



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Cavalcante Apratto Júnior, Paulo; Leite de Moraes, Cláudia
A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de
Niterói (RJ, Brasil)

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 6, 2010, pp. 2983-2995
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017464037>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil)

The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil)

Paulo Cavalcante Apratto Júnior¹
Cláudia Leite de Moraes¹

Abstract This article investigates the magnitude and characteristics of violence against the elderly by trusted people at Ilha da Conceição, Niterói - RJ registered at the Family Health Program. A domestic survey interviewed 343 individuals with 60 years or more, selected by a simple random sample. To identify the violence it was used the Conflict Tactics Scales. Information about identification, demographics and socio-economics characteristics were obtained using the National Health Interview Survey. The Mini-Mental State Examination was used to evaluate mental health. In order to evaluate the functional capacity, the Health Assessment Questionnaire was used. In cases of alcohol suspicion among men, it was used the instrument CAGE. To female elder or caregivers, the TWEAK instrument was used. 43% reported at least one episode of psychological violence. Physical violence was reported by 9,6% of the interviewed, 6,1% reported serious physical violence in this period. The prevalence of different modalities of violence was higher among the youngest individuals, with higher scholarly, among those who have one of the pathologies that characterize the elderly as having a vulnerability (depression and / or urinary incontinence / fecal and / or diabetes and / or rheumatism) and those living with the greatest number of individuals.

Key words Domestic violence, Prevalence, Aging

Resumo Este artigo investiga a magnitude e as características da violência contra idosos no domicílio por pessoas de confiança no bairro da Ilha da Conceição, em Niterói (RJ), adscritos ao Programa Saúde da Família. Através de um inquérito domiciliar, foram entrevistados 343 indivíduos com 60 anos ou mais, selecionados por amostragem aleatória simples. Para identificação de violência usou-se a Escala Tática de Conflitos. As informações sobre identificação, características demográficas e socioeconômicas foram obtidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Avaliou-se a saúde mental pelo Minisexame do Estado Mental. Para avaliação da capacidade funcional, usou-se o Health Assessment Questionnaire. Quanto à suspeita de uso de álcool pelos homens, utilizou-se o instrumento CAGE; para a idosa ou cuidadora, o instrumento TWEAK. 43% relataram pelo menos um episódio de violência psicológica. A violência física foi relatada por 9,6% dos entrevistados; 6,1% referiram ocorrência de violência física grave nesse período. A prevalência das diversas modalidades de violência foi maior entre os mais novos, com maior escolaridade, entre os que apresentam uma das patologias que caracterizam o idoso como tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo) e entre os que moram com maior número de indivíduos.

Palavras-chave Violência doméstica, Prevalência, Envelhecimento

¹Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ). Av. Ernani do Amaral Peixoto 169, Centro. 24020-070 Niterói RJ.
aprattoporto@terra.com.br

Introdução

O envelhecimento populacional no mundo é um dos maiores desafios contemporâneos da Saúde Pública. Esse fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, recentemente, os países em desenvolvimento mostram o envelhecimento da população de forma mais acentuada¹. No Brasil, o número de idosos passou de três milhões, em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 34 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no ranking mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária². Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos, algumas decorrentes da fragilidade e da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de várias mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada em nossos dias³.

Inicialmente, a violência contra os idosos era vista como uma questão familiar, permanecendo reservada e escondida até a metade do século XX. Representa, hoje, um grande desafio para o setor de saúde, atingindo todas as classes sociais e provocando, além de óbitos, traumas físicos e emocionais de grande magnitude que criam uma demanda por serviços e programas de saúde mais adequados. Por essa razão, é fundamental que os profissionais da área coloquem em pauta esse problema antigo, porém de baixa visibilidade, enfocando-o como prioridade na agenda de diagnóstico situacional e estabelecendo políticas para seu enfrentamento⁴. Dentre as várias formas de violência que acometem a população idosa, destacam-se os maus-tratos e a negligência cometidos no âmbito familiar e institucional – merecendo, portanto, maior atenção de toda a sociedade civil.

A violência é um problema mundial, complexo, enraizado em dimensões culturais, que possibilita diferentes abordagens e definições, o que traz dificuldade para estudos comparativos e visões globais sobre sua magnitude⁵. A multiplicidade e a falta de integração das fontes de informação e as altas taxas de sub-registro também são desafios a serem superados visando a estimativas mais fidedignas⁶⁻⁸. Apesar dessas dificuldades, estudos internacionais têm sugerido que a violência contra o idoso tenha prevalências mais altas do que muitas patologias alvos de programas de controle em todo o mundo^{4,6-8}.

No Brasil, ainda não se tem ideia da prevalência do problema. No entanto, as características da sociedade brasileira atual, tais como as

séries dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, fatores reconhecidamente favorecedores da disseminação da violência, fazem crer que o problema seja bastante frequente, tornando de grande relevância no país a temática violência praticada contra os gerentes.

