

INSTITUTO FLORENCE DE ENSINO SUPERIOR
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TATIANA FERREIRA DOS SANTOS

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO DEPENDENTE

São Luís
2013

TATIANA FERREIRA DOS SANTOS

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO DEPENDENTE

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Enfermagem como pré-requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem do Instituto Florence de Ensino Superior.

Orientador: Prof^o. Luís Fernando Boguea Pereira

São Luís
2013

TATIANA FERREIRA DOS SANTOS

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO DEPENDENTE

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Enfermagem como pré-requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem do Instituto Florence de Ensino Superior.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Luís Fenando Boguea Pereira
Orientador

Prof^a. Ana Larissa Araújo Nogueira
1^a Examinadora

Prof^a. Morganne Arruda Lima Gomes
2^a Examinadora

Violência contra o idoso dependente

Violence against the elderly dependent

Tatiana Ferreira dos Santos¹

Luís Fernando Boguea Pereira²

RESUMO

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e acontece por meio de mudanças físicas, psicológicas que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. Na proporção em que o envelhecimento populacional incide no mundo inteiro, o fato da violência contra os idosos também cresce. A violência não tem rosto, nem cor e muito menos situação econômica; todos estão sujeitos, sejam como vítimas ou como autores. Desse modo, o estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de violência contra o idoso dependente. Foi realizado um estudo de campo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, prospectivo, em uma instituição que tenha como foco as denúncias de violência contra o idoso. Optou-se por utilizar como população alvo, os idosos que compareciam na Refesa, por algum motivo. A coleta de dados foi através da aplicação de um questionário sócio demográfico e pelo Questionário de Avaliação do Grau de Dependência do Doente adaptado da Escala de Barthel. Verificou-se que 22 (p=41%) dos idosos entrevistados, têm idade entre 60 a 69 anos. Quanto a classificação de quem cuida dos idosos pesquisados, observou-se que 25 (p=46%) eram cuidados pelos filhos. a maioria (p=89%) não relataram sofrer qualquer tipo de violência, enquanto que 3 (p=5%) relataram sofrer fisicamente, 2 (p=4%) negligência e apenas 1 (p=2%) financeiramente. O estudo evidenciou que mesmo sendo violentado, o idoso sente vergonha em compartilhar com outras pessoas.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Maus-tratos.

ABSTRACT

Aging is a natural process that characterizes a step of the life of man and happens through physical, psychological changes particularly affect each individual with prolonged survival. In proportion as the population aging focuses worldwide, the fact of violence against the elderly also grows. Violence has no face, color and much less economic situation; all are subject, whether as victims or as perpetrators. Thus, the study aims to analyze the occurrence of violence against the elderly dependent. We conducted a field study of the descriptive type with a quantitative approach, prospective, in an institution that has focused on allegations of violence against the elderly. We decided to use as target population, the elderly who attend on Refesa, for some reason. Data collection was by applying a socio demographic questionnaire and the Questionnaire for evaluating the degree of Dependence of the patient adapted from Barthel Scale. It was found that 22 (p = 41%) of the elderly respondents have aged 60 to 69 years. As the classification of who takes care of the seniors surveyed, noted that 25 (p = 46%) were cared for by the sons, most (89%) p = not reported suffering any kind of violence, while 3 (p = 5%) reported suffering physically, 2 (p = 4%) neglect and only 1 (p = 2%) financially. The study showed that even being raped, the elderly feel ashamed to share with others.

Keywords: Violence. Elderly. Ill-treatment

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem do Instituto Florence de Ensino Superior. e-mail: cse.financeira_01taty@hotmail.com

² Professora Especialista do Instituto Florence de Ensino Superior. e-mail: carlarafisa@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo com 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 processo patológico, que terminam por deixar o indivíduo fragilizado¹.

É um desafio para qualquer país, mas o Brasil também enfrenta a velocidade dessa transição, muito maior do que ocorreu nos países desenvolvidos. A população idosa triplicou nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050, passando a representar quase 50% dos habitantes do Brasil².

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e acontece por meio de mudanças físicas, psicológicas que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase sobre a existência, que o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas que também sofreu muitas perdas das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados³.

