte pré-estabelecidos.

Dessa forma, ao realizar o teste ao coeficiente de correlação de Spearman entre o nível de escolaridade e o escore do MMSE (Tabela 11), obteve-se que existe uma relação moderada e direta entre as variáveis, com correlação positiva ($r_s = 0,484$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 11- Coeficiente de correlação linear de *Spearman* entre o escore do Mini Mental e o nível de escolaridade.

	Nível de escolaridade	Soma do Mini Mental
Nível de Escolaridade	1,000	0,484***
Coeficiente de Correlação (ró de Spearman)		

*** significativo para 0,001.

9. AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

Utilizou-se o EARVI para avaliar o risco que os idosos têm de sofrer violência a partir do ponto de corte identificado na validação do instrumento (Maior que 8 pontos).

Obteve-se que cerca de 23,2% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que participaram da pesquisa encontravam-se em risco de experimentar situações de violência praticada por familiares/cuidadores (Tabela 12). A maioria (76,8%) foram classificadas como “fora de risco” por apresentarem pontuação na EARVI com valor menor ou igual a 8 pontos.

Tabela 12– Avaliação do risco de violência em idosos utilizando a EARVI

Classificação	Frequência	Porcentagem
Em risco	53	23,2%
Fora de Risco	175	76,8%
Total	228	100%

10. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Com o uso do APGAR familiar, a funcionalidade da família foi avaliada na percepção do idoso de modo a perceber a dinâmica no seu ambiente familiar.

O primeiro item do instrumento (“Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa”) avalia a satisfação do idoso com a assistência/ajuda recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extrafamiliares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio no ambiente familiar. Este item, de acordo com Smilkstein (1978) avalia a dimensão *adaptação* (adaptation).

Na análise deste item, obteve-se que a maioria (71,1%) afirma que está sempre satisfeito (a) com a ajuda que recebe da família sempre que alguma coisa preocupa, seguidos de 21,9% que afirmam quase sempre e 7% satisfeito apenas às vezes com tal ajuda. Nenhum dos participantes citou que nunca ou raramente tem esta satisfação atendida (Tabela 13).

O segundo item, que trata da dimensão *participação* (“Estou satisfeito (a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema”), diz respeito à satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Em outras palavras, é a capacidade da família em dividir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos. Dos idosos participantes, 59,6% afirmam que sempre está satisfeito com a forma pela qual a família divide tais decisões e discute assuntos de interesse, seguidos daqueles que afirmam quase sempre (29,4%),

algumas vezes (8,8%) e raramente (2,2%). Assim como na adaptação, não houveram participantes que citaram o nunca (Tabela 13).

Relativamente ao item que trata da dimensão *crescimento* (Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida) relaciona-se à satisfação do idoso com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas. Assim como os itens anteriores, houve uma maioria (64,9%) que afirma sempre ter o apoio da família quando pretende iniciar novas atividades ou modificar seu estilo de vida. Os demais, 24,6% afirmaram quase sempre ter esse apoio, 7,0% algumas vezes, 3,1% raramente e 0,4% consideram que nunca tem essa satisfação atendida (Tabela 13).

No que se refere ao item relacionado à dimensão *afeição* (Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos) indica a satisfação do idoso com as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição, representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família em geral. Os participantes, na sua maioria (70,2%), afirmaram sempre estar satisfeitos com a maneira que a sua família manifesta afeição. Do restante, 19,7% afirmaram quase sempre, 7,9% algumas vezes e 2,2% raramente estar satisfeito quanto à afeição manifestada pelos membros da família (Tabela 13). O vínculo afetivo estabelecido entre o idoso e seu familiar/cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade e os laços afetivos envolvidos podem favorecer uma maior confiança (Pavarini et al., 2006).

O último item (Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família) é de grande importância na avaliação da funcionalidade familiar e está relacionado à dimensão *capacidade resolutiva*. Em geral, representa a satisfação do idoso com o tempo compartilhado com os demais membros da família. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar assim como o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa

compreender todos estes aspetos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio. Quando comparado às demais dimensões, esta foi a que apresentou menor percentagem (44,3%) de pessoas que estão sempre satisfeitas com o tempo que passam com a família, seguidas de 30,3% dos que afirmam estar quase sempre satisfeitos. Do restante, 20,2% afirmaram estar satisfeitos algumas vezes com o tempo que passa com a família, seguidos de 4,8% que afirmaram raramente e 0,4% nunca (Tabela 13).

Dados como este demonstram que o tempo despendido pelos familiares no apoio e acompanhamento de idosos diariamente tem diminuído, sendo isso resultante do ritmo de vida contemporâneo e provavelmente a inaptidão da família de assumir o papel de cuidadora do idoso.

No cálculo do índice do APGAR de forma geral (Tabela 14), que calcula a funcionalidade familiar como resultante das cinco dimensões supracitadas, obteve-se que, na percepção dos idosos, a maioria considera ter uma família com funcionalidade normal (91,2%), e os demais apresentam alguma disfunção (8,8%) seja ela moderada (7,9%) ou severa (0,9%).

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e às possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação. No entanto, cada família possui características específicas e o processo de adaptação e interação dos seus membros varia. As mudanças decorrentes de algum processo no ambiente familiar que necessite de adaptação por seus membros exigem alterações na dinâmica familiar de modo a garantir sua estabilidade e bem-estar geral.

Tabela 13- Índice de Apgar Familiar por dimensão

Dimensão	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
ADAPTAÇÃO (Estou satisfeito (a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa)	71,1% (N= 162)	21,9% (N= 50)	7,0% (N=16)	0%	0%
PARTICIPAÇÃO Estou satisfeito (a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	59,6% (N=136)	29,4% (N=67)	8,8% (N= 20)	2,2% (N=5)	0%
CRESCIMENTO Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	64,9% (N=148)	24,6% (N=56)	7,0% (N=16)	3,1% (N=7)	0,4% (N=1)
AFEIÇÃO Estou satisfeito (a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos	70,2% (N=160)	19,7% (N=45)	7,9% (N=18)	2,2% (N=5)	0%
RESOLUÇÃO Estou satisfeito (a) com o tempo que passo com a minha família	44,3% (N=101)	30,3% (N=69)	20,2% (N=46)	4,8% (N=11)	0,4% (N=1)

Tabela 14- Índice de Apgar Familiar geral

	Frequência	Percentagem
Disfunção Severa	2	0,9%
Disfunção Moderada	18	7,9%
Funcionalidade Normal	208	91,25
Total	228	100%

Ao analisar o score total da funcionalidade familiar e comparar os grupos de pessoas que vivem sozinhas com as que coabitam com outros familiares, observa-se que há diferenças significativas entre os dois grupos ($t(226)= 2,9$, $p= 0,004$) ao nível da funcionalidade familiar (Tabela 15).

Tabela 15- Comparação das médias da funcionalidade familiar para os grupos que vivem sozinhos e os que coabitam com familiares.

	Sozinhos (n=53) Média (DP)	Coabitam com Familiares (n=175) Média (DP)	t (226)
Funcionalidade Familiar (score total)	16,4 (2,78)	17,6 (2,66)	2,9*

*p <0,05

Ao analisar a relação da funcionalidade familiar com o nível de alfabetização, com recurso ao teste T, observou-se que as pessoas que não foram à escola apresentam, em média, um escore de 15,9 ao nível da funcionalidade familiar e as pessoas que foram à escola apresentam média de 17,7. Esta análise é confirmada pelo valor do teste ($t(70) = -3,65$; $p < 0,001$) que demonstra que há diferenças significativas em termos médios entre os grupos que foram alfabetizados (foram à escola) e os que não foram relativamente à funcionalidade familiar. Dessa forma, as pessoas que foram à escola são as que demonstram melhor dinâmica no ambiente familiar (Tabela 16).

Tabela 16- Comparação das médias da funcionalidade familiar para os grupos que foram à escola e os não foram à escola.

	Não foram à escola (n=53) Média (DP)	Foram à escola (n=175) Média (DP)	t(70)
Funcionalidade Familiar (score total)	15,9 (3,28)	17,7 (2,46)	-3,65*

*p <0,001

Entretanto, quando comparados os grupos do sexo feminino e masculino com uso do Teste T, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da funcionalidade ($t(226) = 1,0$, $p = 0,314$)

11. AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

A avaliação da capacidade funcional por parte dos enfermeiros deve ser feita com base na adoção de uma linguagem internacional que permita, de forma global, uma comunicação dos problemas das pessoas com 65 e mais anos de

idade entre vários grupos de profissionais e os sistemas de saúde, para a programação de cuidados e de políticas de saúde (Fonseca, 2013).

Para isso, a Organização Mundial da Saúde (2004) desenvolveu a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) como uma referência para uma classificação comum a ser utilizada por profissionais de saúde. Assim, autores como Mueller et al. (2008) propõem a utilização desta classificação recomendada pela OMS que estabelece um processo de comunicação interprofissional na avaliação das necessidades de cuidados às pessoas idosas.

Nesse contexto, Lopes e Fonseca (2013) criaram o *Elderly Core Set* de Idosos, que classifica a funcionalidade das pessoas com 65 e mais anos de idade.

11.1 DÉFICE DO AUTOCUIDADO

De acordo com o instrumento, o conceito de autocuidado é constituído por doze indicadores com escala tipo Likert com 5 pontos (0. Não há problema: 0-4%; 1. Problema ligeiro: 5-24%; 2. Problema moderado: 25-49%; 3. Problema grave: 50-95%; 4. Problema completo: 96-100%) (Tabela 17).

Tabela 17- Indicadores que constituem o conceito de autocuidado

Indicadores de Avaliação	
Conceito de <i>Autocuidado</i>	Lavar-se (d510); Vestir-se (d540); Cuidar de partes do corpo (d520); Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); Andar (d450); Realizar a rotina diária (d230); Manter a posição do corpo (d415); Mudar a posição básica do corpo (d410); Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530); Utilização da mão e do braço (d445); Beber (d560); Comer d550

Ao analisar a variável do défice do autocuidado numa escala de 5 pontos e, com recurso ao teste t, verificou-se que não existiu relação significativa, em termos médios, entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino ($t(226) = -1,42$; $p = 0,157$). De acordo com os dados, as pessoas do sexo feminino apresentaram uma média de 1,35 na avaliação dos itens relativos ao autocuidado (escala de 0 a 4) e as pessoas do sexo masculino uma média de

1,29. Desse modo, não houve diferença entre os grupos no que se refere aos problemas relativos ao autocuidado.

Relativamente ao nível de alfabetização, observou-se que as pessoas que não sabem ler ou escrever apresentaram, em média, 1,52 ao nível do déficit autocuidado e as pessoas que sabem ler ou escrever apresentaram média de 1,26. Esta análise é confirmada pelo valor do teste T ($t(226) = 5,8$; $p < 0,001$), o que demonstra uma diferença estatisticamente significativa, em termos médios, entre os dois grupos demonstrando que as pessoas com baixa escolaridade possuem maior déficit de autocuidado na atividade.

Quando comparados os três grupos etários estabelecidos (65 a 74 anos; 75 a 84 anos e; 85 ou mais anos), observou-se, com recurso ao teste de Kruskal-Wallis¹, que as pessoas com 85 ou mais anos de idade apresentaram mais problemas relativamente ao autocuidado (171,1)². Houve evidência estatística que permite afirmar que há pelo menos um grupo cujo nível de problemas relacionados com o autocuidado é diferente dos restantes (Kruskal-Wallis $H(2) = 52,45$; $p < 0,001$). Além disso, verificou-se uma associação moderada e positiva (coeficiente Rho de Spearman = 0,48), mas estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o déficit de autocuidado e o grupo etário a que as pessoas pertencem, uma vez que à medida que aqueles que têm mais problemas ao nível de autocuidado têm idade mais avançada.

Relativamente ao estado civil, observou-se que existe pelo menos um grupo cujo nível de problemas relacionados com o autocuidado é diferente dos demais (Kruskal Wallis $H(4) = 25,57$; $p < 0,001$). Nesse sentido, constatou-se que as pessoas viúvas apresentaram maior déficit do autocuidado (146,88) seguidas das solteiras (127,43).

No que se refere ao fato do idoso viver sozinho ou com outras pessoas, observou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos, uma vez que as pessoas que vivem sozinhas apresentaram média de 1,43 no

¹ Hipóteses do teste de Kruskal-Wallis: H_0 = os três grupos etários (65 a 74 anos; 75 a 84 anos e; 85 ou mais anos) têm a mesma distribuição no déficit do autocuidado; H_1 = Existe pelo menos um dos grupos etários (65 a 74 anos; 75 a 84 anos e; 85 ou mais anos) que tem distribuição diferente dos demais relativamente ao déficit do autocuidado.

² O teste de Kruskal-Wallis apresenta dados em termos de *Mean Rank*, ou seja, média das ordenações ou classificações dos grupos.

déficit do autocuidado e as que vivem com outras pessoas apresentaram média de 1,28. Esta análise é confirmada pelo valor do teste T ($t(226) = 3,11$; $p=0,002$), o que demonstra uma diferença estatisticamente significativa, em termos médios, entre os dois grupos demonstrando que as pessoas que vivem sozinhas possuem maior déficit de autocuidado na atividade quando comparadas com as que coabitam com outras pessoas.

11.2 APRENDIZAGEM E FUNÇÕES MENTAIS

Assim como o conceito anterior, o conceito de aprendizagem e funções mentais é constituído por indicadores com escala de Likert com 5 pontos (0 indica nenhuma deficiência a 4 que indica deficiência/dificuldade completa. Ao todo, o conceito é constituído por 6 indicadores (Tabela 18).

Tabela 18- Indicadores que constituem o conceito de aprendizagem e funções mentais

Indicadores de Avaliação	
Conceito de <i>Aprendizagem e funções mentais</i>	Funções da Consciência (b110); Funções da orientação (b114); Funções da atenção (b140); Funções da memória (b144); Funções emocionais (b152); Funções cognitivas de nível superior (b164).

Com recurso ao teste t, verificou-se que existe diferença significativa entre os participantes do sexo feminino e masculino no que se refere ao déficit na aprendizagem e funções mentais ($t(226) = -2.95$; $p=0,003$). Observou-se que as pessoas do sexo feminino possuem uma média de 1,76 de problemas ao nível da aprendizagem/funções mentais, sendo superior à média do sexo masculino (1,59).

Analisando ainda a variável aprendizagem e funções mentais e com uso do teste T, numa escala de 5 pontos, verificou-se que as pessoas que não tiveram escolarização apresentam, em média, mais problemas ao nível da aprendizagem (1,95) comparativamente com as pessoas que tiveram (1,62). Esta análise descritiva é confirmada pelo valor do teste ($t(226) = 4,97$; $p<0,001$), constatando-se que existem evidências estatisticamente significativas em termos médios entre os dois grupos no que concerne à aprendizagem.

Quando comparados os três grupos etários estabelecidos (65 a 74 anos; 75 a 84 anos e; 85 ou mais anos), observou-se, com recurso ao teste de Kruskal-Wallis, que as pessoas com 85 ou mais anos de idade apresentaram mais problemas relativamente à aprendizagem (150,71). Houve evidência estatística que permite afirmar que há pelo menos um grupo cujo nível de problemas relacionados com a aprendizagem e funções mentais é diferente dos restantes (Kruskal-Wallis $H(2) = 32,78$; $p < 0,001$). De fato, verifica-se que as médias das ordenações da variável aprendizagem e funções mentais variam entre 88,75 para as pessoas com idade de 65 a 74 anos e 150,71 para aqueles que possuem 85 ou mais anos, relevando uma tendência para o aumento do déficit ao nível de aprendizagem e funções mentais à medida que a idade aumenta.

