

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

A VIOLÊNCIA DOMICILIAR CONTRA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE
TOMAR DO GERU - SE

EDLAM DE SOUZA SANTOS

Aracaju
Fevereiro – 2016

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

**A VIOLÊNCIA DOMICILIAR CONTRA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE
TOMAR DO GERU - SE**

Dissertação de Mestrado submetido à banca examinadora para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

EDLAM DE SOUZA SANTOS

Orientadora

Sônia Oliveira Lima, D.Sc.

Aracaju
Fevereiro – 2016

Santos, Edlam de Souza
S237v Aviolência domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru-SE./ Edlam de Souza Santos; orientação [de] Profª. Drª Sônia Oliveira Lima. – Aracaju: UNIT, 2015.
80p.; il.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente)- Universidade Tiradentes, 2015.
Inclui bibliografia.

1.Idoso. 2.Violência. 3.Família. 4. Tomar de Geru/SE. I.Lima, Sônia Oliveira. (orient.). II. Universidade Tiradentes. III.Título.

614-055.5/.7:504

Ficha catalográfica: Rosangela Soares de JesusCRB/5 1701

A VIOLÊNCIA DOMICILIAR CONTRA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE TOMAR DO GERU - SE

Edlam de Souza Santos

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovado por:

Dr^a Sônia Oliveira Lima
Orientadora
Universidade Tiradentes - UNIT

Dr. Marco Antonio Prado Nunes
Examinador Externo
Universidade Federal de Sergipe - UFS

Dr^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Examinadora Interna
Universidade Tiradentes - UNIT

Aracaju
Fevereiro – 2016

A minha família, meus pais Maria Mendes e José Alves (sempre presente), meus irmãos Ednaldo e Edvan e sobrinhos Alice e Arthur.

“És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo Tempo Tempo Tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo Tempo Tempo Tempo

Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo Tempo Tempo Tempo
Entro num acordo contigo
Tempo Tempo Tempo Tempo

Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo
Tempo Tempo Tempo Tempo
És um dos deuses mais lindos
Tempo Tempo Tempo Tempo

Peço-te o prazer legítimo
E o movimento preciso
Tempo Tempo Tempo Tempo
Quando o tempo for propício
Tempo Tempo Tempo Tempo

De modo que o meu espírito
Ganhe um brilho definido
Tempo Tempo Tempo Tempo
E eu espalhe benefícios
Tempo Tempo Tempo Tempo

(Caetano Veloso)

AGRADECIMENTOS

É hora de agradecer! E essa parte torna-se a mais difícil, pois, posso esquecer de alguém que foi importante nesse processo formativo. Gostaria de informar que os agradecimentos não se encontram em ordem de importância, mas sim em uma livre associação.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer **a Deus**, sem Ele nada do que até aqui alcancei seria possível. Nos momentos mais difíceis sempre estive ao meu lado carregando-me nos Seus braços, tornando essa jornada mais leve.

A Nossa Senhora de Fátima, Mãe e intercessora diante de Deus, a Senhora que escolhi como madrinha dessa realização, clamo que continue rogando por mim a Deus para que nunca desista dos meus sonhos.

A Santa Paula Frassinetti, o amor e o carinho pelos idosos iniciaram pelos seus ensinamentos, deixados como legado em suas cartas aos seus filhos Frassinettinos.

A minha família, meu porto seguro, meus pais Maria Mendes e José Alves (sempre presente), meus irmãos Ednaldo e Edvan, meus sobrinhos Alice e Arthur e a todos que fazem a família Souza Santos, vocês contribuíram muito para minha formação pessoal, ética e profissional.

Ao **meu companheiro Yuri Almeida**, você estive do meu lado nos momentos mais difíceis dessa jornada, com seu jeito humilde e sempre positivo, nunca me deixou desistir do meu sonho. A você o meu eterno agradecimento e carinho.

Aquela que foi a primeira a me aproximar do mundo da pesquisa, ainda na graduação, **profª Antonia Maria de Oliveira Sena dos Santos** a você eu sou imensamente grato.

A minha orientadora **profª Drª Sônia Oliveira Lima**, a senhora não tem noção como foram importantíssimos os seus ensinamentos, que como uma mãe adotiva soube proferir as palavras certas, nos momentos certos e nas horas certas. Clamo a Deus que derrame copiosas bênçãos sobre sua vida e de toda sua família.

A eterna orientadora, **profª Drª Vânia Fonseca**. Esta mulher com um gênio forte me conquistou. Consegui enxergar nas nossas andanças nesse processo, que por forças maiores precisou ser rompido, uma mulher guerreira e batalhadora, que nunca se esquivou dos seus compromissos. A senhora, meus eternos agradecimentos, o seu sim proporcionou a minha entrada no Programa e hoje essa conclusão também possui a sua exímia contribuição. Nunca te esquecerei.

A **profª Drª Cristiane Costa da Cunha Oliveira**, desde os seminários, a qualificação e agora a defesa. Suas contribuições me proporcionaram evoluir. Meus sinceros agradecimentos, pela acolhida, disponibilidade, carinho e atenção.

Ao **prof Dr. Marco Antonio Prado Nunes**, pela presteza em participar da Banca.

Aos amigos de coração, eternos anjos que o Senhor colocou na terra para me ajudar, prefiro não citar nomes, pois são muitos, eu agradeço imensamente pelo tempo de diversão, choradeiras, discussões e crescimento que vivenciei do lado de vocês.

Aos colegas e amigos da turma 2014 do Mestrado e Doutorado do programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da UNIT, em especial a **Maria Eliane de Andrade, Cleberson Costa, Maria Bernadete Figueiredo, Maria Cecília Araújo, Viviane Fernandes Santos** e aos demais que posso ter deixado de citar, o meu muitíssimo obrigado por tudo que dividi e aprendi com vocês.

Aos amigos e companheiros do Fundo Municipal de Saúde de Tomar do Geru/SE e de Inhambupe/BA, da Faculdade Santíssimo Sacramento e Faculdade Regional de Alagoinhas/UNIRB e do Hospital Regional de Estância – Dr Jessé Fontes, que fazem dos meus dias de trabalho momentos melhores e mais agradáveis. Ao agradecer as instituições onde desenvolvo minhas atividades profissionais quero destacar aquelas que de uma forma muito especial, comungaram com esse sonho e me proporcionaram chegar até aqui. **Josefa Soares (Finha), Andrea Schramm, Ir. Lúcia Sá Barreto, Mylena Soraia e Luara Carvalho**. A vocês meus eternos agradecimentos. Estarei sempre a disposição.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da UNIT, na pessoa da sua coordenadora **profª Drª Claudia Melo**, meus agradecimentos pelo seu jeito compreensivo e profissional de gerir o programa. Quero agradecer também aquela que foi por um período secretária do programa, **Thayse Mendes**, levarei comigo o seu sorriso ao sempre me receber, mesmo nas horas difíceis. Obrigado! Você tornou esses momentos mais leves.

Aos idosos que me acolheram em suas casas e aos **Agentes Comunitários de Saúde** que me acompanharam durante a coleta de dados. A vocês meus mais sinceros agradecimentos. Vocês tornaram esse sonho possível.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para essa conquista.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE GRÁFICOS.....	10
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE SIGLAS	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 O envelhecimento populacional do idoso	18
3.2 A violência, suas tipologias e os instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso	22
3.2.1 Violência contra o idoso: definições conceituais básicas	22
3.2.2 A importância dos instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso ...	25
3.3 Estratégias no rastreamento da violência contra o idoso	30
4 CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 População e amostra.....	32
4.3 Estratégias e instrumento de coleta de dados	33
4.4 Estudo piloto	34
4.4 Análise dos dados	34
4.5 Questões éticas e legais	35
REFERÊNCIAS	36
5 CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	41
5.1 Artigo 1 - Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto referida de idosos no município de Tomar do Geru/SE.....	42
5.2 Artigo 2 – A violência doméstica contra o idoso: uma análise a partir de uma escala de risco	59
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	73
ANEXO A – COMPROVANTE DE CONFIRMAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 A REVISTA CIENTÍFICA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	75
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOMAR DO GERU/SE	76
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015..... 46

Tabela 2 – Hábitos de vida e condições de saúde autoreferida de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015..... 47

Tabela 3 – Relação entre Localização, Gênero e ser o Principal Responsável pelo Sustento da Família de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015..... 48

Tabela 4 – Relação entre Gênero e ser o Principal Responsável pelo Sustento da Família de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015..... 49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio vulnerabilidade, Tomar do Geru-SE, 2015..... 63

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio dependência, Tomar do Geru-SE, 2015..... 65

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio desânimo, Tomar do Geru-SE, 2015..... 66

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio coerção, Tomar do Geru-SE, 2015..... 68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide etária - Brasil, 1980.....	17
Figura 2 – Pirâmide etária, Brasil, 2010.....	18
Figura 3 – Estimativa da pirâmide etária, Brasil, 2020.....	18
Figura 4 – Estimativa da pirâmide etária, Brasil, 2050.....	19

LISTA DE SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SINAN-NET – Sistema de Informação de Agravos Notificáveis

AKRON - *Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol*

BASE - *Brief Abuse Screen for the Elderly*

CASE - *Caregiver Abuse Screen*

CTS-1 - *Conflict Tactics Scale*

DAVIES - *Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses*

EAAPN - *Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses*

EAI – FULMER - *Elder Abuse Assessment Tool*

HALF - *HALF*

HRPW-KOSBERG - *High Risk Placement Worksheet*

H-S/EAST - *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*

FRS - *Fulmer Restriction Scale*

IOA - *Indicators of Abuse Screen*

JOHNSON - *Health Status Risk Assessment*

QUALCARE - *QUALCARE Scale*

REAH - *Risk of Elder Abuse in the Home*

SCREENPROT - *Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect*

VASS - *Vulnerability to Abuse Screening Scale*

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

UNIT – Universidade Tiradentes

SPSS – *Statistic Package for Social Science*

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

RESUMO

Diante do acelerado processo de envelhecimento da população, diversos fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida. Notadamente uma grande parcela dos idosos no Brasil encontra-se sendo vítimas de maus tratos praticados na maioria das vezes pelos próprios familiares. Este trabalho tem como objetivo geral, estudar a situação da violência contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE, e como específicos, caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos do município de Tomar do Geru/SE; aferir o risco de violência no âmbito domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE e identificar as condições de saúde auto referida dos idosos do município de Tomar do Geru/SE. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, aplicado mediante entrevistas individuais nos domicílios com pessoas de idade igual ou superior a 60 anos. Foi realizado no município de Tomar do Geru, no Estado de Sergipe no período de 15 de julho a 15 de agosto de 2015. A amostra foi composta por 298 participantes. A coleta de dados deu-se na residência do idoso e foi realizada pelo pesquisador, os dados foram organizados e processados com o uso da estatística descritiva por intermédio do programa SPSS® versão 19.0 e do programa computacional Microsoft Excel 2007, os resultados foram apresentados em forma de tabela e de gráficos. Houve predominância do sexo feminino (73,8%), com idade entre 60 a 79 anos e 41,3% não possui algum grau de escolaridade. A maioria tem filhos, é aposentado e mantém contato frequente com a família, o estado civil prevalente foi de idosos viúvos. A maioria dos idosos é o principal responsável financeiro pela família e é acometido principalmente por hipertensão arterial sistêmica (22,1%); diabetes (18,3%); edentulismo (12,3%); depressão (11,5%) e colesterol alto (7,5%). A maioria nega utilizar qualquer tipo de bebida alcoólica e tabagismo. Destes 63,4% classificaram o seu estado de saúde como ruim e 35,2 % como regular. Sobre o domínio *vulnerabilidade*, 86,69% afirmaram esta condição e 13,31% negaram aos questionamentos sobre a vulnerabilidade; no domínio *dependência*, 71,81% negaram aos questionamentos e 28,19% afirmaram. Os idosos quando questionados acerca do domínio *desânimo* 79,31% apresentaram respostas positivas aos questionamentos e 20,69% negaram. No tocante ao domínio *coerção*, 65,66% afirmaram e 34,34% negaram aos questionamentos. Conclui-se que a maioria dos idosos é do sexo feminino da sexta e sétima década de vida e em relação as condições de saúde, não houve relato de condição considerada ótima, embora as doenças crônicas referidas sejam inerentes a idade e de fácil controle, provavelmente esta auto avaliação se deva ao fator emocional. Na presente pesquisa foi observado ainda que a maior parte dos idosos questionados encontram-se em vulnerabilidade em relação a violência doméstica o que implica na necessidade de implementar estratégias de assistência multiprofissional que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras - chaves: Idoso; Violência; Família.

ABSTRACT

In the face of rapid population aging process, several factors contributed to the increase in life expectancy. Notably a large portion of the elderly in Brazil is being maltreated practiced most often by family members themselves. This work has as main objective to study the situation of violence against the elderly in the city of Tomar the Geru / SE, and specific as to characterize the sociodemographic profile of the elderly in Taking the Geru / SE; assess the risk of violence in the home environment against the elderly in the city of Tomar the Geru / SE and identify health conditions self-reported of elderly in Taking the Geru / SE. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, applied by individual interviews in households with people aged 60 years. It was held in the city of Tomar the Geru in the state of Sergipe in the period from July 15 to August 15, 2015. The sample consisted of 298 participants. Data collection took place at the residence of old and was conducted by the researcher, the data were organized and processed using descriptive statistics through the SPSS software, version 19.0, and the computer program Microsoft Excel 2007, the results were presented in a table and graphs. Patients were predominantly female (73.8%), aged 60-79 years and 41.3% do not have any level of education. Most have children, is retired and maintains frequent contact with family, the prevalent marital status was widowed. Most of the elderly is primarily responsible for financial and family is mainly affected by hypertension (22.1%); diabetes (18.3%); edentulousness (12.3%); depression (11.5%) and high cholesterol (7.5%). Most denies using any type of alcohol and smoking. Of these 63.4% rated their health as poor and 35.2% as regular. About domain vulnerability, 86.69% said this condition and 13.31% denied to questions about the vulnerability; in the field dependence 71.81% denied the claims and 28.19% said. The elderly when asked about the discouragement domain 79.31% had positive responses to questions and 20.69% denied. Regarding the domain coercion, 65.66% and 34.34% said that they denied to questions. It is concluded that most of the elderly are women of the sixth and seventh decade of life and relative health conditions, there was no condition report considered excellent, although the chronic diseases mentioned are inherent to age and easy to control, probably this self-assessment is due to the emotional factor. In this study it was also observed that most of the elderly questioned are in vulnerability to domestic violence which implies the need to implement multi-service strategies that contribute to improving the quality of life of this population.

Key - words: elderly; violence; Family.

1 – INTRODUÇÃO

Diante do acelerado processo de envelhecimento da população, no âmbito nacional e internacional, diversos fatores tem contribuído para o aumento da expectativa de vida, tais como os avanços tecnológicos e da medicina, a redução da taxa de natalidade e as melhorias na qualidade de vida, proporcionando assim a necessidade de implantação e/ou implementação de políticas públicas voltadas a esta clientela (SOARES et al., 2015; BERTRAM, et al., 2014; MASCARENHAS et al., 2012).

Segundo projeções estatísticas divulgadas no Censo Demográfico Norte-Americano (U.S. Bureau of the Census) de 1996, em termos absolutos para o ano de 2025, o Brasil será classificado com a sétima maior população de idosos do mundo, isto é, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a uma perspectiva de aumento de 164,7%. Países desenvolvidos, como o Japão possui projeções significativas de aumento da sua população idosa, em 2012 esta gama populacional era responsável por 24,1% do total de sua população correspondendo há 30 milhões de habitantes acima dos 65 anos (MASC, 2013).

A população idosa esteve habitualmente associada aos países desenvolvidos, como Japão, Europa e América do Norte. No entanto, deve-se considerar que o envelhecimento populacional tem sido um fenômeno mundial (SOUSA, et al., 2010; PAPALÉO NETO, 2007). Na China e no Japão, a velhice é sinônimo de sabedoria e respeito, o ato de envelhecer é natural e inerente a toda espécie. Ainda cabe referir que é na família, que os idosos encontram o apoio para o auxílio nas atividades e cuidados essenciais, quando necessário (AMARAL, et al., 2012; WANDERBROOKE, et al., 2013; JOVENTINO, 2008).

A grande diferença está relacionada as condições nas quais se deu esse envelhecimento. Nos países desenvolvidos essa transição demográfica ocorreu gradativamente ao longo de um maior período de tempo, como consequência do maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa mudança foi brusca e despreparada (WANDERBROOKE, et al., 2013).