Em consequência desse envelhecimento populacional, Freitas *et al*⁴., ressalva que o idoso tornar-se alvo da violência. Essa agressão à população acima de 60 anos vem de diversas formas, a falta de carinho, atenção, pressão psicológica, descaso e a agressão física propriamente dita. O número de idosos que sofrem algum tipo abuso é tão grande que esse caso já se tornou um problema de saúde pública. Vale ressaltar que muitas vezes as agressões podem resultar em morte.

Na proporção em que o envelhecimento populacional incide no mundo inteiro, o fato da violência contra os idosos também cresce. Por muito tempo, vários atos de violência contra os idosos foram apresentados como problemas particulares de cada família, embaçados por contextos culturais, não sendo captada sua relevância pelo olhar do profissional de saúde, e nem cabendo, portanto, qualquer intervenção por parte do Estado⁵.

Nos últimos anos, no Brasil, surgiram serviços voltados para os idosos, como as casas de abrigo, os centros de referência multiprofissionais e as instituições próprias para denúncias das violências aos idosos. O ingresso de idosos nesses

locais evidencia a fragilidade temporária ou permanente de seus vínculos familiares ou muitas vezes sua inexistência, porém torna-se fundamental que políticas públicas enfoquem o papel social do idoso, bem como privilegiem o cuidado e a proteção dessas pessoas em suas famílias, nas instituições e sociedade⁶.

Ameaças e maus tratos estão entre as principais denúncias de violência contra os idosos no Maranhão. Só este ano já foram registrados mais de 2.600 casos. A maioria das vítimas são mulheres e os agressores quase sempre são pessoas da família⁷.

No que se refere à violência no âmbito individual, pode-se afirmar segundo Costa⁸ que “[...] O impulso da agressividade é característica de todo ser humano, a diferença está na maneira como cada um aprendeu a controlá-la”. Isso não significa renegar o controle estabelecido pelas Leis, pelo contrário, apenas as reforça. Mesmo que o indivíduo esteja cumprindo punição por algo que tenha infligido, ainda assim sua integridade física e moral são asseguradas por leis específicas. Hoje, diferente do período “olho por olho, dente por dente”, a justiça não pode justificar a violência, cabe a cada sujeito fiscalizar a si próprio e acatar as normas social e juridicamente estabelecidas.

A Violência intra-familiar refere-se a toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder a outra pessoa^{9,10}.

A violência não tem rosto, nem cor e muito menos situação econômica; todos estão sujeitos, sejam como vítimas ou como autores. Embora a violência física seja a mais aparentemente visível, a violência possui muitas outras faces. Segundo o Estatuto, a violência é caracterizada como: Violência Física: Ação intencional que cause danos; Violência Psicológica ou Emocional: Pode ser dada pela ação ou omissão; Violência Simbólica: Ocorre por meio de uma imposição onde dominado não se opõe ao seu opressor, já que não se percebe como vítima deste. Violência Sexual: Relação sexual onde a pessoa é obrigada a se submeter, contra a sua vontade, por meio da força física, coerção, ameaça ou influência psicológica; Violência Patrimonial: ato que implica dano, perda, destruição ou retenção de bens¹¹.

De acordo com Santos¹², há o cuidador formal e informal. O formal é o profissional da área de saúde e o cuidador informal é um membro familiar, esposa(o), irmã(o), normalmente do sexo feminino, que é “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Podemos colocar neste grupo a amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa idosa, sem receber pagamento, como voluntária.

As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todas as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador¹³.

Atualmente os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência. Estas variam de insultos e agressões físicas perpetradas por familiares e cuidadores, maus-tratos em transportes ou instituições públicas e privadas e as decorrentes de políticas socioeconômicas que reforçam as desigualdades presentes na sociedade (violência social)¹⁴.

Guimarães e Cunha¹⁵ ressaltam ainda que o abuso na velhice é uma construção multidimensional que pode ser usada em todo o tipo de conduta abusiva em relação a anciãos, ou referir-se a uma ação específica. Os tipos mais comuns são os o abuso físico, psicológico, financeiro e a negligência. Esta pode ser ativa ou passiva, intencional ou não, sendo definida como a recusa ou a falha no cumprimento de qualquer parte das obrigações ou responsabilidade por parte da pessoa que cuida dos idosos.