Grande parte das situações ainda sofre uma invisibilidade de origem social. Destaca-se nessa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência é um problema privado, que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Ademais, as escolas formadoras de profissionais da saúde ainda não os preparam para o manejo de casos de violência, contribuindo para sua não detecção. Como muitas vezes a violência é cometida por pessoas de sua confiança, o idoso não se dispõe a relatar facilmente os episódios de vitimização que sofre, dificultando ainda mais a identificação da situação. Além disso, a falta de instrumentos para detecção, bem como de um arsenal resolutivo para o enfrentamento do problema, faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade⁹⁻¹¹.

A Organização Pan-Americana da Saúde considera que o setor saúde deve ajudar a buscar soluções e aplicações de medidas preventivas e de controle de todas as formas de violência nesse grupo populacional. Nesse contexto, a estratégia Saúde da Família pode ter um enorme potencial para construir estratégias de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência. Os profissionais que estão inseridos nas comunidades, empenhados em propostas de educação em saúde com o objetivo de contribuir para a transformação social, podem ser efetivos agentes para o conhecimento e a intervenção nessa problemática da violência praticada contra idosos.

Infelizmente, a escassez de estudos sobre o tema impede que se tenha uma visão mais acurada da magnitude e caracterização do problema, dificultando um planejamento de ações efetivas para seu enfrentamento imediato.

Visando expandir o conhecimento sobre a situação no âmbito populacional, este artigo tem como objetivo estimar a prevalência da violência psicológica e violência física contra o idoso numa população de baixa renda assistida pelo Programa Médico de Família da cidade de Niterói (RJ). Como objetivo secundário, pretende-se avaliar a prevalência do evento em diferentes subgrupos populacionais de acordo com características sociodemográficas e de saúde do idoso e de sua

família, contribuindo para um diagnóstico situacional que forneça subsídios para o enfrentamento do problema. Considerando a escassez de pesquisas na área e a participação cada vez maior dos programas de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, pretende-se que os frutos deste estudo não se restrinjam às equipes que participaram da pesquisa, mas que possam servir como ponto de partida para o conjunto de profissionais de saúde comprometidos com a promoção da saúde desse grupo populacional, convergindo com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade do indivíduo.

Métodos

Contexto do estudo

O bairro da Ilha da Conceição localiza-se no interior da baía de Guanabara. Este é atualmente o principal polo metalúrgico naval e abriga também parte da indústria pesqueira de Niterói. De acordo com o censo realizado em 2006, a população do bairro compreende cerca de 6.500 habitantes. Apresenta grande percentual de idosos, sendo um dos bairros do município que apresentam alto índice de envelhecimento^{12,13}.

Para fins de cadastramento e acompanhamento das famílias pelas equipes do PMF, o bairro foi dividido em seis microáreas denominadas de setores 24, 25, 26, 27, 28 e 29. O processo de cadastramento incluiu até 250 famílias em cada setor, respeitando-se um número total máximo de 1.300 pessoas. Atualmente, o módulo contém seis equipes, o que permite uma cobertura de 100% do bairro pelo programa.

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

Desenho

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

População-alvo/fonte

A população-alvo do estudo é composta pelo conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes em áreas urbanas cobertas pelo Programa Médico de Família do município de Niterói, Rio de Janeiro. Atualmente, o PMF atingiu 30% de cobertura de sua população e 150 mil pessoas já foram cadastradas em 33 áreas consideradas de desenvolvido risco social, com delineamentos na saúde e econômico.

Como população fonte, optou-se pela clientela de indivíduos dessa faixa etária, residentes e adscritos ao módulo do Programa Saúde da Família (PSF) no bairro da Ilha da Conceição (Niterói). Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em setembro de 2006 esse grupo era composto por 754 indivíduos¹⁴.

Tamanho e estratégia de seleção da amostra do estudo

A constituição da amostra foi feita a partir de uma malha amostral formada por todos os idosos das microáreas 24, 25, 26, 27, 28 e 29, que compõem a área do Programa Médico de Família do Módulo Ilha da Conceição, através de uma seleção aleatória simples dos idosos nos diversos setores do bairro. O tamanho amostral foi definido considerando-se a população fonte (754), a prevalência esperada de violência ao idoso de 40%¹⁵ e um erro de mais ou menos 5%¹⁶. Com base nesses critérios, o tamanho amostral mínimo previsto foi de 327 gerentes moradores da Ilha da Conceição. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade superior a 60 anos de idade na época da entrevista e concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento.

Coleta de dados

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

vacidade das entrevistadas e mantendo-se sua identidade sob sigilo.

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

Instrumentos de aferição da pesquisa (avaliação)

O instrumento de coleta de dados foi composto por módulos de questionários já testados e validados em estudos anteriores realizados no Brasil e módulos elaborados especificamente para a pesquisa. Sua estruturação baseou-se na avaliação multidimensional do idoso. O questionário final apresentou seis módulos: sociodemográfico, utilização de serviços de saúde, saúde física, saúde mental, capacidade funcional, além do questionário de caracterização da violência.