Neste caso, o teste *one-way* ANOVA evidencia que o grupo de pessoas da faixa etária 65 a 74 anos possui maiores diferenças quando comparadas aos dois outros grupos (75 a 84 anos e 85 ou mais anos), sendo, portanto, o grupo que apresenta diferenças significativas no que se refere aos problemas de aprendizagem e funções mentais (Tabela 19). Logo, o grupo etário de 65 a 74 anos apresenta diferença pela positiva, uma vez que apresenta problemas/déficits menores relativamente à aprendizagem e funções mentais quando comparado aos outros dois grupos.

Tabela 19- Deficiência ao nível da aprendizagem de acordo com a faixa etária

Idade	N	Subconjunto 1	Subconjunto 2
65 a 74 anos	107	88,75	
75 a 84 anos	92		133,04
85 ou mais anos	29		150,71
Sig		1,00	0,317

11.3 COMUNICAÇÃO

O conceito de comunicação é constituído por 4 indicadores (Tabela 20) medidos, assim como os demais, numa escala de likert de 5 pontos. Este

indicador mede a capacidade do idoso no que se refere ao processo de comunicar-se com outras pessoas.

Tabela 20- Indicadores que constituem o conceito de comunicação

Indicadores de Avaliação	
Conceito de Comunicação	Comunicar e receber mensagens orais (d310); Falar (d330); Conversação (d350); Relacionamentos familiares (d760).

Ao analisar a capacidade relativamente à comunicação e, com recurso ao teste t, verificou-se que, no que se refere ao sexo, não existiu relação significativa, em termos médios, entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino ($t(226) = 0,183$; $p = 0,855$). A média das mulheres foi de 1,18 e dos homens foi de 1,17, o que demonstra médias praticamente iguais entre os grupos.

Também não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pessoas que vivem sozinhas (média=1,19) e as que coabitam com outras pessoas (média=1,16) relativamente à capacidade de comunicação ($t(226) = 0,827$; $p = 0,41$).

No entanto, ao analisar o nível de escolaridade dos participantes, observou-se que houve diferenças significativas ($t(65,7) = 3,70$; $p < 0,001$) entre os grupos que frequentaram a escola (média=1,13) e os que não frequentaram (média=1,32). Desse modo, observa-se que a capacidade de comunicação demonstrou ser mais limitada nas pessoas que não frequentaram a escola.

11.4 RELAÇÃO COM AMIGOS E CUIDADORES

O conceito relação com amigos e cuidadores é formado por três indicadores (Tabela 21), todos medidos numa escala de likert de 5 pontos.

Tabela 21- Indicadores que constituem o conceito de Relação com Amigos e Cuidadores

Indicadores de Avaliação	
Conceito de Relação com Amigos e Cuidadores	Amigos (e320); Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340); Profissionais de saúde (e355)

Ao analisar a capacidade dos idosos em ter boas relações com amigos e cuidadores com recurso ao teste t, verificou-se que não existiu relação significativa, em termos médios, entre os participantes do sexo feminino e masculino ($t(226)=-0,88;p=0,38$). Da mesma forma, não houve diferenças significativas entre os participantes que vivem sozinhos (média=2,43) e os que coabitam com outras pessoas (média=2,50) ($t(226)= -1,10; p=0,27$).

Analisando a escolaridade dos participantes, observou-se que os grupos que não foram à escola não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando comparado ao grupo escolarizado ($t(226)= 0,97;p=0,33$) relativamente à capacidade nas relações com amigos e cuidadores.

12. RISCO DE VIOLÊNCIA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR

A funcionalidade familiar relaciona-se com o contexto harmônico e de equilíbrio nas relações familiares. Grosso modo, diz-se que existe boa funcionalidade numa família quando seus integrantes agem com compromisso e apoio entre eles.

Assim, detectar um sistema familiar disfuncional, de acordo com a visão do idoso, facilita a compreensão de fatores que possam levar a um ambiente propício à violência, uma vez que pode não haver apoio e cuidados necessários para o bem-estar e qualidade de vida do idoso.

Para analisar a relação entre o risco de violência no idoso e a funcionalidade familiar, utilizou-se a regressão linear. A funcionalidade familiar é medida num escore de 0 a 20, conforme indicado pelos autores do instrumento. Após verificação dos pressupostos inerentes ao modelo³, procedeu-se a análise dos dados.

A regressão linear procura prever uma variável dependente (ou de saída) a partir de uma única variável independente (ou previsora), ambas quantitativas ou tratadas como tal. Na análise da relação do risco de violência com a

³ Pressupostos para a regressão linear: Linearidade do fenómeno em estudo; Variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo; Variância constante das variáveis aleatórias residuais; Independência das variáveis aleatórias residuais e; Distribuição normal das variáveis aleatórias residuais

funcionalidade familiar torna-se pertinente o uso deste recurso. A tabela 22 apresenta o modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade. O modelo tem moderada qualidade já que, por um lado, 21,9% da variação do risco de violência é explicada pela funcionalidade familiar do idoso e, por outro, o erro de predição é, em média 0,14 ($R^2=0,219$; $EP=0,138$; $F_{(1,226)}=63,436$; $p<0,001$). Desse modo, realça-se também a importância e a necessidade de investigar outras características ou fatores de risco que também explicam a variação do risco de violência em idosos.

Além disso, a relação entre as variáveis funcionalidade familiar e risco de violência contra idosos é indireta e moderada (Pearson= -0,468). Pode-se verificar que uma maior funcionalidade familiar conduz, em média, à obtenção de um menor índice de risco de violência ($B=-0,027$; $t=7,965$; $p<0,001$). De fato, quando a funcionalidade familiar aumenta um ponto, o risco de violência diminui, em média, em aproximadamente 0,027 valores.

Tabela 22- Resultados do modelo de regressão linear da funcionalidade familiar como preditor do risco de violência contra idosos

Coeficiente de determinação	Erro padrão EP	Variável	Coeficient e β	Erro Padrão EP	Coeficiente estandardiz Beta	Teste T	p
0,219	0,139	B ₀ Constante	2,092	0,059		35,418	<0,001
		B ₁ Autocuida	-0,027	0,003	-0,468	-7,965	<0,001

13. RISCO DE VIOLÊNCIA E CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO

Para análise da relação entre o risco de violência do idoso e a capacidade funcional no idoso, utilizou-se a regressão linear para análise dos dados. A capacidade funcional, de acordo com o instrumento utilizado, é uma variável latente resultante da junção de quatro variáveis, a saber: Défice do autocuidado, Aprendizagem e Funções Mentais, Comunicação e Relação com Amigos e Cuidadores. Cada variável foi analisada separadamente para se obter a relação com o risco de violência.

13.1 RISCO DE VIOLÊNCIA E DÉFICE DO AUTOCUIDADO

Na análise dos idosos participantes verificou-se que a média do índice de violência geral é de 1,63 (desvio padrão=0,16) e a média do déficit do autocuidado é de 1,32 (desvio padrão= 0,30). Para análise da relação entre as variáveis em questão, utilizou-se a regressão linear após verificação dos pressupostos⁴ inerentes ao modelo.

A tabela 23 apresenta o modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade. O modelo tem moderada qualidade já que, por um lado, 21,7% da variação do risco de violência é explicada pelo déficit do autocuidado no idoso e, por outro, o erro de predição é, em média 0,14 ($R^2=0,217$; $EP=0,138$; $F_{(1,226)}=62,694$; $p<0,001$). Desse modo, realça-se também a importância e a necessidade de investigar outras características ou fatores de risco que também explicam a variação do risco de violência em idosos.

Dessa forma, é possível verificar que um maior déficit do autocuidado no idoso conduz, em média, à obtenção de um maior índice de risco de violência ($B=0,241$; $t=7,918$; $p<0,001$). De fato, quando o déficit do autocuidado aumenta um ponto o risco de violência aumenta, em média, em aproximadamente 0,24 valores. Têm-se ainda que a relação entre estas variáveis é direta e moderada (Pearson= 0,466).

Tabela 23- Resultados do modelo de regressão linear do déficit do autocuidado como preditor do risco de violência contra idosos.

Coeficiente de determinação	Erro padrão EP	Variável	Coeficient e β	Erro Padrão EP	Coeficiente estandardiz Beta	Teste T	p
0,217	0,138	B ₀ Constante	1,308	0,041		31,692	<0,001
		B ₁ Autocuida	0,241	0,03	0,466	7,918	<0,001

⁴ Pressupostos para a regressão linear: Linearidade do fenómeno em estudo; Variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo; Variância constante das variáveis aleatórias residuais; Independência das variáveis aleatórias residuais e; Distribuição normal das variáveis aleatórias residuais.

13.2- RISCO DE VIOLÊNCIA E APRENDIZAGEM E FUNÇÕES MENTAIS

Na análise dos idosos participantes verificou-se que a média do índice de violência geral é de 1,63 (desvio padrão=0,16) e a média da variável Aprendizagem e Funções Mentais é de 1,70 (desvio padrão= 0,44). Assim como na análise anterior, após a verificação dos pressupostos inerentes ao modelo de regressão linear, observou-se que apresentou fraca qualidade, uma vez que apenas 3,6% da variação do risco de violência é explicada pela Aprendizagem e Funções Mentais ($R^2= 0,036$; $EP= 0,154$; $F_{(1,226)}=8,36$; $p=0,004$). Dessa forma, observa-se a pouca variação do risco de violência sendo provocado pela diminuição da função da aprendizagem e funções mentais no idoso.

A tabela 24 apresenta o modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade. Assim, é possível verificar que uma maior deficiência nas funções de aprendizagem e funções mentais no idoso conduz, em média, à obtenção de um maior índice de risco de violência ($B=0,067$; $t=2,89$; $p=0,004$). De fato, quando o déficit do autocuidado aumenta um ponto o risco de violência aumenta, em média, em aproximadamente 0,067 valores. Têm-se ainda que a relação entre estas variáveis é direta e fraca (Pearson= 0,189).

Tabela 24- Resultados do modelo de regressão linear da variável Aprendizagem e Funções Mentais como preditor do risco de violência contra idosos.

Coeficiente de determinação	Erro padrão EP	Variável	Coeficiente e β	Erro Padrão EP	Coeficiente estandardiz Beta	Teste T	p
0,036	0,154	B ₀ Constante	1,513	0,041		37,21	<0,001
		B ₁ Autocuida	0,067	0,023	0,189	2,89	0,004

13.3 RISCO DE VIOLÊNCIA E COMUNICAÇÃO

Ao analisar a relação entre as variáveis de risco de violência e comunicação, com recurso à regressão linear, obteve-se que, nos idosos participantes, a

média do índice de violência geral é de 1,63 (desvio padrão=0,16) e a média da variável Comunicação é de 1,17 (desvio padrão= 0,26).

Após a verificação dos pressupostos inerentes ao modelo de regressão linear, observou-se que a correlação entre as variáveis é positiva, apesar de fraca (Pearson= 0,316). Além disso, 10% da variação do risco de violência é explicado pela variável Comunicação ($R^2= 0,10$; EP= 0,149; $F_{(1,226)}=25,06$; $p<0,001$). Dessa forma, observa-se a variação do risco de violência é explicada em 10% pela deficiência dos idosos no que se refere à comunicação com outras pessoas.

Na análise do modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade (Tabela 25), é possível verificar que uma maior deficiência nas funções de comunicação no idoso conduz, em média, à obtenção de um maior índice de risco de violência ($B=0,190$; $t=5,00$; $p<0,001$). De fato, quando a deficiência na função de comunicação no idoso aumenta um ponto o risco de violência aumenta, em média, em aproximadamente 0,190 valores.

Tabela 25- Resultados do modelo de regressão linear da variável Comunicação como preditor do risco de violência contra idosos.

Coeficiente de determinação	Erro padrão EP	Variável	Coeficiente e β	Erro Padrão EP	Coeficiente estandardiz Beta	Teste T	p
0,100	0,149	B ₀ Constante	1,405	0,045		30,884	<0,001
		B ₁ Autocuida	0,190	0,038	0,316	5,007	<0,001

13.4- RISCO DE VIOLÊNCIA E RELAÇÃO COM AMIGOS E CUIDADORES

Na análise dos idosos participantes verificou-se que a média do índice de violência geral é de 1,63 (desvio padrão=0,16) e a média do déficit do autocuidado é de 1,31 (desvio padrão= 0,43). Após a verificação dos pressupostos do modelo de regressão linear, observou-se que o modelo tem fraca qualidade já que, por um lado, apenas 2,7% da variação do risco de violência é explicada pela deficiência nas relações com Amigos e Cuidadores

no idoso e, por outro, o erro de predição é, em média 0,15 ($R^2=0,027$; $EP=0,15$; $F_{(1,226)}=6,158$; $p=0,01$).

Dessa forma, é possível verificar que um maior déficit do autocuidado no idoso conduz, em média, à obtenção de um maior índice de risco de violência ($B=0,06$; $t=2,481$; $p=0,01$). De fato, quando a deficiência nas relações com amigos e cuidadores aumenta um ponto o risco de violência aumenta, em média, em aproximadamente 0,06 valores (Tabela 26). Têm-se ainda que a relação entre estas variáveis é direta e fraca (Pearson= 0,163).

Tabela 26- Resultados do modelo de regressão linear da variável Relação com Amigos e Cuidadores como preditor do risco de violência contra idosos.

Coeficiente de determinação	Erro padrão EP	Variável	Coeficient e β	Erro Padrão EP	Coeficiente estandardiz Beta	Teste T	p
0,027	0,154	B ₀ Constante	1,548	0,033		46,461	<0,001
		B ₁ Autocuida	0,060	0,024	0,163	2,481	=0,01

14. MODELO DO RISCO DE VIOLÊNCIA COM O DÉFICE DO AUTOCUIDADO E FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA

Na análise do modelo de regressão linear múltipla com a variável dependente que calcula o risco de violência e com as variáveis independentes “défice do autocuidado” e “funcionalidade familiar”, obteve-se que o modelo explica 31,6% da variação do risco de violência (Tabela 27).

Após análise dos pressupostos⁵ inerentes ao modelo de regressão linear múltipla, obteve-se que existe uma correlação moderada entre o modelo e a variável “risco de violência” (R de Pearson= 0,562).

Desse modo, verificou-se que os dois conceitos supracitados que compõem o modelo proposto como hipótese de estudo são estatisticamente significativos,

⁵ Os pressupostos do modelo de regressão linear múltipla são: Linearidade do fenómeno em estudo; Variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo; Variância constante das variáveis aleatórias residuais; Independência das variáveis aleatórias residuais; Distribuição normal das variáveis aleatórias residuais e; Inexistência de multicolinearidade.

conforme apresentado na tabela 27. Neste sentido, o modelo, de forma global, é estatisticamente significativo ($F(2,225) = 51,890$; $p < .001$).

Tabela 27- Valores Determinantes do Risco de Violência praticada contra Idosos (regressão múltipla).

Variáveis Explicativas	Valores Beta
Défice do Autocuidado	0,336*
Apgar Familiar	-0,340*
R ² Ajustado	0,316
F (2,225)	51,890

* $p < 0,001$

CAPÍTULO IV

15. DISCUSSÃO

A discussão em torno dos resultados apresentados anteriormente será abordada, sempre que possível, com base em estudos publicados que citam o risco de violência e a sua relação com a capacidade funcional do idoso e a funcionalidade familiar.

Surge, então, certa dificuldade em comparar e discutir dados de outros estudos com este, pois se sabe que o conceito de violência varia entre diversos autores, uma vez que alguns estudos abordam apenas algum tipo de violência (sexual ou física ou psicológica, dentre outras). Além disso, é notória a escassez de estudos que tratam da análise da violência com o déficit do autocuidado e funcionalidade familiar.