No Brasil a violência contra a geração idosa se manifestam na maneira de tratá-la e representá-la, cujo sentido pode ser resumido nos termos “descartável” e “peso social” (LIMA-COSTA, et al., 2003). Essa discriminação tem vários focos de expressão e reprodução. Assim, a natureza dessa violência que a população idosa sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia, produz nas suas relações e introjeta em

sua cultura e se distingue dela pela forma específica como ocorre nesse grupo etário (DUARTE, et. al., 2008; GAIOLI, et. al., 2008).

A violência contra idosos não é um fenômeno novo, eles são vítimas de diversos tipos de violência, desde insultos e espancamentos pelos familiares e cuidadores (violência doméstica) até maus-tratos sofridos em transportes públicos e instituições, de maneira geral (violência social). No tocante a violência familiar contra os idosos, é reconhecida como um problema mundial (MASCARENHAS, 2012).

É complexo analisar acerca da exatidão e repercussão da violência contra os idosos, seja a nível local, nacional ou mundial, dado a escassez das fontes e confiabilidade dos dados. Em virtude da violência permanecer restrita a esfera doméstica, na maioria das vezes, ocultada pela família. Pesquisas realizadas em várias partes do mundo revelaram que cerca de dois terços dos agressores eram provenientes de filhos e cônjuges. A violência familiar é enfatizada em alguns estudos internacionais como a mais frequente forma de abuso contra os idosos (GRACIA, 2014; SILVA, et al., 2012; PAPALÉO NETO, 2007; MEDEIROS, et al., 2004; CARP, 2000).

Notadamente uma grande parcela dos idosos no Brasil encontra-se sendo vítimas de maus tratos praticados na maioria das vezes pelos próprios familiares. Nesse sentido, exige um maior conhecimento, bem como a implementação de serviços e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos. Diante desta situação, cabe ao Ministério Público, aos conselhos de idosos, as delegacias especializadas e a própria comunidade supervisionar, fiscalizar, averiguar, avaliar e denunciar os crimes cometidos contra os idosos (SILVA, et al., 2012; HILDEBRANDT, et. al., 2008; FLORES, et. al., 2008).

Propor ações para a terceira idade no Brasil torna-se tarefa difícil, já que os recursos para o desenvolvimento de políticas públicas são sempre escassos (VERAS, 2010). Desta forma, o interesse por esse estudo surgiu da experiência do pesquisador como coordenador da atenção básica do município de Tomar do Geru/SE, quando pode observar casos que passaram despercebidos pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família.

Desse modo, este estudo reveste-se de importância ao descrever a situação da violência contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE, pela oportunidade que propicia a produção de novos conhecimentos e oferecer subsídios para auxiliar na formulação de políticas públicas de proteção e promoção à saúde deste grupo populacional de risco. Isto poderá permitir uma reflexão, *a posteriori*, por parte da gestão municipal visando a implantação e/ou implementação de estratégias para promover ações relacionadas a violência contra os idosos no município de Tomar do Geru/SE.

2 – OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Analisar o perfil sócio-demográfico do idoso no município de Tomar do Geru/SE, sua condição de saúde auto-referidas e o risco de sofrerem violência no âmbito domiciliar.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos do município de Tomar do Geru/SE;
- Aferir o risco de violência no âmbito domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE;
- Identificar as condições de saúde auto referida dos idosos do município de Tomar do Geru/SE.

3 – CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O envelhecimento populacional do idoso

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial resultante de alguns fatores como, a diminuição da fecundidade, a queda das taxas de mortalidade e o aumento da expectativa de vida (GRACIA, 2014; NOGUEIRA, et al., 2008). O envelhecimento, pode ser compreendido como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos (CARVALHO FILHO, et al., 2006)

A Lei N.º 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso no seu Capítulo I, artigo 2º, define: “[...] considera-se idoso, para efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade” (BRASIL, 1994). É considerada a existência de uma diversidade entre os diferentes grupos etários no final da vida e as pessoas caracterizadas como idosas podem ser categorizadas como: idoso jovem: 60 a 75 anos; idoso-idoso: 75 a 85 anos; idoso: 85 a 100 anos e idoso de elite: acima de 100 anos (ELIOPOULOS, 2005). Nesse contexto, o idoso deverá buscar a adaptação contínua ao processo de envelhecimento que envolve fatores como a manutenção da sua saúde entendida como capacidade funcional (DUARTE; ALMEIDA, 2010).

É necessário referir que tem ocorrido um importante avanço no envelhecimento populacional nas últimas décadas principalmente nos países sub desenvolvidos. Essa situação, conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por mudanças da morbidade e mortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças infecciosas, processo denominado “transição epidemiológica” o que levou, ao aumento de incapacidades nessa população com a tendência à inversão da pirâmide etária (SOARES, et al., 2015; NOGUEIRA, et al., 2008; FARINASSO, 2004).

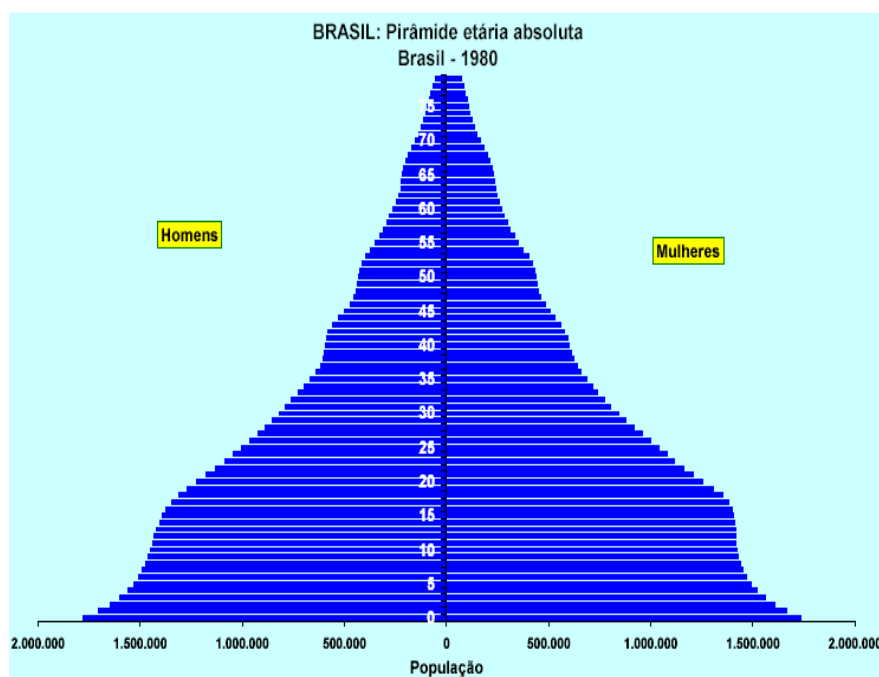
A transição demográfica está ocorrendo de forma rápida, intensa e despreparada em países subdesenvolvidos, diferente dos países desenvolvidos, onde essa se deu de maneira lenta e gradativa e a proporção de pessoas acima de 60 anos dobrou nos últimos 50 anos; passou de 4% em 1940 para 9% em 2000 e projeções recentes indicam que este segmento

poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020 (FARINASSO, 2004; CAMARANO, 2001).

Cerca de 9,0% da população do estado de Sergipe é formada por idosos, correspondendo a um número de 185.957 habitantes. Em 1970, esse percentual era de apenas 5,8%, enquanto que o grupo de jovens nesse mesmo ano representava 46,1 % da população. No município de Tomar do Geru, o envelhecimento corresponde a 9,0% da população perfazendo o número de 1.169 habitantes idosos (JESUS, 2010; IBGE, 2010).

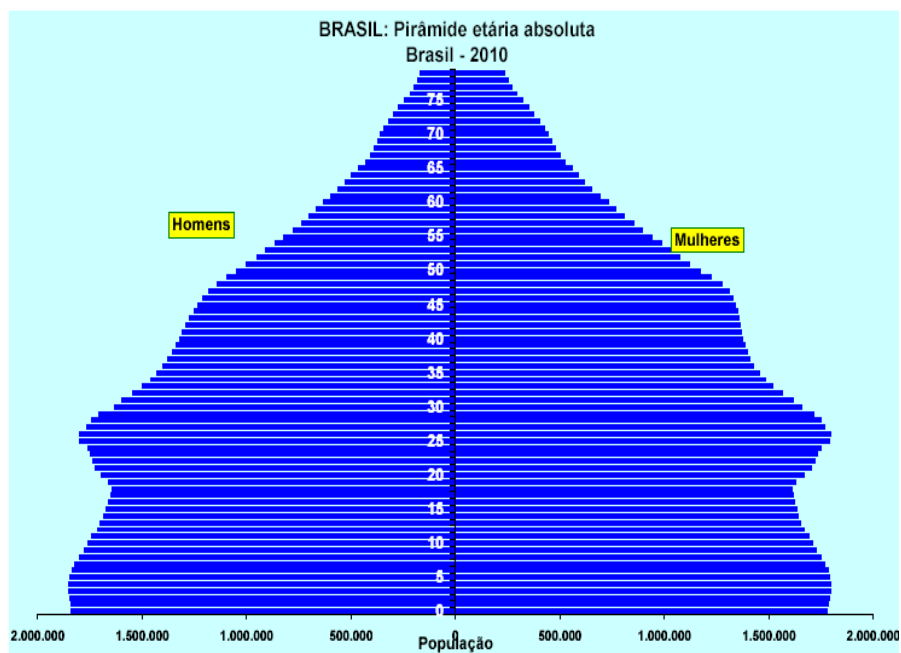
Dessa forma, estima-se que, em 2020, o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas, correspondendo a 15% da população, similar ao encontrado em países desenvolvidos. As figuras 1, 2, 3, e 4 retratam as pirâmides populacionais no Brasil nos anos de 1980, 2010 e projeções para 2020 e 2050 (MATOS, et al., 2004)

Figura 1 – Pirâmide etária, Brasil, 1980.



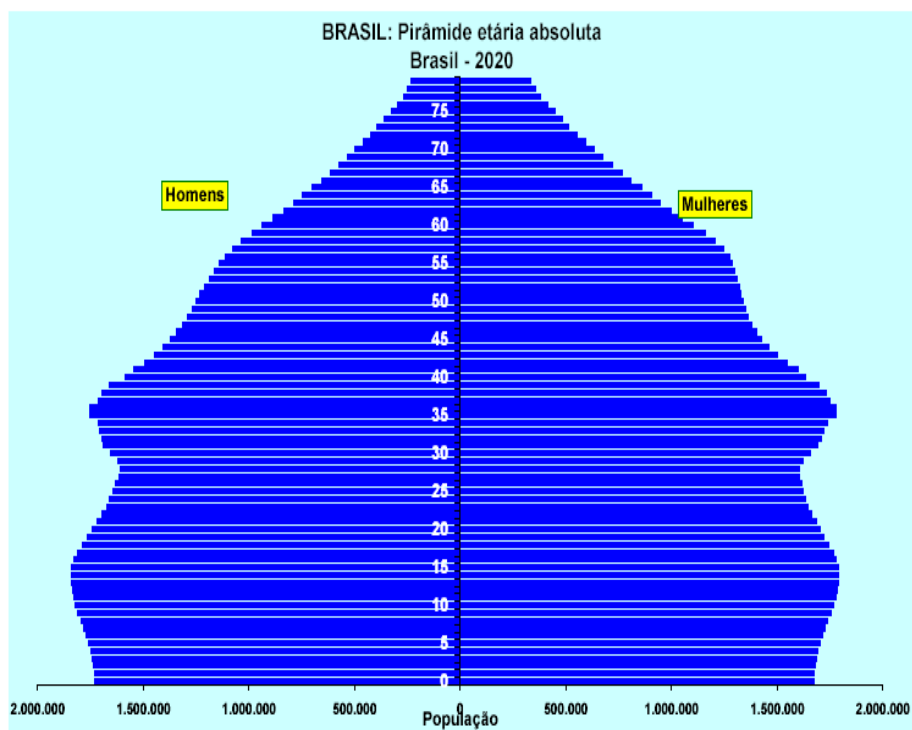
FONTE: IBGE, 2010

Figura 2 – Pirâmide etária, Brasil, 2010.



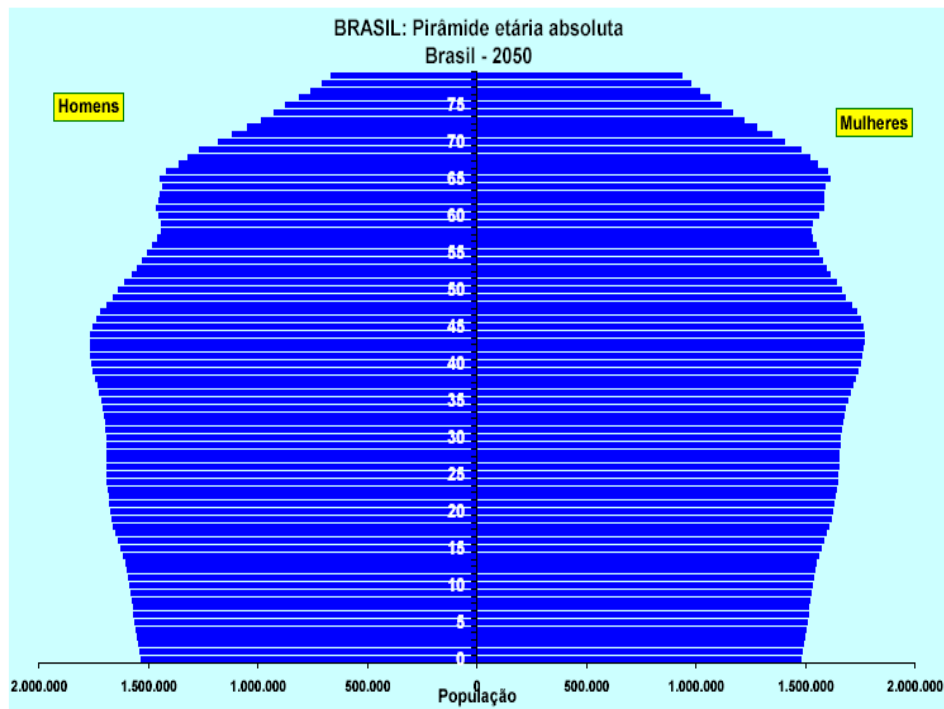
FONTE: IBGE, 2010

Figura 3 – Estimativa da pirâmide etária, Brasil, 2020.



FONTE: IBGE, 2010

Figura 4 – Estimativa da pirâmide etária, Brasil, 2050.



FONTE: IBGE, 2010

É necessário referir que esse processo denominado de transição epidemiológica, se dá em países em desenvolvimento, como no Brasil de forma desvalorizada e de desinteresse (CAMARANO, 2001). As atuais sociedades se transformaram, conforme Jesus (2010, p. 39) em “verdadeiros ‘campos minados’ para os idosos”, o que para o autor é denominado como um ‘choque de gerações’.

O crescente número de idosos tem suscitado reflexões e análises acerca de alguns fenômenos pertinentes a esta fase de vida, como as modificações fisiológicas e doenças consideradas típicas, incluindo ainda a susceptibilidade do fenômeno da violência (SOARES, 2015; MASCARENHAS, 2012).

3.2 A violência, suas tipologias e os instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso

3.2.1 Violência contra o idoso: definições conceituais básicas

A violência, se manifesta e adquire formas concretas na realidade em que as pessoas vivem (VERAS, 2010), bem como possui um impacto em relação à saúde como é entendida hoje. A Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu saúde “como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 1946). Desta forma, para ter saúde, conforme a definição da OMS, necessário se faz obter uma completa harmonia nessas três concepções.

A OMS define a violência como sendo a utilização da força física ou do poder, seja em forma de ameaça, bem como aquela praticada contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade que ocasione ou possa ocasionar lesão, problemas psicológicos, privação ou até mesmo a morte (WHO, 1996).

Conforme Minayo (2009), a violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais.

Decorrente dessa necessidade, é importante (re) conhecer os fatores relacionados com o aumento do número de casos, visando o que alguns estudiosos defendem, como sendo uma possibilidade, a implantação e/ou implementação de medidas preventivas, como uma das formas de diminuição e conseqüentemente de menos impacto acerca da violência quanto à saúde (VERAS, 2010; MINAYO, 2009).

Ao reconhecer a complexidade do aumento de vida da população idosa e os diversos percalços que esta população sofre, merece destaque a violência sofrida por este grupo populacional (MASCARENHAS, 2012). A violência contra a pessoa idosa é um problema que se agrava e se estende gradativamente, nos dias atuais. O idoso se torna uma vítima fácil, por, muitas vezes, depender de seus familiares em diversos aspectos (GAIOLI, et. al., 2008).