Os primeiros módulos do questionário foram compostos por questões relativas à caracterização sociodemográfica do entrevistado, deixando as questões potencialmente constrangedoras para momento posterior, quando já se tinha estabelecido uma relação positiva entre o entrevistador e os idosos entrevistados no domicílio. O primeiro módulo continha dados de identificação que comprendiam características demográficas básicas, tais como idade, número de filhos, coabitáculo, naturalidade, cor/raça e estado civil, além de informações sobre indicadores socioeconômicos: escolaridade, ocupação e posse de utensílios domésticos.

Para a captação das variáveis demográficas, utilizou-se o questionário da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio¹⁷. Para a coleta das informações sobre a saúde física do idoso, foram utilizadas as questões do instrumento empregado no inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de

doenças e agravos não transmissíveis¹⁸. Além disso, houve a inclusão de patologias que não constavam da versão original, por terem alta prevalência em idosos do nosso meio e, possivelmente, estarem associadas à violência.

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

A saúde mental foi avaliada através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM)¹⁹. O MEEM é composto por trinta itens, com subtestes que avaliam orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação, memória procedimento e linguagem. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais^{20,21}. Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. Desde sua criação, suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na sua versão original quanto pelas inúmeras traduções/adaptações para várias línguas e países. Para melhorar a qualidade das informações, nas situações em que o idoso apresentava escore do MEEM inferior a 14 (idosos com menos de quatro anos de estudo) e 18 pontos (idosos com quatro anos ou mais), a entrevista era realizada com seu principal cuidador. Seguindo orientação de Almeida²⁰, considerou-se como um caso suspeito de demência aqueles indivíduos que tivessem MEEM < 19 (idosos com menos de quatro anos de estudo) e < 23 pontos (os demais).

Para avaliação da capacidade funcional do idoso, utilizou-se o Health Assessment Questionnaire (HAQ), em razão de suas excelentes propriedades psicométricas²². Foi originalmente desenhado para a avaliação clínica de pacientes adultos com artropatias, mas tem sido utilizado numa ampla gama de ambientes de pesquisa para avaliação de cuidado. A dimensão de incapacidade é composta por vinte questões que abordam o grau de dificuldade dos idosos em desenvolver atividades da vida diária na última semana, a saber: vestir-se e arrumar-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, realizar atividades de higiene, alcançar e realizar atividades fora do domicílio. Cada item tem um escore de quatro pon-

tos, variando de “sem dificuldade alguma” até “incapaz de realizar”. O escore mais alto em cada um dos oito componentes é somado para formar um total (0-24). Este total é dividido por oito para dar um escore de 0-3, que representa o índice de incapacidade funcional do idoso.

Para uma apreciação inicial, foram considerados autossuficientes os idosos que apresentavam escores de 0 a 0,5; idosos que tinham dificuldades leves com pontuação de 0,5 a 1,25, capazes de realizar suas AVDS, e indivíduos com dificuldades importantes, possuindo incapacidade grave, sendo ainda autossuficientes aqueles com pontuação variando de 1,25-2,0. O paciente com escores de 2,0 a 3,0 pode ser classificado como possuindo incapacidade grave²³.

Para avaliar a suspeita de uso abusivo de álcool pelo idoso do sexo masculino, foi utilizado o instrumento CAGE (Cut-down; Annoyed; Guilty & Eye-opener, considerando-se um resultado positivo para ele quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa²⁴. Para a idosa ou cuidadora, utilizou-se a versão nacional do instrumento TWEAK²⁵⁻²⁶, considerando-se como um caso suspeito de “uso inadequado” de álcool as mulheres que responderam positivamente a duas ou mais questões.

Para identificação da violência contra o idoso, utilizou-se a versão nacional das Escalas Táticas de Conflitos (Conflict Tactics Scales – CTS1)^{27,28}. Este instrumento é composto por 19 itens que abordam a utilização de diferentes táticas para a resolução de conflitos entre pessoas íntimas, a saber: argumentação, agressão verbal, violência física não abusiva e violência física abusiva. Foram considerados caso positivo de violência psicológica e física os idosos que referiram ter sido vítimas de pelo menos um dos itens que compõem as subescalas aplicadas nos idosos residentes na Ilha da Conceição.

Processamento/análise dos dados

A entrada de dados e o controle de qualidade foram realizados utilizando-se o programa Epi Info™ 3.3.2¹⁴. O programa STATA v.9.2 foi usado para o processamento e análise de dados. Estimaram-se a prevalência da violência física e psicológica e seus respectivos intervalos de confiança a 95% na população total entrevistada e nos vários subgrupos criados a partir das características sociodemográficas estudadas. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Assumiu-se uma distribuição binomial para a estimação dos intervalos de confiança.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município e aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente (NEPE) do Polo de Capacitação em Saúde da Família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, uma vez que respeitou os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque e a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, obedecendo às normas e diretrizes regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, neste caso os idosos.

Resultados

Foram entrevistados 343 idosos (38,2% homens e 62,1% mulheres). Como pode ser visto na Tabela 1, a maioria dos idosos entrevistados apresentava entre 60 e 70 anos. Em relação à cor da pele, a maior parte dos respondentes se identificou com a cor negra/mulato. Com relação à situação conjugal, grande parte dos entrevistados referiu ser casado, havendo também um contingente razoável de viúvos.