Optou-se por utilizar o conceito de violência como *“a ação isolada ou repetida, ou a ausência de resposta apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”* (WHO, 2002). Esta concepção da violência mostra a complexidade que envolve este fenômeno, uma vez que ocorre devido a um conjunto de fatores de risco que podem ocorrer de forma isolada ou em conjunto. Devido a isso, existe a dificuldade na compreensão e explicação da violência como subsídio para guiar as ações de prevenção e cuidados aos idosos. Além disso, a utilização de um modelo/teoria único delimita e dificulta os cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas vítimas de violência.

Dessa forma, a utilização da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner em conjunto servem de subsídio para a compreensão do fenômeno da violência e atuação do profissional de enfermagem diante do idoso vítima ou em risco de sofrer violência. Seguindo os pressupostos da teoria de Betty Neuman percebe-se a importância da atuação do enfermeiro na identificação de possíveis estressores/fatores de risco para a violência, o qual deverá interagir com o idoso/família de modo a

intervir e buscar meios que permitam a resolução e a manutenção do equilíbrio ou bem-estar do idoso. O planejamento e avaliação das intervenções de enfermagem permitem o estabelecimento de objetivos e estratégias para manter, reter e atingir a estabilidade do cliente.

De forma complementar, o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner contribui para a análise da realidade de idosos que se encontram em risco e/ou sofrem violência. A partir do momento que é considerado a existência de diversos sistemas (macro-, meso- e microsistema) interrelacionados na explicação do fenômeno da violência, consegue-se analisar todo o contexto de forma ampla e específica levando-se em conta os fatores intra e extrafamiliares, assim como considerar as causas e consequências da violência no ambiente familiar.

No contexto da funcionalidade, o uso da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) auxilia na explicação das necessidades individuais de autocuidado quando as pessoas não têm capacidade para as satisfazer. Logo, existe a necessidade de suporte estruturais (como os serviços disponíveis na comunidade) quando a pessoa não é capaz de satisfazer suas próprias necessidades e/ou dos seus dependentes. Esta incapacidade pode gerar fatores de estresse no ambiente familiar e, a partir daí, ocasionar episódios de violência.

O uso da teoria de Orem (2001) mostra que existem três métodos pelos quais os enfermeiros ajudam os pacientes a atender às suas necessidades: agir para fazer ou para orientar e dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico e manter um ambiente de apoio e ensino (Fonseca, 2013).

Nota-se, então, que a utilização de um modelo/teoria único não se torna adequado para o cuidado holístico ao idoso vítima ou em risco de sofrer violência, uma vez que com a complexidade e amplitude do fenômeno torna-se necessário uma abordagem mais vasta de modo a garantir o melhor cuidado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos idosos.

Dessa forma, o enfermeiro possui subsídios que facilitam a intervenção necessária para prestar cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas. Deve-se, em articulação com o restante da equipa, dirigir suas ações para a pessoa idosa levando a cabo o contexto no qual ela se insere, uma vez que o

fenômeno da violência é resultante de diversos fatores, sejam eles relacionados ao idoso, ao cuidador e ao ambiente.

Ao desenvolver e utilizar a Escala de Avaliação do Risco de Violência contra o Idoso (EARVI) para identificar os idosos em risco de sofrer violência, nos permite obter dados importantes para possíveis intervenções de enfermagem de modo a garantir o bem-estar desta parcela da população. O EARVI mostrou-se satisfatório e com boa confiabilidade ($\alpha = 0,74$), apesar de haver a necessidade de replicar o estudo em outras populações. Conforme cita Paixão e Reichenheim (2006), há a necessidade de instrumentos apropriados de rastreamento de violência em idosos para que se possa ter progresso na prática e pesquisa desse importante problema de saúde pública.

Com o uso da análise fatorial, obtiveram-se quatro componentes principais que se mostraram adequados e de acordo com pesquisas anteriores. O primeiro componente (Confiança e Segurança) obtido demonstra a relação do risco de violência com o sentimento de confiança e bom relacionamento do idoso com familiar e/ou com aqueles que lhes são próximos. Conforme cita Oh et al (2006), as pessoas mais velhas que afirmam ter uma relação "muito ruim" com os membros da família são mais propensas a serem abusadas, em comparação com outros idosos. Logo, relações familiares conflituosas levam ao um maior risco de violência contra as pessoas mais velhas.

O segundo componente obtido refere-se ao isolamento social como sendo um fator relacionado ao risco de violência, em concordância com estudos como o de Dong et al (2007), Garre-Olmo et al (2009) e Vandecar-Burdin e Payne (2010), nos quais é possível encontrar dados que confirmam que os idosos que não socializam regularmente com amigos e/ou familiares ou possuem sentimentos de solidão são mais propensos a ser vítima de violência do que aqueles que não apresentam tais condições.

Os maus-tratos praticados contra as pessoas mais velhas possuem diversos fatores de risco associados. No entanto, um deles tem sido amplamente discutido na literatura. Trata-se da dependência funcional do idoso, que foi obtida como um componente na análise fatorial realizada. Conforme cita Lachs e Pillemer (2004), uma explicação para esta associação é que o declínio físico

do idoso pode diminuir sua capacidade de defender-se ou escapar de uma situação potencialmente abusiva.

Conforme o estudo de Faustino, Gandolfi e Moura (2014), através de análise estatística, observaram a associação entre Atividade Básica de Vida Diária e violência física ($p=0,02$). Ou seja, quanto maior o escore de Katz, maior a chance de o idoso sofrer violência física. Em outras palavras, quanto maior a dependência no desempenho das atividades básicas, maior era a chance de a pessoa idosa sofrer agressão física corporal, quando, por exemplo, necessitar de ajuda para manter continência fecal ou urinária, para trocar de roupa ou para realizar o banho (Faustino, Gandolfi e Moura, 2014).

Dessa forma, em relação às situações de violências e à capacidade funcional, é unânime, entre os estudos, que, com o aumento do grau de dependência, maior é a chance de o idoso ser vítima de violência. Logo, quando há necessidade de ajuda para o autocuidado ou para realizar atividades mais complexas do cotidiano, como cuidar de finanças, fazer compras e outros, principalmente devido às incapacidades físicas, as pessoas mais velhas apresentam maior risco de sofrer algum tipo de abuso, principalmente quando não há uma boa relação entre os idosos e familiares ou cuidador (Beach et al., 2010; Dong et al., 2012; Duque et al., 2012).

A dependência funcional dos mais velhos manifesta-se principalmente ao nível do autocuidado, por isso a importância do uso da Teoria do Autocuidado de Orem (2001) para guiar os cuidados de enfermagem como forma de motivação para o resgate da independência dos idosos e, conseqüentemente, diminuir os riscos de sofrerem violência no ambiente familiar.

O quarto e último componente extraído na análise fatorial (Segurança Financeira) demonstra a relação do risco de sofrer violência com a questão financeira. Estudos como o de Adams et al. (2014) cita que a violência financeira é a forma mais comum de abuso contra os idosos australianos e que isso ocorre devido a dificuldades de detecção desse fato, pois quem comete a violência é alguém próximo ao idoso. Em concordância está o estudo espanhol de Acierno et al. (2010) que obteve a seguinte prevalência de violência: 5,6% financeira, 4,6% emocional, 1,6% física e 0,6% sexual.

Desse modo, o EARVI e os componentes obtidos após análise fatorial demonstram concordância com pesquisas anteriores no que se refere ao fato da violência estar relacionada a diversos fatores, tendo-se obtido componentes extraídos da análise fatorial importantes no estudo do fenômeno dos maus-tratos sofridos pelos mais velhos.

No que se refere à família, sabe-se que é o primeiro grupo social de inserção do indivíduo e, idealmente, atende às necessidades de promoção, tratamento e reabilitação da saúde de seus membros, em todas as fases do ciclo vital, sobretudo dos grupos considerados mais fragilizados, como as crianças, mulheres e idosos (Bernal, 2003; Camarano, Kanso e Mello, 2004).

O papel substancial que a família assume no cuidado com os segmentos dependentes expõe dificuldades no relacionamento familiar, por enfrentarem o cuidado do idoso com limitações (físicas ou cognitivas), precária condição socioeconômica, ambiente intergeracional desfavorável e o conhecimento insuficiente sobre o envelhecimento pelos mais jovens (Souza, Skubs e Brêtas, 2007).

Na avaliação da funcionalidade familiar, através do índice do APGAR, obteve-se que, na percepção dos idosos, a maioria considera ter uma família com funcionalidade normal (91,2%), e os demais apresentam alguma disfunção (8,8%) seja ela moderada (7,9%) ou severa (0,9%). Dessa forma, famílias com boa funcionalidade, na ótica dos idosos, revela que estão satisfeitos com o relacionamento com seus familiares, o que leva a inferir que são famílias preparadas para gerenciar problemas, responder positivamente a conflitos e manter a autonomia e o apoio a seus membros.

Dentre aqueles que apresentaram alguma disfunção observou-se um maior risco de sofrer violência. Esses resultados vão ao encontro do que foi relatado num estudo recente realizado nos Açores, no qual os autores citam que os idosos que possuem famílias disfuncionais são mais propensos a sofrer maus-tratos (83,33% das famílias disfuncionais apresentaram suspeita de maus-tratos). Os resultados encontrados pelos autores confirmam que pertencer a uma família com disfunção suave ou severa, apresenta uma probabilidade 8.351 vezes maior de suspeita de maus-tratos do que pertencer a uma família normofuncional (Torres et al. (2017). Martins et al. (2014) também citam que

pacientes idosos com famílias disfuncionais são os que mais sofrem abuso físico, negligência emocional e abuso total.

Nesse sentido, idosos que possuem maior funcionalidade familiar corresponde uma melhor qualidade de vida (Andrade e Martins, 2011) e ainda estão menos propensos a sofrer violência no ambiente familiar.

No que se refere ao déficit do autocuidado e o risco do idoso sofrer violência, foi possível verificar que quanto maior o déficit do autocuidado no idoso, maior o índice do risco de violência. Conforme cita (Torres et al., 2017), a dependência na realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) está relacionada a ser vítima de maus-tratos, pois as pessoas com suspeita de maus-tratos têm pontuações mais baixas no teste de dependência para as ABVD.

Além disso, outros estudos corroboram com os achados da presente pesquisa, como o desenvolvido em Portugal por Martins et al (2015) e o estudo espanhol de Iborra (2008), sendo que este último encontrou que a taxa de maus tratos aumenta em até 2,9% entre as pessoas idosas com dependência grave.

Ao analisar o modelo de regressão linear múltipla através na análise do risco de violência com as variáveis “déficit do autocuidado” e “funcionalidade familiar” observou-se que o modelo explica uma variação de 31,6%. Dessa forma, sabe-se que a violência está associada a diversos fatores de risco e, nesse caso, o déficit do autocuidado e a funcionalidade familiar são apenas dois de tantos outros relacionados à vítima, ao agressor e ao próprio ambiente no qual vive. No entanto, são dois fatores que possuem certa relevância e necessitam de novas investigações, uma vez que explicaram 31,6% da variação do risco de violência.

16. CONCLUSÕES

O envelhecimento populacional resultante do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade em países como Portugal é uma realidade recente para a qual a sociedade ainda não está totalmente preparada. Dessa condição, surgem fenómenos como o da violência, que apesar de acontecer desde tempos remotos, ainda existe dificuldade de consenso sobre conceitos e detecção de casos e, por isso, os estudos não possuem uniformidade na identificação de casos, dificultando a comparação de prevalências.

Sabe-se que a violência é um fenómeno complexo e um problema de saúde pública que tem recebido atenção por parte da comunidade científica bem como da sociedade em geral. Tem sido um fenómeno que ganhou visibilidade nos últimos anos, seja pelo número crescente de idosos que sofrem algum tipo de violência, seja pelo fato da sociedade apresentar certo repúdio por atos de violência e, de certa forma, tentar combatê-los.

Na primeira fase deste estudo, optou-se por avaliar o risco do idoso sofrer violência e, por identificar fragilidades dos instrumentos existentes quando se referem à medição/avaliação deste fenómeno, optou-se pelo desenvolvimento e validação de um instrumento que pudesse, além de identificar os idosos que sofrem violência, essencialmente detetar aqueles que se encontram em risco.

Para o desenvolvimento do instrumento, fez-se uma análise de diversos estudos acerca das ferramentas existentes para avaliar a violência contra o idoso e uma revisão sistemática da literatura, de modo a identificar os principais fatores de risco estatisticamente significativos e associados ao abuso de idosos e, a partir daí, identificou-se três principais grupos de fatores de risco, a saber: os relacionados à vítima/idoso, os relacionados ao agressor e os relacionados ao ambiente. Desse modo, pode-se confirmar a complexidade do fenómeno da violência e a sua natureza multifatorial, uma vez que é resultante de um conjunto de fatores, que raramente são eventos isolados.

O instrumento elaborado contou com 21 itens com resposta em escala de 4 pontos, variando do nunca ao sempre. Foi denominada Escala de Avaliação do Risco de Violência (EARVI) e, no que se refere à confiabilidade, apresentou α de Cronbach ($\alpha=0,74$) dentro dos limites propostos como critério para estudos

de natureza exploratória. Além disso, os componentes extraídos estiveram relacionados às circunstâncias consideradas correlatos da presença de maus-tratos praticados contra idosos.

Ademais, o EARVI apresentou uma boa sensibilidade e especificidade (ambas de 88%) o que facilita uma boa classificação dos indivíduos que sofrem ou não risco de abuso. No entanto, há a necessidade de replicar esse estudo em amostras mais amplas de idosos, incluindo outros contextos e localidades, de modo a comprovar a estrutura fatorial obtida na escala.

O uso de instrumentos de detecção precoce de pessoas mais velhas que sofrem violência ou em risco facilita a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, uma vez que, à medida que suspeitam ou identificam casos de maus-tratos aos idosos, poderão buscar informações mais aprofundadas e posteriormente definir estratégias de acompanhamento e intervenção.

Logo, a EARVI poderá auxiliar profissionais de saúde, dentre eles enfermeiros, no reconhecimento e tomada de decisão de casos de risco ou de violência instalada em idosos e, dessa forma, favorecer a pessoa idosa com diminuição das consequências negativas desse fenômeno.

Na fase da investigação na qual se utilizou o instrumento completo, especificamente com o uso do EARVI, do índice de APGAR familiar e o *Elderly Nursing Core Set*, pode-se avaliar de forma específica cada variável.

No que se refere ao risco de violência, obteve-se que cerca 23,2% dos idosos participantes da pesquisa apresentavam-se em risco de sofrer violência, uma vez que a pontuação na EARVI foi superior a 8 pontos. Esses dados vão ao encontro a estudos supracitados que referem a prevalência da violência variando de 3,2% a 27,5% em estudos populacionais.

A avaliação do risco de violência torna-se de grande importância como forma de identificar precocemente os idosos que podem vir a sofrer episódios de maus-tratos e, a partir daí, facilitar a tomada de decisão por parte do profissional de saúde para evitar que a violência se instale e provoque consequências negativas ao idoso.

Relativamente ao APGAR familiar, obteve-se que, na percepção dos idosos entrevistados, a maioria considera ter uma família com funcionalidade normal (91,2%), e os demais apresentam alguma disfunção (8,8%) seja ela moderada (7,9%) ou severa (0,9%). Apesar da maioria apresentar uma boa funcionalidade ao nível familiar, nota-se que os que apresentaram alguma disfunção merecem atenção de modo a identificar possíveis estressores que possam prejudicar a adaptabilidade do idoso no ambiente familiar.