No Brasil, são muitas as necessidades dos idosos que não são supridas pela atual conjuntura social e política instalada. Existem dois grupos populacionais economicamente não produtivos, os idosos e as crianças, e a carga de dependência desse grupo em relação a parcela economicamente produtiva é aferida pelo índice de dependência. Esse índice é calculado a partir da relação entre a população idosa e infantil e a população em idade ativa (GRACIA, 2014; RAMOS, 1987).

[...] a problemática relaciona-se com a condição do idoso na sociedade, no qual ocorre certa desvalorização da experiência e sabedoria dos mais velhos, e também como reflexos de uma crescente perda da tradição e dos valores morais e éticos (AFFELDT, 2011, p. 44).

Numa projeção para o ano de 2025, o índice de dependência dos idosos se elevará acentuadamente, implicando em alto custo financeiro. A convivência dos idosos com os indivíduos jovens, a desagregação da família, a falta de respeito, a perda de valores e a dependência obrigatória podem gerar conflitos, a ponto de a relação entre ambos ficar insustentável, sem abertura para o diálogo e a argumentação. Isto ocorreria no âmbito familiar, institucional e no convívio social. Nestas situações é comum acontecer o fenômeno da violência contra o idoso (BARBIERI, et al., s/d; SILVA, et al., 2012; JESUS, 2010; PAPALÉO NETTO, 2007).

Merece destaque a inconsistência dos dados epidemiológicos deste fator, haja vista existir um elo de afetividade e medo entre o agressor e quem foi agredido (HILDEBRANDT, et. al., 2008). Segundo o plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa da Subsecretaria dos direitos humanos da presidência da república. Em 2002, morreram 14.973 idosos por acidentes e violências no país, significando por dia, cerca de 41 óbitos, dos quais 9.847 (65,76%) foram de homens e 5.126 (34,24%) de mulheres, no ano de 2000, as mortes por violências e acidentes em idosos constituíram 2,8% do total das mortes, ocupando o sexto lugar, depois das doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2005).

Alguns estudos têm abordado em relação a violência contra o idoso no ambiente domiciliar, os abusos sofridos, por muitas vezes, são omitidos pelos agressores, bem como pelos agredidos, destacando-se os casos de negligência física, financeira, psicológica, nutricional e sexual (MENEZES, 2008; SILVA, 2002). O plano ainda menciona as categorias

e tipologias padronizadas, nacional e internacionalmente, para designar as formas mais frequentes de violências praticadas contra a população idosa (BRASIL, 2005).

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

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

Abuso sexual, violência sexual referem-se ao ato ou ao jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses agravos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

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

Negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, freqüentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

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

Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma (BRASIL, 2005).

3.2.2 A importância dos instrumentos de rastreamento da violência doméstica contra o idoso

Historicamente as discussões em torno das notificações acerca da violência contra o idoso iniciou-se no ano de 2006, quando a vigilância epidemiológica desenvolveu um trabalho de acompanhamento dos casos por intermédio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (SOARES, 2015). Em 2011, a inserção da violência na lista de doenças e agravos de notificação compulsória pelos serviços de saúde, em todo território nacional, ocorreu após a publicação da portaria do Ministério da Saúde de nº 104/11 que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A obrigatoriedade das notificações de violência, bem como sua finalidade de promover a articulação com a rede de atenção e proteção social para as vítimas, foram aspectos fundamentais, para que em 2009 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes passasse a fazer parte do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN NET), um sistema de base nacional (SOARES, 2015; BRASIL, 2013, BRASIL, 2009).

Não obstante a estes instrumentos de notificação, é importante referir que mediante a dimensão que a ocorrência da violência tem alcançado e levando em consideração ser um problema de saúde pública, as subnotificações dos casos, tem dificultado a implantação e/ou implementação de políticas públicas que deveriam ser desenvolvidas visando ampliar a compreensão acerca desse fenômeno, observando-se, entre outros aspectos, a visão de quem sofre a violência e de quem pratica, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para as notificações dos casos confirmados e/ou sob suspeitas (LOLLI, et al., 2013; AFFELDT, 2011).

É nesse contexto que surgiram os instrumentos de avaliação de rastreamento de violência contra o idoso no ambiente domiciliar. Segundo a literatura internacional, a identificação dos maus tratos contra os idosos, entendido nesse estudo como um comportamento destrutivo dirigido a um idoso, que provoca sofrimentos físicos, psicológicos e emocionais, deve contemplar uma avaliação que utilize fontes diversas de informação

como, por exemplo, cuidadores, os próprios idosos e/ou agentes que intervêm nas situações de abuso (OLIVEIRA, et al., 2013; CARP, 2000; SPENCER, 1995).

De acordo com o trabalho intitulado “uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso”, os autores reforçam a convicção da importância desses instrumentos afim de que se identifique o fenômeno da violência de forma mais completa, a partir dos diversos estudos acerca das facetas que envolvem os indivíduos idosos em relação a violência, e em especial no ambiente domiciliar. No tocante aos instrumentos, a literatura aponta a insuficiência dos disponibilizados em português para a detecção e rastreamento da violência contra os idosos (MAIA, et. al, 2014; PAIXÃO JR et. al., 2006).

A pesquisa ainda assevera acerca da existência de 17 instrumentos encontrados na literatura, *Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol (AKRON)*; *Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)*; *Caregiver Abuse Screen (CASE)*; *Conflict Tactics Scale (CTS-1)*; *Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES)*; *Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses (EAAPN)*; *Elder Abuse Assessment Tool (EAI – FULMER)*; *HALF (HALF)*; *High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG)*; *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*; *Fulmer Restriction Scale (FRS)*; *Indicators of Abuse Screen (IOA)*; *Health Status Risk Assessment (JOHNSON)*; *QUALCARE Scale (QUALCARE)*; *Risk of Elder Abuse in the Home (REAH)*; *Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT)* e *Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)*. Todos são de língua inglesa, embora alguns sejam de outros países, como Canadá e Austrália. Segue algumas análises referidas pelos autores da pesquisa em relação a alguns instrumentos de rastreamento encontrados e sua adequabilidade para uma adaptação no Brasil (PAIXÃO JR et. al., 2006, p. 1145-1147).

[...] o **IOA** é um instrumento relativamente simples, concebido no Canadá, que avalia tanto o cuidador quanto o idoso [...].

[...] o **CASE** é o único instrumento de coleta de informações específicas do cuidador, avaliando comportamentos relacionados a atos violentos por parte deste em relação ao idoso [...].

[...] o **BASE** é um instrumento rápido, com cinco perguntas breves e duração de um minuto apenas. Sua vantagem é poder ser utilizado em ambientes clínicos com grande movimento, como, por exemplo, serviços de emergência [...].

[...] o **QUALCARE** é o mais robusto entre os instrumentos identificados nesta revisão [...].

[...] o **H-S/EAST** é um instrumento breve desenvolvido nos Estados Unidos, resultado de um esforço na identificação de indicadores e sintomas de abuso em idosos [...]

[...] o **VASS** foi avaliado em uma amostra de 12 mil sujeitos, representativa da população de mulheres idosas [...]

[...] Em síntese, os instrumentos mais promissores e que merecem uma adaptação para uso no Brasil parecem ser o **CASE, EAI-FULMER, H-S/EAST, IOA, QUALCARE e VASS**. A escolha dependerá, certamente, da situação na qual se pretende utilizar o ferramental de suspeita [...] (grifo do autor).

A coleta de dados a partir da história, do exame físico e do diagnóstico diferencial não são suficientes para uma análise precisa acerca das diversas funções e necessidades humanas básicas, quando estes direitos não são garantidos a população idosa. A gerontologia, ciência que estuda o processo do envelhecimento, deve preocupar-se em buscar a promoção da saúde dessa gama populacional, visando a diminuição da incidência do declínio funcional por intermédio de ações preventivas. A esta condição e avaliação ampla, iria ser garantido um maior suporte para que se cumprisse o objetivo desta ciência e dos profissionais de saúde. Assim, a avaliação estruturada, via instrumentos de rastreamento, facilitariam este trabalho e subsidiariam novas possibilidades de discussões e estratégia de enfrentamento (MAIA, et. al, 2014; PAIXÃO JR, et. al., 2007; PAIXÃO JR, et. al., 2006).

Conforme a Constituição Federal, o idoso “possui seus direitos” e está impedido de qualquer forma de violência. Compete à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar o idoso, assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, e garantir seu direito à vida (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso prevê em seu capítulo IV, ter o idoso o direito à atenção integral em saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), com toda totalidade de serviços que este sistema puder prestar, incluindo ainda atenção especial às doenças que afetem preferencialmente esta parcela da população. Especificamente para os idosos, através do seu Estatuto ainda está previsto, como obrigação do Estado, a garantia da proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (JESUS, 2010; DUARTE, et. al., 2008; BRASIL, 2003).

O estatuto social do idoso está fragilizado, fragmentado, e os estigmas da velhice ameaçam a transformar o idoso em um ser descartável, desprezível. O próprio idoso, por pressão do estigma, sente-se muitas vezes ultrapassado, menosprezado e inferior. Essa negação social do direito à existência é uma das graves formas de violência que o próprio idoso faz sobre si, corroborada pela sociedade (AFFELDT, 2011, p. 44).

Os idosos estão cada vez mais vulneráveis em todos os casos de violência, seja ela física ou social. A promoção da saúde e a prevenção ainda são o melhor caminho para a luta contra esse tipo de conduta familiar, social ou institucional (WANDERBROOCKE, et. al, 2013; JOVENTINO, et. al., 2008; MINAYO, 2004).

No tocante ao ambiente familiar, na relação cotidiana entre familiares e a pessoa idosa ocorrem movimentos diversos, onde em alguns ambientes o idoso recebe carinho e desvelo, evidenciando o vínculo existente, a valorização e o respeito para com o ser que envelheceu. Já, para outra parcela desses indivíduos a realidade não é a mesma, pois pode haver maus-tratos, desrespeito, abandono, entre outras situações (GRACIA, 2014; CARDOSO, et. al., 2009; HILDEBRANT, et. al., 2008). Maus tratos não é só agressão física, mas afastá-lo do convívio social, cercear sua autonomia, coagir psicologicamente, abandono, também é uma forma de agressão. O convívio familiar ainda possui uma especificidade quando o idoso está doente. Assim, para uma compreensão para essa questão, deve haver uma convivência satisfatória e positiva para que se sinta pelo menos membro da família (JOVENTINO, et al., 2008)

No Brasil as agressões a indivíduos com 60 anos ou mais de idade se manifestam e vão desde as tradicionais formas de discriminação, como o atributo que comumente lhe é impingido, até as lesões físicas e psicológicas propriamente ditas. Nada se iguala à negligência e aos abusos dentro dos lares, uma vez que o choque de gerações, problemas financeiros, dentre outros, costumam intervir num imaginário social que considera a velhice como decadência, ou seja, não mais portador de direitos na sociedade (SOUSA, et. al., 2010; HILDEBRANT, et. al., 2008; MINAYO, 2004).

A violência intrafamiliar representa um grande problema social que atinge toda a sociedade de modo continuado, especialmente crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiências físicas, afetando significativamente a vida e a saúde das pessoas envolvidas, configurando um problema de saúde pública (WANDERBROOCKE, et. al, 2011; MENEZES, et. al., 2008; GAIOLI, 2008). Os idosos em condição de dependência, que requerem cuidados familiares, necessitam adaptar-se e, conseqüentemente, modificar seu estilo de vida, o que pode gerar conflitos familiares. Também os poucos recursos financeiros, aliados

à sobrecarga do familiar em cuidar do idoso no ambiente doméstico, podem gerar dependências multifacetadas de difícil administração. Com isso, ocorre diminuição da qualidade das relações familiares, além de estresse, tanto para o idoso quanto para o familiar, predispondo à ocorrência de maus-tratos (MENEZES, 1999).

De acordo com dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), no seu relatório intitulado - estatísticas APAV pessoas idosas vítimas de crime e de violência [2000-2012] no ano de 2010 ocorreram 356 crimes de violência doméstica contra idosos, número que subiu para 1.479 no ano de 2012, correspondendo a um aumento de 76% dos casos. Ainda destaca-se no referido relatório, que destes casos a grande maioria era do sexo feminino. No que diz respeito ao perfil do agressor, em 39% das situações de violência doméstica reportadas à APAV, os agressores eram membros da família e em 26,9% dos casos existia uma relação conjugal entre a vítima e o agressor (APAV, 2013).

Em algumas pesquisas nacionais e internacionais, os resultados encontrados asseveram acerca de a violência familiar ser enfatizada como a mais frequente forma de abuso contra os idosos, denotando que os agressores em sua grande maioria tinham laços consaguíneos ou eram conhecidos, supondo-se assim que a intensidade e o aumento do número de casos de violências encontram-se diretamente relacionados a intimidade dos relacionamentos, bem como a maioria dos agressores eram filhos, subempregados, desempregados e/ou usuários de drogas, co-relacionando estes atos também as desigualdades sociais. Merece destaque ainda nesse contexto, a violação dos direitos desses idosos acerca do não atendimento das necessidades humanas básicas (LOLLI, et. al., 2013; ABATH, et. al., 2010; SOUSA, et. al., 2010; MENEZES, 2008; SILVA, et. al., 2002; CARP, 2000).

Há necessidade de se desenvolver modelos de atenção à saúde que fujam das práticas tradicionais, fomentando a promoção e prevenção em saúde. A educação em saúde emerge como uma alavanca para o fortalecimento da auto estima e da integração dos idosos à sociedade, procurando transpor as limitações e os preconceitos que a priori são impostos a essa faixa etária (WANDERBROOCKE, et. al., 2013; MENEZES, et. al., 2008; MINAYO, 2003; LIMA-COSTA, et. al., 2003).

3.3 Estratégias no rastreamento da violência contra o idoso

A promoção em saúde deve ir além dos cuidados de saúde, combinar diversas abordagens complementares, a fim de incluir neste rol as legislações vigentes, medidas fiscais, bem como as mudanças organizacionais (BRASIL, 2006). No tocante as ocorrências da violência o objetivo destas ações visam coordenar e apontar para que o previsto nas diretrizes do SUS, direcionem para o princípio da equidade (GAWRYSZEWSKI, et. al., 2004).

O documento do Ministério da Saúde – As cartas da promoção da saúde, na parte definida como, compromissos com a promoção da saúde, retrata:

É necessário reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamento e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar (BRASIL, 2006, p. 12)

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, no Canadá em 1986, foi uma resposta às expectativas em torno de uma nova saúde pública. Seu relatório define promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (WHO, 1986, p. 1). Ao retratar as questões acerca da saúde, cabe inferir que para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças em alguns aspectos sociais e econômicos, bem como intensificar as políticas públicas sociais, apontando para uma mudança no perfil da população alcançando o objetivo de ter pessoas mais saudáveis, que realizem o pleno potencial humano de longevidade com qualidade de vida e possuam uma vida social ativa e consequentemente produtiva (WANDERBROOCKE, et. al., 2013; PENSO, et. al, 2010; GAWRYSZEWSKI, et. al., 2004).

No Brasil, as políticas públicas voltadas a população idosa, desde a Política Nacional do Idoso em 1996 até o Estatuto do Idoso promulgado no ano de 2003, destacam que compete ao setor de saúde desenvolver ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde em parcerias com os níveis governamentais, centro de referências e

instituições provedoras de pesquisas na área, provendo assim, acesso a todos idosos à essas ações (ALBUQUERQUE, 2013).

Em relação a saúde do idoso, há a necessidade de ampliação das ações de promoção, prevenção e assistência à população idosa, haja vista estas se tornarem um dos desafios a ser enfrentado pelo SUS, dado o contexto social, demográfico e epidemiológico do País. Resumidamente o desenvolvimento de ações de promoção em saúde à população idosa é a proposta de uma nova prática sanitária interdisciplinar, que associa diferentes saberes, teóricos e práticos dos diversos setores revestindo-se da necessidade de implantação e/ou implementação de uma nova prática para o enfrentamento dos problemas existentes num território singular (OLIVEIRA, et. al., 2013; VERAS, 2010; JESUS, 2010; MINAYO, 2009; MENEZES, et. al., 2008).

Assim, é importante conhecer as questões específicas de saúde que afetam esta faixa etária, haja vista ser uma das condições para que o sistema de saúde público possa aperfeiçoar as medidas de promoção/prevenção, tratamento precoce, atendimento adequado e reabilitação de forma a favorecer o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa (MENDES, 2010).