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

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

A amostra congregou idosos de baixa escolaridade, na medida em que 76,4% dos respondentes relataram ter tido quatro anos ou menos de estudo, enquanto apenas cerca de 8,0% referiram ter escolaridade maior que a 8^a série. Quanto à composição doméstica, observa-se um grande contingente de idosos morando sozinho ou com apenas mais uma pessoa. A maioria refere ter uma profissão, mas ser atualmente beneficiário da Previdência Social.

A Tabela 2 apresenta a situação de saúde dos idosos entrevistados. A grande maioria refere ter a presença de pelo menos uma patologia, sendo a hipertensão arterial a principal morbidade referida (72,6%; IC 95%: 67,7 – 77,4). Cerca de 10% dos idosos do sexo masculino foram considerados positivos para o uso inadequado de álcool. No entanto, nenhuma das idosas foi identificada com tal situação.

Constatou-se que cerca de 20% dos idosos foram considerados suspeitos de um quadro de

demência. Com relação à capacidade funcional, observou-se que a maioria dos idosos entrevistados foi considerada autossuficiente, situação confirmada pela baixa prevalência de idosos que necessitavam de cuidadores para ajudá-los a desempenhar as tarefas do dia a dia.

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

A Tabela 4 apresenta a prevalência das diversas formas de violência nos diferentes subgrupos populacionais. Como pode ser observado, de modo geral a prevalência das diversas modalidades de violência foi maior entre os mais no-

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

Morbidades	n	Prevalência (IC 95%)
Morbidades referidas		
Hipertensão arterial	238	72,6 (67,7 – 77,4)
Reumatismo	137	44,5 (38,9 – 50,1)
Doença cardíaca	68	22,1 (17,4 – 26,7)
Diabetes mellitus	57	18,6 (14,2 – 22,9)
Demência	52	17,1 (12,8 – 21,3)
Depressão	49	16,2 (12,0 – 20,4)
Acidente vascular cerebral (AVC)	24	7,9 (4,9 – 11,0)
Incontinência urinária/fecal	23	7,6 (4,6 – 10,6)
DPOC (enfisema pulmonar)	10	3,3 (1,3 – 5,3)
Concomitância dos agravos		
Relato de pelo menos uma das patologias acima	292	85,1 (81,3 – 88,9)
Relato de três ou mais das patologias acima	107	31,2 (26,3 – 36,1)
Concomitância de patologias específicas^a		
Vulnerabilidade 1	175	51,0 (45,7 – 56,3)
Vulnerabilidade 2	190	55,4 (50,1 – 60,7)
Suspeição de abuso de álcool ^b	39	11,4 (8,0 – 14,7)
Suspeita de demência (MEEM positivo) ^c	68	19,8 (15,6 – 24,1)
Presença de cuidador	72	21,0 (16,7 – 25,3)
Suspeita de incapacidade funcional^d		
Autossuficientes	245	71,4 (66,6 – 76,2)
Dificuldades leves	54	15,7 (11,9 – 19,6)
Dificuldades importantes	27	7,8 (5,0 – 10,7)
Incapacidade	17	5,0 (2,6 – 7,3)

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

b) Consideraram-se casos suspeitos os idosos que tivessem dois ou mais itens positivos no instrumento CAGE; c)

Consideraram-se positivos os idosos que tivessem MEEM < 19 para aqueles com menos de quatro anos de estudo e < do que 23 pontos entre aqueles com quatro anos ou mais de estudo; d) Consideraram-se autossuficientes os que apresentavam escores de 0 a 0,5 com dificuldade leves com pontuação de 0,5 a 1,25, capazes de realizar suas AVDS e idosos com alterações importantes possuindo incapacidade grave, porém ainda autossuficientes, com pontuação variando de 1,25-2,0.

vos, com maior escolaridade, entre os que apresentam pelo menos uma das patologias que caracterizam o idoso com tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo e/ou diabetes) e entre os que moram com maior número de indivíduos. Percebem-se algumas particularidades ao se apreciar o perfil de ocorrência de cada