Ao correlacionar as variáveis funcionalidade familiar e risco de violência contra idosos houve relação indireta e moderada entre elas, indicando que uma maior funcionalidade familiar conduz, em média, à obtenção de um menor índice de risco de violência.

Ao nível de déficit do autocuidado, com uso do *Core Set* para Idosos, obteve-se que houve problemas maiores na capacidade funcional em pessoas do sexo feminino, viúvas, que não sabem ler/escrever, que vivem sozinhas e possuem idade mais avançada.

Diferentemente do que ocorreu com a funcionalidade familiar, a relação da variável risco de violência e déficit do autocuidado foi direta e moderada, ou seja, um maior déficit do autocuidado no idoso conduz, em média, à obtenção de um maior índice de risco de violência.

Na análise do modelo geral, com uso de regressão linear múltipla, que analisa o risco de violência com o idoso com as variáveis independentes “déficit do autocuidado” e “funcionalidade familiar”, obteve-se que o modelo explica 31,6% da variação do risco de violência. Dados como esse demonstraram o que é encontrado na literatura, pois se verifica que a violência é um fenómeno complexo e resultante de diversos fatores de risco associados. Logo, há a necessidade de investigações que abordem múltiplas características que possam explicar uma maior variação do risco de violência em idosos.

O fato é que as organizações a nível mundial e nacional ainda possuem um sistema voltado para o paradigma dos cuidados prestados com base na doença instalada. O modelo biomédico ainda muito presente nas instituições dificulta a avaliação das pessoas idosas tendo em conta o contexto no qual se insere.

Desse modo, é preciso incentivar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, a utilizarem uma visão holística do cuidado. Grosso modo, o uso de teorias a nível de envelhecimento, incentivam a necessidade de fazer a avaliação das pessoa idosas considerando principalmente os vários contextos onde estão inseridas.

O uso de teorias amplas, como a de Betty Neuman e o modelo Ecológico de Bronfenbrenner, favorecem a compreensão e a atuação do enfermeiro em situações de risco e/ou violência contra o idoso.

A teoria de Betty Neuman propicia o reconhecimento de possíveis estressores/fatores de risco para a violência e auxilia o enfermeiro a planejar o cuidado baseado na organização e análise dos dados do cliente. É possível, baseado nessa teoria, assumir o idoso como um ser constituído por variáveis fisiológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que estão em constante interação com o meio ambiente e com forças internas e externas (também denominado de estressores). Estas forças são geradoras de tensão que podem causar desarmonia.

No que se refere à violência, o enfermeiro é de grande importância na identificação e reconhecimento de fatores de risco/estressores de modo que possa, a partir daí, interagir com o idoso e a família e, posteriormente, buscar meios que permitam a resolução e a manutenção do equilíbrio ou bem-estar do idoso.

De forma complementar, o modelo Bioecológico de Bronfenbrenner considera o desenvolvimento humano como sendo dinâmico e que sofre influência constante da interação indivíduo-ambiente. Dessa forma, o enfermeiro deve considerar a existência de um conjunto de estruturas (macro-, exo-, meso- e microssistema) que estão interrelacionadas e representam os ambientes nos quais o idoso se insere. Deve-se compreender que o idoso é o agente ativo do seu desenvolvimento dentro do sistema, capaz de transformar o ambiente em que se encontra e, também, de transformar a si próprio. O enfermeiro deve atuar de modo que consiga analisar todo o contexto levando em conta todos os fatores intra e extrafamiliares que podem ser preditores de violência contra o idoso.

Assim, o modelo Bioecológico de Bronfenbrenner torna-se um subsídio para orientar o cuidado prestado às pessoas envolvidas em episódios de violência doméstica, uma vez que favorece a tomada de decisão que promova a transformação do meio em que o idoso se encontra e, dessa forma, permitir qualidade de vida aos mesmos.

Dessa forma, o enfermeiro, com uso de teorias como a de Betty Neuman e a de Bronfenbrenner, possui subsídios que facilitam a intervenção necessária para prestar cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas. Deve-se, em articulação com o restante da equipa, dirigir suas ações para a pessoa idosa levando a cabo o contexto no qual ela se insere, uma vez que o fenómeno da violência é resultante de diversos fatores, sejam eles relacionados ao idoso, ao cuidador/familiar e ao ambiente.

Com o estudo realizado, pôde-se observar que as investigações acerca da violência sofrida pelos idosos ainda são escassas em Portugal e devem ser incentivadas. A ausência de políticas públicas voltadas especificamente para os idosos em risco e/ou que sofrem violência dificulta a identificação e a tomada de decisão pelos profissionais de saúde.

Acredita-se que a existência dessas políticas públicas é de grande importância na prevenção de novos casos e na promoção da saúde dos idosos que vivenciam a violência no ambiente familiar.

Além disso, há a necessidade de capacitação por parte dos profissionais de saúde no que se refere aos maus-tratos em idosos, de modo que possam adquirir meios de prevenir, identificar e tomar decisões diante de casos. O enfermeiro, por ser um profissional que possui, muitas vezes, um contato e um vínculo mais direto com os idosos, pode ser de grande importância em todo esse processo. Para isso, o uso de instrumentos de rastreio como o EARVI desenvolvido nesse estudo torna-se significativo.

Sugere-se assim, que o EARVI seja utilizado em outros estudos no sentido de sua verificação fatorial, melhoria e aperfeiçoamento. A aplicação em outros contextos clínicos e em amostras mais amplas é de grande importância no aprimoramento do instrumento para identificação de idosos em risco e/ou que sofrem violência para que possa ser utilizado por profissionais de saúde.

Recomenda-se ainda que, a nível político, exista o desenvolvimento de legislação específica e programas de prevenção direcionados para a violência contra os idosos, bem como a intervenção prioritária para grupos que se encontram em risco ou que sofrem violência.

A existência e o uso de um instrumento padronizado nas instituições de saúde a ser utilizado pelos profissionais de saúde para detetar os idosos em risco, bem como os que já experienciam situações de violência, juntamente com políticas públicas que incentivam essa identificação e cuidados imediatos a esses idosos, favorecerá a diminuição de casos e, conseqüentemente, promoverá qualidade de vida às pessoas mais velhas.

BIBLIOGRAFIA

Abath, M.B. (2009). Violência contra a pessoa idosa: o que revelam os laudos periciais do Instituto de Medicina Legal [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco.

Abath, M.B., Leal, M.C.C., & Melo Filho, D.A. (2012). Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 305-314.

Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K., Muzzy, W., et al. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*, 100(2), 292-7.

Açikgenç, A. (2002). An Evaluation of Violence from Islam's Perspective. Alternatives: Turkish. *Journal of International Relations*, 1(4), 16-29.

Adams, V.M., Bagshaw, D., Wendt, S., Zannettino, L. (2014). Financial abuse of older people by a family member: a difficult terrain for service providers in Australia. *J Elder Abuse Negl*, 26(3), 270-90.

Agostinho, P. (2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 31-36.

Alencar, R.S. (2005). Punidos por envelhecer. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 8, 67-81.

Alligood, M.R. (2001). Nursing theory: the basis for professional nursing. In: Chitty K. (Org.). *Professional nursing: concepts and challenges*. 3. ed. Filadélfia: W.B. Saunders, p. 271-289.

Amstadter AB, Zajac K.; Strachan M.; Hernandez MA.; Kilpatrick DG.; Acierno R. (2011). Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence*, 26(15), 2947-72.

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199

- Anetzberger, G.J. (2000). Caregiving: Primary Cause of Elder Abuse?, *Generations*, 24 (2), 46–51.
- Apratto Júnior, P.C. (2010). A violência doméstica contra os idosos nas áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet*, 15(6), 2983-2995.
- Araújo, L.F., & Carvalho, V.A.M.L. (2005). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *Mneme, UFRN*, 6 (dez-jan), 01-12.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L. & Saldanha, A. A. W. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 36 (2), 197-204.
- Aravanis, S.C., Adelman, R.D., Breckman, R., Fulmer, T.T., Holder, E., Lachs, M., O'Brien, J.G., Sanders, A.B. (1993). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Family Medicine*, 2, 371–388.
- Arendt, H. (2014). Sobre a Violência. Relógio D'água.
- Associação Portuguesa de Apoio a Vítima (APAV). (2013). Estatísticas APAV- Relatório Anual 2012. Disponível em: http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf
- Associação de Apoio à Vítima (APAV). (2014). Estatísticas APAV- Relatório Anual 2014. Disponível em: https://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf
- Associação de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV- Pessoas idosas vítimas de crime e violência\ 2013-2015. Lisboa, 2015. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/EstatisticasAPAV_PIVCV_2013-15.pdf
- Atchley, R. C. (1993). Critical perspectives on retirement. *In*: T. R. Cole, W. A. Achenbaum, P. L. Jakobi, & R. Kastenbaum (Eds.), *Voices and visions: Toward a critical gerontology* (pp. 3–19). New York: Springer.

Bagshaw, D., Wendt, S., Zannettino, L., Adams, V. (2013). Financial Abuse of Older People by Family Members: Views and Experiences of Older Australians and their Family Members. *Australian Social Work*, 66(1), 86-103.

Bass, D.M., Anetzberger, G.J., Ejaz, F.K., Nagpaul, K. (2001). Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: a guide for service providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13:23-8.

Batista, A. (1999). A Violência: ensaio acerca do “homo violens”. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 5, 169-172.

Batista, J.M.S, Trigueiro, T.H., Lenardt, M.H., Mazza, V.A., Labronici, L.M. (2013). O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. *Esc Anna Nery* (impr.); 17 (1),173 – 178.

Beach, S.R., Schulz, R., Castle, N.G., & Rosen, J. (2010). Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: differences between African Americans and non-African Americans in a population-based survey. *Gerontologist*, 50(6), 744-57.

Belsky, J. (1990). *The Psychology of Aging: Theory, research and interventions*. California: Cole Publishing Company.

Bennett, G., & Kingston, P.W. (1993). *Elder Abuse: Concepts, theories and interventions*. Therapy in Practice: Springer-science+ business media, B.V.

Bergeron, L.R. (2001). An Elder Abuse Case Study: Caregiver Stress or Domestic Violence? You Decide, *Journal of Gerontological Social Work*, 34 , 47–63.

Bernal, I.L. (2003). La familia em La determinación de la salud. *Rev. Cubana Salud Publica*. 2003, 29(1), 48-51. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>

Bernal, A.M., Gutiérrez, J. B.(coord.). (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.

Boldt, C., Grill, E., Bartholomeyczik, S., Brach, M., Rauch, A., Eriks-Hoogland, I., & Stucki, G. (2010). Combined application of the International Classification

of Functioning, Disability and Health and the NANDA-International Taxonomy II. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(8), 1885-1898.

Boldy, D., Horner, B., Crouchley, K., & Davey, M. (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing.*, 24:3–8.

Bonnie, R.J., Wallace, R.B., editors. (2003). Elder mistreatment: Abuse, neglect and exploitation in an aging America. Washington, DC: *National Academies Press*.

Borrvalho, O., Lima, M.P., & Ferreira-Alves, J. (2010). Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital central. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal*.

Botelho, M. A. (2007). Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade. *Rev. Port. Clin. Geral*, 23, 191-5.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde.

Bray, J. H. (1995). Family assessment: current issues in evaluating families. *Family relations*, 44, 469-477.

Bretsky, P.M., Buckwalter, J.G., Seeman, T.E., Miller, C.A., Poirier, J., Schellenberg, G.D., Finch, C.E., & Henderson, V.W. (1999). Evidence for an interaction between apolipoprotein E genotype, gender, and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13(4), 216-221.

Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N.J. Smelser & P.B. Baltes (eds), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (vol 10, pp 6963-6970). New York: Elsevier.

Bronfenbrenner, U. (2005). The bioecological theory of human development. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bronfenbrenner U. (2011). *Bioecologia do Desenvolvimento Humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Tradução: André Carvalho-Barreto. Porto Alegre, Artmed.

- Burnight K.; Mosqueda L. (2011). Theoretical Model Development in Elder Mistreatment. U.S. Department of Justice.
- Burnet, M. (1974). Intrinsic mutagenesis: a genetic approach for aging. New York: Wiley & Sons.
- Burgess, A. W., Dowdell, E., & Prentky, R. (2000). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38, 11–18.
- Cadmus, E.O., Owoaje, E.T. (2012). Prevalence and Correlater of Elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. *Health Care for Women Internacional*, 33(10), 973-984.
- Camarano, A.A., Ghaouri, S.K.E. (2003). Famílias com idosos: ninhos vazios? Texto para discussão 950. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camarano, A.A., Kanso, S., Mello, J.L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? En: Camarano AA, organizadora. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA.
- Camargo CL. (1996). Violência física contra crianças e adolescentes: um recorte localizado [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Carstensen, L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science (New York, N.Y.)*, 312(5782), 1913-1915.
- Carvalho Filho, E.T., Papaleo Netto, M. (2000). Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu.
- Chintanawat, R. (2003). Prevalence and risk factors for abuse among Thai older adults in Chiang Mai. [dissertation]. Chiang Mai (Chiang Mai): Chiang Mai Univ.
- Cho, A. J., Kim, S. K., & Kim, Y. K. (2000). *Study on the prevalence of elder abuse in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Choi, N.G., & Mayer, J.. 2000. Elder abuse, neglect and exploitation: risk factors and prevention strategies. *J Gerontol Social Work*, 33: 5–25.
- Choi S.Y.P., Ting, K-F. (2008). Wife beating in South Africa: An imbalance theory of resources and power. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 834–852

- Chokkanathan, S., & Lee, A.E. (2005). Elder maus-tratos na Índia urbana: um estudo baseado na comunidade. *J negl Elder Abuse*, 179(2), 45-61.
- Chompunud, M.L.S., Charoenyooth, C., Palmer, M.H., et al. (2010). Prevalence, associated factors and predictors of elder abuse in Thailand. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail*, 14, pp. 283-296
- Cieza, A., Ewert, T., Üstün, T.B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*, 44(Suppl), 9-11.
- Clark, L.A., Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *J Aging Health*, 18(5), 660-85.
- Cohen M, Levin S.H, Gagin, R., et al. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *J Am Geriatr Soc*, 55, 1224–1230.
- Cohen, M. (2008). Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Internal Medicine Journal*, 38, 704- 707.
- Cohen, M. (2011). Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM*, 18 (6), 261-270.
- Comissão Europeia (CE) (2010). *Population, Europe in figures — Eurostat yearbook 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 978-92-79-14884-2.
- Conceição, J.C., Gusmão, M.EN., Souza, S.S., Gomes, N.P. (2012). Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. baiana enferm.*, 26(2), 468-477.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/CNP: versão beta2*. Lisboa: IGIF.
- Conrad, K.J., Iris, M., Ridings, J.W. (2009). *Conceptualizing and Measuring Financial Exploitation and Psychological Abuse of Elderly Individuals*. National

Criminal Justice Reference Service. Disponível em:
<http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/228632.pdf>

Cooper, C., Selwood, A. Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age an Ageing*, 37, 151-160.

Cooper C., Manela M., Katona C. and Livingston G. (2008b) Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: Prevalence, correlates and validation of instruments, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 283-288.

Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, & Livingston G. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ*, 338:b155.

Cooper C., Maxim K., Selwood A., Blanchard M. and Livingston G. (2009.) The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse, *International Psychogeriatrics*, 21(4), 774-778.

Coper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H. et al. (2006). Indicators of elder abuse: A crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14, 489–497.

Costa, M.F.L., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3), 700-701.

Costa, A., Coelho, L., Oliveira, R. (2007). A Família perante o Doente Hospitalizado. *Sinais Vitais*, 72. Coimbra. p.33-34

Costa, F.G., & Campos, P.H.F. Representação Social da Velhice, Exclusão e Práticas Institucionais. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1 (1), 100-113.