4 – CAPÍTULO II – METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa de caráter descritivo-exploratório do tipo amostragem aleatória simples, foi aplicado mediante entrevistas individuais nos domicílios com pessoas de idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. Realizado no município de Tomar do Geru, no Estado de Sergipe no período de 15 de julho a 15 de agosto de 2015.

4.2 População e amostra

A população considerada para o cálculo de tamanho amostral aleatório simples da pesquisa foi a população de idosos do município de Tomar do Geru-SE, Brasil, de 1.169 habitantes de acordo com o Censo 2010 do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Determinou-se o tamanho da amostra da pesquisa, utilizando a fórmula proposta por Barbetta (2010) para o cálculo do tamanho mínimo da amostra, discriminada abaixo considerando que N (tamanho da população); E_o (erro amostral tolerável); n_o (primeira aproximação do tamanho da amostra); e n (tamanho da amostra). O erro amostral é de 5% com um nível de confiança de 95%, resultando numa amostragem mínima de 298 participantes. Por meio da fórmula proposta por Barbetta, foi selecionado um percentual de idosos que represente o n da população destes do município de Tomar do Geru/SE.

$$n_o = \frac{1}{E_o^2}$$

$$n = \frac{N \times n_o}{N + n_o}$$

Para este estudo, foi obedecido os seguintes critérios de inclusão a amostra foi composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade cognitiva apropriada para compreender e responder às questões propostas e que voluntariamente se dispuseram a participar da pesquisa. E como critérios de exclusão não responder, pelo menos, 50% do instrumento de coleta de dados.

Foram sorteados os números das famílias, por intermédio das fichas A, de forma aleatória simples, que possuíam como um dos seus membros um idoso, a partir do cadastro feito pelos ACS junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde perfazendo o total da amostragem mínima.

Para inserção do idoso na pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido, foi assinado pelo idoso e/ou familiar responsável, conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde explicitadas na resolução 466/12.

4.3 Estratégias e instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados constou de um formulário com questões fechadas para atender os objetivos previamente fixados. Para fins comparativos com alguns indicadores, na elaboração do instrumento de coleta de dados foi utilizado como referencial um questionário internacional com adaptação transcultural para o Brasil.

O instrumento foi composto por duas partes. A primeira aborda questões relacionadas aos aspectos sociais, demográficos, econômicos e condições de saúde auto referida dos idosos como idade, estado civil, renda familiar e tipo de moradia. A segunda parte é composta pelo questionário *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), com o objetivo de rastrear o risco à violência contra o idoso (MAIA, et al., 2014).

O município de Tomar do Geru/SE tem 100% de cobertura da atenção básica. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estratégia do Ministério da Saúde, possui no âmbito municipal, devidamente cadastrados e atuando 33 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que desenvolvem suas atividades profissionais em áreas adstritas da zona urbana e rural do município. Uma das atribuições do ACS é o cadastro da família, por intermédio da ficha A, que possui informações como nome e idade de todos os membros

que convivem em uma determinada residência da sua área, bem como alguns aspectos sociodemográficos.

O projeto foi apresentado aos ACS, no dia 11 de junho de 2015, esta ação visou a necessidade do pesquisador ser acompanhado do ACS durante a realização da entrevista, a fim de que o mesmo auxilie o pesquisador para que não existisse nenhuma influência do familiar durante a aplicação do questionário, inibindo a veracidade das respostas.

Ao aproximar-se dos sujeitos, o pesquisador informou acerca do objetivo da pesquisa, bem como se colocou a disposição para esclarecimentos e informações necessárias a fim de sanar quaisquer tipos de dúvidas. Com os devidos esclarecimentos os pesquisados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entregue posteriormente uma cópia do mesmo ao entrevistado.

4.4 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em julho de 2015 com uma amostra de 30 idosos, residentes no município de Tomar do Geru/SE. Esses idosos não foram incluídos na amostra. O estudo piloto permitiu testar o instrumento de coleta de dados, bem como verificar os aspectos logísticos e operacionais para o desenvolvimento da pesquisa.

4.5 Análise dos dados

Depois da realização da coleta dos dados, foram organizados e processados com o uso da estatística descritiva por intermédio do programa SPSS® versão 19.0 e do programa computacional Microsoft Excel 2007. Os resultados foram apresentados em forma de tabela e de gráficos descritivos Sendo considerado para esta pesquisa o nível de significância de $p < 0,05$. Para verificar a significância estatística, foi utilizado o teste de χ^2 , quando pertinente.

4.6 Questões éticas e legais

Esta pesquisa seguiu as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, através da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Atendendo estas recomendações o projeto foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), por intermédio da Plataforma Brasil obtendo parecer favorável, gerando o seguinte número de parecer: 1.139.630/2015 (ANEXO C)

Foi apresentado aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa. A participação aconteceu por livre e espontânea vontade, garantido o anonimato e o direito de abandoná-la, em qualquer fase de sua realização.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. de B.; LEAL, M. C. C.; MELO FILHO, D. A. de. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 26(9): 1797-1806, 2010.

AFFELDT, M. A. F. Violência contra os idosos: um ato que deve ser combatido por todos nós. *Revista Portal de Divulgação*, 15: 43-49, 2011.

ALBUQUERQUE, P. P., BRAHAM, E. J., PINTO, F. N. F. R. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 2013.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. *Envelhecimento ativo: desafio dos Serviços de Saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2005. 233p.

AMARAL, F.L.J. dos S., et al . Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , 17(11), p. 2991-3001, 2012 .

APAV – Associação Portuguesa de Apoio a Vítima in Siglas e Abreviaturas [em linha]. *Estatísticas APAV Pessoas Idosas Vítimas De Crime E De Violência[2000-2012]*. Porto: Porto Editora, 2013.

BARBIERI, A.F.; CONFALONIERI, U.E. C. *Mudanças climáticas, migrações e saúde: cenários para o Nordeste, 2000-2050*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), s/d.

BARBETTA, P. A.; REIS, M. M. e BORNIA, A. C. *Estatística para Cursos de Engenharia e Informática*. São Paulo: 3ª ed. Editora Atlas, 2010.

BERTRAM, L.; BOCKENHOFF, A.; DEMUTH, I.; DUZEL, S.; ECKARDT, R. and STEINHAGEN-THIESSEN, E. Cohort Profile: The Berlin Aging Study II (BASE-II). *International Journal of Epidemiology*. 43:703–712. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.

_____. *Lei nº 8.842, 4 de Janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

_____. *Lei N. 10.741, de 1.º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

_____.Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)*. 2003.

_____. Presidência da república. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa*. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 37, 26 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes*, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERY, A. L.; CANÇADO, F. A. X. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

CARDOSO, J. C, et. al. Family violence and Elder abuse – na insight on concepts and practices for caregivers. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições. Universidade Fernando Pessoa6: 408-416, 2009.

CARP, F. M. Some studies needed to test and improve the model. In: Carp FM, editor. Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research. New York: *Springer PublishingCompany*; 165-81, 2000.

CARVALHO FILHO E.T., PAPALÉO NETTO, M. *Geriatria*: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2006

DUARTE, Y. A. O. et al. Violência contra idosos: uma questão nova? *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, 17(3): 90-100, 2008.

DUARTE, D.A.; ALMEIDA, M.G.M. Aspectos Moleculares do Sistema Imunológico no Envelhecimento. REAS, *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 1(1): 26-35, 2010.

ELIOPOULOS, C. *Enfermagem Gerontológica*. Charlotte Eliopoulos: trad. Aparecida Yoshie Yoshitome a Ana Thorell. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

FARINASSO, A. L. C. *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família*. Ribeirão Preto, 2004. Dissertação. Universidade de São Paulo. 2004.

FLORES, V.B.; BENVEGNÚ, L.A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa (RGS), Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(6): 1439-46, 2008.

GAIOLI, C. C. L. de O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto-SP, 16(3): 465-470. 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P., et. al. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 50(1): 97-103, 2004.

GRACIA, E. Intimate partner violence against women and victim-blaming attitudes among Europeans. *Bull World Health Organ.* 92: 380-381, 2014.

HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T.; SANTOS, A. M dos. Maus tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 11(2): 209/221, 2008.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JESUS, J. C. L. *A violência contra idosos em Aracaju: um reflexo das modificações sociais da imagem de “velhos” em sociedades modernas*. São Cristovão, 2010. Dissertação. Universidade Federal de Sergipe. 2010.

JOVENTINO, E. S.; MORAES, G. L. A.; OLIVEIRA, T. M.; SILVA, M. J. da. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Ceará, 10(1): 124/136, 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. *Cad. Saúde Pública*, 19(3): 745-57, 2003.

LOLLI, L. F.; TRINDADE, J. P.; MORAES, A. B.; NETO FILHO, M. A.; LOLLI, M. C. G. S. Atos ocultos de violência praticados contra idosos institucionalizados em associação ao perfil de cuidadores. *Biosci. J.* Uberlândia. 29(1): 237-246, 2013.

MACIEL A.C.C., GUERRA R.O. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Fisioter.* 9(1):17-23, 2005.

MAIA, R. da S; et. al.. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS) para rastreio da violência contra idosos. *Cad. Saúde Pública*. 30(7): 1379-1384, 2014.

MASC, S. *O olhar ao idoso no Japão e na China*. Universidade Federal de Juiz de Fora, Laboratório de Demografia, 28/06/2013. Disponível em <http://www.ufjf.br/ladem/2013/06/28/o-olhar-ao-idoso-no-japao-e-na-china-por-silvia-masc/>

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(9): 2331-2341, 2012.

MATOS, D.L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, 20(5):1290-7, 2004.

MEDEIROS M, DINIZ D. Envelhecimento e deficiência. In: Camarano AA, organizador. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004

MENDES, J. C. Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de tecnologia e Gestão de Felgueiras, Casa do Curral - 4610 Felgueira. *A abordagem qualitativa e quantitativa no estudo de caso*. 2010.

MENEZES, M. R. *Da violência velada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 1999. 470p.

MENEZES, M. R. et. al. A violência doméstica contra o idoso identificada em um programa de assistência domiciliar: estudo de caso. *Rev. Eletr. Enf.* 10(4): 1050-1056, 2008.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. *Impactos da violência na saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; EAD-ENSP; 2009. p. 21-42.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3): 783-791, 2003.

_____. *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2004.

NOGUEIRA, S. L.; GERALDO, J. M.; MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev. Bras. Est. Pop.*, São Paulo, 25(1): 195-98, 2008.

OLIVEIRA, A. A. V; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; FERNANDES, M. G. M.; SILVA, A. O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília. 66(1): 128-133, 2013.

PAIXAO JR, C. M.; et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento *Caregiver Abuse Screen* (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Cad. Saúde Pública*. 23(9): 2013-2022, 2007.

PAIXAO JR., C. M.; et. al. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública*. 22(6): 1137-1149, 2006.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PENSO, M.A., et. al. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. *Temas Psicol.* 18: 137-152, 2010.

RAMOS L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Saúde Pública*, 21(3): 211-224, 1987.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; FABRICIO, S. C. C.; MARQUES, S. et al. Quedas com idosos na comunidade: estudo retrospectivo. *O mundo da Saúde* 5(4): 420-424, 2001.

SANTOS, A. C. P. de O. Et al. A construção da violência contra idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 10(1), 2007.

SCHOFIELD, M.J.; MISHRA, G.D. Validity of Self-Report Screening Scale for Elder Abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*. 43 (1): 110-120, 2003.

SILVA, L. M. H.; ALVES, D. C. I.; FERNANDES, L. M., DURMAN, S. A violência no idoso. *Revista Nursing*. 47(5): 35-41, 2002.

SILVA, V.A.; RAMOS, J.L.C.; QUEIROZ, F.S.; AMARAL, J.B.; OLIVEIRA, C.M.S.; MENEZES, M.R. Violência doméstica contra idosos: agressões praticadas por pessoas com sofrimento mental. *Rev. Eletr. Enf.* 14(3):523-31,2012.

SOARES, A. C. G. M. et al. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju. *Interfaces Científicas – Humanas e Sociais*, 3(2): 109-120, 2015.

SOUSA, J., et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2): 321-328, 2010.

SPENCER, C. New direction for research on interventions with abused older adults. In: MacLean MJ, editor. Abuse and neglect of all the Canadians: strategies for change. Toronto: *Thompson Educational Inc.*; 143-58, 1995.

VERAS, R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. *Cienc Saúde Colet.* 15(6): 2671-2673, 2010.

VERAS, Renato P. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu, 2009.

WANDERBROOKE, A.C.N.S., MORÉ, C.L.O.O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2513-2522, 2013.

WHO. *Constitution of the World Health Organization.* Basic Documents. Genebra: World Health Organization, 1946.

WHO. *Carta de Ottawa.* first international conference on health promotion. Basic Documents. Canadá: World Health Organization, 1986.

WHO. Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority.* Genebra: World Health Organization, 1996.

5 – CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 – Artigo 1

Artigo submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123– Qualis A₂

O perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos residentes em um município do Estado de Sergipe

The sociodemographic profile and conditions of elderly residents of health in a city of State Sergipe

Edlam de Souza Santos
Lucas Leal Varjão
Danilo Xavier Azevedo
Jessica Macêdo Santos
Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Sônia Lima Oliveira

RESUMO

Os aspectos típicos do envelhecimento humano são extremamente diversificados entre os indivíduos, a influência de uma gama de fatores, tanto endógenos quanto exógenos contribui para essa variabilidade. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos idosos de um município do estado de Sergipe no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos e condições de saúde auto referida. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, a amostra foi extraída através de uma amostragem aleatória simples, realizado em Tomar do Geru- Sergipe, com 298 idosos. Houve predominância do gênero feminino (73,8%), com idade entre 60 a 79 anos e 41,3% não possui algum grau de escolaridade. A maioria tem filhos, é aposentado e mantém contato frequente com a família, o estado civil prevalente foi de idosos viúvos. A maioria dos idosos é o principal responsável financeiro pela família e é acometido principalmente por hipertensão arterial sistêmica (22,1%); diabetes (18,3%); edentulismo (12,3%); depressão (11,5%) e colesterol alto (7,5%). A maioria nega utilizar qualquer tipo de bebida alcoólica e tabagismo. Destes 63,4% classificaram o seu estado de saúde como ruim e 35,2 % como regular. Conclui-se que a maioria dos idosos é do gênero feminino da sexta e sétima década de vida e em relação as condições de saúde, não houve relato de ótima, embora as doenças crônicas referidas sejam inerentes a idade e de fácil controle, provavelmente esta auto avaliação se deva ao fator emocional.

Palavras – chaves: Idoso, condições de saúde, epidemiologia.

ABSTRACT

Typical aspects of human aging are extremely varied among individuals, the influence of a variety of factors, endogenous and exogenous contribute to this variability. The aim of this study was to analyze the profile of the elderly in a municipality of the state of Sergipe in relation to sociodemographic and health self-reported conditions. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, the sample was extracted by a simple random sampling conducted in Take the Geru- Sergipe, with 298 elderly. There was a predominance of females (73.8%), aged 60-79 years and 41.3% do not have any level of education. Most have children, is retired and maintains frequent contact with family, the prevalent marital status was widowed. Most of the elderly is primarily responsible for financial and family is mainly affected by hypertension (22.1%); diabetes (18.3%); edentulousness (12.3%); depression (11.5%) and high cholesterol (7.5%). Most denies using any type of alcohol and smoking. Of these 63.4% rated their health as poor and 35.2% as regular. It is concluded that most of the elderly is the female of the sixth and seventh decade of life and relative health conditions, there was no great report, although the chronic diseases mentioned are inherent to age and easy to control, probably this self assessment is due to the emotional factor.

Key - words: elderly, health, epidemiology.

INTRODUÇÃO

A longevidade é um anseio de qualquer sociedade¹, contudo, é necessário associar a essa conquista a qualidade de vida aos anos adicionais^{2,3}. Os aspectos típicos do envelhecimento humano são extremamente diversificados entre os indivíduos, a influência de uma gama de fatores, tanto endógenos quanto exógenos contribui para essa variabilidade individual. Os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a receber e acentua-se nas diferenças sociais, históricas, culturais, fisiológicas e psicológicas tendo em vista a diversidade em relação as alterações orgânicas e funcionais, bem como os padrões socioculturais^{4,5,6}.