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

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

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

Características sociodemográficas e de saúde	Violência psicológica %	Violência física grave %	Violência física total %
Faixa etária			
60 – 70	46,4	8,8	13,4
71 – 80	42,3	3,3	5,7
> 80	23,1	0,0	0,0
	p-valor	0,077	0,055
Cor/Raça			
Negro & mulatos	46,1	7,3	11,2
Branca	40,0	4,8	7,9
	p-valor	0,257	0,292
Sexo			
Feminino	46,5	5,6	9,9
Masculino	37,7	6,9	9,2
	p-valor	0,111	0,848
Profissão			
Do lar	53,0	5,2	12,2
Outros	38,2	6,6	8,3
	p-valor	0,009	0,620
Estado civil			
Casado	45,6	8,8	12,9
Viúvo	36,9	2,7	4,5
Outros	47,5	4,9	9,8
	p-valor	0,266	0,067
Escolaridade			
Até sete anos de estudo	41,8	4,6	8,0
Oito anos ou mais	59,3	14,8	18,5
	p-valor	0,082	0,068
Nº. de moradores			
Até 5 pessoas	41,6	5,0	8,8
6 ou mais	61,5	19,2	19,2
	p-valor	0,049	0,084
Vulnerabilidade 1			
Positivo	50,3	8,6	12,0
Negativo	35,7	3,6	7,1
	p-valor	0,006	0,127
Vulnerabilidade 2			
Positivo	51,0	9,4	13,2
Negativo	33,3	2,0	5,2
	p-valor	0,001	0,013
Suspeição de abuso de álcool			
Positivo	28,2	6,6	9,5
Negativo	45,1	2,3	10,3
	p-valor	0,045	0,325
			0,886

tipo de violência isoladamente. Enquanto é nítida a maior prevalência de violência psicológica entre os que se referiram como “do lar” no momento da entrevista e entre os que não foram identificados como suspeitos de abuso de álcool, não se pode afirmar que a violência física seja mais frequente nesses subgrupos. Já ao se avaliarem as diferenças entre as prevalências de violência física total e grave, ainda que com certa ressalva devido à menor significância estatística, é possível perceber que entre os casados o problema parece ser bem mais frequente.

Discussão

O envelhecimento acelerado da população brasileira vem sendo apontado por diversos autores^{1,2,29,30}. Nesse contexto, a promoção de um envelhecimento saudável se apresenta como um dos grandes desafios da sociedade em geral e particularmente do setor saúde neste século que se inicia. Dentre os grandes empecilhos à saúde do idoso, a violência vem sendo cada vez mais colocada em pauta, particularmente a que ocorre no âmbito familiar, já que, segundo alguns autores, 90% dos casos de maus-tratos e negligéncia contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares ou em instituições asilares^{6,8,31,32}.

No Brasil e particularmente no estado do Rio de Janeiro, os estudos sobre o tema são ainda muito incipientes, impedindo estimativas mais concretas sobre a magnitude do problema. No melhor do conhecimento dos autores, este é o primeiro inquérito populacional realizado no estado que estima a prevalência de violência doméstica contra o idoso não institucionalizado. Dessa forma, apesar de ter sido realizado em uma área específica de Niterói, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para a divulgação do tema e ampliem a discussão sobre como intervir visando ao seu enfrentamento.

O perfil sociodemográfico da população entrevistada é, de modo geral, semelhante ao de outros estudos que envolveram as parcelas menos favorecidas dos idosos brasileiros^{1,2,33}. A necessidade de restrição da capacidade de generalização dos achados às comunidades de alto risco social e econômico é reforçada quando se focalizam suas características em termos de escolaridade. Ao se analisar o perfil educacional da população estudada, observa-se que esta tem um grau de escolaridade que parece ser bastante inferior ao estimado para o Brasil como um todo e mesmo para o conjunto de idosos da cidade de

Niterói. Considerando todo o país, os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos ao ano de 1996 estimavam que aproximadamente 41% das mulheres idosas e 37% dos homens eram analfabetos, parcelas provavelmente bem menores do que as estimadas para esta amostra se considerarmos a proporção de idosos com menos de 4 anos de escolaridade³⁴. A menor escolaridade da amostra *vis-à-vis* ao conjunto dos idosos da cidade fica evidente ao se compararem os achados do estudo aos divulgados pelo IBGE para o ano de 2004, que estimavam uma média de anos de estudos da população maior de 60 anos de 8,2 anos, bastante superior à estimada para a população do estudo¹⁴.

O perfil de saúde dos idosos também é bastante peculiar, na medida em que indica uma população que tem grande autonomia, apesar de acumular diferentes morbididades e ter uma alta prevalência de casos suspeitos de demência. A manutenção da autonomia por boa parte dos idosos também é descrita por outros autores que vêm trabalhando com a população dessa faixa etária. Independentemente de suas comorbidades, a maior parte dos idosos tem sua autonomia e independência preservadas^{1,2,35,36}.

A alta prevalência de casos suspeitos de demência também merece discussão. Infelizmente, os estudos populacionais sobre o tema são escassos tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento, não havendo ainda estimativas precisas da sua incidência e prevalência^{37,38}. Diante dessa limitação, atualmente a prevalência de pessoas com demência nos países em desenvolvimento é estimada a partir dos parâmetros obtidos nos países desenvolvidos, girando em torno de 3%. Dessa forma, é preciso ressaltar que o instrumento utilizado no estudo é apenas uma ferramenta de rastreamento e não diagnóstica. Somente a partir do encaminhamento dos idosos positivos ao PMF para uma investigação diagnóstica mais sensível e específica seria possível estimar a real prevalência do problema.

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

consideradas as particularidades metodológicas e as diferenças culturais.