Ao realizar o estágio supervisionado na área “saúde do idoso”, surgiu o interesse em analisar certos idosos que se encontravam ali, uns com cara de tristeza, outros com “pensamentos longe”. Veio então a pergunta: o que será que acontece com essas pessoas? Será que sofrem de alguma violência contra sua idade? Daí, começa-se, a saber, se essas pessoas que já viveram tanto e se passaram por muitas coisas, ainda estão sendo acometidos por violência.

Por ser um local apropriado para a averiguação, justifica-se no interesse de como esses idosos são tratados por parentes, amigos, profissionais de saúde ou outros que estejam próximos dele.

Desse modo, o estudo tem por objetivo analisar a ocorrência de violência contra o idoso dependente.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, prospectivo.

O estudo foi realizado na Delegacia de Proteção do Idoso (DPI), localizado na Av. Beira Mar s/nº (REFESA). Era antiga linha de trem central de estrada de ferro, subestação da linha férrea de São Luís a Terezinha.

A pesquisa foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2013.

Optou-se por utilizar como população alvo os idosos de ambos os sexos.

A coleta de dados foi através da aplicação de um questionário pela própria pesquisadora composto pelas variáveis independentes (sócio demográficas) e pelo Questionário de Avaliação do Grau de Dependência do idoso adaptado da Escala de Barthel. A seleção dos participantes se deu de forma voluntária e aleatória.

Após coletar os dados, foram analisadas as respostas, agrupadas e tabuladas para posteriormente fazer à estatística através do Programa Excel 2007.

Foram respeitados os aspectos éticos concernentes a Resolução de 466/12 do CNS, que delimita diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi empregado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido. A participação na pesquisa não existiu despesas ou compensações pessoais e financeiras para o participante em qualquer fase da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 1: Classificação socioeconômica de idosos atendidos em uma Delegacia de Plantão Central da Polícia Civil em São Luís – MA, no período de agosto a outubro de 2013.

IDADE	n	p
60 a 69 anos	22	41%
70 a 79 anos	16	30%
80 anos a mais	16	30%
	54	100%
SEXO		
Feminino	34	63%
Masculino	20	37%
	54	100%
ESTADO CIVIL		
Casado	28	52%
Viúvo	15	28%
Solteiro	11	20%
	54	100%
RELIGIÃO		
Católico	30	56%
Evangélico	20	37%
Não informado	4	7%
	54	100%
RENDA FAMILIAR		
1 Salário mínimo	33	61%
2 a 3 salários mínimos	14	26%
Mais de 4 salários	4	7%
Nenhuma renda	3	6%
	54	100%

Fonte: Santos, 2013.

Na Tabela 1, destacam-se os dados da amostra. Verificou-se que 22 (p=41%) dos idosos entrevistados, têm idade entre 60 a 69 anos, sendo 34 (p=63%) do sexo feminino. Quanto ao estado civil 28 (p=52%) são casados e 15 (p=28%) viúvos. No que diz respeito à religião desses idosos, 30 (p=56%) são católicos. No que se refere a renda, observou-se que 33 (p=61%) recebem 1 salário mínimo.

Reis¹⁶ concorda com estudo semelhante, onde os idosos participantes do estudo possuem idade de 65 a 88 anos. A média de idade foi de 73,2 anos, com maior predomínio de mulheres (73,4%; n=11). Dos 15 idosos entrevistados, 40,0% (n=6) são casados e 60,0 (n=9) não convivem com as (os) companheiras (os), sendo viúvos, separados ou divorciados. Quanto à religião, verifica-se a partir dos dados da tabela mencionada que 60,0% (n=9) dos idosos são católicos e 40,0% (n=6) são

evangélicos. Os dados apresentados indicam que a proporção de católicos caiu de 73,8% registrados no censo de 2000 para 64,6% nesse último Censo, ou seja, uma queda considerável. No aspecto renda média mensal, observa-se que a maioria dos idosos (86,6%; n=12) são aposentados.