O Brasil acompanha o panorama internacional do perfil demográfico da população idosa. Tal constatação encontra-se relacionada ao declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade no país⁷. No ano de 2008 a população idosa brasileira era responsável por 9,5% da gama populacional, enquanto as crianças com a faixa etária de 0 a 14 anos correspondiam a 26,5%. Para o ano de 2050, a estimativa é de que os idosos com mais de 60 anos representem 29,7% do total da população e as crianças sejam responsáveis por 13,1% dessa representatividade⁸.

A mudança no perfil demográfico exigirá adequações das políticas sociais e de saúde. Tendo em vista que associado a essas alterações, acompanham-se as crescentes mudanças no padrão de saúde, como o aumento de doenças crônico-degenerativas, com prevalência de doenças cardiovasculares, locomotoras e psiquiátricas⁴. Assim, propor ações para idosos no Brasil torna-se tarefa difícil, já que os recursos para o desenvolvimento de políticas públicas tem sido escassos³.

Nesse contexto, para alcançar um envelhecimento saudável é necessário, entre outros fatores, conhecer o perfil sociodemográfico e o estado de saúde da população, para que, a partir de uma determinada realidade encontrada, seja possível a realização do planejamento integral a população idosa^{9,10}. A autoavaliação da saúde reflete uma percepção global e integrada do indivíduo sobre ele mesmo. É um importante indicador de saúde, pois tem sido utilizada com muita frequência em pesquisas epidemiológicas, já que possui um baixo custo e pode ser obtido por meio de instrumentos simples^{11,12}.

Embora existam estudos com foco no perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferida da população idosa, as amostras destas pesquisas representam indivíduos de regiões brasileiras diferentes do presente estudo, fato este que acentuou o interesse acerca da necessidade de realizar uma investigação que permita conhecer a extensão do problema, fazendo ao término comparações e inferências, para que a partir daí, mais estudos que englobem análises em diversos outros aspectos da população idosa, possam ser realizados.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos idosos de um município do estado de Sergipe no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos e condições de saúde auto referida.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa de caráter descritivo-exploratório, a amostra foi extraída através de uma amostragem aleatória simples, realizado no município de Tomar do Geru, no Estado de Sergipe no período de 15 de julho a 15 de agosto de 2015. Foram entrevistados nos domicílios pessoas de idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos.

Determinou-se o tamanho da amostra da pesquisa, utilizando a fórmula proposta por Barbetta¹³. O erro amostral é de 5% com um nível de confiança de 95%, resultando numa amostragem mínima de 298 participantes. Os critérios de inclusão dos idosos foram ter idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade cognitiva apropriada para compreender e responder às questões propostas e que voluntariamente se dispuseram a participar da pesquisa. O critério de exclusão foi não conseguir responder, pelo menos, 50% do instrumento de coleta de dados.

Para que a amostragem fosse representativa estatisticamente, foram sorteados de forma aleatória os números das famílias, por intermédio das fichas A, que possuíam como um dos seus membros um idoso, a partir do cadastro feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde perfazendo o total da amostragem mínima.

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes sob parecer nº 1.139.630/2015, foram planejadas visitas as residências dos idosos juntamente com os ACS, a fim de que o mesmo auxiliasse o pesquisador durante a coleta de dados, afastando qualquer familiar e/ou cuidador do idoso para que não fosse permitida nenhuma influência durante a aplicação do questionário, inibindo a veracidade das respostas.

A coleta de dados ocorreu em sessão única e teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos foram submetidos aos questionamentos acerca da caracterização sociodemográfica, bem como sobre sua auto-percepção sobre saúde. O questionário aplicado continha 20 questões fechadas. As seguintes variáveis foram usadas para caracterização sociodemográfica: gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar em salários mínimos, tipo de moradia, aposentadoria. Em relação as condições de saúde auto referida foram utilizadas as seguintes

variáveis: percepção de sua saúde; portador de alguma doença ou condição de saúde; etilismo e tabagismo.

Os dados obtidos foram processados e tabulados no programa *Statistic Package for Social Science* (SPSS), versão 19.0. Foram tratados com estatística descritiva e apresentados em tabelas, com números absolutos e percentuais para as variáveis categóricas e numéricas. Foi considerado o nível de significância de $p < 0,05$.

Para verificar a significância estatística, foi utilizado o teste de χ^2 . Valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

A amostra para este estudo constituiu-se de 298 idosos, sendo 220 (73,8%) mulheres. A idade variou entre 60 a 79 anos correspondendo a 90,6% (270) dos pesquisados, 28 (9,4%) encontravam-se na faixa etária de 80 anos ou mais, perfazendo a minoria da amostra.

Quanto ao estado civil, a maior parte dos idosos eram viúvos (50,5%) e a proporção de casados, solteiros, separados e em união estável mostrou-se equivalente a (49,4%). Dos idosos pesquisados (74,8%) possuíam filhos e (25,2%) não possuíam filhos. No tocante a localidade 153 (51,3%) dos idosos residia na zona rural, enquanto 145 (48,7%) na zona urbana.

Em relação à escolaridade 106 (35,6%) cursaram menos de 4 anos de estudos, 12 (4,0%) entre 5 a 8 anos, 27 (9,1%) entre 9 e 12 anos, 30 (10,1%) possuíam mais de 13 anos e 123 (41,3%) referiram não ter cursado nenhum ano de estudo.

Foi verificado ainda que, dos idosos que referiram receber aposentadoria, 189 (81,5%) recebem 1 salário mínimo, 16 (6,9%) mais que um salário mínimo e 27 (11,6%) menos que

um salário mínimo. No que se referiu a ser o principal responsável financeiro pela família 224 (96,6%) relataram ocupar essa condição no âmbito familiar enquanto 8 (3,4%) negaram tal condição (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015.

Variável (n)*	N	%
Gênero		
Masculino	78	26,2
Feminino	220	73,8
Total	298	100,0
Faixa etária		
60 a 64 anos	65	21,8
65 a 69 anos	72	24,2
70 a 74 anos	64	21,5
75 a 79 anos	69	23,2
80 anos e mais	28	9,4
Total	298	100,0
Estado civil		
Casado/a	134	45,1
Viúvo/a	150	50,5
Solteiro/a	9	3,0
Separado/a	3	1,0
União Estável	1	0,3
Total	297	100,0
Localidade		
Zona rural	153	51,3
Zona urbana	145	48,7
Total	298	100,0
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhum	123	41,3
< 4 anos	106	35,6
5 a 8 anos	12	4,0
9 a 12 anos	27	9,1
>13 anos	30	10,1
Total	298	100,0
Número de Filhos		
Nenhum	75	25,2
De 1 a 3 filhos	79	26,5
De 4 a 6 filhos	132	44,3
Mais de 6 filhos	12	4,0
Total	298	100,0
Renda¹		
> 1 Salário	16	6,9
1 Salário	189	81,5

¹ O salário mínimo vigente à época da pesquisa era de R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais)

	< 1 Salário	27	11,6
	Total	232	100,0
Principal Responsável pelo Sustento da Família			
	Sim	224	96,6
	Não	8	3,4
	Total	232	100,0

Acerca da auto avaliação de saúde, foi observado que 189 (63,4%) classificaram sua saúde como ruim, 105 (35,2%) como regular, 4 (1,3%) como boa e não houve representatividade estatística para a classificação ótima.

O grupo é acometido principalmente pelas seguintes doenças e/ou condições de saúde: hipertensão arterial sistêmica (22,1%); diabetes (18,3%); edentulismo (12,3%); depressão (11,5%) e colesterol alto (7,5%).

Em relação ao etilismo e tabagismo, (92,3%) negaram utilizar qualquer tipo de bebida alcoólica, enquanto (7,7%) afirmaram tal questionamento. Já no que se refere ao tabagismo, (70,8%) negaram sua utilização, enquanto (29,2%) referiram fazer uso do tabaco nas suas diversas formas. Na tabela 2 encontram-se descritos os hábitos de vida e condições de saúde autoreferida dos idosos de Tomar do Geru/SE.

Tabela 2 – Hábitos de vida e condições de saúde autoreferida de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015.

Variável (n)*	N	%
Percepção da saúde geral		
Ótima	0	0,0
Boa	4	1,3
Regular	105	35,2
Ruim	189	63,4
Total	298	100,0
Portador de doenças ou condições de saúde		
Diabetes	76	18,3
Doença de Parkinson	02	0,5
Depressão	48	11,5
Esquecimento	23	5,5
Hipertensão	92	22,1
Colesterol Alto	31	7,5

	Catarata	09	2,2
	Tremor	16	3,9
	Acidente Vascular Cerebral	06	1,4
	Baixa acuidade visual	12	2,9
	Perda de peso	03	0,7
	Osteoporose	26	6,3
	Edentulismo	51	12,3
	Outros	21	5,1
	Total	416	100,0
Etilismo			
	Sim	23	7,7
	Não	275	92,3
	Total	298	100,0
Tabagismo			
	Sim	87	29,2
	Não	211	70,8
	Total	298	100,0

Ao co-relacionar a localização, gênero e ser o principal responsável pelo sustento da família, observa-se que não foi significativo essa correlação ($p = 0,147$ e $p = 1,576$), respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos por zona de localização de acordo com sexo e por ser o principal responsável financeiro pelo sustento familiar, Tomar do Geru/SE, 2015.

	Localização		X ² (p-valor)
	Rural N(%)	Urbana N(%)	
Sexo			
Feminino	111 (73)	109 (75)	0,147 (0,702)
Masculino	42 (27)	36 (25)	
Principal Responsável pelo sustento da Família			
Sim	121 (98)	103 (94)	1,576 (0,209)
Não	2 (2)	6 (6)	

* $p < 0,05$

A Tabela 4 representa a análise covariada entre sexo e ser o principal responsável pelo sustento da família, este cruzamento foi significativo ($p = 0,043$).

Tabela 4 – Análise da responsabilidade do sustento familiar por sexo de idosos do município de Tomar do Geru/SE, 2015.

	Gênero		X² (p-valor)
	Feminino N(%)	Masculino N(%)	
Principal Responsável pelo sustento da Família			
Sim	188 (98)	36 (90)	4,08 (0,043)
Não	4 (2)	4 (10)	
*p <0,05			

*p <0,05

DISCUSSÃO

No presente estudo houve predominância do sexo feminino (73,8%), o que tem sido observado também em estudos nacionais e internacionais^{14,15,16,17,18}. Segundo Veras³ o padrão do envelhecimento por sexo e idade no Brasil segue o mesmo observado em países desenvolvidos. O autor ainda assevera que além dos fatores genéticos e biológicos comumente utilizados para tentar explicar uma maior expectativa de vida da mulher, outras explicações também são referidas, como: a diferença na exposição a riscos, diferença no consumo de tabaco e álcool e a evolução no atendimento médico obstétrico. A maior longevidade das mulheres reflete o fenômeno conhecido como feminização da velhice. Dessa forma, as ações destinadas à população idosa, deverá considerar o universo feminino na terceira idade e suas peculiaridades.

Da população estudada, 90,6% eram idosos com a faixa etária entre 60 a 79 anos, enquanto 9,4% tinham 80 anos ou mais. Os resultados corroboram com a literatura pertinente^{1,19,2,20}. Houve predomínio de participantes entre essa faixa etária de idosos, classificados como jovens em pesquisas nacionais demonstram as características de envelhecimento recente no Brasil, diferentemente dos países desenvolvidos, nos quais há um

aumento no número de idosos mais velhos, ou seja, com 80 anos e mais²¹. É necessário conhecer a faixa etária mais prevalente de uma determinada população, principalmente quando trata-se da gama populacional mais idosa, haja vista que à medida que a idade avança, aumentam os riscos de adoecer e apresentar um maior grau de dependência²².

No presente estudo, em relação a localidade, 51,3% residiam na zona rural e 48,7% na zona urbana. Em contrapartida, a pesquisa de Araújo²³, referia que desde a década de 50 a população idosa, em especial as mulheres, concentravam-se em áreas urbanas. Segundo os autores, observa-se que as diferenças existentes entre os idosos em meio urbano e a população total diminuiu. Refere ainda que, deve-se considerar como motivos para esse fato: a migração campo-cidade, a alta taxa de mortalidade no meio rural e a mortalidade diferencial por sexo, motivos que são consonantes com o crescimento da urbanização, a maior sobrevivência nas cidades e conseqüentemente com o maior número de idosas nas cidades.

No tocante à escolaridade alguns resultados encontrados nesta pesquisa merecem destaque, 41,3% não possuíam nenhum grau de escolaridade, associado a este resultado houve uma representatividade de 35,6% dos pesquisados que cursaram menos de 4 anos de estudos e 10,1% concluíram o nível superior. Esses resultados sugerem que a população estudada encontra-se comparada com o padrão brasileiro das pessoas que possuem atualmente 60 anos ou mais, tendo um baixo nível educacional. A pesquisa corrobora com dados nacionais. Em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) nos municípios de Pelotas – RS e Brasília – DF foram encontrados os seguintes dados para o analfabetismo na população idosa pesquisada, 52,8% e 37,4%, respectivamente ^{24, 25}.

Esse baixo nível de escolaridade dos idosos pode ser justificado pelo período em que estes nasceram e cresceram¹⁰. As precárias condições socioeconômicas refletiam como principal fator para a dificuldade de acesso à escola, principalmente aos residentes na zona rural. A educação das crianças era privilégio de uma minoria, as meninas deveriam auxiliar

suas mães nas atribuições domésticas, enquanto os meninos ficavam com a responsabilidade das atividades de agricultura ^{7,24}.

Quanto ao estado civil, a predominância de idosos viúvos (50,5%) na pesquisa revela um padrão inverso a algumas pesquisas^{26,27}. A maior parte das mulheres idosas eram viúvas, essa proporção aumenta devido a maior longevidade das mulheres, um conjunto de fatos históricos de caráter sócio-cultural que determinava que as mulheres casassem com homens mais velhos, acabou favorecendo um maior número de mulheres viúvas³. Sobretudo, cabe referir ainda que alguns pesquisadores afirmam que ter um companheiro para realizar as atividades diárias é de suma importância para a saúde do idoso, contribuindo para a autoestima e a autonomia¹⁰.

A maioria dos idosos estudados (74,8%) referiu ter filhos. Este dado indica um nível razoável de rede de ajuda em caso de doença e/ou dependência. Segundo Leme & Silva (2006), a população idosa atual vem de um tempo onde a família, no caso a família ampliada, com convivência multigeracional (avós, filhos, tios...) tinha um papel importante na vida das pessoas e assegurava o cuidado dos seus membros.

No que se refere a renda, 82,5% relataram receber um salário mínimo. Para Borges⁹, este fenômeno, reflete a universalização dos benefícios da Previdência Social na última década, através da Lei Orgânica da Assistência Social. Nesse sentido, desde os anos 80 o brasileiro conviveu com uma política econômica preocupada em pagar a dívida externa e as questões de interesse nacional não foram devidamente debatidas¹⁹. É nessa conjuntura adversa do país, onde se vê um arrefecer do movimento social do movimento sindical, em particular, que os trabalhadores, hoje idosos, saíram do mercado de trabalho na condição de aposentados²⁰.

Ao serem questionados acerca de ser o principal responsável financeiro pela família 96,6% referiu desenvolver tal prática. Algumas pesquisas nacionais corroboram com esse

dado^{20,17,21}. Tal situação estabelece um obstáculo considerável no que se diz respeito os idosos serem os principais responsáveis pelo sustento da família. Provém a afirmativa, da possibilidade dos gastos com os valores recebidos na aposentadoria serem destinados as atividades que não são diretamente relacionadas as suas necessidades, sugerindo condições desfavoráveis no que diz respeito à importância das condições econômicas para dentre outras ações a qualidade de vida ².

No tocante aos hábitos de vida e condições de saúde autoreferida, no grupo estudado, 63,4% classificou sua saúde como ruim e 35,2% como regular. A autoavaliação de saúde pode ser classificada como sendo um resultado de aspectos emocionais, cognitivos, espirituais e físicos, onde são abordados os julgamentos e experiências anteriores. As experiências de saúde dos seus antepassados, a maneira de lidar com os eventos aleatórios e o enfrentamento desses estressores, além de apontar as suas expectativas futuras, também contribuem para a autoavaliação da saúde do idoso ²⁸.