Cowgill, D.O., Holmes, L.D. (Org.). (1972). *Aging and Modernization*. New York: Appleton Century Crofts.

Cristofalo, V.J. (1988). An overview of the theories of biological aging. In: Biren JE, Bergsten VL, editors. *Emergent theories of aging*. New York: Springer, 188-27.

- Cristofalo, V.J., Gerhard, G.S., & Pignolo, R.J. (1994) *Molecular biology of aging*. Surg. Clin. North Am., 74, 1-21.
- Dahlberg, L.L, Krug, E.G. Violência. (2007). Um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2004). A pesquisa ecológica sobre violência no microsistema familiar. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 311-335). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Debert, G.G. (2004). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo. Edusp.
- De Donder, L., Luoma, M.L., Penhale, B., Lang, G., Santos, A.J., Tamutiene, I. et al. (2011). European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. *Eur J Ageing*, 8 (2), 129-143.
- DeLiema, M., Gassoumis, Z.D., Homeier, D.C., Wilber, K.H. (2012). Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *J Am Geriatr Soc.*, 60(7), 1333-9.
- DeWall, C.N., Anderson, C.A. (2011). The General Agression Model. In: Shaver, P. R., & Mikulincer, M. *Human Agression and Violence: Causes Manifestations, and Consequences*. American Psychological Association Washington, DC.
- Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem Sociológica*, Porto, Edições Afrontamento.
- Dias, M.I.C. (2009). *Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Dias I. (2010). Violência Doméstica e Justiça: respostas e desafios. *Sociologia, Revista do Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*.
- Diniz, B.S.O, Volpe, F.M., Tavares, A.R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev. Psiq. Clín.*, 34 (1), 13-17.

- Diógenes, M.A.R., & Pagliuca, L.M.F. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev. gaúcha enferm.*, 24 (3), 286-293.
- Doise, W. (1990). Les Représentations Sociales. In Ghiglione, R.; Bonnet, C.; Richard, J. F.(eds.). *Traité de Psychologie Cognitive*, 190-198.
- Doll, J., Gomes, A., Hollerweger, L., Pecoits, R.M., Almeida, S. T. (2007). Atividade, Desengajamento, Modernização - teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, 12, 7-33.
- Dong, X., Simon, M.A., & Gorbien, M. (2007). Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(3-4), 79-96.
- Dong, X., Simon, M.A., Rajan, K., & Evans, D.A. (2011). Association of Cognitive Function and Risk for Elder Abuse in a Community-Dwelling Population. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 32, 209–215.
- Dong, X., Simon, M.A., & Evans, D. (2012). Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 1922–1928.
- Dong, X. (2005). Medical implications of elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*, 21(2), 293-313.
- Dong, X., & Simon, M. A. (2010). Health and aging in a Chinese population: Urban and rural disparities. *Gerontology and Geriatrics International*, 10, 85–93.
- Dong, X., & Simon, M.A. (2013). Association between reported elder abuse and rates of admission to skilled nursing facilities: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Gerontology*, 59(5), 464-72.
- Duarte, Y.A.O. (2001). Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- Duarte, Y.A.O., Andrade, C.L., Lebrão, M.L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Escola Enfermagem/USP*, 41(2), 317-25.

Duque, A.M., Leal, M.C., Marques, A.P., Eskinazi, F.M., Duque, A.M. (2012). Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco)]. *Ciênc Saúde Coletiva*, 17(8), 2199-208.

Dyer, C.B., Pavlik, V.N., Murphy, K.P. et al. (2002). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc*, 48, 205–208.

Ejaz, F.K., Bass, D.M., Anetzberger, G.J., Nagpaul, K. (2001). Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol. *J Elder Abuse Negl*, 13, 39–57.

Eurostat. (2008), Population and Social Conditions. Ageing Characterizes the Demographic Perspectives of the European Societies, Statistics in focus, 72, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, disponível em:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF

Eurostat. (2010), Demography Report, 2010, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>.

Eurostat. (2014). Population structure and ageing. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing.

Fálcon-Guadalupe, B., & Ortíz-Nelly, P. (2007). Rol social del adulto mayor em las familias del municipio de Centro, Tabasco. *Rev. Salud Pública*, 6(3), 16-23.

Farinatti, P.T.V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte*, 8 (4), 129-138.

Faustino, A.M., Gandolfi, L., Moura, L.B. (2014). Capacidade funcional e situações de violência em idosos. *Acta Paul Enferm*, 27(5), 392-8

Fernandes, A.T. (1998). "A violência na família", in Fernandes, A.T. O Estado Democrático e a Cidadania, Porto, Edições Afrontamento, 1998, pp. 59-61

Fiedler, M.M., Peres, K.G. (2008). [Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population-based study]. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 409-15.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, 1ed, Climepsi Editores.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State": A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca, C.J.V. (2013). Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem. Tese Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa.

Fonseca, A.M.L.P., Lopes, M.J., Marques, M.C.M.P., Pinheiro, M.F.C.P.T., & Gemito, M.L. (2014). Do silêncio à cumplicidade: Violência sobre idosos. in Lopes MJ; Mendes FRP; Silva AO. *Envelhecimento - Estudos e perspectivas*. S. Paulo: Martinari.303-317.

Fox, G.L., Benson, M., DeMaris, A., & Van Wyk, J. (2002). Economic distress and intimate violence: Testing family stress and resources theories. *Journal of Marriage and Family*, 64, 793–807.

Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: modelo de sistemas. In: TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. (Org.). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5. ed. Lisboa: Lusociência, p. 335-375.

Freitas Filho, L.G. (1999). *A origem da violência: uma contribuição ao estudo do comportamento violento*. Sete Lagoas, MG. Coleção comportamento humano.

Friedman, L.S., Avila, S., Tanouye, K., Joseph, K. (2011). A Case–Control Study of Severe Physical Abuse of Older Adults. *JAGS*, 59, 417–422.

Fulmer T., Street S. and Carr K. (1984) Abuse of the elderly: screening and detection, *Journal of Emergency Nursing*, 10(3), 131-140.

Fulmer, T., Wetle, T. (1986). Elder abuse screening and intervention. *Nurse Practitioner*, 11(5), 33-8.

- Fulmer, T. (2004). Elder abuse and neglect assessment. *Dermatology Nursing*, 16 (5), 473.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B., & Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 297-304.
- Fulmer, T., Paveza G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M., et al. (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525-534.
- Gaioli, C.C.L., & Rodrigues, R.A.P. (2008). Occurrence of domestic elder abuse. *Rev Lat Am Enfermagem*, 16(3), 465-70.
- Gambrill, E. (1990). *Critical Thinking in Clinical Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garson, G.D. (2013). *Factor Analysis*. Asheboro: Statistical Publishing Associates.
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., Lopez-Pousa, S., Juvinya, D., Vila, A., & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 57, 815–922.
- Gazzaniga, M.S., Heatherton, T. F. (2007). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Gelles, Richard (1993), "Family violence", in Robert L. Hampton et al. (eds.), *Family Violence – Preventing and Treatment*, California, *Sage Publications*, pp. 1-24.
- Ghodousi, A., Maghsoodloo, S., & Hoseini, S.M.S. (2011). Forensic aspect of elder abuse: risk factors and characteristics. *J Res Med Sci*, 16(12), 1598-1604.
- Glässel, A., Kirchberger, I., Linseisen, E., Stamm, T., Cieza, A., & Stucki, G. (2010). Content validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for stroke: the perspective of occupational therapists. *Can J Occup Ther*, 77(5), 289-302.

- Gomes, N.P., Diniz, N.M.F., Araújo, A.J.S., & Coelho, T.M.F. (2007). Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 504-8.
- Gómez-Ricárdez, A., Abrego, G.R., Llamas, K.L. (2007). Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México), *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42, 27–34.
- Gonçalves, L.H.T., Costa, M.A.M., Martins, M.M., Nassar, S.M., Zunino, R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto do Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 19 (3), 9 telas.
- Graycar, A., James, M. (2000). Crime and Older Australians: understanding and responding to crime and older people in: Family Futures: Issues in Research and Policy, 7th Australian Institute of Family Studies Conference, 24–26 July; Sydney, Canberra ACT: Australian Institute of Criminology.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Guimarães, L.H.C.T, Galdino, D.C.A., Martins, F.L.M., Abreu, S.R., Lima, M., Vitorino, D.F.M. (2004). Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, 12(3), 130-133.
- Hair Junior, F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, W.C. (2005). Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman, 600p.
- Hanley, J.A., McNeil, B.J. (1982). The Meaning and Use of the Area under a Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve. *Radiology*, 143, 29–36.
- Harman, D. (2009). Origin and evolution of the free radical theory of aging: a brief personal history, 1954–2009. *Biogerontology*, 10(6), 773-781.
- Hayflick, L., Morhead, P.S. (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Exp. Cell Res*, 25: 585-621.
- Hermida, P.M.V., Araújo, I.E.M. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Rev. bras. enferm.*, 59(5), 675-679.

- Hernandez-Tejada, M.A., Amstadter, A., Muzzy, W., & Acierno, R. (2013). The National Elder Mistreatment Study: Race and Ethnicity Findings. *J Elder Abuse Negl*, 25(4), 281–293.
- Hora, H.R.M., Monteiro, G.T.R., Arica, J. (2010). Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), 85-103.
- Homer, A.C., Gillerard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *BMJ*, 301 (6765), 1359-1362.
- Hoover, R.M., Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician*, 89(6), 453-460.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrik*, 30, 179-185. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F02289447>.
- Hwalek, M.A., Sengstock, M.C. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *J Appl Gerontol*, 5, 153-73.
- Iborra, I. (2008). Maltrato de personas mayores en la familia en España [Elder abuse in the family in Spain. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia; Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=615979>
- Ingham, B., Chirijevskis, A., & Carmichael, F. (2009). Implications of an increasing old-age dependency ratio: The UK and Latvian experiences compared. *Pensions: An International Journal*, 14(4), 221-230.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica Recente das Pessoas Idosas*. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *As pessoas*. Lisboa: Instituto Nacional de estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0074-4.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0181-9.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0405-6. Disponível em: <https://www.ine.pt>

Itahana, K., Dimri, G., Campisi, J. (2001) Regulation of cellular senescence by p53. *Eur. J. Biochem.* 268, 2784-91.

Jackson, S.L., Hafemeister, T.L. (2013). Understanding Elder Abuse: New Directions for developing theories of elder abuse occurring in domestic settings. National Institute of Justice Research in Brief, National Institute of Justice, Washington.

Jogerst, G.J., Daly, J.M., Galloway, L.J., Zheng, S., Xu, Y. (2012). Substance Abuse Associated with Elder Abuse in the United States. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38:63–69.

Jones, R. L. (2006). 'Older people' talking as if they are not older people: positioning theory as an explanation. *Journal of Aging Studies*, 20 (1), 79-91.

Juma, L., Juma, B. (2006). Elder abuse. *Interdiscip Soc Work J*, 1, 12–18.

Jung, C. G. (1971). The stages of life. In J. Campbell (Ed.), *The portable Jung* (pp. 3-22). New York: Viking.

Kennedy, R.D. (2005) Elder Abuse and Neglect: The Experience, Knowledge, and Attitudes of Primary Care Physicians. *Family Medicine*, 37, 481-485.

Kivelä, S.L., Köngäs-Savio, P., Kesti, E., Pahkala, K., Ijäs, M.L. (1992). Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *J Elder Abuse Negl*, 4(3), 1–18.

Koller, S.H. (ED.). (2004). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Korbin, J. E., Anetzberger, G. J. and Eckert, J. K. (1989). Elder abuse and child abuse: a consideration of similarities and differences in intergenerational violence. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1 (4), 1–14

- Lachs, M.S. (1995). Preaching to the unconverted: educating physicians about elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 4, 1-12.
- Lachs, M., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., Horwitz, R. (1997). Risk factor for reported elder abuse and neglect: A nineyear observational cohort study. *Gerontologist*, 37(4), 469-74.
- Lachs, M. S., Mark, K., & Pillemer, K. A. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1192-1263.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263–1272.
- Laks, J., Batista, E.M.R., Guilherme, E.R.L., Contino, A.L. Faria, M. E., Figueira, I. et al. (2003). O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de santo Amaro de Pádua, Rio de janeiro. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 782-5.
- Lapointe, J., & Hekimi, S. (2010). When a theory of aging ages badly. *Cellular And Molecular Life Sciences: CMLS*, 67(1), 1-8.
- Laumann, E.O., Leitsch, S.A., Waite, L.J. (2008). Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 63(4):S248-54.
- Lee, M. & Kolomer, S. (2005). Caregiver burden, dementia and elder abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(1):61-74.
- Lee, M. (2008). Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers of older adults with disabilities. *Journal of Family Violence*, 23:707-712.
- Leeuwenburgh, C., & Heinecke, J.W. (2001) Oxidative stress and antioxidants in exercise. *Current Medical Chemistry*, 8: 829-838.
- Lemberg, I., Kirchberger, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). The ICF Core Set for stroke from the perspective of physicians: a worldwide validation study using the Delphi technique. *Eur J Phys Rehabil Med*, 46(3), 377-88.
- Lerner, RM. (2011). Urie Bronfenbrenner: Contribuições da carreira de um cientista do desenvolvimento humano pleno. In: Bronfenbrenner, U. Bioecologia

do Desenvolvimento Humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Levin, E.R. (2001) Invited review: Cell localization, physiology, and nongenomic actions of estrogen receptors. *J. Appl. Physiol.* 91: 1860-67.

Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e famílias no contexto médico. In J. Mello Filho. *Doença e família.* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo

Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University & New York City Department for the Aging. (2011). Under the Radar: New York State elder abuse prevalence study. New York, NY. Disponível em: <http://www.lifespan-roch.org/documents/TargetSummitFinalReport.pdf>

Lima, F.D.M. (2014). Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(3), 219-224.

Lino, V.T.S, Pereira, S.R.M., Camacho, L.A.B., Filho, S.T.R., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 103-112.

Lopes, M.J.L., Fonseca, C. (2013). Processo de construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (1): 121-131

Lourenço, R.A., Veras, R.P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*, 40(4), 712-9

Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253-277.

Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. & Penhale, B. (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

- Maciel, M.G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz, Rio Claro*, 16 (4), 1024-1032.
- Machado, L. & Queiroz, Z.V. (2006). Negligência e maus tratos. In Freitas, E. V; Py, L; Cançado, F. L. X; Doll, J; Gorzoni. M. L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. (pp. 1152-1159) Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.
- Marcondes Filho, C. (2001). Violência fundadora e Violência Reativa na cultura brasileira. *São Paulo em Perspectiva*, 15(2), 20-27.
- Manton, K.G. (1989). Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *Milbank*, 67(Supl 2), 13-58.
- Marôco, J. (2007). Análise Estatística com utilização do SPSS. 3ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo. ISBN: 9789726184522, p. 824.
- Marshall, V.W. (1999). Analyzing Social Theories of Aging. In: Bengston, Vern L.; Schaie, K. Warner (Org.). Handbook of Theories of Aging. New York: Springer, 434-455.
- Martini, A.M., Sousa, F.G.M., Gonçalves, A.P.F., Lopes, M.L.H. (2007). Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. *Rev Eletrônica Enferm*, 9(2), 329-43. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7163/5073>.
- Martins, R.M.L. (2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Dissertação de Doutorado. Universidade da Extremadura.
- Martins R., Neto, M.J., Andrade, A., Albuquerque, C. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*, 46(Espec Cong 1), 206-209.
- Martins-Gil AP, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. (2015). Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *J Elder Abuse & Neglect.*, 27(3):174-95. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946566.2014.953659>
- Matsunaga, M. (2010). How to factor-analyze your data right: Do's, don't's, and how-to's. *International Journal of Psychology Research*, 3, 97-110.