A violência contra o idoso deve ser observada, no mínimo por três escalas: demográfica, sócio-antropológicas e epidemiológicas. No caso demográfico, está vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo, refletido nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, em uma velocidade muito maior que os países europeus que levaram cerca de 140 anos para envelhecer¹⁷.

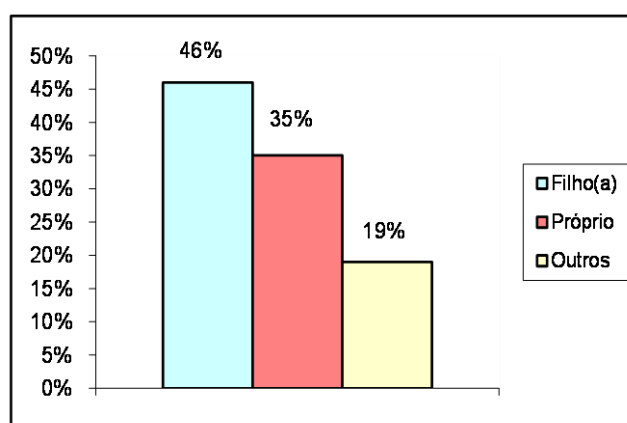


Figura 1: Classificação de quem cuida dos idosos em casa. São Luís – MA, no período de agosto a outubro de 2013.

Quanto a classificação de quem cuida dos idosos pesquisados, observou-se que 25 (p=46%) eram cuidados pelos filhos, enquanto que 19 (p=35%) cuidavam de si próprios e 10 (p=19%) eram cuidados por outras pessoas, que não foram identificadas.

Araújo, Cruz e Rocha¹⁸ observam que o idoso ainda é abandonado no decorrer da velhice por ser estimado improdutivo pela sociedade. Em Consequência disso, na maior parte das ocasiões tem sua autonomia envolvida e acaba se tornando dependente para realização de alguma atividade.

O núcleo familiar torna-se o principal responsável pelo bem-estar do idoso, entretanto, cabe ao Estado constituir leis, normas e regras na batalha contra qualquer tipo de abuso contra o indivíduo na sociedade, como salienta o artigo 3º da

Constituição da República Federativa do Brasil em 1998. A família, sendo um sistema que conjuga valores, crenças, práticas e conhecimentos, forma um modelo explicativo de saúde-doença, através do qual desenvolve sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros¹⁹.

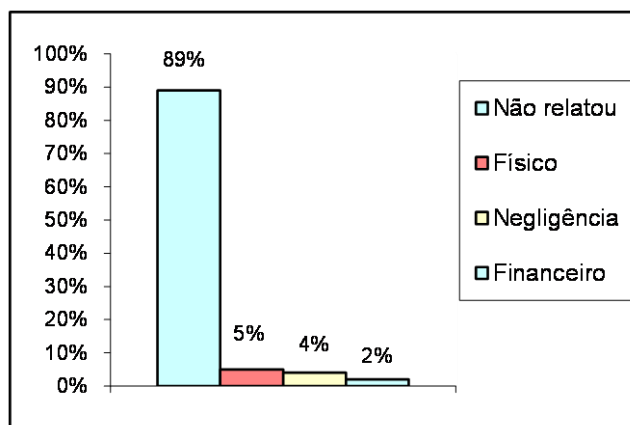


Figura 2: Classificação do tipo de violência/maus tratos contra os idosos atendidos em uma Delegacia de Plantão Central da Polícia Civil em São Luís – MA, no período de agosto a outubro de 2013.

Quanto aos tipos de violência ou maus tratos, questionou-se cinco hipóteses: Psicológico, negligência, abandono, financeiro e físico. Entretanto, como pode-se observar no gráfico 2, a maioria ($p=89\%$) não relatou sofrer qualquer tipo de violência, enquanto que 3 ($p=5\%$) relataram sofrer fisicamente, 2 ($p=4\%$) negligência e apenas 1 ($p=2\%$) financeiramente. Não foram relatados nem psicológico, nem por abandono.

Já no estudo de Pasinato, Camarano e Machado, observa-se que houve predominância da agressão física (28), financeira (25) e psicológica (23) e, além disso, o registro de duas denúncias de violência sexual entre o sexo feminino. Já entre os homens, o maior número de denúncias foi de abandono (8), sendo acompanhada pelos maus tratos físicos (7) e financeiros (7)¹⁴.