A prevalência de diversos tipos de violência variou no estudo entre 43,2% (violência psicológica) a 6,1% (violência física grave). Tais estimativas são bastante semelhantes às encontradas em alguns estudos realizados nos Estados Unidos e no Canadá, que estimam uma prevalência de maus-tratos físicos em 10% para toda a população idosa³⁹⁻⁴¹. Mostra-se, no entanto, bem inferior a outras pesquisas norte-americanas, que apontam prevalências de 36% e 81% de abuso físico e abuso psicológico no ano anterior à entrevista, respectivamente⁴². Em outra pesquisa recente, estimou-se que mais de dois milhões de idosos sejam anualmente vítimas de abuso nos Estados Unidos⁴³.

Como descrito, a maior prevalência de abuso psicológico *vis-à-vis* aos demais encontrada na população de estudo também é relatada em outros estudos⁴²⁻⁴⁴. Diante da alta magnitude do problema e das consequências nefastas desse tipo de violência à saúde do idoso, vários autores têm enfatizado a necessidade de encarar o problema como uma grave forma de agressão, que necessita de ações de enfrentamento imediato nesse grupo populacional.

A frequência da violência física nos diferentes subgrupos populacionais também merece discussão. Os resultados deste estudo corroboram alguns achados de estudos anteriores e contradizem outros. De acordo com a literatura sobre o tema, esperava-se que as diversas formas de violência fossem mais frequentes entre os idosos mais velhos, com menor escolaridade, que morassem em lares com maior número de indivíduos, casados, com comprometimento da saúde física e mental, com algum grau de incapacidade funcional e que fizessem uso abusivo do álcool^{5,9,45,46}. De fato, entre os idosos entrevistados, de modo geral, a prevalência do problema foi mais elevada entre os de escolaridade baixa, com maior número de filhos e entre os que apresentavam certas patologias. Porém, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências das várias formas de violência nos demais subgrupos estudados.

Com relação à saúde física e mental, vários autores vêm indicando que os idosos com história de maus-tratos apresentam maior prevalência de demência, depressão e problemas reumatológicos do que aqueles que não foram vitimizados^{47,48}. Em estudo brasileiro realizado no estado de São Paulo, a associação entre maus-tratos e essas patologias também foi apontada⁴⁹. Na pre-

sente pesquisa, por questões de eficiência estatística, optou-se por estudar essas patologias em conjunto. De acordo com os achados, parece que aqui a situação não é diferente, já que a violência (de qualquer gravidade) esteve associada ao relato de pelo menos uma dessas morbidades.

Dentre as várias hipóteses postuladas para justificar a maior ocorrência da violência contra os idosos entre aqueles com certas patologias, a perda da autonomia física e cognitiva – que gera a necessidade de outra pessoa para realização das atividades diárias e instrumentais, criando, consequentemente, subordinação – parece ter lugar de destaque entre os pesquisadores^{8,50,51}. Já outros autores sugerem que os agravos sejam decorrentes da violência sofrida e não fatores propensos do evento⁵². Neste estudo não se evidenciou maior prevalência das várias formas de violência entre os idosos com maior dependência, o que questiona ambas as hipóteses. Porém, devido à restrição de um estudo transversal, cuja análise de dados explorou apenas a distribuição dos eventos de acordo com cada uma das variáveis de interesse isoladamente, não se pode desconsiderar a possibilidade de a semelhança entre as prevalências do problema nos subgrupos serem decorrentes de distribuições desiguais de outras variáveis envolvidas no processo. Para compreender o papel da dependência funcional na ocorrência de violências aos idosos, seria interessante que estudos futuros, utilizando os procedimentos indicados para se avaliarem associações causais, fossem desenvolvidos.

Outro ponto que merece discussão diz respeito às prevalências das várias formas de violência entre os idosos com suspeita de abuso de álcool. Vários estudos ressaltam a forte associação entre maus-tratos aos velhos e dependência química do idoso ou de seu cuidador^{5,39,53}. No presente estudo, não só não se observou maior frequência da violência física entre os idosos suspeitos de abuso de álcool, como a violência psicológica foi mais frequente exatamente entre os que não foram identificados como tal. Apesar de não se ter informações suficientes para se tirar conclusões sobre esse achado, é possível postular algumas hipóteses explicativas para o ocorrido. Uma das possibilidades aventadas diz respeito ao grau de adequação dos instrumentos de suspeição de abuso de álcool utilizados no estudo. Tanto o CAGE como o TWEAK foram originalmente propostos para utilização entre homens e mulheres jovens e adultas, não sendo especificamente desenhados para a detecção do uso inadequado de bebidas alcoólicas por idosos. Tais

questionários são formados por itens que, em sua maioria, se baseiam na desaprovação social e do próprio indivíduo sobre seu consumo de bebidas alcoólicas. Em razão do senso comum de que os indivíduos idosos não devem consumir qualquer quantidade de bebida alcoólica devido às suas comorbidades e ingestão de medicamentos, é possível que muitos dos idosos tenham respondido positivamente às questões sem que isto corresponda a uma situação de fato abusiva. Dessa forma, haveria uma má classificação dos idosos positivos devido à baixa especificidade do instrumento, o que reduz a qualidade da informação como um todo, inviabilizando uma apreciação mais robusta.