- Mazza, M.M.P.R., & Lefevre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 1-10.
- McClennen, J.C. (2010). *Social Work and Family Violence*. New York, NY: Springer.
- McIntyre, A., & Tempest, S. (2007). Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil. Rehabil*, 29(18),1475-9.
- Meis, M. (1985). Loneliness in the elderly. *Orthopardic Nursing*. 1985;4:63–66.
- Melchiorre, M. G., Penhale, B., & Lamura, G. (2014). Understanding Elder Abuse in Italy: Perception and Prevalence, Types and Risk Factors From a Review of the Literature. *Educational Gerontology*, 40(12): 909- 931.
- Menezes, A.M.B., Santos, I.S. (1999). Curso de epidemiologia básica para pneumologistas 4ª parte – Epidemiologia clínica. *J Pneumol*, 25(6), 321-26.
- Miller, R.A. (1999). *The biology of aging and longevity*. In: Murasko DM, Bernstein ED. Immunology of aging. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4 ed. New York: McGraw Hill, 3-19.
- Minayo, M. C. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, 10 (suppl.1), 07-18.
- Minayo, M. C. S. (2003). Violência contra idosos: Relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública*, 11(3), 783-791.
- Minayo, M.C. (2005). Violência contra Idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ªedição.
- Ministério da Saúde (BR). (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Mioto, R.C.T. & Stamm, M. (2003). Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Ciência, cuidado e saúde*, 2(2), 161-168.

Momberg (1998). Políticas de Salu: Ética en la Asignación de recursos. In Calvente, M.M.G. - Ética y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 77-87.

Momtaz, A.Y., Hamid, T.A., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of Elder abuse. *Psychogeriatrics*, 13 (3), 182-8.

Moon, A., Williams, O. (1993). Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian-American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 33, 386–395.

Moraes, C.L., Apratto Júnior, P.C., & Reichenheim, M.E. (2008). Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico da Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*, 24(10), 2289-2300.

Moreira, J.O. (2011). Reflexões sobre o conceito de violência: da necessidade civilizatória à instrumentalização política. In: Rosário, A.B., Neto, F.K., & Moreira, J.O. Faces da Violência na contemporaneidade: sociedade e clínica. Barbacena, MG : EdUEMG, 33-42.

Moscovici, S. (1978). A representação social da psicanálise. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro (RJ): Zahar.

Moscovici, S. (1981). On social representations. In: J.P. Forgas (Org.), Social cognition. Perspectives on everyday understanding (pp.181-209). New York: Academic Press.

Mota, M.P., Figueiredo, P.A., & Duarte, J.A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*: 4 (1), 81–110.

Mu, J., Wei, L.X. (2002) Telomere and telomerase in oncology. *Cell Research*, 12 (1): 1-7.

Mueller, M., Boldt, C., Grill, E., Strobl, R., & Stucki, G. (2008). Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. *BMC Nursing*, 7(1), 3-0.

National Research Council. NRC. (2003). Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America. Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect. Bonnie, R. J. and Wallace, R. B., Editors. Committee

on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

National Center on Elder Abuse. (2006). NCEA: the basics. Retrieved on September 15, 2006 Disponível em: <http://elderabusecenter.org/pdf/research/apsreport030703.pdf>

Nave, J.G.M, & Jesus, S.N. (2005). Ameaças à funcionalidade familiar: uma perspectiva sistêmica da cultura organizacional da(s) família(s). *Educação, Santa Maria*, 30(1), 11-26.

Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Validation of the HwalekSengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-415.

Neri, A.L. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papirus.

Neri, A . L. (2001). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Alínea

Neri, A.L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: *Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma Abordagem Multidimensional*. In: Malloy-Diniz, L.F., Fuentes, D., Cosenza, R.M. (orgs.). Porto Alegre: Artmed, 456p.

Neuman, B. (2011). The Neuman System Model. In: Neuman, Betty; Fawcett, Jacqueline. *The Neuman Systems Model*. 5. ed. *Upper Saddle River, NJ*: Pearson, p. 3-33.

Nogueira, C.F., Freitas, M.C., Almeida, P.C. (2011). Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 14(3), 543-554.

Novaes, M. H. (1997). *Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. 2ed. Aumentada. Paulo de Frontin, RJ: NAU.

Nunnally, J.C. (1991). *Teoría psicométrica*. México, DF: Trillas.

Ocampo, J.M., Romero, N., Saa, H.A., Herrera, J.A., Reyes-Ortiz, C.A. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte

social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Rev. Colomb. Med.*, 37(2), 26-30.

Oh, J., Kim, H., Martins, D., Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud*, 43(2), 203-214.

Ogg, J., & Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *BMJ*, 305(6860):998-9.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Oliveira, J.C., Kleinübing, M.S., Sell, M.M. (2007). A enfermagem frente aos estressores vivenciados por crianças/adolescentes e acompanhantes em situação de urgência/emergência sob a ótica de Betty Neuman. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Organização das Nações Unidas (ONU), Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100 (thousands), Estimates, 1950-2010. *World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition*.

Organização das Nações Unidas (ONU), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: Key findings & advance tables*, New York.

Organização das Nações Unidas (ONU). (2017). *World Population prospect: Key findings and advanced tables*. Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. Tradução de: *International Classification of Functioning, Disability and Health*.

Paixão Jr., C.M., Heckman, M.F. (2002). Distúrbios da postura, marchas e quedas. In: Freitas E.V., Py, L., FAX, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 950-61.

Paixão Jr., C.M., & Reichenheim, M. E. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1137-1149.

- Papaleo Netto, M.O. (2002). *Estudo da velhice no Século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. In: Freitas, E.V., Py, L., Néri, A.L., Cançado, F.A.L., Gorzoni, M.L., Rocha, S.M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2-11.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Parahyba, M.I., Veras, R. (2008). Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13 (4), 1257- 1264.
- Pasinato, M.; Camarano, A.; & Machado, L. (2006). Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: Ipea.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. 1ª ed. Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Pavarini, S.C., Tonon, F.L., Silva, J.M.C., Mendiondo, M.Z., Baham, E.J., Filizola, C.L.A. (2006). Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev eletr enf*, 8(3), 326-35.
- Pavarini, S.C.I., Barham, E.J., Mendiondo, M.S.Z., Filizola, C.L.A., Petrilli Filho, J.F., Santos, A.A. (2009). Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 17(3), 374-9.
- Peng, J.K., Hu, W.Y., Hung, S.H., Yao, C.A., Chen, C.Y., Chiu T.Y. (2009). What can family physicians contribute in palliative home care in Taiwan? *J. Fam. Pract*, 1-7.

Perel-Levin, S. (2008). Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level. World Health Organization, Geneva.

Pérez-Cárceles, M. D., Rubio, L., Pereniguez, J. E., Pérez-Flores, D., Osuna, E., & Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132–137.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21.

Phelan A., Treacy, M.P. A Review of Elder Abuse Screening Tools for Use in the Irish Context. NCPOP, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin

Phillips, L. R., Ardon, E. T. D., & Briones, G. S. (2000). Abuse of female caregivers by care recipients: another form of elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(3/4), 123–143.

Pillemer, K., Finkelhor, D. (1988). The prevalence of Elder Abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 28(1), 51-7.

Pillemer, K., Suitor, J.J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family givers? *J Gerontol*, 47, S165–S172.

Pillemer, K., & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13(1), 74–95.

Podnieks, E. (1993). National survey on abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Negl*, 4(1/2): 5-58.

Porto, I., Koller, S.H. (2006). Violência na família contra pessoas idosas. *Interações*, XII (22), 105-142.

Post L., Page C., Conner T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Biroscak, B.J. (2010). Elder Abuse in Long-Term Care: Types, Patterns, and Risk Factors. *Research on Aging*, 32, 323-348.

Price, T., King, P.S., Dillard, R.L., Bulot, J.J. (2011). Elder Financial Exploitation: Implications for Future Policy and Research in Elder Mistreatment. *West J Emerg Med*, 12(3), 354–356.

- Pritchard, J. (1999). Elder abuse work: Best practice in Britain and Canada. Philadelphia: Kingsley.
- Rahman, A.T.T., & Gaafary, E.I.M.M. (2012). Elder mistreatment in a rural área in Egypt. *Geriatr Gerontol Int.*, 12(3), 532-7.
- Ramos, R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad.Saúde Pública*, 19 (3), 793-797.
- Reay, A.M., Browne, K.D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Aging Ment Health*, 5, 56–62.
- Reichenheim, M.E., Paixão C.M., & Moraes, C.L. (2009) Reassessing the construct validity of a Brazilian version of the instrument Caregiver Abuse Screen (CASE) used to identify risk of domestic violence against the elderly, *Journal of Epidemiological Community Health*, 63, 878-883.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14:45–60.
- Redante, D. et al (2005). Cuidando o idoso e a família. *Revista Fam. Saúde Desev.*, 7 (2). Curitiba. Pp.158- 163.
- Redondo, J., Pimentel, I., Correia, A. (2012) Manual SARAR: uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Projeto de Intervenção em Rede 2009-2012. Coimbra.
- Ribeira, S., Sá, L.,;Rodrigues, S. (2009). Maus-tratos a idosos e o papel do médico de família. *Geriatrics*, 5 (25), 57-63.
- Riberto, M. (2011). Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm*, 64(5), 938-46.
- Ridha B, Rossor M. (2005). The mini Mental State Examination. *Practical Neurology*, 5, 298-303.
- Rodrigues, T.P., Moreira, M.A.S.P, Silva, A.O., Smith, A.A.F., Almeida, J.L.T., & Lopes, M.J. (2010). Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. *Esc Anna Nery*, 14 (4), 772-778.

Roger, D. (1998). A violência: ensaio acerca do "homo violens". Rio de Janeiro: Difel.

Rosa, T.E.C, Benício, M.H.D., Latorre, M.R.D.O., Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, 37(1), 40-48.

Rosenblatt, D.E. (1996). Documentation. In: Baumhover LA, Beall SC, editors. Abuse, neglect and exploitation of older persons; strategies for assessment and intervention. Baltimore: Health Professions Press, 145-62.

Ruiz Sanmartín, A., Altet, J.T., Porta Martí, N., Duaso Izquierdo, P., Coma Solé, M., Requesens Torrellas, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5), 331-4.

Santos, S.S.C., Cavalheiro, B.C., Silva, B.T., Barlem, E.L.D., Feliciani, A.M., & Valcarenghi, R.V. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 9(1), 129-136.

Santos, A.A., Pavarini, S.C.I, Barham, E.J. (2011). Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 20(1), 102-10.

Santos, A.J., Nicolau, R., Fernandes, A.A., & Gil A.P. (2013). Prevalência da Violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53-77.

Santos, J.R.A. (1999). Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales. *Journal of Extension*, 37(2). Disponível em: <http://www.joe.org/joe/1999april/tt3.php?ref>.

São Paulo (Estado). (2007). Secretaria Municipal de Saúde. Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa. São Paulo, 68p.

Sapienza, G., Pedromonico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol. Estud*, 10 (2), 209-216.

Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A., Muzuno, Y. (2007). Factors related to potentially harmful behavior towards disabled older persons by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatrics*, 22, 250-257.

Schiamborg, L.B., & Gans, D. (1999) An Ecological Framework for Contextual Risk Factors in Elder Abuse by Adult Children, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(1), 79-103.

Schiamborg, L.B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G.E., Griffore, R.J., Von Heydrich, L., Post, L.A., Weatherill, R.P., & Mastin, T. (2012). Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. , 24(1), 65-83.

Schisterman, E.F., Perkins, N.J., Liu, A., Bondell, H. (2005). Optimal cut-point and its corresponding Youden Index to discriminate individuals using pooled blood samples. *Epidemiology*, 16 (1), 73-81.

Schneider, R.H., & Irigaray, T.Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia: Campinas*; 25(4): 585-593.

Schroots, J. & Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. *Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology*. Canadá.

Schofield M.J. and Mishra G.D. (2003) Validity of selfreported screening for elder abuse: Women's Health Australia study, *Gerontologist*, 43(1), 110-120.

Sheets, D.J. (2005). Aging with disabilities: Ageism and more. *Generations*, 29, 37-41.

Shinoda-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J. E., Allen, D., & Dreyer, P.I. (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association*, 291, 591–598.

Shortridge-Baggett, L.M., Malmgreen, C.P., Wantroba, A.N. (2004). Structured Evaluation method for Family assessment tools: evaluation of the Family apgar. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, 6(2), 91-99.

Shugarman, L.R., Fries, B.E., Wolf, R.S., Morris, J.N. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc* 51: 24–31.

Silva, D.M. da, Vilela, A.B.A., Souza, A.S. et al. (2013). Avaliação da Funcionalidade Familiar de Idosos. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(9), 5550-6.

Silveira, T.M. da, Caldas, C.P., Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.

Siqueira, M.E.C. (2007). Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: Neri AL (org.). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Coleção Vivaldade, Papirus. 3ed. São Paulo.

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The journal of family practice*, 6(6): 1231-1239.

Smilkstein, G. (1980). The cycle of family function: a conceptual model for family medicine. *The journal of family practice*, 11 (2): 223-233.

Snyder, D.R., & Christmas, C. (2003). *Geriatric Education for Emergency Medical Services*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Soares, J.J.F., Barros, H., Torres-Gonzalez, F., Ioannidi-Kapolou, E., Lamura, G. et al. (2010). Abuse and Health: among elderly in Europe. European Commission, Executive agency for Health and Consumers. Kaunas. Disponível em:

<http://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf>

Sonntag, W.E., Lynch, C.D., Cefalu, W.T., Ingram, R.L., Bennett, S.A., Thornton, P.L., Khan, A.S. (1999). Pleiotropic effects of Growth hormone and insulin-like growth factor (IGF)-1 on biological aging: Inferences from moderate caloric- restricted animals. *J. Gerontology (Biol. Sci.)*. 54A (12), 521-538.

Souza, M.F. (2001) As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: Cianciarullo, T.I. et al. (Org.). *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, p. 29-39.

Souza, R.F., Skubs, T, Brêtas, A.C.P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6(3), 263-67.

Spirduso, W.W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.

Starrost, K., Geyh, S., Trautwein, A., Grunow, J., Ceballos-Baumann, A., Prosiegel, M., et al. (2008). Interrater reliability of the extended ICF Core Set for stroke applied by physical therapists. *Phys Ther*, 88(7), 841-51.

Straus M.A. (1978). Family measurement techniques: The Conflict Tactic Scale. In: Touliatos J, Perlmutter B, Straus M, eds. *Handbook of Family Measurement Techniques*. Newbury Park, CA: *Sage Publications Inc.*, p 417.

Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide life threat behave.*, 31(1), 32-40.

Teaster, P.B. (2000). *A Response to the Abuse of Vulnerable Adults: The 2000 Survey of State Adult Protective Services*. Washington, DC: National Center on Elder Abuse. Administration on Aging, Department of Health and Human Services.

Tombaugh TN, McIntyre NJ. (1992) The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40:922-35.

Swets, J. A. (1996). *Signal Detection Theory and ROC Analysis in Psychology and Diagnostics: Collected Papers*. New Jersey: LEA.

Tomita, S.K. (1999). Exploration of elder mistreatment among the Japanese. En: Tataru T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Filadelfia, PA, Francis & Taylor, 119–139.

Torres, J.M.C., Silva, R.M.C., Mendes, M.H.V., Andrade, B.R., Goergen, T., Borrego, M.A.R. (2017). Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas Ilhas dos Açores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:e2932.

Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 849-853.