A Organização Mundial de Saúde classifica a violência contra os idosos em: maus-tratos físicos, psicológicos, financeiro, abuso sexual e negligência. Necessitando o contexto cultural do idoso ser respeitado, pois, a violência teria inúmeras configurações, entre elas, a intrafamiliar, social, institucional, financeira e patrimonial. Constituindo-se a violência social, como a relacionada aos muitos

preconceitos imbuídos à pessoa idosa, ao envelhecimento social proporcionado pela aposentadoria com suas várias implicações, ao envelhecimento precoce decorrente da inatividade física e mental. Podendo constituir-se de diversas formas como sutil, silenciosa e sigilosa, não sendo apercebida pelo idoso, familiar, cuidador, profissional e gestores²⁰.

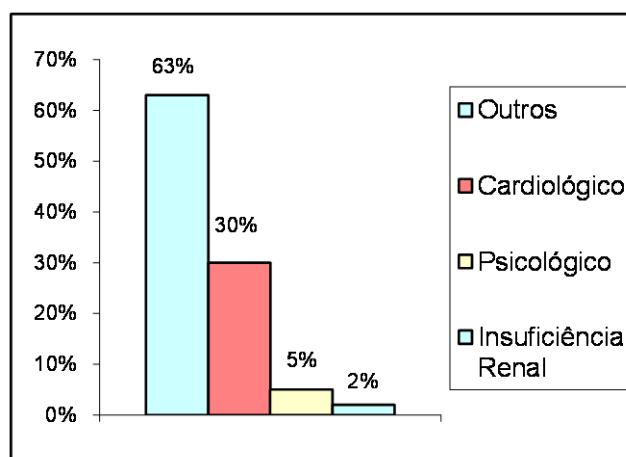


Figura 3: Classificação dos fatores de risco referente a violência nos idosos atendidos em uma Delegacia de Plantão Central da Polícia Civil em São Luís – MA, no período de agosto a outubro de 2013

Em relação aos fatores de risco nos idosos, 34 (p=63%) citaram terem outros tipos de fatores de risco, 16 (30%) citaram cardiológicos, 3 (p=5%) psicológico e 1 (p=2%) insuficiência renal.

Entre os fatores de risco que podem levar à situação de violência no idoso encontramos a fragilidade psicológica, que, segundo Caldas²¹, é um importante parâmetro na área do envelhecimento, já que, permite determinar quando e em que situações um idoso necessita de assistência. Os fatores de risco apontam para a possibilidade do idoso vir a sofrer algum agravo, consistem no risco que estão freqüentemente expostos em seu meio, e representam sinais de alerta de violência. Para as ciências da saúde são representados como indicadores de certas características que potencializam a probabilidade de um indivíduo adoecer.

O conhecimento dos fatores de risco, principalmente no ambiente intrafamiliar antecipa e facilita a detecção de possíveis agressões contra os indivíduos na terceira idade, porém, segundo Souza et al²⁴, há necessidade de uma

avaliação não só da pessoa idosa, mas também dos familiares que convivem com ela.

Deve-se também levar em consideração alguns fatores de risco como: a presença concomitante de doenças crônicas em idosos, cujas manifestações podem mimetizar atos violentos ou diminuir a sua suspeita clínica²³.

Tabela 2: Pontuação da Escala de Barthel

Interpretação do Resultado	nº de pontos	n	p
Independente	100 a 76	18	33%
Dependência moderada	75 a 26	17	31%
Dependência total	25 e < pontos	19	35%
		54	100%

Fonte: Santos, 2013.

Percebe-se na Tabela 2, que o resultado foi bastante equilibrado, como: 17 (p=31%) idosos com dependência moderada, 18 (p=33%) com total independência e 19 (p=35%) com dependência total.