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

Visando diminuir a limitação, optou-se pela formação de uma equipe de entrevistadoras acolhedora e bem treinada, além da utilização de um questionário multidimensional, o que pode ter criado uma atmosfera de confiança entre entrevistador-entrevistado, facilitando o relato das experiências pessoais mais íntimas e a revelação de situações de violência que, de outra forma, passariam despercebidas. Outro ponto importante é que, embora se tenha utilizado a CTS, que é um instrumento estruturado já validado em outros contextos para a identificação das situações de violência, foram encontrados poucos estudos que a tenham usado especificamente em idosos. De concepção mais antiga, a CTS foi, originalmente, criada para avaliar violência íntima em indivíduos mais jovens. Não surpreende que, mesmo sendo bastante utilizada no Brasil, sua adaptação tenha-se dado em ambiente de violência focalizando faixas etárias aquém dos 60 anos⁵². Nesse contexto, não se sabe exatamente a validade do instrumento na detecção das situações de violência física entre indivíduos dessa faixa etária, o que faz indagar se as estimativas da pesquisa não estariam subestimadas. Ademais,

por ter sido desenvolvido focalizando outras faixas etárias, a utilização do instrumento não permitiu que se avaliasse a ocorrência de situações de negligência, abandono e abuso econômico, que vêm sendo enfatizados na literatura internacional como importantes facetas da violência doméstica ao idoso.

Outra lacuna a ser preenchida em estudos futuros diz respeito à coleta de informações com outros indivíduos que convivam com o idoso em seu ambiente doméstico. Estudos internacionais vêm chamando a atenção para a necessidade de incorporação da entrevista aos cuidadores na detecção de situações de risco potencial para a violência ao idoso^{5,6,45}. A entrevista de acompanhantes presentes na maior parte das vezes no convívio com o idoso pode complementar a informação conseguida através da avaliação das próprias vítimas em potencial⁵⁵. Infelizmente, por questões operacionais, exceto em situações graves de déficits cognitivos, as informações sobre violência foram apreendidas apenas através da entrevista com o próprio idoso, o que também pode ter diminuído a sensibilidade do processo de detecção das situações de vitimização da violência.

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

Na perspectiva dos profissionais do Programa Saúde da Família, para realizar uma investigação, um diagnóstico médico de abuso em idosos é um marco exitoso, pois qualquer possibilidade de simplificar, fortalecer ou otimizar o processo de identificação é deseável. Linguagem compartilhada com os velhos acerca de suas vivências, respeitando a complexidade da situação, valorizando e respeitando os sofrimentos decorrentes da violência, parece ser um bom canal para uma atuação baseada na promoção da saúde e prevenção da violência. Além das ações de pro-

moção e prevenção primária, a Estratégia Saúde da Família deve ter lugar de destaque nas propostas que visem à atuação dos serviços de saúde, tanto na detecção precoce do problema como na interrupção de uma situação já instalada. A participação de agentes de saúde na formação das equipes também favorece ações que visem à identificação de idosos em situação de violência, na medida em que os agentes realizam visitas domiciliares com frequência, podendo ter acesso às situações que não aparecem nas consultas de rotina nas unidades de saúde. Ademais, sua origem na comunidade permite, muitas vezes, a suspeição de situações que passariam despercebidas pelos serviços.

A opção pela abordagem familiar em contraposição à individual é outro trunfo das equipes de Saúde da Família, tanto na prevenção como na detecção precoce da violência ao idoso. A inclusão dos familiares cuidadores/acompanhantes nas ações de saúde facilita o processo, já que a saúde e as circunstâncias de vida dos cuidadores estão, com frequência, intimamente ligadas àquelas das vítimas. Desta forma, a experiência clínica sugere que o reconhecimento da diáde cuidador-idoso e a intervenção direta nesse relacionamento oferecem possibilidades concretas de se quebrar um eventual ciclo de violência em curso⁵⁵. A legislação existente, como Estatuto do Idoso, Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, mostra a abertura do Brasil para a busca de soluções. Para que a violência contra a velhice desapareça, é necessário o engajamento de toda a sociedade, que precisa reconhecer a importância do tema e sua magnitude.

Conclusão

Os resultados deste estudo justificam o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, como também a necessidade de se discutirem políticas públicas, responsabilidade social e dignidade no envelhecimento, para que valha a pena viver mais, num contexto em que é cada vez maior a expectativa de vida dos idosos. Dessa maneira, cabe agora conscientizar a sociedade da necessidade de se estabelecerem ações que reprimam a violência ao idoso. Outra questão central diz respeito à necessidade de se aperfeiçoar ainda mais os profissionais de saúde que assistem essa significativa parcela da população.