U.S. Preventive Services Task Force. (1996). Aspirin prophylaxis in pregnancy. In: *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Van Bavel, M., Janssens, K., Schakenraad, W. and Thurlings, N. (2010). Elder Abuse in Europe: Background and Position Paper. Utrecht, The Netherlands: MOVISIE, Netherlands Centre for Social Development.

Vandercar-Burdin, T., & Payne, B.K. (2010) Risk factors for victimization of younger and older persons: Assessing differences in isolation, intra-individual characteristics, and health factors. *Journal of Criminal Justice*, 38 (2), 160-165.

Vieira, E.B. (2004). Manual de Gerontologia: um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares. Rio de Janeiro: Revinter.

Vieira, G.B., Alvarez, A.M., Gonçalves, L.H.T. (2009). A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta. *Cienc. cuid. saude*, 8(4), 645-651.

Von Heydrich, L., Schiamberg, L.B., Chee G. (2012). Social-Relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *Int'l J. Aging and Human Development*, 75(1), 71-94.

Walford, R.L. (1990). The major histocompatibility complex and aging in mammals. In C.E Finch, T.E. Johnson (Eds.), *Molecular Biology of Aging*. Nova York: Wiley-Liss, 31-41.

Wang, P. S., Berglund, P., & Kessler, R. C. (2000). Recent care of common mental disorder in the United States: Prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 284-292.

Wang, J.J., Lin, M.F., Tseng, H.F., Chang, W.Y. (2009). Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach. *Int Psychogeriatr.*, 21(2), 314-20.

Wolf, R.S., Godkin, M.A., & Pillemer, K.A. (1986). Maltreatment of the elderly: A comparative analysis. *Pride Institute Journal of Long Term Home Health Care*, 5, 10-17.

Wolf, R.S. (2000). The nature and Scope of Elder Abuse. *Generations*, 24 (2), 6-13.

World Health Organization (WHO). (2002). The Toronto Declaration on the global Prevention of Elder Abuse. Geneva.

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Ageing and Life Course. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2008) A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide- Main report. WHO, Geneva.

Yaffe, M.J., Wolfson, C., Lithwic, M., Weiss, D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl.*, 20(3), 276-300.

Yan, E., & Kwok, T. (2011). Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26(5), 527-35.

Yan, E., Chan, K.L. (2012). Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 24 (9), 1437-1446.

Yan, E., Chan, K.L., & Tiwari, A. (2015). A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. , 16(2), 199-219.

Yoon, J. (2009). Beyond the Crisis: Toward a New Horizon. *SERI Quarterly*, 2(4), 52-61.

Zamboni, C., Mello, S.M.C., Fontana, R., Rodrigues, F.C.P. (2011). Violência contra idoso: um velho estigma. *Cogitare Enferm.*, 16(4), 634-730.

Zhang, Z., Schiamberg, L.B., Oehmke, J., Barboza, G.E., Griffore, R.J., Post, L.A., Weatherhill, R., & Mastin, T. (2011). Neglect of Older Adults in Michigan Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23(1), 58-74.

ANEXOS

Anexo I
UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Termo de Consentimento Informado

Eu, Sr. (Sr.^a)

Declaro para os devidos efeitos que participo de livre e espontânea vontade no projeto de investigação, "**Avaliação do Risco de Violência Intrafamiliar contra o Idoso: a relação com o grau de dependência no autocuidado e a funcionalidade da família**", desenvolvido pela Enfermeira Flávia Danielli Martins Lima e coordenado pelo Professor Doutor Manuel Lopes no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para a pesquisa.

Mais declaro que me foram explicados os objetivos do referido projeto e que me foram dadas garantias relativamente ao anonimato e à confidencialidade dos dados que eu venha a revelar.

Fui ainda informado/a que poderei recusar participar ou interromper a minha participação a qualquer momento sem qualquer justificação.

Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas.

Data: ____/____/2015

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

Anexo II

Dados Sócio-Biográficos

|_|_|_|_|

1. Número de Cartão de Utente: _____
2. Data de Avaliação: ___/___/_____
3. Sexo: Masculino Feminino
4. Idade: _____ (anos completos)
5. Estado Civil: Solteiro Casada/o União de fato Viúva/o Divorciada/o
6. Quantas pessoas vivem consigo na mesma casa? _____
7. Com quem vive? (*Escolher uma ou várias opções*)
Sozinho(a) Marido/Esposa/companheiro(a) Filha Filho Irmão
Irmã Neto/a (s) Ajudante familiar/auxiliar (remunerado)
Outro(a)/s Especifique: _____
8. Nível de Escolaridade:
 Não foi à escola (0 anos) 1 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 11 anos
 12 ou mais anos Não sabe/Não respondeu Outro. Qual? _____
9. Possui renda própria? Sim (**PASSAR A 10**) Não (**PASSAR A 12**)
10. Qual a origem da sua renda? Reforma Pensão Arrendamento Poupança
Salário Outros (Especificar) _____
11. É a pessoas que mais contribui nas despesas de casa? Sim Não
12. Quantos membros do lar com idade de trabalhar estão atualmente desempregados?
Membros desempregados|_|_|_|_| Ns/Nr
13. Principal área de diagnóstico médico que levou à consulta (áreas ICD10):
 - Neoplasias [tumores]
 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos
 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
 - Transtornos mentais e comportamentais
 - Doenças do sistema nervoso
 - Doenças do aparelho circulatório
 - Doenças do aparelho respiratório
 - Doenças do aparelho digestivo
 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo
 - Doenças do aparelho digestivo
 - Doenças do sistema osteomuscular
 - Doenças do aparelho geniturinário
 - Outra: _____

Anexo III

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?...../.....
Em que mês estamos?...../.....
Em que dia do mês estamos?...../.....
Em que dia da semana estamos?.../.....
Em que estação do ano estamos?.../.....
Em que país estamos?...../.....
Em que distrito vive?...../.....
Em que terra vive?...../.....
Em que casa estamos?/.....
Em que andar estamos?/.....

Nota: _____

2. **Retenção** (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. **Atenção e cálculo** (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: _____

4. **Evocação** (um ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: _____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: _____

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

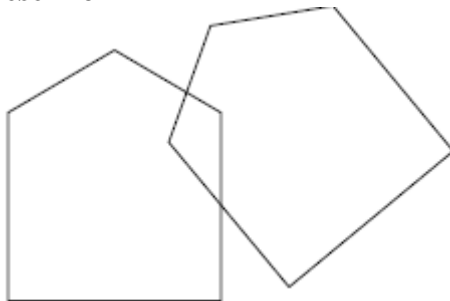
Frase: _____

Nota: _____

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela cópia correta)

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

Desenho



Cópia

TOTAL: _____

Anexo IV

Elderly Nursing Core Set

SECÇÃO I - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - FUNÇÕES DO CORPO

1. **Funções da consciência (b110)** *Avalie e classifique as funções da consciência, tendo por base o seguinte conceito “é o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos”.*

b110.0: Nenhuma deficiência

b110.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ocasional numa das dimensões.

b110.2: Deficiência moderada. Dificuldade em duas das dimensões.

b110.3: Deficiência grave. Dificuldade em diversas das dimensões a maior parte do tempo.

b110.4: Deficiência completa. Sem reação, não responde

2. **Funções da orientação (b114)** *Avalie e classifique as funções da orientação em relação ao tempo (e.g., dia, mês, ano), ao espaço (e.g., onde está, de onde é), a si mesmo e aos outros (e.g., quem é a sua família) e classifique:*

b114.0: Nenhuma deficiência

b114.1: Deficiência ligeira. Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo

b114.2: Deficiência moderada. Dificuldades de orientação em relação a duas das dimensões referidas

b114.3: Deficiência grave. Dificuldades de orientação em pelo menos 3 das dimensões referidas

b114.4: Deficiência total. Desorientado em todas as dimensões

3. **Funções da atenção (b140)** *As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção. Com base na sua observação global da pessoa, classifique:*

b140.0: Nenhuma deficiência

b140.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas

b140.2: Deficiência moderada. Dificuldade moderada em duas das dimensões referidas

b140.3: Deficiência grave. Dificuldade grave em pelo menos 3 das dimensões referidas

b140.4: Deficiência completa. Dificuldade completa

4. **Funções da memória (b144)** *Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: “Vou dizer quatro palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: Pera, Gato, Bola, Carro”. Após cerca de 30 segundos, peça: “Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer”.*

b114.0: Nenhuma deficiência

b114.1: Deficiência ligeira. Respondeu correctamente, mas sem a ordem descrita

b114.2: Deficiência moderada. Respondeu corretamente, recordando 3 palavras

b114.3: Deficiência grave. Respondeu corretamente, recordando apenas 1 palavra

b114.4: Deficiência completa. Não respondeu correctamente

5. **Funções emocionais (b152)** *Avalie a adequação (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), regulação (capacidade de redirecionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e amplitude (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções.*

b152.0: Nenhuma deficiência. Demonstra adequação, regulação e amplitude de emoções

b152.1: Deficiência ligeira. Demonstra ligeira dificuldade em uma das dimensões referidas

b152.2: Deficiência moderada. Demonstra moderada dificuldade em duas das dimensões referidas

b152.3: Deficiência grave. Demonstra dificuldades em todas as dimensões referidas

b152.4: Deficiência completa. Incapaz de adequação, regulação e amplitude de emoções

6. **Funções cognitivas de nível superior (b164)** Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte: O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: “cão que ladra não morde”?

b164.0: Nenhuma deficiência. Descodificou sem dificuldade

b164.1: Deficiência ligeira. Hesitou mas descodificou

b164.2: Deficiência moderada. Descodificou interpretando à letra

b164.3: Deficiência grave. Interpretou à letra com muita hesitação

b164.4: Deficiência completa. Não descodificou

7. **Sensação de dor (b280)** Avalie a dor com base na seguinte pergunta: “Nas últimas 48h, qual a dor máxima que sentiu?” Utilize a Escala Numérica (EN) de avaliação da dor e classifique:

b280.0: 0 pontos na EN

b280.1: 1 a 2 pontos da EN

b280.2: 3 a 4 pontos da EN

b280.3: 5 a 8 pontos da EN

b280.4: 9 a 10 pontos da EN

b280.8: Não especificado

- 7.1. LOCALIZE A DOR MAIS INTENSA REFERIDA PELA PESSOA NOS DIAGRAMAS CORPORAIS FORNECIDOS: _____

8. **Funções da pressão arterial (b420)** Avalia a Pressão Arterial e classifique de acordo com a tabela abaixo:

b420.0: Pressão Arterial Sistólica até 120 e Diastólica até 80

b420.1: Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89)

b420.2: Pressão Arterial Sistólica (140-159) ou Diastólica (90-99)

b420.3: Pressão Arterial Sistólica (160-179) ou Diastólica (100-109)

b420.4: Pressão Arterial Sistólica (> 180) ou Diastólica (> 110)

9. **Funções da respiração (b440)** - Inclui: funções da **frequência, ritmo e profundidade** da respiração

b440.0: Nenhuma deficiência.

b440.1: Deficiência ligeira. Ligeira alteração de uma das dimensões do padrão respiratório

b440.2: Deficiência moderada. Alteração de duas das dimensões (a pessoa pode necessitar de inaloterapia)

b440.3: Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigénio suplementar ou ventilador (não invasivo)

b440.4: Deficiência completa. Precisa de apoio (permanente) de oxigénio suplementar e ventilador (não invasivo e invasivo)

10. **Funções de defecação (b525)** Seleccione uma das seguintes opções

b440.0: Nenhuma deficiência. A Pessoa apresenta: 1 dejeção/dia (ou) ou 1 dejeção em 2 dias ;

b440.1: Deficiência ligeira. A Pessoa apresenta: 2 a 3 dejeções/dia (ou) ou 1 dejeção cada 2 a 4 dias ;

b440.2: Deficiência moderada. A Pessoa apresenta: 4 a 5 dejeções/dia (ou) ou 1 dejeção cada 5 a 7 dias ;

b440.3: Deficiência grave. A Pessoa apresenta: 6 a 7 dejeções/dia (ou) ou 1 dejeção cada 8 a 9 dias ;

b440.4: Deficiência total. A Pessoa apresenta: > 8 dejeções/dia (ou); ou 1 dejeção cada 10 ou mais .

b440.8: Condições Especiais (especificar – por ex. Incontinência, colostomia): _____

Secção IV- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Estrutura do Corpo

11. **Estrutura das áreas da pele (s810)** *Observe a pele da pessoa e classifique as zonas de maior gravidade:*

s810.0: Nenhuma deficiência.

s810.1: Deficiência ligeira. A pessoa apresenta pele seca ou desidratada

s810.2: Deficiência moderada. A pessoa apresenta lesões da pele - Máculas ou Pápula

s810.3: Deficiência grave. A pessoa apresenta lesões da pele, com alterações da integridade cutânea

s810.4: Deficiência completa. A pessoa apresenta múltiplas lesões da pele que põem em risco a vida.

11.1. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a lesão cutânea mais grave - 1º Local: _____

11.2. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a segunda lesão cutânea mais grave - 2º Local: _____

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Atividades de Participação

12. **Realizar a rotina diária (d230)** *Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.*

d230.0: Sem dificuldades

d230.1: Dificuldades ligeiras. Realiza de forma independente a sua rotina diária, mas tem dificuldades ocasionais nas ações complexas.

d230.2: Dificuldades moderadas. Necessita de referências para realizar e concluir a sua rotina diária

d230.3: Dificuldades graves. Necessita de apoio contínuo para realizar e concluir a sua rotina diária

d230.4: Dificuldade completa. Não tem possibilidade de realizar e concluir a rotina diária

13. **Comunicar e receber mensagens orais (d310)** *Esta função avalia a capacidade de compreender os significados literais e implícitos das mensagens. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*

d310.0: Sem dificuldades

d310.1: Dificuldade ligeira. Dificuldades ligeiras nos significados implícitos

d310.2: Dificuldade moderada. Dificuldades frequentes nos significados implícitos

d310.3: Dificuldade grave. Dificuldades totais nos significados implícitos e acentuadas nos literais

d310.4: Dificuldade total. Não comunica

14. **Falar (d330)** *Esta função avalia a capacidade de produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*

d330.0: Sem dificuldades

d330.1: Dificuldade ligeira. Fala, mas por vezes o discurso é pouco claro

d330.2: Dificuldade moderada. Fala, mas frequentemente com discurso pouco claro

d330.3: Dificuldade grave. Tenta expressar-se apenas por monossílabos

d330.4: Dificuldade completa. Incapaz de produzir um discurso articulado

15. **Conversação (d350)** - *Esta função avalia a capacidade de iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizadas através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo:*

d350.0: Sem dificuldade.

d350.1: Dificuldade ligeira para iniciar uma conversa

d350.2: Dificuldades moderadas para iniciar ou manter uma conversa

d350.3: Dificuldades grave para iniciar ou manter uma conversa

d350.4: Dificuldade completa. Não consegue iniciar ou manter uma conversa

16. Mudar a posição básica do corpo (d410) *Avalie a capacidade de a pessoa se deitar, agachar, ajoelhar, sentar, pôr de pé e curvar sozinho.*

d410.0: Sem dificuldade

d410.1: Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas

d410.2: Dificuldade moderada em pelo menos duas das dimensões referidas

d410.3: Dificuldade grave em 3 ou mais das dimensões referidas

d410.4: Dificuldade completa

17. Manter a posição do corpo (d415) *Manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé. Classifique:*

d415.0: Sem dificuldade

d415.1: Dificuldade ligeira. Mantém a posição do corpo de pé, com apoio ocasional

d415.2: Dificuldade moderada. Mantém a posição do corpo de pé com dificuldade, mantém a posição de sentado

d415.3: Dificuldade grave. Não mantém a posição do corpo de pé, mantém a posição de sentado, com dificuldade

d415.4: Dificuldade completa. Não mantém a posição do corpo de pé e não mantém a posição de sentado

18. Utilização da mão e do braço (d445) *Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço.*

d445.0: Sem dificuldades.

d445.1: Dificuldade ligeira. Usa de forma normal as duas mãos mas tem dificuldade num dos braços.

d445.2: Dificuldade moderada. Usa com dificuldades, uma das mãos e tem dificuldade num dos braços.

d445.3 Dificuldade grave. Usa com dificuldade as duas mãos e os dois braços ou não usa a mão e braço dominantes.

d445.4: Dificuldade completa. Não usa as duas mãos e os dois braços.