Além disso, alguns estudos demonstraram que a forma como uma pessoa avalia sua saúde pode ser influenciada por alguns condicionantes sociais e de saúde, como: características sociodemográficas e econômicas, número de doenças crônicas, fatores psicossociais, qualidade de vida, níveis educacionais e padrão social^{15,29,30} Tal afirmativa assevera com as questões referentes a doenças e/ou condições de saúde que os idosos pesquisados encontram-se submetidos, com destaque para a hipertensão (22,1%), diabetes (18,3%), depressão (11,5%) e edentulismo (12,3%). As doenças crônicas não representam marca exclusiva de sociedades industrializadas e tendem a se acumular em qualquer região cuja população envelhece³. É relevante ressaltar, que as frequências encontradas nessa pesquisa, revelam apenas parte do problema e/ou condições de saúde, tendo em vista que muitos casos de doenças e/ou condições podem não ter sido diagnosticado devido às deficiências dos serviços de saúde ou do caráter ‘silencioso’ da maioria das doenças crônicas.

Em relação ao etilismo e tabagismo, 92,3% e 70,8% negaram sua utilização, respectivamente. O consumo atual de bebidas alcoólicas entre os entrevistados mostrou-se pouco significativo (7,7%). Em se tratando do tabagismo 29,2%, afirmaram fazer uso do tabaco nas suas diversas formas. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Feliciano (et al.)³⁰, em São Paulo, quando 12,7% dos entrevistados referiram tanto o consumo de bebidas alcoólicas durante a vida como o hábito de fumar. O que denota que a maioria dos idosos do presente estudo não apresentam hábitos de vida insalubres e mesmo assim avaliou a sua saúde como ruim ou regular. A avaliação de saúde da população é uma importante medida que se baliza a partir do significado de saúde não apenas como ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social. É importante, portanto a criação de estratégias com assistência multiprofissional com implementação de atividades recreativas que contribuam para a qualidade de vida da população idosa e maior participação destes com a comunidade em que vive. Isso encampa condicionantes sociais que podem influenciar no processo saúde doença essenciais para manter uma vida feliz e saudável.

CONCLUSÃO

Foi evidenciado um maior número de idosos do sexo feminino, da sexta e sétima década de vida. A maioria tem filhos, é aposentado e mantém contato frequente com a família, o estado civil prevalente foi de idosos viúvos e a escolaridade mostrou-se baixa. Constatou-se que a maioria dos idosos é o principal responsável financeiro pela família. No tocante as condições de saúde, não houve relato que esta tenha sido considerada ótima. A maior parte a classificou como ruim ou regular, embora as doenças crônicas referidas sejam inerentes a idade e de fácil controle, provavelmente esta auto avaliação se deva ao fator emocional.

REFERÊNCIAS

1. Santos DPMA. *Autoavaliação de saúde, capacidade funcional e perfil demográfico, socioeconômico e clínico entre residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos*. [dissertação] Goiânia(GO): Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás; 2014.
2. Neri AL, Yassuda MS, Araujo LF, Eulalio MC, Cabral BE, Siqueira ME. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4): 778-792.
3. Veras R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. *Cienc Saúde Colet* 2010; 15(6): 2671-2673.
4. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(2): 279-284.
5. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MRD. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(6): 287-298.
6. Maciel A, Guerra R. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes do Brasil. *Rev bras epidemiol* 2007; 10(2):178-189.
7. Fochat RC, Raphael BOH, Cícero LCV, Nádia RBR, Rita CPAV, Elizabeth LC. Perfil sociodemográfico de idosos frágeis institucionalizados em Juiz de Fora - Minas Gerais. *Rev APS* 2012; 15(2): 178-184.
8. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.
9. Borges CL, Silva MJ, Clares JW, Bessa ME, Freitas MC. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm* 2013; 26(4): 318-322.
10. Del Cuca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(1): 147-153.
11. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(4): 523-528.
12. Rebouças M, Pereira MG. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(4): 237-246.
13. Barbetta PA, Reis MM, Bornia, AC. *Estatística para Cursos de Engenharia e Informática*. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

14. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Nogueira JM, Freitas MC. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, 2015; 23(3): 381-387.
15. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health* 2012, 1-5.
16. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Liberalesso A. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 15(3): 851-860.
17. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(1): 123-133.
18. Karp A, Kareholt I, Qiu C, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 175-183.
19. Santos AA, Oliveira SC, Freitas DCCV, Ceolim MF, Pavarini SCI, Rocha MCP. Perfil dos idosos que cochilam. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(6): 1345-1351.
20. Remor CB, Bos AJ, Werlang MC. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Scientia Medica* 2011; 21(3):107-112.
21. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Esc Anna Nery. *Rev Enferm*. 2008; 12(4):706-716.
22. Alves Silva JD, Scorsolini Comin F, Santos M. A. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2013; 26(4), 820-830.
23. Araujo MO, Ceolim MF. Assessment of the level of Independence of elderly residents in long-term care institutions. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3): 378-385.
24. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde* 2007; 18(1):9-16.
25. Del Cuca GF, Nader GA, Santos IA, Hallal PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(7):1403-1410.
26. Converso MRE, Lartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56(4): 267-272.

27. Araújo NP, Brito Filho DCC, Santos FL, Costa RV, Zoccoli TLV, Novaes MRCG. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. *Rev Ciênc Méd* 2008; 17(3-6):123-132.
28. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): 745-757.
29. Santos IS, Scazufca M, Lotufo PA, Menezes PR, Bensenor IM. Anemia and dementia among the elderly: SPAH Study. *International Psychogeriatrics* 2012, 24:1, 74–81.
30. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6): 1575-1585.

5.2 – Artigo 2

Artigo a ser submetido à Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) / ISSN 0104-3552 – Qualis B₁

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O IDOSO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE UMA ESCALA DE RISCO

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST ELDERLY: AN ANALYSIS FROM A RISK SCALE

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA DE EDAD AVANZADA: UN ANÁLISIS DESDE UNA ESCALA DE RIESGO

Edlam de Souza Santos

Graduado em Enfermagem, Especialista em Saúde Coletiva e Urgência e Emergência, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes – UNIT. Docente da Faculdade Regional de Alagoinhas (FARAL) – edlamantos@hotmail.com

Sônia Oliveira Lima

Graduada em Medicina, Mestre em Medicina e Doutora em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade de São Paulo. Especialista em Ensino Universitário pela UNAERP-SP. Professora doutora da Universidade Tiradentes, integrando o grupo de mestrado e doutorado em Saúde e Ambiente, e professora associada doutora da Universidade Federal de Sergipe – sonia.sol@ibest.com.br

RESUMO

O objetivo deste estudo foi aferir o risco de violência no âmbito domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa de caráter descritivo-exploratório, a amostra foi extraída através de uma amostragem aleatória simples, realizado em Tomar do Geru-SE com 298 idosos. A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), os itens que compõem o instrumento buscam identificar o fenômeno a partir de quatro domínios. Sobre o domínio *vulnerabilidade*, 86,69% afirmaram esta condição e 13,31% negaram; *dependência*, 71,81% negaram aos questionamentos e 28,19% afirmaram. Os idosos quando questionados acerca do domínio *desânimo* 79,31% afirmaram aos questionamentos e 20,69% negaram. No tocante ao domínio *coerção*, 65,66% afirmaram e 34,34% negaram aos questionamentos. Na presente pesquisa foi observado que a maior parte dos idosos questionados encontram-se em vulnerabilidade em relação a violência doméstica o que implica na necessidade de implementar estratégias de assistência multiprofissional que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras – chaves: Envelhecimento; Violência; Maus-tratos; Saúde Pública.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the risk of violence in the home environment against the elderly in the city of Tomar the Geru / SE. This is a cross-sectional study with a quantitative approach of descriptive and exploratory nature, the sample was extracted by a simple random sampling conducted in Geru-SE Take 298 elderly. Data collection was performed by the instrument *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), the items that make up the instrument seek to identify the phenomenon from four areas. About domain vulnerability, 86.69% said this condition and 13.31% denied; dependence 71.81% denied the claims and 28.19% said. The elderly when asked about the discouragement domain 79.31% said the questions and 20.69% denied. Regarding the domain coercion, 65.66% and 34.34% said that they denied to questions. In this study it was observed that most of the elderly questioned are in vulnerability to domestic violence which implies the need to implement multi-service strategies that contribute to improving the quality of life of this population.

Key - words: Aging; violence; Maltreatment; Public health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população idosa é um fenômeno verificado a partir do aumento na proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, este por sua vez é resultado das melhorias na qualidade de vida, avanços tecnológicos e da medicina, queda nas taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida^{1,2}. No Brasil, segundo dados do IBGE³, em 1980 existiam 7,2 milhões de pessoas com idade a partir de 60 anos, em 2010 este grupo populacional correspondia a 20,6 milhões de idosos e estimativas indicam que para o ano de 2025, que este contingente populacional será responsável por mais de 32 milhões de pessoas correspondendo a uma perspectiva de aumento de 164,7%.

Além dos fenômenos inerentes ao processo de envelhecimento e ao reconhecer a complexidade do aumento de vida e os diversos percalços típicos da terceira idade, a população idosa também está susceptível a ocorrência da violência⁴. A violência contra o idoso é um ato ou omissão que lhe cause dano ou aflição resultando, na maioria das vezes, em lesão física ou psicológica, dor, omissão ou perda de direitos humanos, bem como na redução da qualidade de vida⁵.

No ano de 2009, as causas externas, entendidas como acidentes e violência, foram responsáveis por 21.453 óbitos de idosos no Brasil, ocupando a sexta posição entre os óbitos nesse período e em 2010, estas corresponderam a 24.669 óbitos⁶. Em relação a violência acometida contra o idoso no ambiente domiciliar, os abusos sofridos, por muitas vezes, são omitidos pelos agressores, bem como pelos agredidos, destacando-se os casos de negligência física, financeira, psicológica, nutricional e sexual^{7,8}.

É nesse contexto que surgem os instrumentos de avaliação de rastreamento de violência contra o idoso no ambiente domiciliar. Segundo a literatura internacional, a

identificação dos maus tratos contra os idosos, entendido como um comportamento destrutivo dirigido a um idoso, que provoca sofrimentos físicos, psicológicos e emocionais, deve contemplar uma avaliação que utilize fontes diversas de informação como, por exemplo, cuidadores, os próprios idosos e/ou agentes que intervêm nas situações de abuso ⁹⁻¹².

De acordo com o trabalho intitulado “uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso”¹⁴, corroborando com as ideias já supracitadas, os autores reforçam a convicção da importância desses instrumentos afim de que se identifique o fenômeno da violência de forma mais completa, a partir dos diversos estudos acerca das facetas que envolvem os indivíduos idosos em relação a violência, e em especial no ambiente domiciliar ^{13, 10, 14}.

Decorrente dessa necessidade, é importante (re) conhecer os fatores relacionados com o aumento do número de casos de violência, visando o que alguns estudiosos defendem, como sendo uma possibilidade, a implantação e/ou implementação de medidas preventivas, como uma das formas de diminuição e conseqüentemente de menos impacto acerca da violência quanto à saúde de idosos ^{15,16}.

O objetivo deste estudo foi aferir o risco de violência no âmbito domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE no período de 15 de julho a 15 de agosto de 2015.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa de caráter descritivo-exploratório, a amostra foi extraída através de uma amostragem aleatória simples. A população considerada para o cálculo de tamanho amostral aleatório simples da pesquisa foi a

população de idosos do município de Tomar do Geru-SE, Brasil, de 1.169 habitantes de acordo com o Censo 2010 do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Determinou-se o tamanho da amostra da pesquisa, utilizando a fórmula proposta por Barbetta¹⁷ para o cálculo do tamanho mínimo da amostra, discriminada abaixo considerando que N (tamanho da população); E_o (erro amostral tolerável); n_o (primeira aproximação do tamanho da amostra); e n (tamanho da amostra). O erro amostral é de 5% com um nível de confiança de 95%, resultando numa amostragem mínima de 298 participantes.

$$n_o = \frac{1}{E_o^2}$$

$$n = \frac{N \cdot n_o}{N + n_o}$$

Os critérios de inclusão foram idosos com idade igual ou superior a 60 anos e com capacidade cognitiva apropriada para compreender e responder às questões propostas e que voluntariamente se disponham a participar da pesquisa, no período de 15 de julho a 15 de agosto de 2015. O critério de exclusão foi não conseguir responder, pelo menos, 50% do instrumento de coleta de dados.

Todo o trabalho foi orientado a fim de atender às normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (parecer nº 1.139.630, emitido em 30/07/2015). Antes da realização da coleta de dados, um teste piloto foi realizado em julho de 2015, perfazendo um total de 30 entrevistados. Estes por sua vez, não fizeram parte da amostra pesquisada.

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), este por sua vez possui doze itens com respostas dicotômicas, do tipo sim ou não, que através do relato do idoso constata o risco à violência doméstica. Os

itens buscam identificar o fenômeno a partir de quatro domínios, a saber: vulnerabilidade (itens nº 01 ao nº 03), dependência (itens nº 04 ao nº 06), desânimo (nº 07 ao nº 09) e coerção (nº10 ao nº 12). A pontuação da escala é obtida com o somatório dos valores atribuídos a cada uma das respostas afirmativa, exceto para os itens de nº 04 ao de nº 06 que pontuam em caso de resposta negativa.

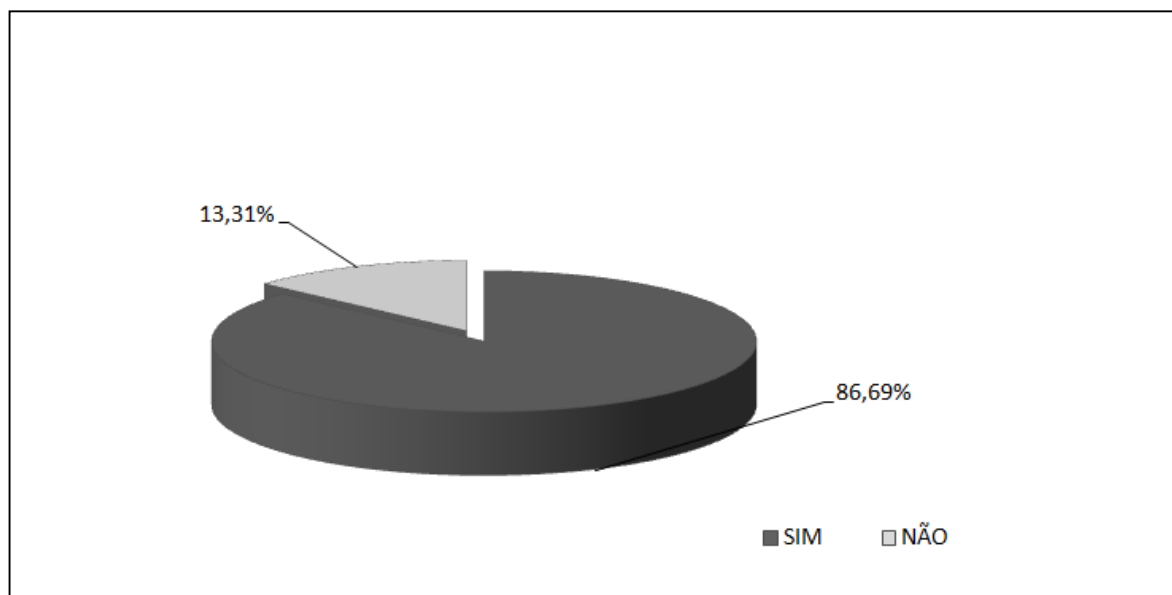
Um dos estudos de confiabilidade e validação do VASS foi desenvolvido na Austrália, com um *n* de 10.421 idosas entre 73 e 78 anos. Os resultados confirmaram sua estrutura fatorial e sua validade de constructo^{18,19}. No Brasil o VASS foi adaptado transculturalmente para o Português¹³.

Os dados foram analisados mediante a análise estatística descritiva, e apresentados em forma de gráficos descritivos, utilizando-se o programa computacional Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos pesquisados ao responderem as quatro questões que abordam sobre o domínio *vulnerabilidade*, a saber, você tem medo de alguém em sua família?; alguém próximo a você tentou lhe machucar ou maltratar? e alguém próximo a você lhe ofendeu, colocou para baixo ou o (a) fez sentir-se mal recentemente?. 86,69% afirmaram estas condições e 13,31% negaram, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio vulnerabilidade, Tomar do Geru-SE, 2015



É nessa condição de vulnerabilidade que os idosos, por vezes, encontram-se que há susceptibilidade do fenômeno da violência. Ao se considerar a escala de risco do VASS, na presente pesquisa houve uma representatividade significativa para as respostas afirmativas que abordaram o domínio sobre vulnerabilidade. Nesse contexto, pode-se afirmar que o idoso de Tomar do Geru-SE encontra-se vulnerável a ocorrência da violência. A violência contra a pessoa idosa é um problema que se agrava e se estende gradativamente, nos dias atuais.