A Escala de Barthel mesmo sendo uma avaliação padronizada e validada sendo usada de forma isolada pode, ainda, não explorar de fato o nível de desempenho que o indivíduo apresenta, pois em alguns itens como no banho e em atividades rotineiras existem apenas duas opções que denomina o paciente como dependente e independente, porém, acredita-se que poderia existir uma terceira opção, a de classificação semi-dependente, pois podem existir pessoas independentes nessas áreas, mas que necessitam de algum auxílio mesmo que mínimo, como por exemplo, a paciente é independente em quase todas as áreas das Atividades de Vidas Diárias, mas necessita do auxílio da filha, no que é relacionado ao cuidado e higiene dos cabelos, porém, a Escala de Barthel não traz essa classificação²³.

Tabela 3: Classificação de atividades instrumentais de vida diária dos idosos atendidos em uma Delegacia de Plantão Central da Polícia Civil em São Luís – MA, no período de agosto a outubro de 2013.

USO DE EQUIPAMENTOS DE COMUNICAÇÃO	N	p
Independente	39	74%
Dependência moderada	14	26%
Dependência Total	0	-
	54	98%
COMPRAS		
Independente	26	48%

Dependência moderada	15	28%
Dependência Total	13	24%
	54	100%
MANEJO FINANCEIRO		
Independente	26	48%
Dependência moderada	0	-
Dependência Total	28	52%
	54	100%
PREPARAÇÃO DE UMA RECEITA		
Independente	14	26%
Dependência moderada	24	44%
Dependência Total	16	30%
	54	100%
TRABALHO DOMÉSTICO		
Independente	14	26%
Dependência moderada	22	41%
Dependência Total	18	33%
	54	100%

Fonte: Santos, 2013.

No que diz respeito às atividades instrumentais de vida diária dos idosos pesquisados, são independentes para as seguintes atividades: 39 (p=74%) quanto ao uso de equipamento de comunicação, 26 (p=48%) quanto as compras, 26 (p=48%) gerenciam pessoalmente suas fianças, 14 (p=26%) preparam suas receitas e 14 (p=26%) ainda fazem trabalhos domésticos.

Quanto aos dependentes, 13 (p=24%) quanto as compras, 28 (p=52%) gerenciam pessoalmente suas fianças, 16 (p=30%) preparam suas receitas e 18 (p=33%) ainda fazem trabalhos domésticos.

E tratando-se dos dependentes moderados, 14 (26%) quanto ao uso de equipamento de comunicação, 15 (p=28%) quanto as compras, 24 (p=44%) preparam suas receitas e 22 (p=41%) ainda fazem trabalhos domésticos.

No que diz respeito à capacidade funcional, à medida que aumenta o grau de dependência, maior é a chance de o idoso ser vítima de violência. Os idosos que necessitam de ajuda para sobreviver, principalmente devido a problemas de saúde, apresentam maior risco de sofrer algum tipo de abuso ou mau trato, quando não há entendimento entre o idoso e a família²⁴.

Isto corrobora com a visão de Saliba et al²⁵, que afirmam que com o avançar da idade aumentam as situações de vulnerabilidade, o que gera maior necessidade de cuidados, criando uma situação de dependência. Isto favorece a ocorrência de abusos entre os idosos mais dependentes.

Quando analisada a AVD, a prevalência de violência é ligeiramente maior entre os idosos que não tem dependência; quando analisada em relação à Atividades Instrumentais de Vidas Diárias, porém, fica demonstrado que os idosos que são dependentes são os mais vitimizados, e que, a dependência nas atividades mais complexas pode ser considerada um fator associado à violência contra idosos no ambiente doméstico.

4 CONCLUSÃO

O Maranhão ocupa o 13º lugar no ranking de assuntos mais denunciados na Central Disque Denúncia. Só a Delegacia da Mulher registrou 6171 casos de violência, sendo lesão corporal o fato mais frequente, com 45% dos casos. Desses, 4297 atos de violência aconteceram na própria residência. O órgão identificou ainda que os bairros Centro (353 casos), Anjo da Guarda (252) e São Francisco (151 casos) são os mais violentos

O estudo evidenciou que mesmo sendo violentado, o idoso sente vergonha em compartilhar com outras pessoas. Muitas das vezes, sente medo da represália. Apenas 3 (p=5%) afirmaram serem maltratados fisicamente, levando em consideração o psicológico mais afetado.