19. Andar (d450) *Avalie e classifique observando a marcha da pessoa:*

d450.0: Sem dificuldades

d450.1: Dificuldade ligeira. Deambula em casa e na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.

d450.2: Dificuldade moderada. Deambula apenas em casa: a deambulação só é possível num ambiente fechado, e num ambiente conhecido como em casa.

d450.3: Dificuldade grave. Marcha terapêutica: O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.

d450.4: Dificuldade completa. Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação.

20. Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465) *A pessoa tem a capacidade de mover o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho, ou outras ajudas técnicas:*

d465.0: Sem dificuldades

d465.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda ocasional de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).

d465.2: Dificuldades moderadas. Necessita de ajuda frequente de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).

d465.3: Dificuldades graves. A maior parte do tempo com ajuda de dois ou mais pontos de apoio (duas bengalas, andarilho ou cadeira de rodas)

d465.4: Dificuldade completa. Sempre com ajuda de cadeira de rodas.

21. Lavar-se (d510) *Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.*

d510.0: Sem dificuldades.

d510.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda no banho apenas para entrar ou sair da banheira.

d510.2: Dificuldades moderadas. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar uma parte do corpo (ex. costas, ou pernas)

d510.3: Dificuldades graves. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar mais de uma parte do corpo

d510.4: Dificuldade completa. Recebe assistência total para o banho.

22. Cuidar de partes do corpo d520 *Cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.*

d520.0: Sem dificuldades.

d520.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para cuidar de partes do corpo.

d520.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para cuidar de diversas partes do corpo.

d520.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para cuidar de quase todas as partes do corpo.

d520.4: Dificuldade completa. Necessita de ajuda total para cuidar de todas as partes do corpo.

23. Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530) *Cuidados relacionados com os processos de excreção.*

d530.0: Sem dificuldades

d530.1: Dificuldade ligeira. É autônomo, com supervisão ocasional, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.

d530.2: Dificuldade moderada. É autônomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação, mas apresenta acidentes ocasionais.

d530.3: Dificuldade grave. É autônomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e não prevê a eliminação. É incontinente.

d530.4: Dificuldade completa. Não é autônomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação

24. Vestir-se (d540) *Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado*

d540.0: Sem dificuldades

d540.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para se vestir.

d540.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e/ou para se calçar.

d540.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para vestir quase todas as peças de roupa e para se calçar

d540.4: Dificuldade completa. Não se veste.

25. Comer (d550) *Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos*

d550.0: Sem dificuldades

d550.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para comer (ex. Trincar alguns alimentos).

d550.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para trincar os alimentos e levar alguns à boca.

d550.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para usar qualquer utensílio de alimentação (ex. garfo, colher)

d550.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de comer

26. Beber (d560) *Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida.*

d560.0: Sem dificuldades

d560.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para beber (ex. colocar água num copo)

d560.2: Dificuldade moderada. Por vezes precisa de ajuda para levar o copo à boca.

d560.3: Dificuldade grave. Frequentemente precisa de ajuda para quase todos os gestos necessários ao beber

d560.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de beber

27. **Relacionamentos familiares (d760)** *Criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada.*

d760.0: Sem dificuldades.

d760.1: Dificuldade ligeira para manter relações com alguns membros da família alargada.

d760.2: Dificuldades moderadas para manter relações com a família alargada

d760.3: Dificuldade grave em manter relações com a família alargada e com alguns membros da família nuclear.

d760.4: Dificuldade completa. Não consegue manter ou criar relações com a família.

Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Factores Ambientais

28. **Família próxima (e310)** *Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima.*

e310.0: A família próxima oferece total suporte

e310.1: A família próxima oferece grande parte do suporte, precisando apenas de ajudas pontuais

e310.2: A família próxima oferece suporte mas precisa de ajuda a tempo parcial

e310.3 A família próxima oferece suporte ligeiro precisando de ajuda em quase todas as atividades

e310.4: A família próxima não oferece qualquer suporte

29. **Amigos (e320)** *Indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança.*

e320.0: Os amigos oferecem apoio total

e320.1: Os amigos oferecem muito apoio

e320.2: Os amigos oferecem apoio apenas se solicitados

e320.3: Os meus amigos oferecem apoio pontual

e320.4: Os meus amigos não oferecem qualquer apoio

30. **Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)** *Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias.*

e355.0: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem todo o apoio necessário

e355.1: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem quase todo o apoio necessário

e355.2: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio de suplemento à família (50/50).

e355.3: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio pontual.

e355.4: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio

31. **Profissionais de saúde (e355)** *Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.*

e355.0: Os profissionais de saúde oferecem todo o apoio necessário

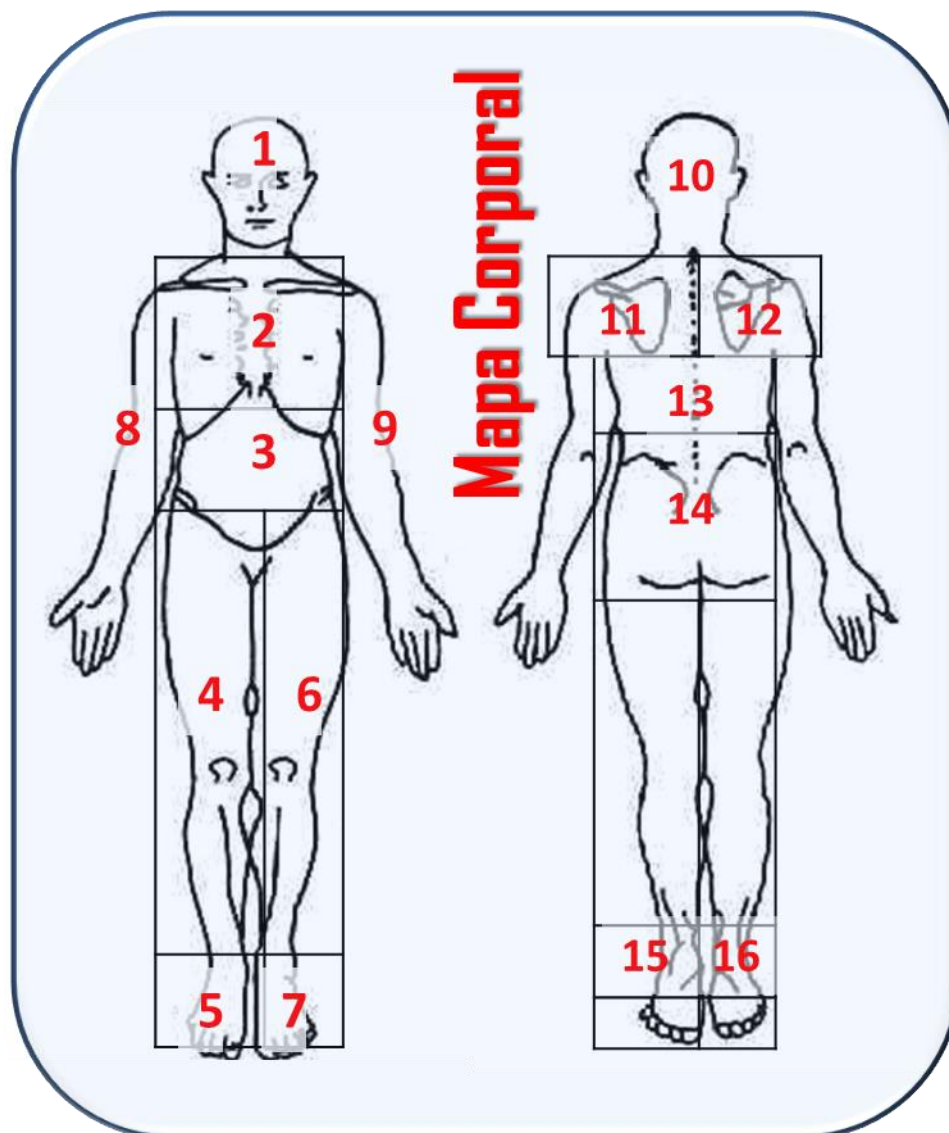
e355.1: Os profissionais de saúde oferecem quase todo o apoio necessário

e355.2: Os profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento

e355.3: Os profissionais de saúde oferecem pouco apoio

e355.4: Os profissionais de saúde não oferecem qualquer apoio

MAPAS CORPORAIS PARA A PERGUNTA:



Anexo V

Escala de Avaliação do Risco de Violência

1. Precisa de ajuda para realizar suas atividades da vida diária (por exemplo, tomar medicação, preparar refeições, fazer compras)?
Nunca Às vezes Quase Sempre Sempre
2. Sente-se sozinho(a) com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
3. Sente-se incomodado (a) com alguém da sua família? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
4. Confia na maioria das pessoas da sua família? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
5. Há alguém na sua família que beba muito? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
6. Sente-se triste com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
7. Sente que ninguém quer estar consigo? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
8. Está a ajudar financeiramente alguém? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
9. Há alguém que lhe diga que dá demasiado trabalho? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
10. Tem alguém que o/a ajude quando precisa? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
11. Já alguém a/o forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
12. Sente que dá demasiado trabalho a alguém? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
13. Já alguém lhe tirou algo que lhe pertença sem o seu consentimento? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
14. Houve alguém próximo de si que tenha tentado magoá-la/o ou fazer-lhe mal recentemente? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre

15. Tem mau relacionamento com alguém da sua família? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
16. Há alguém na sua família que a/o obrigue a estar na cama ou que lhe diga que está doente, mesmo quando você sabe que não está? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
17. Tem alguém que se preocupe consigo? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
18. Já alguém o/a esbofeteou ou empurrou? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
19. Alguém próximo de si tentou que o senhor (a) lhe desse dinheiro ou bens materiais? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
20. Sente medo de alguém da sua família? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre
21. Tem andado aborrecido (a) porque alguém próximo chamou-lhe nomes ou falou para si de uma forma que o(a) fez sentir envergonhado(a) ou ameaçado(a)? Com que frequência?
Nunca Às Vezes Quase Sempre Sempre

Anexo VI

Apgar Familiar

Assinale a opção que mais lhe parece adequada:

Questões	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.					
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.					
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor).					
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					

Anexo VII

ABUEL

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

1. As perguntas seguintes referem-se a um conjunto de acontecimentos relacionados com violência a que pode ter sido exposto(a). Por favor, diga a quantidade de vezes a que esteve exposto(a) a cada acontecimento, no último ano. (Se a pessoa nunca foi exposta a estes eventos, no último ano, mas foi exposta antes, assinale o 7. Se estes eventos nunca ocorreram, assinale 8).

Alguém....

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca
... o(a) insultou ou lhe praguejou?								
... o(a) ameaçou (ex. deixá-lo(a) num lar; destruir coisas suas)?								
... o(a) rebaixou ou menosprezou o que voce faz?								
...o(a) excluiu ou ignorou repetidamente?								
... ameaçou magoar alguém de quem gosta (ex. Animais de estimação, familiares) ?								
...o(a) impediu de ver pessoas de quem gosta ?								
... gritou ou berrou consigo?								
... fez alguma coisa para ofende-lo(a)?								
...o(a) chamou de gordo(a), feio(a) ou outros nomes?								
... destruiu alguma coisa sua?								
... ameaçou bater-lhe ou atirar-lhe alguma coisa?								

VIOLÊNCIA FÍSICA

2. Quantas vezes os seguintes acontecimentos ocorreram no último ano? (Assinale a quantidade de vezes de exposição a cada um destes acontecimentos, no último ano). Alguém...

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca
...o(a) esbofeteou?								
...o(a) agarrou?								

... lhe deu pontapes?								
...o(a) empurrou ou lhe deu um encontro?								
...o(a) queimou ou escaldou de propósito?								
... o(a) tentou estrangular?								
...lhe atirou alguma coisa que o(a) magoou?								
... torceu o seu braco ou lhe puxou o cabelo?								
... usou uma faca, uma pistola ou outra arma contra si?								
...o(a) esmurrou ou feriu?								
...o(a) atirou contra uma parede, porta ou mobilia?								
...o(a) espancou?								
...o(a) amarrou?								
...o(a) prendeu de qualquer outra forma?								
...o(a) fechou no quarto?								
... lhe deu drogas ou medicamentos para controla-lo(a) ou tornalo(a) docil?								
...o(a) ameaçou com uma faca, uma pistola ou outra arma?								

VIOLÊNCIA FINANCEIRA

3. Quantas vezes estes acontecimentos ocorreram no ultimo ano? (Assinale a quantidade de vezes que a pessoa esteve exposta a cada um destes acontecimentos, no último ano) **Alguém...**

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca
...o(a) obrigou a dar-lhe o seu dinheiro, bens materiais ou propriedades, contra a sua vontade?								
... tentou que o senhor(a) lhe desse o seu dinheiro, os seus bens materiais ou propriedades?								
... tentou, através de fraude, tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades ?								
...tentou tomar ou manter o								

poder sobre o seu representante legal/advogado contra a sua vontade ?								
... tentou roubar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?								
... lhe roubou dinheiro, bens materiais ou propriedades?								
... usou uma fraude para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?								
... tomou ou manteve o poder sobre o seu representante legal/ advogado contra si?								
... fez outra coisa para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?								

VIOLÊNCIA SEXUAL

4. Quantas vezes estes acontecimentos ocorreram no último ano? (Assinale a quantidade de vezes que a pessoa esteve exposta a cada um destes acontecimentos, no último ano) **Alguém...**

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca
...lhe falou de forma sexual?								
...lhe tocou, sexualmente, contra a sua vontade?								
...tentou tocar-lhe, sexualmente, contra a sua vontade?								
...o(a) obrigou a ver pornografia contra a sua vontade?								
... tentou fazer-lo(a) ver pornografia contra a sua vontade?								
... teve relações sexuais consigo contra a sua vontade?								
...tentou ter relações sexuais consigo contra a sua vontade?								
...teve outros comportamentos sexuais abusivos?								

NEGLIGÊNCIA

5. As perguntas seguintes referem-se a atividades em que possa ter precisado de ajuda, no último ano. Precizou de ajuda para realizar estas atividades e recebeu essa ajuda? (Assinale 1 se o(a) entrevistado(a) precisou e obteve ajuda nestas atividades; e assinale 2 se o(a) entrevistado(a) precisou de ajuda mas não a obteve; e 3 em caso de não ter precisado de ajuda.

	Sim, precisou e obteve ajuda	Sim, precisou mas não obteve ajuda	Não precisou de ajuda NA
Compras de mercearia, roupas ou outras coisas			
Preparação das refeições			
Tarefas domésticas			
Para se deslocar			
Levantar-se da cama ou ir para a cama			
Lavar-se ou tomar banho (incluindo sair ou entrar na banheira, no duche)			
Vestir-se e despir-se			
A comer, incluindo a cortar a comida			
Deslocar-se até a casa de banho e usar a casa de banho			
Ajudar a tomar a medicação certa, a hora correta			
Outra atividade do dia-a-dia, especifique _____			
Outras atividades de casa (ex. jardinagem)			
Mobilidade geral na casa/centro de dia			