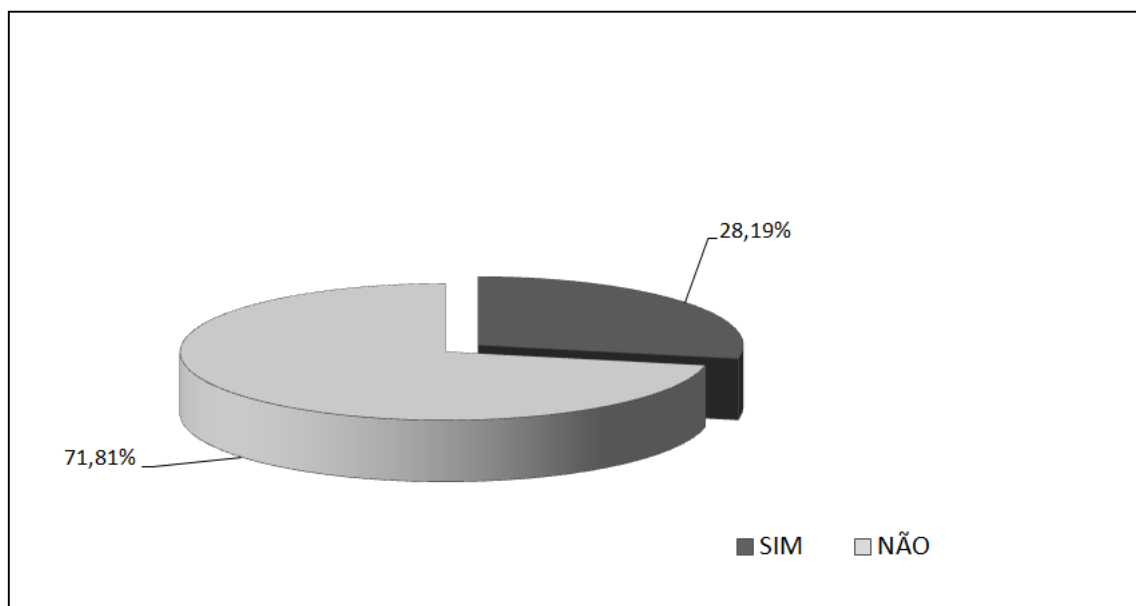
O termo vulnerabilidade é derivado do latim *vulnerable* que significa ferir, bem como *vulnerabilis* – que causa lesão. Essa terminologia, durante o século XX, teve seu uso amplamente divulgado no âmbito jurídico em resoluções, leis e portarias retratando a necessidade de grupos ou indivíduos fragilizados ter seus direitos preservados e respeitada a integridade moral, a autonomia e a dignidade humana ²⁰.

Em relação ao envelhecimento, a vulnerabilidade tem atraído o interesse de pesquisadores e profissionais, preocupados em operacionalizar, intervir e identificar idosos que encontram-se expostos aos eventos adversos, danos a saúde e consequente diminuição da qualidade de vida²¹. Segundo Golden, et al.²², a vulnerabilidade é o resultado de interações complexas entre riscos discretos que resultam em ameaças que crescem e se materializam ao longo do tempo, aliada à ausência de defesas e recursos para lidar com desfecho negativo dessa ameaça.

Ao investigar a vulnerabilidade social e física, Maia²³, observou que em idosos do município de São Paulo, a vulnerabilidade física foi associada à fragilidade, redução da capacidade funcional para atividades de vida diária básicas e instrumentais. Segundo dados da pesquisa, o idoso fisicamente vulnerável apresentou maior chance de se tornar frágil (OR=2,61) e de se tornar socialmente vulnerável (OR=1,50). Os autores ainda referem que o idoso socialmente vulnerável também tem maior chance de se tornar fisicamente vulnerável (OR=1,54).

No domínio *dependência*, os idosos ao serem questionados sobre, você tem privacidade suficiente em casa?; você confia na maioria das pessoas de sua família? e você consegue tomar suas próprias medicações e andar sozinho (a)? dos pesquisados 71,81% negaram aos questionamentos e 28,19% afirmaram, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio dependência, Tomar do Geru-SE, 2015



Numa projeção para o ano de 2025, o índice de dependência dos idosos se elevará acentuadamente, implicando em alto custo financeiro. A convivência dos idosos com os indivíduos jovens, a desagregação da família, a falta de respeito, a perda de valores e a dependência obrigatória podem gerar conflitos, a ponto de a relação entre ambos ficar insustentável, sem abertura para o diálogo e a argumentação. Isto ocorreria no âmbito familiar, institucional e no convívio social. Nestas situações é comum acontecer o fenômeno da violência contra o idoso^{24, 8, 25, 26}.

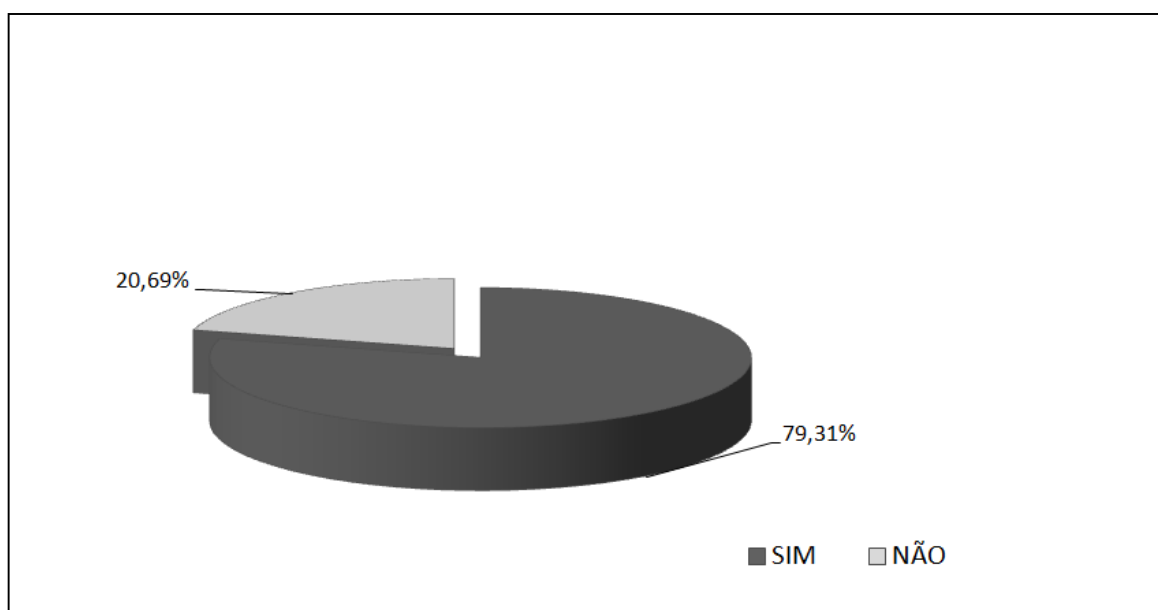
Nesse sentido, em relação a capacidade funcional, a medida que aumenta o grau de dependência, maior é a chance de o idoso ser vítima de violência. Os idosos que necessitam de ajuda para sobreviver, devido a problemas de saúde, por exemplo, apresentam um maior risco de ser acometido por algum tipo de abuso ou mau trato, quando não há entendimento entre o idoso e a família²⁷. Saliba, et al.,²⁸, em sua pesquisa intitulada “Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica” corroboram com

essa assertiva ao afirmar que com o avançar da idade aumentam as situações de vulnerabilidade, o que gera maior necessidade de cuidados, criando uma situação de dependência.

Duque, et al.,²⁹, contribuem com tal colocação, apresentando os resultados da sua pesquisa onde 26% dos idosos que possuem dependência para a realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), foram os mais vitimizados com o fenômeno da violência no ambiente doméstico. Tal consideração pode ser justificada dado que a perda de autonomia física e/ou cognitiva, leva a necessidade da realização das atividades cotidianas e instrumentais por outras pessoas proporcionando uma relação de subordinação do idoso³⁰.

Os idosos quando questionados acerca do domínio *desânimo* - você fica triste ou sozinho (a) com frequência?; você sente que ninguém o (a) quer por perto? e você se sente incomodado com alguém de sua família?. Dos idosos pesquisados 79,31% afirmaram que ficavam tristes ou sozinhos com frequência e 20,69% negaram esta afirmação, conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio desânimo, Tomar do Geru-SE, 2015

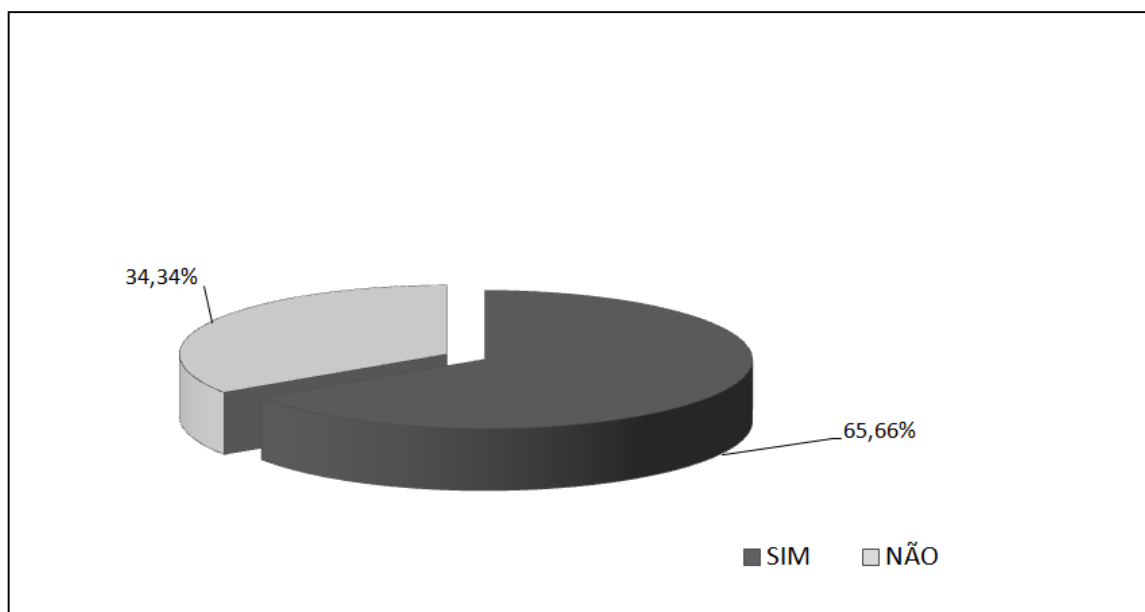


Uma pesquisa realizada em São Paulo com idosos, sobre o contexto cultural em relação à velhice, concluiu que para 88% dos pesquisados o envelhecimento está associado a um fator negativo, pelo fato de levarem em conta que a velhice está associada à chegada de doenças e debilidades físicas, e o desânimo muitas vezes ocorrem por esses fatos. Os autores ainda relacionam que o desânimo também pode estar relacionado ao fator da dependência física³¹. No imaginário social a “velhice sempre foi pensada como uma carga econômica seja para família, seja para sociedade – e como uma ameaça às mudanças. Essa noção tem levado as sociedades a subtraírem dos velhos seu papel de pensar seu próprio destino”³².

Na presente pesquisa um percentual relevante dos idosos apresentavam desânimo. Tal situação pode ser justificada com a afirmativa apresentada por Moderno, et al.,³³, ao retratarem que o avançar da idade representa um retrocesso nas capacidades físicas do indivíduo, e essa condição é fator de angústias, pois ao mesmo tempo cresce a consciência dos limites do corpo e o anúncio prévio e gradativo da morte. A limitação dos movimentos, a perda substantiva da força, a diminuição das capacidades mentais em geral e o desânimo psicológico. Todas essas situações são acompanhadas das condições estéticas propriamente ditas, com o envelhecimento do corpo pelas mudanças visuais da pele, o aparecimento de rugas e manchas, dentre outros.

No tocante ao domínio *coerção* ao serem submetidos aos seguintes questionamentos alguém de sua família faz você ficar na cama ou lhe diz que você está doente, quando você sabe que não está?; alguém forçou você a fazer coisas que não queria fazer? e alguém tem pegado coisas que lhe pertencem sem sua permissão?, 65,66% dos pesquisados afirmaram que sim e 34,34% negaram aos questionamentos, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos idosos em relação ao domínio coerção, Tomar do Geru-SE, 2015



A coerção é entendida como toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio. A coerção existe na medida em que é sofrida, independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente³⁴. Ao afirmarem os questionamentos propostos no VASS (65,66%), os idosos pesquisados retratam que houve a coerção. A violência contra o idoso, portanto, é considerada uma problemática delicada, uma vez que não envolve somente o idoso vítima da violência, mas também sua família, os profissionais que deles cuidam e todo o sistema de proteção que garantem os direitos da pessoa idosa⁵.

Os idosos em condição de dependência, que requerem cuidados familiares, necessitam adaptar-se e, conseqüentemente, modificar seu estilo de vida, o que pode gerar conflitos familiares. Também os poucos recursos financeiros, aliados à sobrecarga do familiar em cuidar do idoso no ambiente doméstico, podem gerar dependências multifacetadas de difícil administração. Com isso, ocorre diminuição da qualidade das relações familiares, além de estresse, tanto para o idoso quanto para o familiar, predispondo à ocorrência de maus-tratos⁷.

A inserção da violência na lista de doenças e agravos de notificação compulsória pelos serviços de saúde, em todo território nacional, só ocorreu no ano de 2011, conforme portaria do Ministério da Saúde de nº 104/11³⁵. Contudo, historicamente as discussões em torno das notificações acerca da violência contra o idoso iniciou-se no ano de 2006, quando a vigilância epidemiológica desenvolveu um trabalho de acompanhamento dos casos por intermédio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)³⁶.

Não obstante a estas condições, é importante referir que mediante a dimensão que a ocorrência da violência tem alcançado e levando em consideração ser um problema de saúde pública, as subnotificações dos casos, dificultam a implantação e/ou implementação de políticas públicas que deveriam ser desenvolvidas visando ampliar a compreensão acerca desse fenômeno, observando-se, entre outros aspectos, a visão de quem sofre a violência e de quem pratica, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para as notificações dos casos confirmados e/ou sob suspeitas^{37,38}.

Os resultados obtidos no presente trabalho mostram que o rastreamento do risco e da violência contra a pessoa idosa é uma ação possível de ser realizada e consiste em uma investigação rápida e de baixo custo e serve para orientar a prática assistencial.

CONCLUSÃO

Na presente pesquisa foi observado que a maior parte dos idosos questionados encontram-se em vulnerabilidade em relação a violência doméstica o que implica na necessidade de implementar estratégias de assistência multiprofissional que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Bertram, L.; Boöckenhoff, A.; Demuth, I.; Duözel, S.; Eckardt, R. and Steinhagen-thiessen, E. Cohort Profile: The Berlin Aging Study II (BASE-II). *International Journal of Epidemiology*. 43:703–712. 2014.
2. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):597-605.
3. IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
4. Mascarenhas, M.D.M.; et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(9): 2331-2341.
5. Francine N.F.R.P.; Elizabeth J.B.; Paloma P. de A. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, 2013; 13(3): 1159-1181.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS; 2011.
7. Menezes, M.R. et. al. A violência doméstica contra o idoso identificada em um programa de assistência domiciliar: estudo de caso. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(4): 1050-1056.
8. Silva, V.A.; Ramos, J.L.C.; Queiroz, F.S.; Amaral, J.B.; Oliveira, C.M.S.; Menezes, M.R. Violência doméstica contra idosos: agressões praticadas por pessoas com sofrimento mental. *Rev. Eletr. Enf.* 2012; 14(3): 523-531.
9. Oliveira, A.A.V; Trigueiro, D.R.S.G.; Fernandes, M.G.M.; Silva, A.O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília. 2013; 66(1): 128-133.
10. Paixao Jr, C. M.; et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento *Caregiver Abuse Screen* (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2013-2022.
11. Carp, F.M. Some studies needed to test and improve the model. In: Carp FM, editor. Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research. New York: *Springer Publishing Company*; 165-81, 2000.
12. Spencer, C. New direction for research on interventions with abused older adults. In: MacLean MJ, editor. Abuse and neglect of all the Canadians: strategies for change. Toronto: *Thompson Educational Inc.*; 143-58, 1995.
13. Maia, R.daS; et. al.. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da *Vulnerabilityto Abuse ScreeningScale* (VASS) para rastreio da violência contra idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(7): 1379-1384.
14. Paixao Jr., C.M.; et. al. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1137-1149.
15. Veras, R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. *Cienc Saúde Colet*. 2010;15(6): 2671-2673.
16. Minayo, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. *Impactos da violência na saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; EAD-ENSP; 2009.
17. Barbetta, P.A.; Reis, M.M. e Bornia, A.C. *Estatística para Cursos de Engenharia e Informática*. São Paulo: 3ª ed. Editora Atlas, 2010.
18. Cohen, M. Screening tools for the identification of elder abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management* 2011; 18(6): 261-270.
19. Schofield, M. J.; Mishra, G.D. Validity of self-report screening scale for elder abuse: women's health Australia study. *Gerontologist, Cary*, 2003; 43(1): 110-120.