Quanto à escala de Barthel aplicado nos idosos, 18 (p=33%) são totalmente independentes de outras pessoas para realização de qualquer coisa. Mas não foi esclarecido sobre os maus-tratos.

Muitas das vezes, a violência contra os idosos se manifesta de forma diferente, como a física, psicológica, financeira, sexual, abandono e negligência, fazendo dessas práticas em hábitos e costumes, podendo chegar até a ser vista pela sociedade como algo normal. Nesse caso, é necessário incentivar, como profissionais de saúde, esses idosos para que rompam seus silêncios, através de denúncias do agressor, mesmo sendo ameaçados a não denunciá-los.

Espera-se que realmente esses indivíduos sejam sinceros em nos mostrar sua convivência pessoal, sem pudor e que assim, possamos de alguma maneira contribuir para que nenhum mal aconteça a eles.

REFERÊNCIAS

1. Rocha, F. Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados a insônia. Universidade de Brasília, Brasília (Tese, doutorado em ciências da saúde), 2008.
2. Costa, F. N. Envelhecimento no Brasil. Revista Abril, 2010.
3. Mendes MRSSBM, Gusmão JL, Mancussi AC, Leite FRCB. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-6.
4. Freitas EV, Py L, Cançado FAX *et al*; Tratado de geriatria e gerontologia. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.
5. Florêncio MVL, Ferreira Filha MO, Sá LD. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. Rev. Eletr. Enf. 2007;9(3):847-57. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>. Acesso em 21/03/13 às 09:15.
6. Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA. Violência contra os idosos: análise documental. Rev. bras. enferm. 2007, 60(3).
7. G1. Cresce o numero de violência contra o idoso no Maranhão. Disponível em: <http://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2012/10/cresce-o-numero-denuncias-de-violencia-contra-idosos-no-maranhao.html>. Acesso em 21/03/13 às 10:24.
8. Costa LS. “Eles ficam me apelidando na escola, ficam me chamando de gorda e bolo de carne e bolo fofo” BULLYING: uma das faces da violência. Monografia. São Luís- Ma. 2011
9. Narvaz M, Koller SH. Famílias, violências e gêneros: Desvelando transmissão transgeracionais da violência de gêneros. Violência, gênero e políticas. Porto Alegre: Edipucrs, 2006, 2: 149-176. .
10. Ferraz *et al*. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. Cogitare Enferm 2009 Out/Dez; 14(4):755-9
11. Brasil, Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, 2002.
12. Santos SMA. Reflexões sobre a condição de cuidador familiar de idosos dementados. In: Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia Prático do Cuidador. Brasília, DF, 2008.

14. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos Vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, 2004.
15. Guimarães RM, Cunha U. G. Sinais e sintomas em geriatria. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2004.
16. Reis LA. Dinâmica Familiar de Idosos com Comprometimento da Capacidade Funcional / Luana Araújo dos Reis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.
17. Portela KMP, Barreto LS, Torres MMSM. Violência contra o idoso: um mal que cresce a cada dia na sociedade. 2012. Disponível em: <http://www.sefras.org.br/porta1/wp-content/uploads/2012/10/VIOL%C3%8ANCIA->
18. Araújo LF, Cruz EA, Rocha RA. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. *Psicologia & Sociedade*; 2013, 25(1): 203-2012.
19. Fortes-Burgos ACG. Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. 2010.
20. Serra JN. As múltiplas faces da violência contra os idosos no Brasil: violência simbólica contra os idosos, forma sutil de constrangimento de cidadania. Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005.
21. Caldas CP. O idoso frágil e as síndromes geriátricas. In: SALDANHA A. L.; CALDAS, C. P. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.
22. Souza A et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, 2004, 7(2).
23. Paixão CM, Reichenheim M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun. 2006, 22(6).
24. Grossi PK, Souza MR. Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Textos e Contextos* 2003; 2(1):1-14.
25. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3):472-477.