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

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

Colaboradores

PC Apratto Júnior e CL Moraes participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad de Saúde Pública* 2003;19:793-798.
2. Kalache A, Veras RP, Ramos LR.O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987; 21(3):200-210.
3. Minayo, MCS. **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
4. Machado L, Queiroz ZV. Negligência e maus-tratos. In: Freitas, EV de, Py L, Neri A L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1152-1159.
5. Moya AB, Gutierrez JB. **Malos tratos a personas mayores: guía de actuación**. Madrid: Ministério de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. **Missing voices: views of Hoover persons on elder abuse**. Genebra: WHO; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 8).
8. Pillermer KA, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *Gerontologist* 1989; 3:314-320.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. World Health Organization. **Violence against women**. Geneva; 1997.
11. Pillermer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse, a research note. *Journal of elder abuse and neglect* 1989; 1(1):379-392.
12. Apratto PC. **Refletindo sobre a metodologia do Programa Médico de Família**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde/Programa Médico de Família; 1998.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem da população**. 1996. [acessado 2010 ago 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/default.shtml>
14. Departamento de Informática do SUS/Sistema de Informação da Atenção Básica (Datasus/Siab). 2006. [acessado 2006 dez 2]. Disponível em: www.datasus.gov.br/idb2006/
15. Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(2):301-305.
16. Epi Info [programa de computador] Versão 2002. [acessado 2006 dez 2]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/ei2002.htm>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
18. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Comportamento de risco e morbidade referidas de doenças e agravos não transmissíveis. [acessado 2006 dez 2]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/>
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
20. Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56:605-612.
21. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61:777-781.
22. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(1):7-19.
23. Shinjo SK, Gonçalves R, Gonçalves CR. Medidas de Avaliação Clínica em Pacientes com Espondilite Anquilosante: Revisão da Literatura. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(5):340-346.
24. Da Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, Spadoni B. Emprego do questionário cage para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasileir* 2001; 47(1): 65-69.
25. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *Am J Public Health* 1996; 86:1435-1439.
26. Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol* 2005; 66:165-173.
27. Straus MA, Hamby SL, Boney-Mccoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 1996; 17:283-316.
28. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português das "Conflict Tactics Scales Form R" (CTS-1) usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saude Pública* 2003;19(4):1083-1093.
29. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Pública* 2003; 19(3): 725-733.

30. Camarano A. *Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
31. Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin RD. History and definitions. In: Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin RD, editors. *Family violence across the lifespan: an introduction*. London: Sage Publications; 1997. p. 3-17.
32. Kosberg JI. The abuse of elderly men. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 1998; 9(3):69-88.
33. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):705-715.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE). *Censo Demográfico de 1991: resultados definitivos*. São Paulo: Rio de Janeiro; 1996. (CD-ROM com os microdados da amostra).
35. Veras RP, organizador. *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: UnATI/Relume Dumará;1995.
36. Chaimovicz F. *Os idosos brasileiros no século 21*. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.
37. Hendrie HC. Exploration of environmental and genetic factors for Alzheimer's disease: the value of cross-cultural studies. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10:98-101.
38. Herrera JRE, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiological Survey of Dementia in a Communitydwelling Brazilian Population *Alz. Dis. Assoc. Disord.* 2002; 16:103-108.
39. Chavez N. *Violence against the elderly*. 2002 April. Disponível em: http://www.health.org/referrals/resguides_.asp.
40. Kleinschmidt KC. Elder abuse: A review. *Annals of Emergency Medicine* 1997; 30:463-472.
41. Wolf RS. Maltrato en ancianos. In: Anzola-Perez E, organizadora. *Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1995. p. 35-42.
42. Pillemer KA, Moore DW. Abuse Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist* 1989; 29:314-320.
43. Swagerty DL, Takahashi PY, Evans JM. Elder Mis-treatment. *Am Fam Physician* 1999; 59(10):2804-2808.
44. World report on violence and health. *Abuse of the elderly*. In: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 123-145.
45. Baumhover LA, Beall SC. Prognosis. In: Baumhover LA, Beall SC, publishing. *Abuse, neglect and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore: Health Professions Press; 1996.
46. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28(1):51-57.
47. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry* 1995; 41(4):276-283.
48. Dyer C, Rowe J. Elder abuse. *Trauma* 1999; 1:163-169.
49. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? *Saúde Soc* 2008; 17(3):90-100.
50. Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Res Q Exerc Sport* 1999; 70(2):113-119.
51. Herrera H, Rebato E, Hernandez R, Hernandez-Valera Y, Alfonso-Sanchez MA. Relationship between somatotype and blood pressure in a group of institutionalized Venezuelan elders. *Gerontology* 2004; 50:223-229.
52. Yan E, Tang C. Prevalence and Psychological Impact of Chinese Elder Abuse. *Journal of interpersonal violence* 2001; 16(11):1158-1174.
53. Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin RD. History and-definitions. In: Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin RD, publishing. *Family violence across the lifespan:an introduction*. London: Sage Publications; 1997. p. 3-17.
54. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1137-1149.
55. Souza AS, Souza AS, Meira EC, Neri IG, Silva JA, Gonçalves LHT. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos sobre Envelhecimento* 2004; 7(2):63-84.

Artigo apresentado em 27/05/2007

Artigo aprovado em 14/12/2007

Versão final apresentada em 05/02/2008