20. Rinco, M., Lopes, A. & Domingues, M.A. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Revista Temática Kairós Gerontologia* 2012; 15(6): 79-95.
21. Salmazo-Silva, H., Lima-Silva, T.B., Barros, T.C.de, Oliveira, E.M.de, Ordonez, T.N., Carvalho, G. & Almeida, E.B.de. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 2012; 15(6): 97-116.
22. Golden, J., Conroy, R.M. & Lawlor, B.A. Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychol Health Med.* 2009;14(3): 280-290.
23. Maia, F.O.M. *Vulnerabilidade e Envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no município de São Paulo. Estudo SABE*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
24. Barbieri, A.F.; Confalonieri, U.E.C. *Mudanças climáticas, migrações e saúde: cenários para o Nordeste, 2000-2050*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), s/d.
25. Jesus, J.C.L. *A violência contra idosos em Aracaju: um reflexo das modificações sociais da imagem de “velhos” em sociedades modernas*. São Cristóvão, 2010. Dissertação. Universidade Federal de Sergipe. 2010.
26. Papaléo Netto, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
27. Grossi, P.K., Souza, M.R. Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Textos e Contextos* 2003; 2(1): 1-14.
28. Saliba, O.; Garbin, C.A.S.; Garbin, A.J. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-477.
29. Duque A.M., et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(8): 2199-2208.
30. Moraes, C.L., Apratto Júnior, P.C., Reichenheim, M.E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico da Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(10): 2289-2300.
31. Venturi, G.; Bokany, V. A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o imaginado. In: *Idosos no Brasil: vivências e desafios e expectativa na terceira idade/organizadora Anita Liberalesso Neri*. – São Paulo: Editora Fundação Persu Abramo, Edições SESC, SP, 2007.
32. Fernandes, P.M. O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. Rio de Janeiro, 2002.
33. Moderno, J.R.. Ontoestética do Idoso. In: Lemos, M. T.T.B.; Zagaglia, R.A. (Org.) *A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004.
34. Piaget J. Les troissystèmes de la pensée de l'enfant; étude sur les rapports de La pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. *Bull Soc Fr Philos.* 1928; xxviii:121-2
35. Brasil.Ministério da Saúde. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p. 37, 26 jan. 2011.
36. Soares, A.C.G.M. et al. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju. *Interfaces Científicas – Humanas e Sociais* 2015; 3(2): 109-120.
37. Lolli, L.F.; Trindade, J.P.; Moraes, A.B.; Neto Filho, M.A.; Lolli, M.C.G.S. Atos ocultos de violência praticados contra idosos institucionalizados em associação ao perfil de cuidadores. *Biosci. J* 2013; 29(1): 237-246.
38. Affeldt, M.A.F. Violência contra os idosos: um ato que deve ser combatido por todos nós. *Revista Portal de Divulgação* 2011; 15(6): 43-49.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: A VIOLÊNCIA DOMICILIAR CONTRA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE TOMAR DO GERU-SE
Pesquisador: EDLAM DE SOUZA SANTOS
Orientadora: PROF^a DR^a SÔNIA OLIVEIRA LIMA

FORMULÁRIO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Iniciais do Participante: _____

Nº DO QUESTIONÁRIO

--	--	--

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS/ CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTOREFERIDA

1.1 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

1.2 IDADE: _____

1.3 NATURALIDADE: _____

1.4 ORIGEM: (0) Rural (1) Urbana

1.5 COR DA PELE: (0) Negro (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Não sabe

1.6 GÊNERO: (0) Feminino (1) Masculino 1.7 APOSENTADO: (0) Sim (1) Não

1.8 RENDA: (0) >1 Salário (1) 1 salário (2) <1 salário

1.9 PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELO SUSTENTO DA FAMÍLIA: (0) Sim (1) Não

1.10 MORADIA: (0) Casa própria (1) Alugada (2) Cedida

1.11 ESTADO CIVIL: (0) Casado/a (1) Viúvo/a (2) Solteiro/a (3) Separado/a (4) União Estável

1.12 NÚMERO DE FILHOS: (0) 0 (1) 1-3 (2) 4-6 (3) +6

1.13 COM QUEM VIVE: (0) com outros parentes (1) Sozinho/a (2) com a esposa/o (3) com a esposa/o e filho(s) (4) com a esposa/o, filho(s) e neto(s) (5) com amigos

1.14 PROFISSÃO: _____ 1.15 OCUPAÇÃO ATUAL: _____

1.16 RELIGIÃO: (0) Espírita (1) Católico (2) Protestante (3) Matriz Afro (4) Outros

1.17 ESCOLARIDADE EM ANOS DE ESTUDO: (0) 0 (1) <4 (2) 5 a 8 (3) 9 a 12 (4) >13

1.18 EM GERAL O/A SENHOR/A DIRIA QUE SUA SAÚDE É? (0) Ótima (1) Boa (2) Regular (3) Ruim

1.19. O/A SENHOR/A É PORTADOR DE ALGUMA DESSAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES? (0) Sim (1) Não
(2) Não sabe ou não lembra

Diabetes () Doença de Parkinson () Depressão () Esquecimento () Hipertensão () Colesterol Alto () Catarata
() Tremor () Acidente Vascular Cerebral () Baixa acuidade visual () Perda de peso () Osteoporose ()
Perda visual () Edentulismo ()

1.20. ETILISMO: (0) Sim (1) Não 1.21 TABAGISMO: (0) Sim (1) Não

1.22 UTILIZA ALGUMA MEDICAÇÃO REGULARMENTE: (0) Sim (1) Não (2) Não lembra

1.23 SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR POSITIVA, QUAL (AIS)? _____

2. INSTRUMENTO CAREGIVER ABUSE SCREEN (CASE), ADAPTADO SEGUNDO (PAIXAO JR, et al., 2007)

SENDO A PESSOA QUE AJUDA OU CUIDA, POR FAVOR, RESPONDA SIM OU NÃO ÀS SEGUINTE PERGUNTAS SIM NÃO:

- 1) V/S ÀS VEZES ENCONTRA DIFICULDADE EM FAZER COM QUE () CONTROLE SUA IRRITAÇÃO OU AGRESSIVIDADE? (0) Sim (1) Não
- 2) V/S MUITAS VEZES SE SENTE FORÇADO(A) A AGIR CONTRA SUA PRÓPRIA NATUREZA OU A FAZER COISAS QUE LHE DESAGRADAM? (0) Sim (1) Não
- 3) V/S ACHA DIFÍCIL CONTROLAR O COMPORTAMENTO DE ()? (0) Sim (1) Não
- 4) V/S ÀS VEZES SE SENTE FORÇADO(A) A SER BRUTO(A) COM ()? (0) Sim (1) Não
- 5) V/S ÀS VEZES SENTE QUE NÃO CONSEGUE FAZER O QUE É REALMENTE NECESSÁRIO OU O QUE DEVE SER FEITO PARA ()? (0) Sim (1) Não
- 6) V/S MUITAS VEZES ACHA QUE TEM DE REJEITAR OU IGNORAR ()? (0) Sim (1) Não
- 7) V/S MUITAS VEZES SE SENTE TÃO CANSADO(A) E EXAUSTO(A) QUE NÃO CONSEGUE DAR CONTA DAS NECESSIDADES DE ()? (0) Sim (1) Não
- 8) V/S MUITAS VEZES ACHA QUE TEM DE GRITAR COM ()? (0) Sim (1) Não

3. INSTRUMENTO VULNERABILITY TO ABUSE SCREENING SCALE (VASS), ADAPTADO SEGUNDO (MAIA, et al., 2014)

1. VOCÊ TEM MEDO DE ALGUÉM EM SUA FAMÍLIA? (0) Sim (1) Não
2. ALGUÉM PRÓXIMO A VOCÊ TENTOU LHE MACHUCAR OU MALTRATAR? (0) Sim (1) Não
3. ALGUÉM PRÓXIMO A VOCÊ LHE OFENDEU, COLOCOU PARA BAIXO OU O (A) FEZ SENTIR-SE MAL RECENTEMENTE? (0) Sim (1) Não
4. VOCÊ TEM PRIVACIDADE SUFICIENTE EM CASA? (0) Sim (1) Não
5. VOCÊ CONFIA NA MAIORIA DAS PESSOAS DE SUA FAMÍLIA? (0) Sim (1) Não
6. VOCÊ CONSEGUE TOMAR SUAS PRÓPRIAS MEDICAÇÕES E ANDAR SOZINHO (A)? (0) Sim (1) Não
7. VOCÊ FICA TRISTE OU SOZINHO (A) COM FREQUÊNCIA? (0) Sim (1) Não
8. VOCÊ SENTE QUE NINGUÉM O (A) QUER POR PERTO? (0) Sim (1) Não
9. VOCÊ SE SENTE INCOMODADO COM ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA? (0) Sim (1) Não
10. ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA FAZ VOCÊ FICAR NA CAMA OU LHE DIZ QUE VOCÊ ESTÁ DOENTE, QUANDO VOCÊ SABE QUE NÃO ESTÁ? (0) Sim (1) Não
11. ALGUÉM FORÇOU VOCÊ A FAZER COISAS QUE NÃO QUERIA FAZER? (0) Sim (1) Não
12. ALGUÉM TEM PEGO COISAS QUE LHE PERTENCEM SEM SUA PERMISSÃO? (0) Sim (1) Não

4. DADOS DA CONCEPÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA

1. O QUE O/A SENHOR/A COMPREENDE POR VIOLÊNCIA?
2. O/A SENHOR/A JÁ FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA? SE SIM, QUAL O TIPO?

Tomar do Geru/SE, ____/____/____.

**ANEXO A – COMPROVANTE DE CONFIRMAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 A
REVISTA CIENTÍFICA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA**



Ciência & Saúde Coletiva

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2016-0349

Title

O perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos residentes em um município do Estado de Sergipe The sociodemographic profile and conditions of elderly residents of health in a city of State Sergipe

Authors

Santos, Edlam
Leal Varjão, Lucas
Xavier Azevedo, Danilo
Macêdo Santos, Jessica
Oliveira, Cristiane
Lima, Sonia

Date Submitted

12-Feb-2016

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE TOMAR DO GERU/SE**



ESTADO DE SERGIPE
MUNICÍPIO DE TOMAR DO GERU
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA



DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade Tiradentes - UNIT

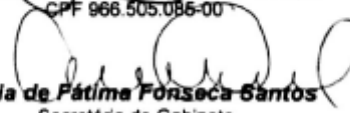
Declaramos, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "A VIOLÊNCIA DOMICILIAR CONTRA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE TOMAR DO GERU-SE", sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) EDLAM DE SOUZA SANTOS e SÔNIA OLIVEIRA LIMA que a **Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Tomar do Geru/SE**, conforme Resolução CNS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), além de zelar para que o pesquisador cumpra os objetivos do projeto, por meio de acompanhamento do curso de origem do(s) pesquisador(es) e relatório semestral enviado ao CEP/UNIT.

De acordo e ciente,

Tomar do Geru/SE, 02 de janeiro de 2015.


Adriana da Silva Teixeira
Coordenadora da Atenção Básica Municipal
CPF 966.505.085-00


Adriana da Silva Teixeira
Coordenadora da Atenção Básica
Portaria nº 003/2014


Maria de Pátima Fonseca Santos
Secretária de Gabinete
NCRE 420.041.275-91
Secretaria de Gabinete de
Portaria nº 011/2013

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA DOMICILIAR CONTRA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE TOMAR DO GERU-SE

Pesquisador: Edlam de Souza Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45299815.4.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.139.630

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

Diante do acelerado processo de envelhecimento da população, diversos fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida. A população idosa esteve habitualmente associada aos países desenvolvidos, como Japão, Europa e América do Norte. No entanto, deve-se considerar que o envelhecimento populacional é nos dias atuais um fenômeno mundial. Notadamente uma grande parcela dos idosos no Brasil encontra-se sendo vítimas de maus tratos praticados na maioria das vezes pelos próprios familiares. Nesse sentido, exige um maior conhecimento, bem como a implementação de serviços e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos. Este trabalho tem como objetivo geral: Estudar o perfil do idoso, as características do cuidador e a possibilidade da ocorrência de violência no ambiente domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE, e como específicos: Descrever o perfil dos idosos do município de Tomar do Geru no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos e condições de saúde; Avaliar a possibilidade da violência contra o idoso acometida por cuidadores no ambiente domiciliar no município de Tomar do Geru/SE; Aferir a percepção dos idosos do município de Tomar do Geru/SE acerca da violência; Rastrear acerca da ocorrência da violência contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE; Identificar as necessidades de saúde dos idosos do município de Tomar do Geru/SE em relação as doenças associadas bem como, a utilização de fármacos e Conhecer os

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.139.630

hábitos de saúde auto referido dos idosos do município de Tomar do Geru/SE, quanto ao uso de fumo, álcool, entre outros. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa, a ser aplicada mediante entrevistas individuais nos domicílios com pessoas de idade superior a 60 anos, bem como com os cuidadores destes idosos que possuam idade igual ou superior a 18 anos. Será realizado no município de Tomar do Geru, no Estado de Sergipe no período de 01 a 30 de junho de 2015. O erro amostral é de 5% e um nível de confiança de 95%, resultando numa amostragem mínima de 290 participantes. A coleta de dados dar-se-á na residência do idoso e será realizada pelo pesquisador. A análise dos dados quantitativos serão organizados e processados por intermédio do programa SPSS® versão 19.0. Será considerado para esta pesquisa o nível de significância de $p < 0,05$. Em relação aos dados categorizados como qualitativos, estes serão analisados mediante o conjunto de técnicas da análise de conteúdo, conforme modelo de Bardin (2009).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar o perfil do idoso, as características do cuidador e a possibilidade da ocorrência de violência no ambiente domiciliar contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE.

Objetivo Secundário:

-Descrever o perfil dos idosos do município de Tomar do Geru no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos e condições de saúde; -Avaliar a possibilidade da violência contra o idoso acometida por cuidadores no ambiente domiciliar no município de Tomar do Geru/SE; -Aferir a percepção dos idosos do município de Tomar do Geru/SE acerca da violência; -Rastrear acerca da ocorrência da violência contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE; -Identificar as necessidades de saúde dos idosos do município de Tomar do Geru/SE em relação as doenças associadas bem como, a utilização de fármacos; -Conhecer os hábitos de saúde auto referido dos idosos do município de Tomar do Geru/SE, quanto ao uso de fumo, álcool, entre outros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O participante poderá sentir-se desconfortável ao compartilhar informações pessoais e confidenciais, como no caso das questões referente aos aspectos sociais, econômicos, os relacionados à sua saúde e/ou acerca da ocorrência e suspeita da violência. Contudo, se for perceptível e expressado tal situação o sujeito não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

Benefícios:

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.139.630

Reveste-se, portanto de importância a tentativa de descrever a situação da violência contra o idoso no município de Tomar do Geru/SE, pela oportunidade que propicia a produção de novos conhecimentos e de oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas de proteção e promoção à saúde deste grupo populacional de risco, podendo não existir benefícios diretos e/ou os esperados com o conhecimento gerado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A realidade dos idosos na sociedade brasileira é sempre um tema relevante e, na maioria das vezes, assunto que preocupa diante da recorrência dos aspectos negativos em que a população de idade avançada (sobre)vive. Desta forma, a questão da violência sempre se destaca como uma preocupação especial e exige estudos e posteriores cuidados intensos e permanentes. Portanto, destaca-se a relevância da investigação proposta, sua atualidade e oportunidade quando se centra em uma comunidade que receberá esclarecimentos e ações familiares e políticas necessárias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:

Adequar o texto utilizado no TCLE, lembramos que todos os itens devem ser preenchidos corretamente, afinal este é o documento que o participante voluntário assinará antes de participar da sua pesquisa, uma linguagem muito rebuscada ou científica pode prejudicar o consentimento esclarecido. Dados como desenho do estudo devem ser retirados (Qualitativa/quantitativa/transversal).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.139.630

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

ARACAJU, 06 de Julho de 2015

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br