26. Duque AM et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, 17(8):199-2208.

Apêndices

Questionário

PARTE 1 – Perfil do idoso sócio econômico

1. Idade:

- () 60 a 69 anos
- () 70 a 79 anos
- () 80 anos mais

2. Sexo:

- () Feminino
- () Masculino

3. Estado Civil:

- () Casado(a)
- () Viúvo(a)
- () Solteiro(a)

4. Religião

- () Católico
- () Evangélico
- () Espírita
- () outras seitas
- () Não informado

5. Renda

- () 1 salário mínimo
- () 2 a 3 salários mínimos
- () + de 4 salários mínimos
- () Não informada

PARTE 2 – Tipologia

6. Quem cuida do idoso (vínculo)

- () Próprio
- () Filho(a)
- () Profissional
- () Outros
- () Quem estiver perto

7. Tipo de violência/maus tratos

- ☐ Psicológico
- ☐ Negligência
- ☐ Abandono
- ☐ Financeiro
- ☐ Físico

8. Fatores de risco

- ☐ Cardiológico
- ☐ Psicológico
- ☐ Insuficiência renal
- ☐ Outros

PARTE 3 – Escala de Barthel (anexo)

Capacidade funcional

0 – Não realiza

1 – Realiza com auxílio

2 – Realiza sem auxílio

Atividades da vida diária

Banho

- ☐ Não realiza
- ☐ Realiza com auxílio
- ☐ Realiza sem auxílio

Vestir parte superior do corpo

- ☐ Não realiza
- ☐ Realiza com auxílio
- ☐ Realiza sem auxílio

Vestir parte inferior do corpo

- ☐ Não realiza
- ☐ Realiza com auxílio
- ☐ Realiza sem auxílio

Cuidados pessoais

- ☐ Pentear-se
- ☐ Limpar os ouvidos
- ☐ Cuidado com as unhas do pé
- ☐ Cuidado com as unhas das mãos
- ☐ Higiene oral
- ☐ Uso de desodorante e cremes
- ☐ Maquiagem/ fazer barba
- ☐ uso de medicações

Alimentar-se

- ☐ Obtenção da comida
- ☐ Manipulação de utensílios (garfo, colher, copo)
- ☐ Cortar o alimento

- ☐ () Levar o alimento à boca
- ☐ () Mastigar e engolir

Uso do banheiro

- ☐ () Tirar a roupa
- ☐ () Transferência
- ☐ () Higiene
- ☐ () Colocar a roupa

Mobilidade Funcional

- ☐ () Transferências na cama
- ☐ () Transferência na cadeira
- ☐ () Locomoção
- ☐ () Transferência no banheiro
- ☐ () Transferência no carro/ônibus
- ☐ () Subir escadas
- ☐ () Descer escadas

Atividades Instrumentais de vida diária

Uso de equipamentos de comunicação

- ☐ () Escrita
- ☐ () Telefone
- ☐ () Computador

Compras

- ☐ () Prepara lista de compras
- ☐ () Seleciona itens
- ☐ () Pagar as compras
- ☐ () Carregar as compras

Manejo Financeiro

- ☐ () Gerenciamento das fianças
- ☐ () Transações bancárias

Preparação de uma receita

- ☐ () planejamento
- ☐ () preparação
- ☐ () uso do fogão
- ☐ () limpeza

Trabalho doméstico

- ☐ () varre o chão
- ☐ () arruma a cama
- ☐ () lava roupa
- ☐ () passa roupa
- ☐ () organiza a casa

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. / / HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOILETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.

5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

- 1.** O paciente é incapaz de subir escadas.
- 2.** Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
- 3.** O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
- 4.** Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
- 5.** O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

- 1.** O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
- 2.** O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
- 3.** Necessita assistência para se vestir ou se despir.
- 4.** Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
- 5.** O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

- 1.** O paciente apresenta incontinência urinária.
- 2.** O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
- 3.** O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
- 4.** O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
- 5.** O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

- 1.** O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.
- 2.** O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
- 3.** O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.

4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
 2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
 3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
 4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
 5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso.
- O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

S231v

Santos, Tatiana Ferreira dos

Violência contra o idoso dependente/ Tatiana Ferreira dos Santos–
São Luís, 2013.

29f.:il.

Orientadora: Ana Carla Gonçalves de Sousa

Artigo (Graduação em Enfermagem) – Instituto Florence de Ensino
Superior, 2013.

1. Violência. 2. Idoso. 3. Maus tratos . II. Título.

CDU: 616-082.323.282-053.88